



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Promontofixation cœlioscopique pour les prolapsus extériorisés: qualité de vie et résultats fonctionnels à moyen terme

Laparoscopic sacrocolpopexy for exteriorized pelvic organ prolapse: Mid-term functional results

B. André^a, O. Jourdain^b, P. Guerby^c, F. Vidal^{c,*}, F. Léonard^d

^aService de chirurgie générale et gynécologique, CHU Rangueil, 1, avenue du Professeur Jean-Poulhès, 31059 Toulouse, France

^bPoly-clinique Jean-Villar, avenue Maryse-Bastie, 33520 Bruges, France

^cHôpital Paule-de-Vigiuiier, CHU Purpan, 330, avenue de Grande-Bretagne, 31059 Toulouse, France

^dCentre hospitalier de Cahors, 335, rue Président-Wilson, 46000 Cahors, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 14 mai 2017

Mots clés :
Promontofixation
Prolapsus des organes pelviens
Stade avancé
Devenir
Moyen terme
Cœlioscopie
Qualité de vie

Keywords:
Sacrocolpopexy
Pelvic organ prolapse
Advanced stage
Outcome
Mid-term
Laparoscopy
Quality of life

R É S U M É

Objectifs. – Évaluer la faisabilité et l'impact sur les symptômes et la qualité de vie de la double promontofixation cœlioscopique chez des patientes présentant un prolapsus extériorisé (stade > 3).

Méthodes. – Toute patiente incluse dans cette étude prospective présentait un prolapsus de stade POP-Q > 3 traité par double promontofixation cœlioscopique. Les symptômes pelviens et la qualité de vie étaient évalués grâce aux questionnaires validés PFDI-20 et PFIQ-7 en préopératoire, puis à 1, 4 et 18 mois de la chirurgie.

Résultats. – Entre septembre 2012 et janvier 2014, 63 femmes ont été incluses. Une hystérectomie sub-totale a été pratiquée chez 36 % des patientes; 34 % ont bénéficié de la pose concomitante d'une bandelette sous-urétrale. Une seule complication peropératoire a été relevée (plaie vésicale). Les taux postopératoires d'incontinence urinaire d'effort de novo et de dyspareunies de novo persistantes à 18 mois étaient respectivement de 10 % et 3 %. Un seul cas de récurrence a été retrouvé à 18 mois. Les scores PFDI-20 et PFIQ-7 diminuaient significativement et durablement dès le premier mois suivant l'intervention, passant respectivement de 98,8 en préopératoire à 33,9 à 18 mois ($p < 0,01$) et de 89,6 en préopératoire à 26,5 à 18 mois ($p < 0,001$).

Conclusion. – Nos résultats confirment la faisabilité et la bonne efficacité anatomique de la promontofixation cœlioscopique dans le traitement du prolapsus extériorisé. Nous rapportons également une amélioration franche, rapide et durable de la symptomatologie et de la qualité de vie dans cette catégorie de patientes.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Objectives. – To assess feasibility and postoperative outcomes associated with laparoscopic sacrocolpopexy in patients presenting with exteriorized pelvic organ prolapse (stage > 3).

Methods. – Prospective study involving patients undergoing laparoscopic sacrocolpopexy for advanced stage pelvic organ prolapse. Symptoms and quality of life were evaluated at baseline and at 1, 4 and 18 months after surgery using validated questionnaires (PFDI-20 and PFIQ-7).

Results. – Sixty-three patients were included between September 2012 and January 2014. Sub-total hysterectomy and sub-urethral sling were performed at the time of surgery in 36% and 34% of patients, respectively. We observed 1 per-operative complication (bladder wound). De novo stress urinary incontinence and de novo dyspareunia persisting at 18 months occurred in 10% and 3% of cases,

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : vidal.fabien@chu-toulouse.fr (F. Vidal).

respectively. Recurrence rate was 1.6% at 18 months. The follow-up also revealed a significant and prolonged improvement in PFDI-20 and PFIQ-7 scores: from 98.8 at baseline to 33.9 at 18 months ($P < 0.01$) and from 89.6 to 26.5 ($P < 0.001$), respectively.

Conclusion. – Laparoscopic sacrocolpopexy seems feasible and safe in patients suffering from exteriorized pelvic organ prolapse, leading to high anatomic success rate. It is also associated with a prolonged improvement in quality of life and a positive impact on symptoms related to prolapse.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le prolapsus des organes pelviens (POP) se définit comme une hernie au travers de la paroi vaginale d'un ou plusieurs compartiments (antérieur, moyen et/ou postérieur). Il s'agit d'une affection bénigne et fréquente, dont la prévalence est comprise entre 3 et 11 % si l'on considère uniquement les POP symptomatiques [1]. Si la rééducation pelvi-périnéale permet parfois d'améliorer les symptômes, la chirurgie demeure à ce jour le traitement de référence des prolapsus. On estime à 50 000 le nombre de patientes y ayant recours par an en France [2].

De multiples techniques chirurgicales ont été décrites pour assurer la correction d'un POP. Elles peuvent schématiquement être regroupées en fonction de l'abord choisi en voie vaginale ou voie abdominale. Les techniques par voie abdominale peuvent elles-mêmes être différenciées en fonction du type d'abord chirurgical : laparotomique ou cœlioscopique (robot-assistée ou non). Enfin, la correction anatomique peut se faire de manière autologue ou à l'aide de tissus prothétiques.

Si les techniques par voie vaginale sont encore largement pratiquées, avec les précautions d'usage qu'on a vu apparaître ces dernières années quant à l'utilisation de matériel prothétique [3], la voie abdominale est actuellement nettement dominée par la promontofixation cœlioscopique, qui consiste en une suspension des organes prolapsés au promontoire par l'intermédiaire de prothèses [4–6]. Les recommandations françaises de 2013 proposaient de privilégier la promontofixation chez des femmes « jeunes » actives sexuellement [7]. De ce fait, la récente revue de la littérature de Maher et al. objectivait une supériorité de la promontofixation sur la voie vaginale en termes de récurrence et de dyspareunie postopératoire [8].

Les recommandations ont été réactualisées en 2016 de manière conjointe par plusieurs sociétés savantes de gynécologie et d'urologie, dont le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) [9,10]. Les grandes lignes directrices recommandent de privilégier la voie cœlioscopique en cas de promontofixation, sans utilisation systématique d'une prothèse postérieure ou sans hystérectomie synchrone systématique. Il n'existe pas à l'heure actuelle d'argument pour privilégier une assistance robotisée en cas de promontofixation cœlioscopique.

L'évaluation d'un POP, qu'elle soit physique ou fonctionnelle, doit passer par des scores ou des questionnaires standardisés. Si l'évaluation physique du stade du prolapsus en utilisant la classification POP-Q [11,12], ou sa version simplifiée S-POP [13–16], est actuellement utilisée par la majorité des auteurs, l'évaluation fonctionnelle est quant à elle beaucoup moins homogène, complexifiant ainsi la comparaison directe entre les études.

Nous avons choisi pour notre étude des questionnaires spécifiques à l'évaluation des prolapsus génitaux. Ainsi, le Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) a été utilisé pour évaluer la qualité de vie et le Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) pour évaluer la symptomatologie [17]. Ces deux questionnaires ont été validés en langue française [18].

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de la promontofixation cœlioscopique sur la qualité de vie et la

symptomatologie pelvienne des patientes prises en charge pour un POP sévère (stade 3 ou 4). Les objectifs secondaires étaient l'évaluation du résultat anatomique et des complications.

2. Méthodes

2.1. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique, prospective observationnelle menée entre janvier 2012 et janvier 2014. Étaient incluses les patientes présentant un POP symptomatique de stade > 3 et dont la prise en charge chirurgicale a reposé sur une promontofixation laparoscopique. Cette étude a été approuvée par le comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (n° 11.662bis).

2.2. Évaluation clinique

L'évaluation des patientes en préopératoire était standardisée. Les données générales suivantes étaient recueillies: âge, indice de masse corporelle (IMC), parité, antécédents chirurgicaux gynécologiques (cure de prolapsus, hystérectomie), statut ménopausique et traitement hormonal de la ménopause (THM), exercice d'une activité professionnelle, co-existence d'une incontinence urinaire d'effort (IUE). Le prolapsus était coté selon la version simplifiée de la classification POP-Q (S-POP) [13–16].

2.3. Technique chirurgicale

Les patientes ont été prises en charge par 2 chirurgiens habitués à la cure de prolapsus par promontofixation cœlioscopique et utilisant la même technique opératoire (OJ et FL). Les interventions se sont déroulées par voie cœlioscopique conventionnelle. Une double promontofixation était systématiquement réalisée, et les prothèses antérieures et postérieures étaient fixées au promontoire. Les techniques de fixation des prothèses antérieures et postérieures au vagin, à l'utérus et aux muscles releveurs de l'anus étaient laissées à la discrétion de l'opérateur (fil, colle, *tackers*).

Une hystérectomie sub-totale pouvait être associée à l'intervention, de même que la pose d'une bandelette sous-urétrale en cas d'incontinence urinaire d'effort patente associée.

Les prothèses utilisées pour la promontofixation étaient des prothèses en polypropylène monofilament à larges pores (Sacro-mesh 9[®], Cousin Biotech, France).

2.4. Suivi des patientes

Les patientes étaient revues en consultation postopératoire à 1 mois, après une période de convalescence comprenant les restrictions d'usage (restriction en termes d'activité physique et de port de charge pendant 4 semaines) et un arrêt de travail le cas échéant (4 semaines). Cette consultation permettait d'évaluer le résultat anatomique, la douleur, la reprise des activités quotidiennes et professionnelles, l'apparition d'une incontinence urinaire d'effort de novo et les éventuelles complications.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926295>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926295>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)