

Article original

Facteurs de risque des expositions prothétiques après cure de prolapsus génital par voie vaginale

Risk factors for prosthesis exposure in treatment of genital prolapse via the vaginal approach

F. Belot^a, P. Collinet^a, P. Debodinance^b, E. Ha Duc^a, J.-P. Lucot^a, M. Cosson^{a,*}

^a Clinique de chirurgie gynécologique, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

^b Service de gynécologie-obstétrique, maternité des Bazennes, centre hospitalier Dunkerke, 43, rue des Pins, 59430 Saint-Pol-sur-Mer, France

Reçu le 15 avril 2005 ; accepté le 24 octobre 2005

Disponible sur internet le 29 novembre 2005

Résumé

Objectifs. – Le renforcement prothétique dans la cure chirurgicale des troubles de la statique pelvienne par voie vaginale est actuellement en plein essor. Cette technique n'est pas sans poser des problèmes de tolérance. La complication la plus fréquemment décrite est l'exposition de prothèse que ce soit par érosion ou retard de cicatrisation. Il faut la différencier du granulome d'une part et des infections de matériel, d'autre part, qui peuvent conduire à de réelles cellulites pelviennes. Son mécanisme principal est lié à un défaut de cicatrisation. Le but de notre étude est de définir des facteurs de risque d'exposition de prothèse.

Patientes et méthodes. – Deux cent soixante-dix-sept dossiers de patientes prises en charge chirurgicalement pour des troubles de la statique pelvienne ont été inclus dans notre étude. La cure chirurgicale a été réalisée par voie vaginale avec mise en place de prothèse de polypropylène. Cette étude est rétrospective continue sur une durée de 24 mois.

Résultats. – Trente-quatre cas d'exposition de prothèse ont été observés dans les deux mois après l'intervention, ce qui représente une incidence de 12,27 %. Les facteurs de risque sont l'hystérectomie simultanée [odds ratio 5,17 ($p = 0,001$)] et la réalisation d'une colpotomie en T inversé [odds ratio 6,06 ($p = 0,01$)]. Les facteurs protecteurs sont la conservation utérine et la réalisation d'une colpotomie minimale réalisable chez les patientes déjà hystérectomisées ou dont on a conservé l'utérus [odds ratio 5,16 ($p = 0,0001$)].

Discussion et conclusion. – Les seuls facteurs de risque retrouvés, dans notre étude, sont d'ordre technique. En effet, les données autres tels l'âge, le statut ménopausique ou encore les antécédents médicaux de la patiente ne sont pas significatifs. Il faut donc favoriser la conservation utérine et limiter le nombre et l'étendue des colpotomies nécessaires à la mise en place de la prothèse.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objectives. – Prosthetic reinforcement in the surgical repair of pelvic prolapse by the vaginal approach is currently on the increase. However, this technique is not without tolerance-related problems. The most frequently described complication is prosthesis exposure, including erosion and delayed healing. It is independent of a granuloma and a major infection as pelvic cellulitis. Its mechanism is associated with defective vaginal healing. The purpose of our study is to define the risk factors for exposure of the prosthetic material.

Patients and methods. – Two hundred and seventy-seven medical records relating to patients undergoing surgery due to pelvic prolapse were included in our study. The treatment of genital prolapse was managed via the vaginal approach with polypropylene mesh. This is a continuous, retrospective study conducted over a period of 24 months.

Results. – Thirty-four cases of prosthesis exposure were observed in the 2 months following surgery, which represents an incidence of 12.27%. The risk factors are concomitant hysterectomy [odds ratio 5.17 ($P = 0.001$)] and inverted T colpotomy [odds ratio 6.06 ($P = 0.01$)]. The protective factors are preservation of the uterus and the performance of a minor colpotomy in patients who had already undergone a hysterectomy or in those whose uterus had been preserved [odds ratio 5.16 ($P = 0.0001$)].

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : m-cosson@chru-lille.fr (M. Cosson).

Discussion and conclusion. – In our study, we have only found risk factors of operative protocol. In fact, other information as age, menopause status or medical history of the patient is not significant. The uterus must be preserved and the number and extent of colpotomies needed to insert the prosthesis must be limited.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Chirurgie vaginale ; Exposition de prothèse ; Treillis de polypropylène

Keywords: Vaginal surgery; Prosthesis exposure; Polypropylene mesh

1. Introduction

La chirurgie utilise de longue date des matériaux prothétiques pour la réfection de la paroi abdominale. La chirurgie gynécologique en a débuté l'utilisation il y a plus de 20 ans pour les cures de prolapsus par voie haute [1,2]. Depuis 1995 [3], des prothèses sont utilisées par voie vaginale dans les cures d'incontinence urinaire d'effort avec succès et plus récemment dans les cures de prolapsus génitaux. Néanmoins, dans ce dernier type d'intervention, son utilisation reste encore à confirmer en considérant les données actuelles.

L'utilisation de matériel synthétique par l'abord vaginal pour la cure de prolapsus tente de répondre à un triple objectif :

- un espoir de meilleurs résultats à long terme avec le matériel prothétique ;
- une simplification et meilleure reproductibilité de la technique opératoire [4–7] ;
- une faible morbidité du fait de la voie vaginale [4].

Malheureusement, des complications secondaires liées à l'utilisation par voie vaginale de prothèse ne nous permettent pas d'être complètement satisfaits par cette nouvelle technique, en particulier concernant le troisième objectif. Ces problèmes se matérialisent par des expositions du matériel prothétique ou érosions résultant d'un défaut de cicatrisation. Il faut, néanmoins, bien différencier cette complication de l'infection de matériel prothétique. Elle est beaucoup plus rare et plus grave. Elle nécessite, entre autres, un retrait complet et rapide du matériel afin d'éviter de lourdes suites opératoires.

Les années passées ont été marquées par la recherche du matériel prothétique le plus adéquat à ce type de chirurgie. Il semble acquis qu'il doit être un polypropylène monofilament tressé à larges pores [8–10]. Le Prolène Soft® et Mesh® (Gynecare®) correspondant à ces critères, il a été utilisé pour toutes les patientes de cette étude.

Notre étude est rétrospective continue sur deux ans (années 2002 et 2003). Son but est de définir des facteurs de risque d'exposition du matériel prothétique.

2. Patientes et méthodes

2.1. Procédure opératoire

L'intervention, intitulée TVM (*Tension-free Vaginal Mesh*), consiste en la pose d'une prothèse synthétique dans les espaces de décollement vésicovaginal et rectovaginal. La technique est, au contraire de ce que décrivent certains auteurs, sans fixation

[11–13]. Les patientes ont été opérées sous anesthésie générale encadrée d'une antibioprofylaxie peropératoire.

Durant la période de l'étude, la technique chirurgicale a évolué, le Prolène Mesh® a été remplacé par le Prolène Soft® et le type de la colpotomie antérieure a changé après analyse partielle des résultats.

L'intervention débute par la colpotomie antérieure après une infiltration par la xylocaïne :

- pour les patientes ayant déjà subi une hystérectomie par le passé ou en cas de décision de conservation utérine, un seul type de colpotomie est pratiqué : longitudinale sous-vésicale ;
- en revanche, pour les patientes sur qui une hystérectomie est pratiquée dans le même temps opératoire, deux méthodes ont été utilisées. Tout d'abord, a été réalisée une incision en T inversé de Crossen (incision péricervicale puis colpotomie antérieure longitudinale) abandonnée secondairement au profit d'une incision péricervicale transversale unique suivie d'une dissection à rétro de la vessie.

La correction de la cystocèle nécessite un passage transobturateur bilatéral de la prothèse afin de soutenir la vessie (à la manière d'un TVT®). De chaque côté, la prothèse antérieure comprend deux bras (un antérieur et un postérieur) qui sont passés à l'aide d'une aiguille d'Emmet modifiée dans l'espace paravésical de dedans en dehors. Le bras antérieur est mis en place à travers l'extrémité pubienne de l'arc tendineux du fascia pelvien et le bras postérieur à travers l'arc à un centimètre de l'épine ischiatique.

La correction de la rectocèle nécessite un passage transglutéal bilatéral de la prothèse. Il est tout d'abord réalisé une colpotomie postérieure puis un décollement rectovaginal. La colpotomie postérieure doit être longitudinale et à distance de la colpotomie antérieure ainsi que de la cicatrice d'hystérectomie, s'il y en a eu une. Ensuite, de chaque côté, la prothèse postérieure à deux bras (un gauche et un droit) est passée de dedans en dehors dans l'espace pararectal puis au travers du ligament sacroscliatique (à la manière d'un Richter). Les deux bras vont enfin s'extérioriser en deux orifices situés à deux centimètres en dessous et à l'extérieur de l'anus.

Quand la correction comprend les deux étages, la prothèse est composée de deux parties. La prothèse est prédécoupée puis ajustée en fonction de la correction souhaitée. Une traction sur les bras extériorisés des bandelettes permet de les positionner correctement. Enfin, la fermeture de la colpotomie se fait par un surjet de Vicryl® 0 sans colpectomie complémentaire. La suture cutanée nécessite un point simple de Vicryl® 2/0 à ré-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9329528>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9329528>

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