





Promontofixation coelioscopique: « trucs et astuces »











CAS CLINIQUES INTERACTIF

Guillaume MEURETTE, Frédéric GIRARD, Laurent WAGNER

- ✓ patiente de 59 ans
- ✓ pas d'antécédent médico-chirurgical
- ✓ 4 accouchements voie basse
- ✓ très gênée par un prolapsus évoluant depuis 5 ans
- ✓ sexualité normale
- aucun trouble mictionnel
- constipation terminale gênante avec nécessité parfois de refouler le prolapsus
- ✓ pas d'incontinence anale

- ✓ béance vulvaire
- ✓ POP-Q simplifiée : C3H2R2
 - ✓ point Ba: +4
 - ✓ point C:0
 - ✓ point Bp : -1
- - manœuvres : Bonney + Ulstem +
- √ testing 2/5
- ✓ sphincter anal tonique



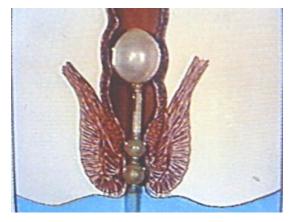
- ✓ frottis cervico-vaginal normal
- √ échographie pelvienne normale
- ✓ ECBU négatif
- ✓ Bilan urodynamique:
 - √ Qmax 22 ml/s
 - √ pas de RPM
 - ✓ CVF 640 ml
 - ✓ pas d'hyperactivité détrusor
 - ✓ PCUM 37 cmH2O
 - ✓ IUE démasquée si forte
 - ✓ Correction de la cystocèle



Question 1:

Indication d'un bilan coloproctologique préopératoire (MAR et/ou défécographie) ?

- ❖Pour (Dr Guillaume Meurette,)
- Contre (Dr Frédéric Girard)





Résultats du bilan coloproctologique



MAR:

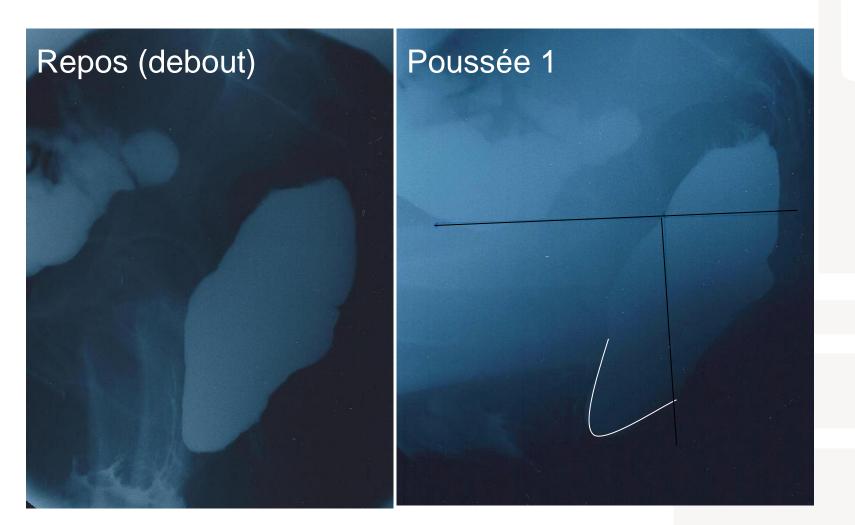
- Pressions de repos du SA normales
- Contraction volontaire du SA normale
- Augmentation VMT (>360 ml) en rapport avec la rectocèle
- Pas de dyssynergie ano-rectale



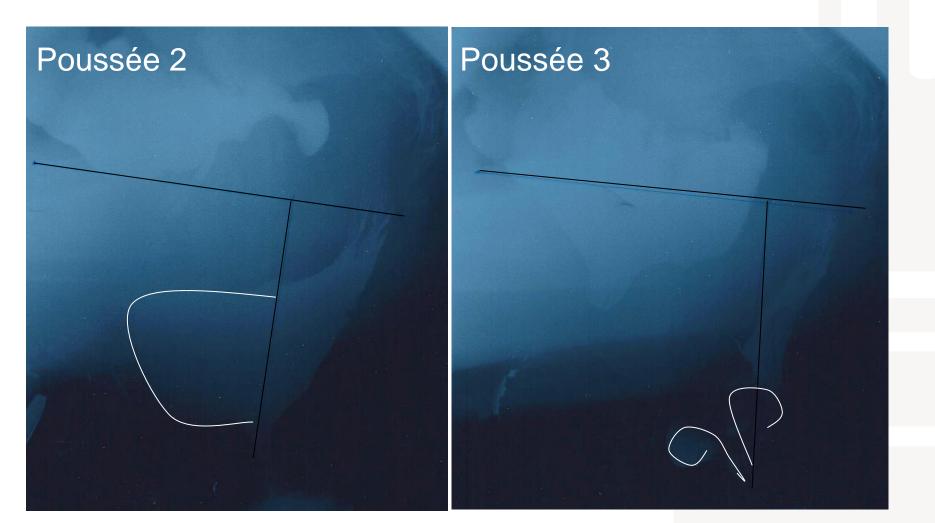
Défécographie :

- Rectocèle de 5 cm
- Evacuation incomplète
- Périnée descendant (5,5 cm)
- Prolapsus rectal intra-anal

Défécographie



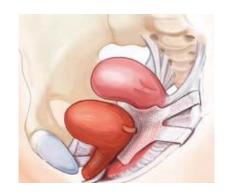
Défécographie



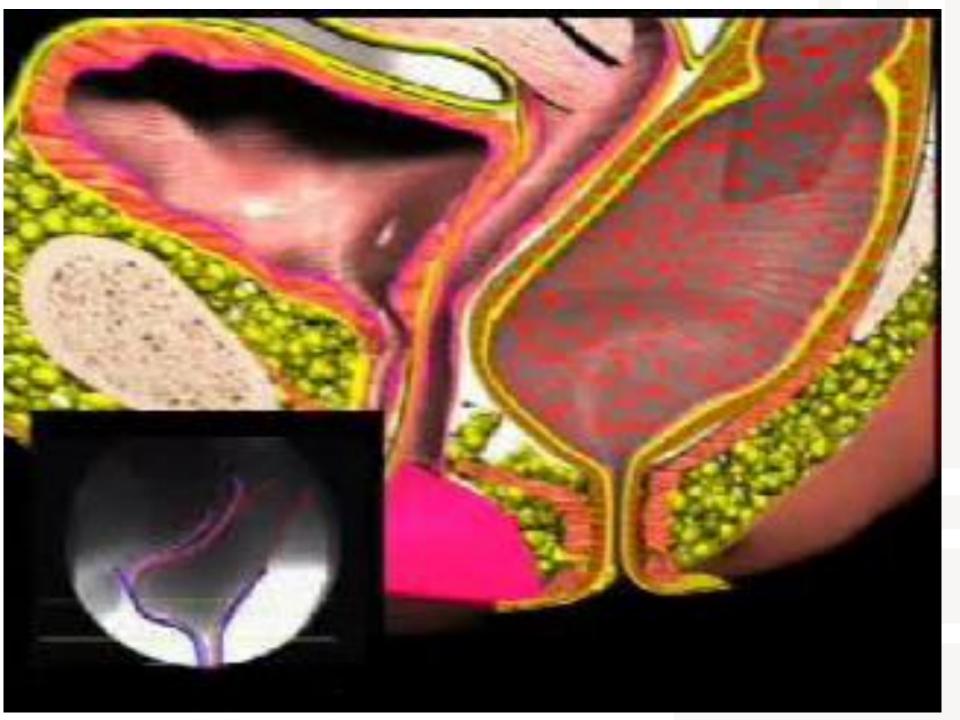
Question 2:

Quelle technique chirurgicale?

- ❖Coelioscopique sans rectopexie (Dr F. GIRARD)
- ❖Coelioscopique avec rectopexie (Dr G. MEURETTE)







Question 1:

Bandelette sous-urétrale concomitante ou dans un deuxième temps ?

- ❖Concomitante (Dr F GIRARD)
- ❖En deux temps (Dr L. WAGNER)







- Comment faire une promontofixation coelio en 2015 ?
 Tout ce que vous avez voulu savoir sans jamais...(Laurent Wagner)
- Promontofixation coelio avec Fixation de la prothèse postérieure sur les releveurs (Frédéric Girard)
- Promontofixation coelio avec fixation de la prothèse postérieure sur le Rectum (Guillaume Meurette)
- Variantes techniques : promontofixation coelio mono trocart, mini trocarts et robot (Laurent Wagner)

Comment faire une promontofixation coelioscopique en 2015 ?

Recommandations CUROPF 2015

- Ce travail s'appuie sur une revue exhaustive de la littérature (PubMed, Medline, Cochrane library, Cochrane database of systemactic reviews, EMBASE),
- Essais randomisés, méta-analyses, registres, revues de la littérature, études contrôlées et grandes études non contrôlées publiés sur le sujet.
- Mots-clés utilisés : sacrocolpopexy, laparoscopy, pelvic organ prolapse ; cystocele ; rectocele.

Questions que l'on se pose lors d'une promontofixation

Quels matériaux prothétiques peut on utiliser ? (Avec quoi fixer)

Quel moyen de fixation des prothèses ? (Comment fixer)

Quel site de fixation des prothèses ? (Ou fixer)

Quand faut-il traiter l'étage postérieur?

Quand faut t'il faire une hystérectomie?

Quand faut t'il mettre une BSU concomitante?

La coelioscopie améliore-t-elle les résultats de la laparotomie? La robotique améliore-t-elle les résultats de la coelioscopie ?

Quels matériaux prothétiques peut on utiliser?

- Il est recommandé d'utiliser des prothèses non résorbables de type I (polypropylène macroporeux) ou de type III (polyester) grade C
- Il n'est plus recommandé d'utiliser les prothèses type II (PTFE, Gore-Tex®, Silicone) grade C
- Les prothèses biologiques ne sont plus recommandées NP1
- Bien qu'il n'existe pas d'étude comparant une réparation avec ou sans péritonisation des prothèses, le groupe d'expert conseille d'effectuer une péritonisation AE

Quel moyen de fixation des prothèses ?

- Pas d'étude comparant les différents moyens de fixation des prothéses (fils, tackers..), mais un consensus d'expert pour <u>conseiller</u> une fixation par fils <u>AE</u>
- Tout nouveau moyen de fixation devrait faire l'objet d'études comparatives avant d'être appliqué (colles...)
- Pas d'étude comparant une réparation avec ou sans tension, mais consensus d'expert s'accorde pour <u>ne pas conseiller de</u> tension excessive sur les prothèses <u>AE</u>

Quel site de fixation des prothèses ?

- Il n'existe pas d'études comparatives concernant les sites de fixation des prothèses antérieures et postérieures.
- Un consensus d'experts s'accorde pour conseiller de fixer les prothèses : AE
 - Antérieure, à l'isthme utérin et à la paroi vaginale,
 - Postérieure, aux muscles releveurs si rectocèle et à la paroi rectale si prolapsus rectal symptomatique.

D'autre part, La réparation d'un paravaginal defect n'améliore pas le résultat d'une cure de cystocèle par promontofixation et n'est donc pas recommandé en routine NP3

Quand faut-il traiter l'étage postérieur ?

Lors d'une cure de prolapsus génito-urinaire par promontofixation antérieure, il n'est pas recommandé de mettre systématiquement une prothèse postérieure inter rectovaginale en prévention d'une rectocèle secondaire *Grade C*

Il n'y a pas d'argument dans la littérature pour traiter ou non une rectocèle non symptomatique dans le même temps par prothèse postérieure *AE*

Quand faut t'il faire une hystérectomie ?

- Lors d'une promontofixation, l'hystérectomie élève la durée opératoire (NP1) et majore les pertes sanguines (NP2).
- La conservation utérine, n'augmente pas le risque de récidive de l'étage moyen ni de cystocèle secondaire (NP2).
- Pas de preuve suffisante dans la littérature pour affirmer que la conservation utérine améliorerait la fonction sexuelle (NP3).

Quand faut t'il faire une hystérectomie ?

Une hystérectomie totale concomitante à une promontofixation augmente le risque d'érosion prothétique (NP3).

En cas d'indication d'hystérectomie, une conservation du col est recommandée (*grade C*) sous réserve de l'absence de pathologie cervicale (*AE*)

Les patientes avec allongement hypertrophique du col utérin devraient bénéficier d'une résection du col si une conservation utérine est envisagée (*grade C*).

Au total, une hystérectomie ne sera associée que si nécessaire Avec conservation du col (à condition que le col soit sain)

Quand faut t'il mettre une BSU concomitante ?

La cure concomitante du prolapsus et de l'IUE patente ou masquée réduit le risque d'IUE post opératoire (NP1).

Cependant le traitement isolé du prolapsus permet de traiter jusqu'à 30 à 40% des incontinence urinaire.

De plus, le traitement concomitant de l'IUE expose à une morbidité spécifique d'hyperactivité vésicale et de dysurie.

On <u>peut proposer aux patientes de ne pas traiter l'IUE</u> dans le même temps (sauf si majeure) à condition de prévenir les patientes de l'éventualité d'une chirurgie en 2 temps (*AE*).

La coelioscopie améliore-t-elle les résultats de la laparotomie ?

- Les résultats anatomiques et fonctionnels ne sont pas différents entre laparotomie et coelioscopie (NP 2)
- La gravité des complications post-opératoires est supérieure en laparotomie (NP 2)
- La laparoscopie permet une réduction des pertes sanguines et une réduction de la durée d'hospitalisation (NP 2)
- Lorsqu'une promontofixation est indiquée, la voie coelioscopique est recommandée (grade B)

La robotique améliore-t-elle les résultats de la coelioscopie ?

- Pas de différence de résultat anatomique et fonctionnel entre la promontofixation coelio et robot (NP2)
- L'utilisation du robot n'améliore pas les suites opératoires et ne diminue pas le taux de complications / laparoscopie (NP3)
- Il ne peut être actuellement recommandé l'assistance robotique par rapport à la laparoscopie lors de la réalisation d'une promontofixation (*grade B*)
- L'utilisation du robot facilite le geste du chirurgien avec une courbe d'apprentissage plus courte qu'en laparoscopie (NP3).







Promontofixation coelio avec Fixation de la prothèse postérieure sur les releveurs

Dr Frédéric Girard



LA BAULE PALAIS DES CONGRÈS DU 16 AU 18 SEPTEMBRE 2015











Promontofixation coelio avec fixation de la prothèse postérieure sur le Rectum

Dr Guillaume Meurette

SIFUD-PP La Baule 2015

Rectopexie step by step

G. Meurette, Nantes



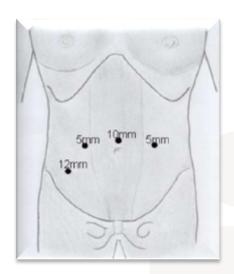


CENTRE FEDERATIF DE PELVI-PERINEOLOGIE CHU NANTES

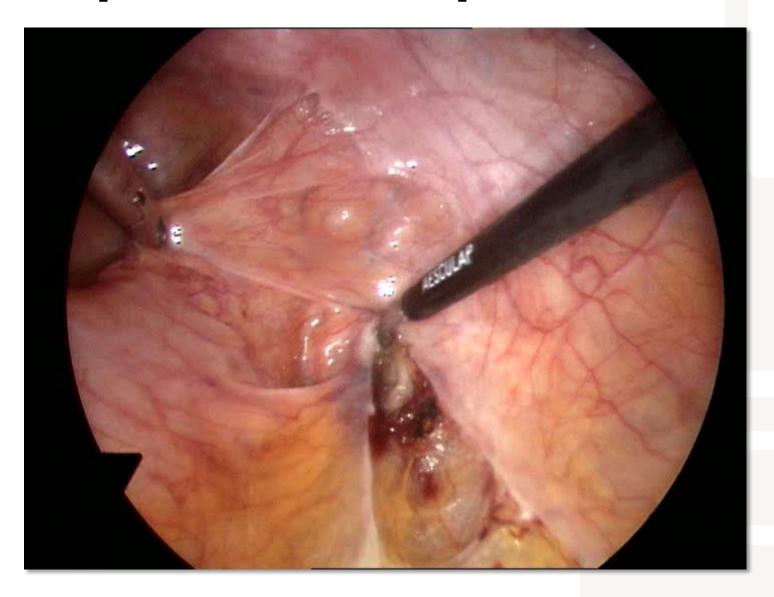
Préparation / Position

- Pas de préparation colique
- Sondage urinaire peropératoire
- Antibioprophylaxie



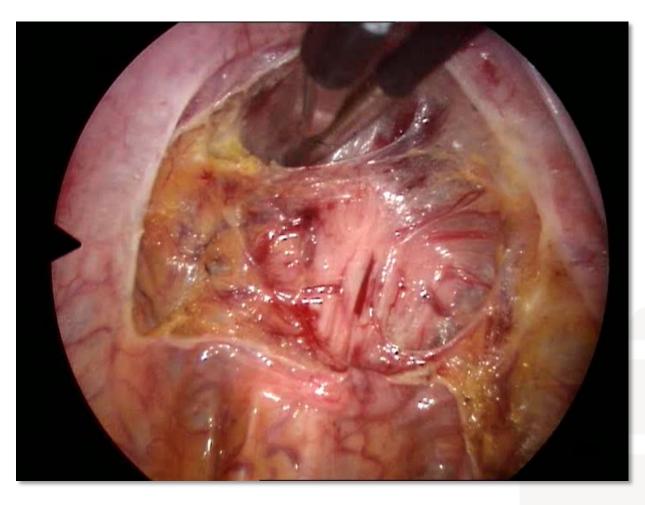


Step 1: Incision péritonéale

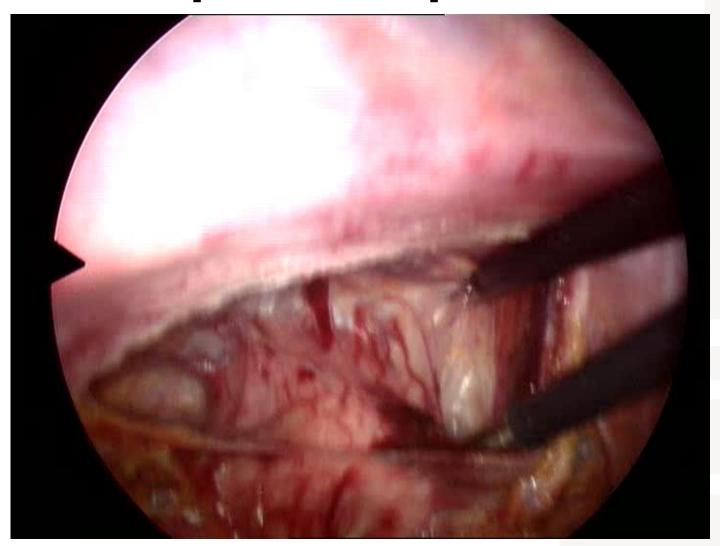


Step 2: Dissection de la cloison recto-vaginale

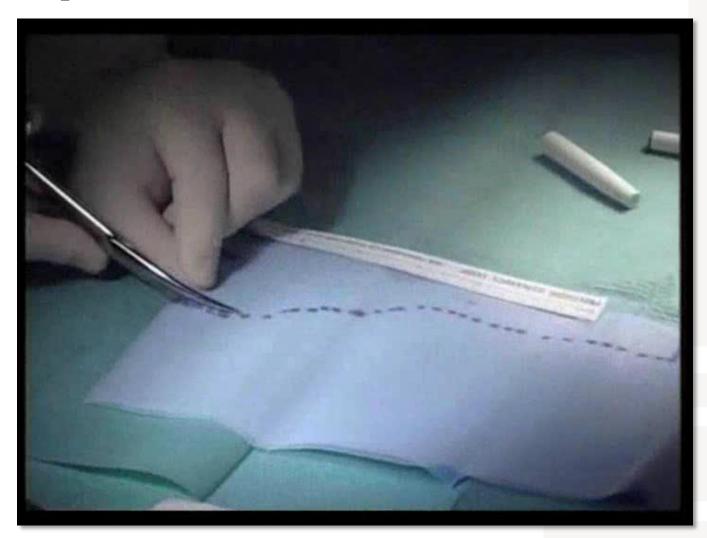
*Valve vaginal



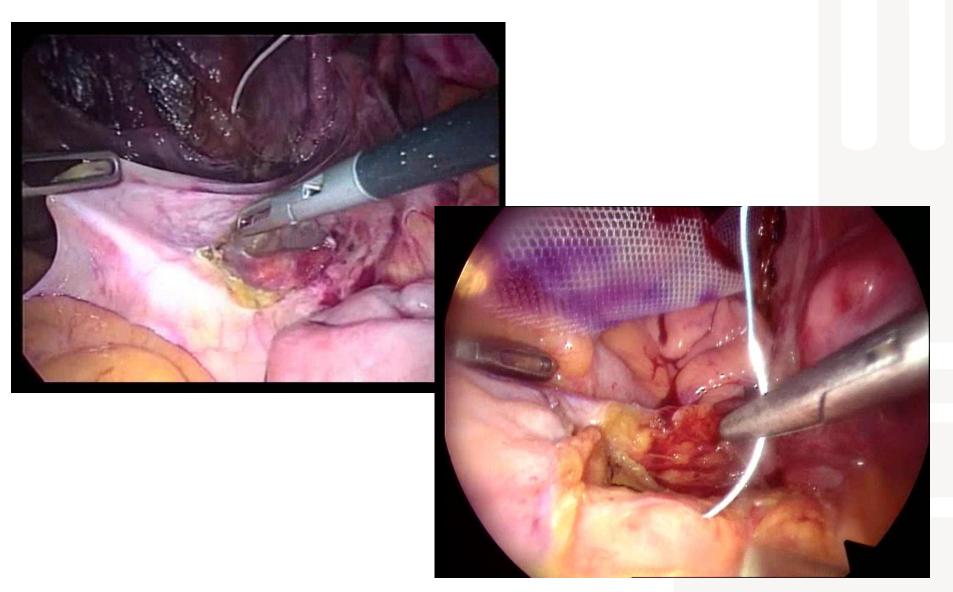
Step 3: Dissection distale, exposition du plancher pelvien



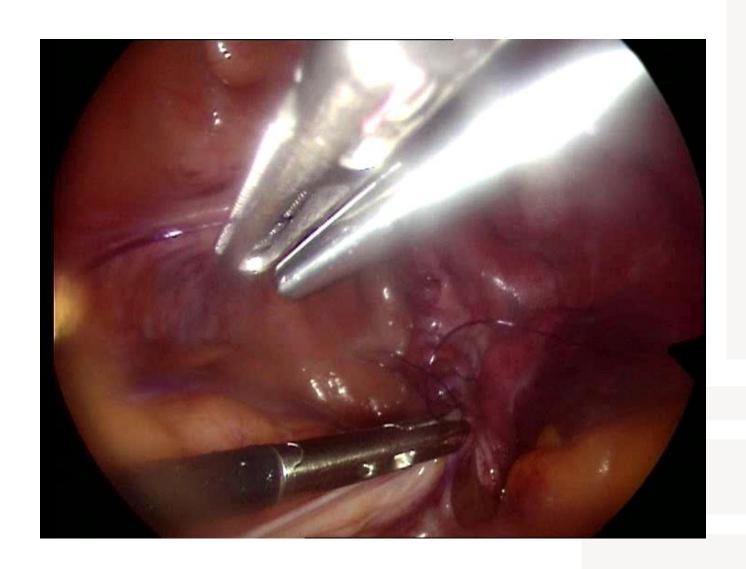
Step 4: Prothèse et fixation



Step 5: Dissection du promontoire et fixation



Step 6: Péritonisation



Soins post-operatoires

- Sonde urinaire ôtée J0 / J1
- Eviter les efforts de poussées: Laxatifs
- Sortie J2*

Merci









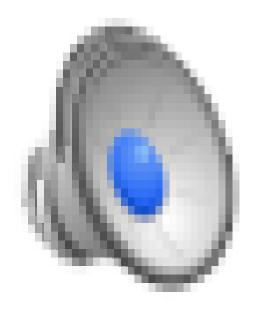
Promontofixation coelio mono trocart

Dr Eric DRAPIER





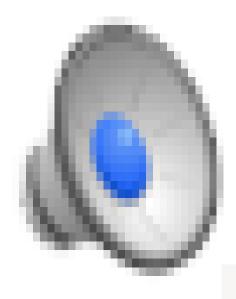






LA BAULE PALAIS DES CONGRÈS DU 16 AU 18 SEPTEMBRE 2015











Promontofixation Coelio mes trucs...le minitroc ?Le robot ?

Dr Laurent WAGNER

Dissection du Péritoine Postérieur

- Dissection initiale du PPPost: remonter assez haut sous la bifurcation iliaque pour mieux contrôler la fixation au promontoire (répérer uretètre à Dt, veine iliaque à G)
- Descendre l'incision du PPPost jusqu'à l'insertion du ligt US dt (dissection superficielle pour éviter de rentrer dans le méso sigmoide)
- Reprendre l'incision au CDS de douglas: valve malléable incurvée à 90° verticalise le vagin; la traction sur le PPPost permet d'ouvrir la cloison recto vaginale médiane (peu de vx)
- Attention à rester contre la paroie vaginale, le rectum remonte et fait une chicane...

Dissection des Releveurs

- Ne disséquer en latéro rectal que quand on arrive sur le bas rectum (blanc nacré)
- La dissection se fera à 2h et 10h (partie ascendante des muscles releveurs).
- Cette dissection latérale très basse permet d'éviter toute la vascularisation rectale (Art. hémorroidales)
- Ouverture de l'espace à l'aide de la pince atraumatique du coté opposé au releveur (ouverture des mords très progressivement pour prendre contact puis élargir

Fixation de la Prothèse postérieure

- Utiliser une prothèse à large maille (plus malléable et épouse l'espace de dissection)
- Passage des points dans la partie basse du releveur (plus facile en revers et avec 2 portes aiguilles)
- Ne pas serrer trop fort les points (douleurs++)
- Mettre un point médian fixer à la partie basse du rectum ou du vagin (éviter le glissment du rectum sous la prothèse)
- Fixation en haut sur l'isthme plus que les US (plus solide et moins de risque Vx)
- Certains ne fixent pas la prothèse post au promontoire ...

Dissection du Péritoine Antérieur

- Ouverture de l'espace en divergeant (comme en AR)
 - Une traction de l'utérus vers le promontoire
 Une traction du Péritoine prévésical vers le haut (bride médian dans le CDS vésico-utérin).
- Incision du PPAnt découvrant l'isthme ante et ligt large Dt
- Mise en place d'une lame malléable intra vaginale peu courbée remontant le CDS vaginal antérieur vers le promontoire
- Traction de la vessie vers le haut (Un peu remplie) pour repérer la jonction vessie vagin et incision des attaches médianes proche du vagin permettant de découvrir le plan

Fixation de la prothèse antérieure

- La dissection est pousser jusqu'au ballon de la SAD (mais adapter en fonction des adhérences ..)
- Le choix de la valve est capital (valve métallique à bord mousse, largeur de 5 cm d'un coté (dissection ant) et 3 cm de 'autre (dissection post)
- Choisir une prothèse à large maille (épouse l'espace de dissection / voir le vagin à travers la prothèse facilite la fixation)
- 4 points superficiels sur le vagin pour étaler la prothèse
- 2 points profonds sur l'isthme ante (au ras du péritoine pour être sur de ne pas prendre la partie haute du vagin

Péritonisation

Péritonisation postérieure difficile si mal préparée

- Décollement insufisant entre mésorectum et paroie pelvienne en général dans es dissections trop latérales
- Incision trop profonde du Ppost dans le CDS de douglas

Péritonisation est facilitée par certaines précaution :

- Libérer un peu la traction sur l'utérus pendant la péritonisation
- Le fil cranté (V lock amène un confort incomparable et un recouvrement des prothèse idéal)
- Les prothèses ne doivent pas être fixées au promontoire avant (effet corde) et doivent être enfouies dans l'espace de dissection et tirées vers la droite pour épouser le trajet en crosse
- Arréter la péritonisation quand le passage de la crosse est passé

Fixation des prothèses au promontoire

Prendre contact et visualisé le ligament présacré

Attention à une veine iliaque G présacré et applatie sur le promontoire par le pneumopéritoine (bifurquation veineuse basse) ou à une veine sacrée médiane qui se rétracte sous le prontoire (hématome)

Intérêt de la fixation avec des aiguilles à faible courbure pour prendre le ligament de manière large mais pas profonde (disque ++)

Quelques Astuces:

- Le bord droit du promontoire est plus libre que le gauche (mésorectum)
- Le ligament plus épais /partie haute horizontale du promontoire
- La péritonisation préalable permet de maintenir les prothèses et facilite le réglage de la tension des prothèses
- Relacher la traction sur l'utérus lors de la fixation /promontoire