

PELVIMAG

Le magazine de la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

n°73

MARS 2011

édito



Une décade prodigieuse

Vivre avec le passé, en médecine comme ailleurs, est une erreur certaine. Mais l'oublier en est une autre aussi funeste. J'avais proposé, voici quelques semaines, à la rédaction de PELVIMAG un texte retraçant la carrière de Raoul Palmer dont le monde entier reconnaît qu'il fut dès le début des années cinquante le principal promoteur du développement de la cœlioscopie. Le texte était sous presse lorsque nous parvint la nouvelle du décès de René Musset, autre figure emblématique de la chirurgie gynécologique. Un an de plus il aurait été centenaire, mais le destin ne l'aura pas voulu. L'aurait-il souhaité lui-même ?

A dire vrai, les débuts de la carrière de René Musset ne sont pas évidents à déchiffrer. Il était sur ce sujet, comme sur bien d'autres, d'une grande discrétion. Les documents officiels que l'AP-HP archive scrupuleusement nous apprennent qu'il fut nommé à l'internat de Paris en 1936 et que son cursus lui fit rencontrer en 1942 à l'Hôpital Broca Pierre Mocquot qu'il considérait comme son mentor, pour lequel il avait la plus grande admiration et dont il évoquait très régulièrement le souvenir. Nommé à l'assistantat des hôpitaux en 1946, il entama celui-ci par une collaboration de 4 ans à Port Royal auprès de Portes et Varangot. En 1950, il devint

le bras droit de Jean Ravina à Lariboisière. Durant dix ans, ce binôme complémentaire, obstétrical et chirurgical, fut reconnu comme un des fleurons de la gynécologie parisienne. Mais le tournant de sa carrière survint en 1961, année de sa nomination à la chefferie de service de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Quel chirurgien ne garde pas de son internat le souvenir d'une époque privilégiée. A titre personnel, je sortais de deux semestres à Broca, Mecque parisienne de la gynécologie chirurgicale, lorsque je franchis le portail de l'Hôtel-Dieu en 1973. De Jacques Huguier

à René Musset, mon plaisir et mon admiration à côtoyer ces deux grands patrons furent les mêmes bien que leurs personnalités fussent si différentes.

René Musset était la personnification d'une élégance sans faille dans sa présentation, dans son discours et dans sa pratique.

Il faut se souvenir qu'à cette

époque pourtant pas si lointaine, les gynécologues commençaient seulement à s'approprier la pratique de la chirurgie pelvienne qui avait été confisquée en France depuis Jean-Louis Faure par les chirurgiens viscéraux. Pierre Mocquot, Jacques Huguier, Henri-Guy Robert en étaient la preuve à Paris, la chirurgie gynécologique étant pour eux une déviance, certes volontairement choisie, de leur pratique généraliste viscérale initiale.



Rédacteur en chef: Philippe Debodinance

Rédacteur adjoint: Malik Boukerrou

Comité de rédaction:

Pierre Collinet, Philippe Descamps,
Philippe Ferry, Alain Proust

N° ISSN 1266 - 6181

Pour toute correspondance

S.C.G.P. - 12 rue de Redon

35000 Rennes

Tél / Fax: 0223 40 45 45

E-mail: scgp@wanadoo.fr

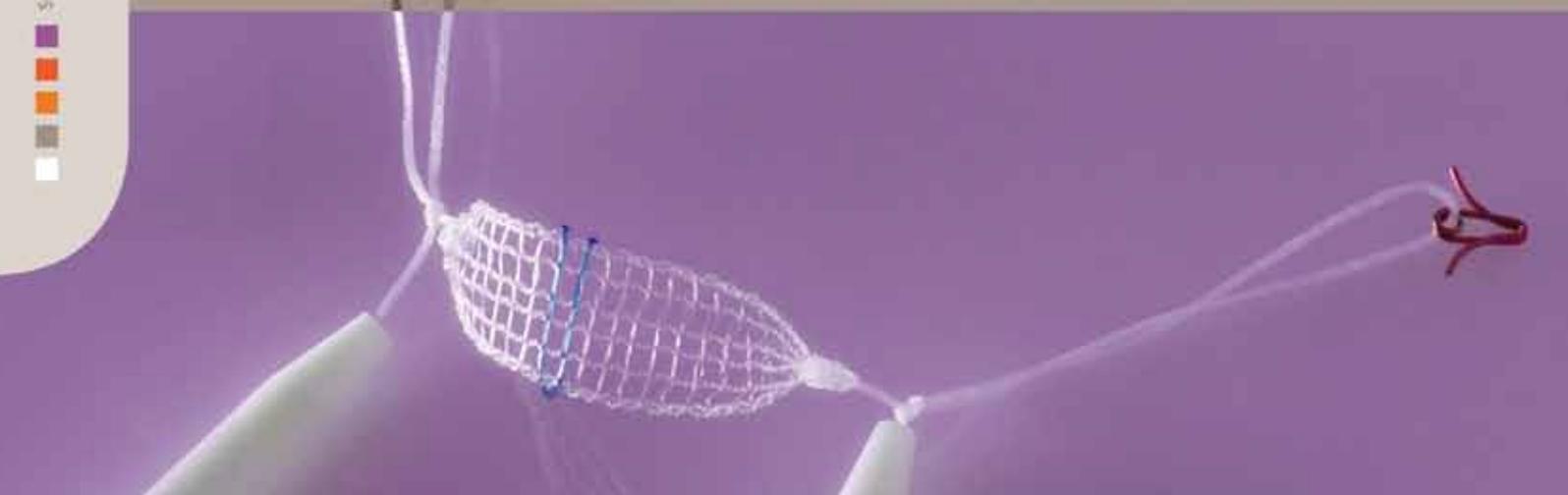
www.scgp.asso.fr



Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

mini bandelette ajustable

JUST-Swing™

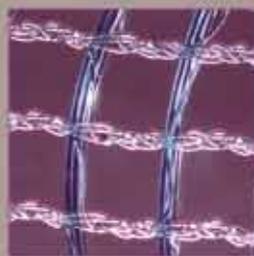


- 3 cm d'efficacité
- Fixation immédiate
- Réglage précis
- Incision unique

push to adjust

SVS

"Secured Vaginal Sling"



What else?*

* Quoi d'autre ?

swing
TECHNOLOGIES

1, rue d'Albisson 34000 Montpellier
Tél. : (33) 04 67 60 47 24 Fax : (33) 04 67 54 35 84
contact@swing-technologies.com www.swing-technologies.com



Ce n'était pas le cas de René Musset qui, s'il ne fut jamais véritablement un obstétricien, il était le premier à le reconnaître, choisit d'emblée la chirurgie gynécologique comme terrain d'expression. Il faut rappeler qu'à une époque où le dogme était à la chirurgie laparotomique, il était un des rares à pratiquer et défendre la chirurgie vaginale, qui était d'ailleurs pour les internes une raison majeure de fréquenter son service. Il est certainement regrettable que les techniques vaginales autologues qu'il développait avec talent dans la chirurgie du prolapsus n'aient pas donné lieu aux publications de référence qu'elles auraient méritées. Celles-ci auraient encore aujourd'hui un intérêt comparatif certain. René Musset, par son nom et ses travaux, reste encore à ce jour une référence unanimement reconnue dans le domaine des malformations utéro-vaginales. Je ne suis pas convaincu que les systèmes de classification proposés plus récemment par certaines instances anglo-saxonnes aient apporté grand chose à ses propositions initiales. On ne peut parler de fistules rectovaginales sans évoquer la technique en deux temps dont il fut l'initiateur et dont il était légitimement fier. Elle connaît, certes aujourd'hui, des alternatives efficaces, mais reste encore le recours premier de nombreux opérateurs. Sur certains sujets, René Musset fut un visionnaire et je peux en témoigner personnellement. Il fut avec Varangot l'un des premiers à s'intéresser à l'endométriome et à pressentir l'importance que cette affection allait prendre dans l'avenir, avec une tendresse particulière pour l'adénomyose dont il aurait aimé percer tous les mystères. On aurait tort de penser que l'enseignement de René Musset ne concernait que le cercle fermé des chirurgiens. Dans son

service, il était très attentif aux messages qu'il faisait passer en consultation aux nombreux représentants de la gynécologie médicale qui fréquentaient avec bonheur et intérêt l'Hôtel-Dieu de Paris. Son exemple inculquait à chacun la rigueur dans l'interrogatoire et l'examen clinique, l'esprit critique devant toute situation ambiguë et la minutie dans l'étude de l'imagerie. On sait ce que l'hystérogaphie lui doit ; il est dommage de ne pas l'avoir vu confronté à l'échographie ou l'IRM pour des raisons purement chronologiques.

Je n'ai évidemment pas à juger de la personnalité de René Musset, elle était indiscutablement complexe, mais extrêmement attachante. La familiarité et le laisser-aller n'étaient pas son genre, c'est un euphémisme. Mais un regard du maître, un mot de reconnaissance, ce qu'il faisait avec « tact et mesure », suffisaient à éclairer la journée de l'assistant ou de l'interne qui en bénéficiaient. Il régnait sur son service, c'est un fait d'évidence, mais le despote était éclairé et ses élèves l'admiraient.

A la fin de son activité en octobre 1977, il s'effaça avec discrétion laissant à ses collaborateurs de toujours, Philippe Poitout, Bernard Paniel et Jean-Bernard Truc, le soin de gérer le service dont il avait assuré avec talent la direction durant plus de 25 ans. J'eus l'occasion de le rencontrer par l'intermédiaire de l'amitié mutuelle et profonde que nous partagions pour Jean Cohen, que René Musset aimait particulièrement. Il restait au courant de tout ce qui concernait la spécialité mais sans jamais se permettre la moindre ingérence et en relativisant ses critiques souvent justes. Ce détachement et cette distance allaient dans le droit fil de la noblesse certaine de ce personnage hors du commun. Car c'est bien un seigneur qui nous a quittés et que

regretteront longtemps tous ceux qui, un jour, ont eu à collaborer avec lui.

René Musset aura donc eu la chance d'exprimer sa quintessence durant une décennie où s'est construit en France l'ébauche de la chirurgie gynécologique moderne que nous connaissons aujourd'hui. La chirurgie laparotomique extensive était au bout de son expérience et atteignait ses limites. Daniel Dargent arrivait avec une particulière connaissance de la chirurgie vaginale qu'il avait apprise à Padoue auprès de Centaro. Il eut le talent de persuader la France de son intérêt, confirmant ainsi les convictions de ceux assez rares à l'époque qui, comme René Musset, avaient su ne pas l'oublier.

L'hystéroscopie sortait des limbes, commençant à s'organiser et à se codifier autour des travaux initiateurs de Jacques Hamou. La coelioscopie, dans le mouvement qu'avait su initier Raoul Palmer, imposait enfin, grâce à Maurice Bruhat l'évidence de son efficacité. C'est à ce dernier et à l'action fédératrice qu'il sût jouer à partir de l'école Clermontoise dans la France entière, qu'on doit le rôle essentiel qu'a joué notre pays dans la diffusion mondiale de la coelochirurgie pour les deux décennies qui suivirent.

Aujourd'hui, et pour toujours, Clermont, un village gaulois est l'épicentre de la chirurgie gynécologique moderne.

Le hasard a voulu que cette décennie, de 1970 à 1980, soit celle durant laquelle j'effectuais la totalité de mon internat et de mon clinat. Je sais ce que je dois au côtoiement initiatique de ces êtres d'exception auxquels ce texte est un hommage légitime et reconnaissant. J'ai vraiment la conviction d'avoir vécu grâce à eux une décennie prodigieuse...

Patrick Madelenat

Sommaire

4 DOSSIER : LA PELVIPÉRINÉOLOGIE MULTIDISCIPLINAIRE

L'EXAMEN CLINIQUE TRADITIONNEL EN PELVI-PÉRINÉOLOGIE : LE POINT DE VUE DU COLO-PROCTOLOGUE.

6 - BILAN URODYNAMIQUE ET PROLAPSUS.

11 - INCONTINENCE URINAIRE MASQUÉE : VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE.

15 - TECHNIQUE DE RICHARDSON MODIFIÉE POUR LE TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN ISOLÉ DE LA FEMME JEUNE : SACROSPINOFIXATION BILATÉRALE AVEC BANDELETTES PROTHÉTIQUES.

18 RAOUL PALMER : UN ITINÉRAIRE COELIOSCOPIQUE

22 DE LA PRATIQUE À LA LOI.

25 CONGRÈS À VENIR



DOSSIER : LA PELVI-PÉRINÉOLOGIE MULTIDISCIPLINAIRE

La pelvi-périnéologie est par nature multidisciplinaire. La complexité de certaines prises en charge impose souvent la confrontation des trois spécialités concernées que sont la gynécologie, la coloproctologie et l'urologie, sans ordre préférentiel bien sûr... La création de certaines sociétés comme la SIFUD confirme l'intérêt de ces échanges, comme en témoignent également les séances dédiées de nombreux congrès ou réunions scientifiques de tous ordres. Avec le temps, les représentants des trois spécialités ont pris l'habitude de se parler et de se concerter au point d'envisager la création de R.C.P., certaines ayant vu le jour ces dernières années au plus grand bénéfice des patientes. C'est dans cet esprit que PELVIMAG a souhaité vous présenter un dossier consacré à la pelvi-périnéologie en répondant par le choix des intervenants au principe de la multidisciplinarité.

Guillaume Meurette, Juliette Podevin

Clinique de chirurgie digestive et endocrinienne, CHU Hôtel-Dieu Nantes
Guillaume.meurette@chu-nantes.fr

L'examen clinique traditionnel en pelvi-périnéologie : le point de vue du colo-proctologue



La place de l'examen clinique en pelvi-périnéologie est injustement minimisée face aux progrès récents des examens complémentaires. Pourtant, aussi performants qu'ils soient, ces derniers ne doivent leur précision et leur performance qu'à une indication correctement posée par un examen clinique rigoureux. Il est donc important de souligner le caractère primordial de l'examen clinique dans l'enseignement de la pelvi-périnéologie, tant les indications thérapeutiques qui sont discutées reposent finalement sur des arguments dépendants de l'appréciation du clinicien.

Place de l'examen clinique en pelvi-périnéologie

Cette spécialité est encore jeune et regroupe des compétences issues de spécialités variées (neurologues, urologues, proctologues, rééducateurs). Le principal obstacle à la décision thérapeutique est qu'il n'existe pas de corrélation anatomo-clinique. Ainsi, des modifications anatomiques importantes peuvent rester parfaitement asymptomatiques. Inversement, des patientes souffrent de façon invalidante alors qu'il n'existe pas de modifications majeures de l'anatomie. Toute la difficulté résidera donc dans le choix thérapeutique à l'issue d'un interrogatoire et un examen clinique bien conduits sous l'angle des différents intervenants. Par conséquent, la mise en place de réunions de concertations multidisciplinaires à l'image de celles effectuées au sein de notre institut fédératif de pelvipérinéologie, ne saurait se concevoir sans la présence des patientes.

Conduite de l'examen clinique

L'interrogatoire :

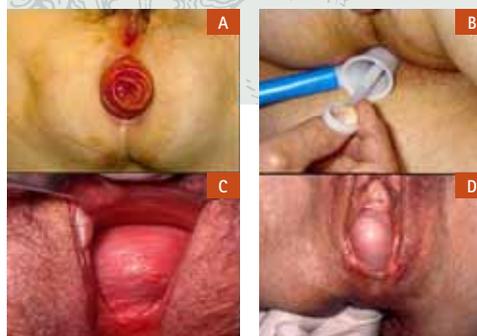
L'écoute... C'est entendre avec attention et savoir traduire la plainte des patientes en termes médicaux. La part de la plainte et sa quantification est une étape absolu-

ment incontournable de la décision thérapeutique. C'est même sur cette évaluation que reposera toute la stratégie de prise en charge. Les plaintes vues par le proctologue peuvent être classées schématiquement en 4 grandes catégories :

- 1 - L'obstacle à la défécation (syndrome d'obstruction à la défécation ou constipation terminale) ; les patientes décrivent une difficulté à exonérer, avec ou sans douleur, mais avec une réelle incapacité à déclencher une défécation normale, comme si l'effort de poussée ne se faisait pas de façon coordonnée et efficace, ou dans une direction permettant la vidange de l'ampoule rectale.
- 2 - La sensation de vidange incomplète du rectum ; ce symptôme est souvent invalidant, confinant les patientes à un fractionnement des selles et le sentiment désagréable d'avoir en permanence une sollicitation pour évacuer les selles.
- 3 - Les troubles de la continence. La continence est la résultante d'un fonctionnement coordonné du rectum et du sphincter anal. Par principe, si le rectum est en réplétion continue, même partiellement, la continence est altérée d'autant plus que le sphincter anal est peu performant par lui-même. La traduction clinique peut aller des souillures régulières des sous-vêtements (soiling des anglo-saxons) jusqu'aux fuites de gaz et de selles moulées.
- 4 - Les douleurs. Par leur topographie dans



FIGURE 1 : PROLAPSUS EXTÉRIORISÉ DU RECTUM
 (A). Examen en anoscopie, pour apprécier la qualité de la muqueuse des derniers centimètres du rectum et du canal anal sans besoin de dispositif de lumière (B). Rectocèle antérieure démasquée à la manœuvre des valves, en réclinant la paroi vaginale antérieure (c) puis renouvelée par le toucher rectal (D).



la région péri-anales ou bien endo-anales, par leur survenue rythmée par les exonérations, leur caractère positionnel et systématisé, les manifestations douloureuses peuvent occuper une place importante dans les plaintes liées à un trouble de la statique pelvienne postérieure.

Actuellement, l'évaluation des plaintes, si elle reste très subjective et dépendante de l'attention qu'on y consacre, doit être complétée par le remplissage de scores symptômes quantitatifs, et de scores de qualité de vie. Nous disposons de publications récentes, validant des scores auto-administrés ou remplis par le médecin, spécifiquement dédiés aux troubles de la statique ou bien complétant les plaintes axées sur la proctologie et la continence. Ainsi, les scores de constipation KESS⁽¹⁾, ODS⁽²⁾, d'incontinence de Cleveland Clinic⁽³⁾, ainsi que de qualité de vie FIQol⁽⁴⁾, GIQLI^(5,6) PFIQ-7 et PFDI 20⁽⁷⁾ sont de plus en plus couramment utilisés en pratique.

L'examen physique de l'étage postérieur (Figure 1)

La position idéale pour examiner la filière digestive reste débattue entre les colo-proctologues. Il apparaît néanmoins que la position gynécologique soit la plus adaptée pour avoir une vision globale du périnée, de sa trophicité, mobilité ainsi que des filières génitale et urinaire de façon concomitante. L'examen doit être effectué chez une patiente bien à son aise, confortablement installée et préparée. Il reste encore dans la conscience collective très « tabou » de devoir se confier, dévoiler sa région périnéale et subir un toucher rectal, peut-être encore plus que pour les autres filières !

Plus spécifiquement, dans le cadre des troubles de la statique pelvienne postérieure, l'examen physique doit comprendre une évaluation de la paroi vaginale postérieure, sa souplesse et l'éventuelle rectocèle reproduite par le doigt (Fig 1D). Il faut dans ce cadre ne pas hésiter à réduire une cystocèle qui peut masquer la rectocèle avec l'aide d'un speculum dont les valves sont séparées (Fig 1C). La recherche d'une élytrocèle est parfois plus difficile, il faut régulièrement avoir recours au toucher bidigital, ce qui peut être parfois douloureux ou mal vécu par la patiente. Le toucher rectal est important pour apprécier la qualité des sphincters, interne et externe, séparés par le sillon inter-sphinctérien. Les plis radiés et la peau péri-anales sont également évalués. Le syndrome du prolapsus rectal est une pathologie fréquente, dont le diagnostic est souvent clinique. En cas de prolapsus total extériorisé, le diagnostic est évident pour peu qu'il puisse être reproduit par la patiente lors de la consultation. Un examen en position accroupie et effort de poussée peut sensibiliser l'extériorisation du prolapsus. Il peut être alors judicieux de placer un miroir pour visualiser le prolapsus. Le diagnostic différentiel entre prolapsus hémorroïdaire et prolapsus rectal repose essentiellement sur l'orientation des plis, radiaires dans le premier cas, et circulaires dans le second (Fig 1A). Lorsque le prolapsus reste interne, le diagnostic peut être plus difficile. C'est alors l'examen en anoscopie (Fig 1B) qui peut sensibiliser

la procidence : au retrait de l'appareil en effort de poussée, on visualise le sommet de l'invagination s'introduire dans l'anuscope.

Quelques pièges à connaître

Dans certaines circonstances, l'examen clinique peut être modifié par l'existence d'un périnée malformatif. Ainsi dans les malformations anorectales, l'examen du périnée est largement remanié par la malformation elle-même, mais aussi par les interventions antérieures. Dans cette situation, l'interprétation des signes fonctionnels et surtout de leur évolution récente sera primordiale pour distinguer ce qui est normal ou non dans les anomalies anatomiques constatées. Dans les suppurations chroniques et lésions anopérinéales de Crohn, il faut toujours penser que les anomalies retrouvées peuvent être la partie visible des lésions, qui se manifestent par un simple pertuis cutané. En réalité, il n'est pas rare de retrouver des trajets fistuleux complexes non visibles de premier abord. Dans ces cas, le recours à l'examen sous anesthésie générale est fréquent. Il permet de cathétériser des trajets très complexes.



CONCLUSION

L'examen clinique traditionnel en pelvipérinéologie vu sous l'angle du colo-proctologue occupe une place primordiale dans l'orientation thérapeutique qui sera proposée à la patiente, tant par l'interrogatoire que par les constatations physiques. C'est bien la corrélation des deux qui orientera les examens complémentaires, en particulier la défécographie (ou déféco-IRM) qui est devenue le partenaire du clinicien.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Knowles CH, Eccersley AJ, Scott SM, et al (2000) Linear discriminant analysis of symptoms in patients with chronic constipation: validation of a new scoring system (KESS). *Dis Colon Rectum* 43:1419-26
2. Altomare DF, Spazzafumo L, Rinaldi M, et al (2008) Set-up and statistical validation of a new scoring system for obstructed defaecation syndrome. *Colorectal Dis* 10:84-8
3. Jorge JM, Wexner SD (1993) Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 36:77-97
4. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, Kane RL, Mavrantonis C, Thorson AG, Wexner SD, Bliss D, Lowry AC. (2000) Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument

5. Eypasch E, Williams JI, Wood-Dauphinee S, et al (1995) Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument. *Br J Surg* 82:216-22
6. Slim K, Bousquet J, Kwiatkowski F, et al (1999) First validation of the French version of the Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI). *Gastroenterol Clin Biol* 23:25-31
7. de Tayrac R, Deval B, Fernandez H, Mares P (2007) Development of a linguistically validated French version of two short-form, condition-specific quality of life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 36:738-48



Jean-François HERMIEU

CHU Bichat - Service d'Urologie - 46, rue Henri Huchard - 75018 PARIS
jean-francois.hermieu@bch.aphp.fr

Bilan urodynamique et Prolapsus

L'*International Continence Society recommande d'effectuer un bilan urodynamique aux femmes présentant un prolapsus génital de grade supérieur ou égal à 2 et candidates à la chirurgie. Le prolapsus génital est, en effet, à l'origine de modifications urodynamiques telles que bas débit mictionnel, résidu post-mictionnel, épreuve pression-débit en faveur d'une obstruction, hyperactivité détrusorienne, majoration de la pression de clôture maximale de l'urètre. Le bilan urodynamique a-t-il pourtant un intérêt diagnostique ou pronostique sur le fonctionnement vésico-sphinctérien et oriente-t-il le traitement proposé ?*

Si 20 à 40 % des patientes atteintes de prolapsus présentent une hyperactivité vésicale, celle-ci disparaît une fois sur 2 après correction du prolapsus. Si 40% des patientes présentant un prolapsus génital sévère ont un défaut de vidange vésicale, celui-ci disparaît près de 3 fois sur 4 après correction du prolapsus.

Plus d'une patiente sur 2 présentent une incontinence urinaire d'effort après réduction du prolapsus génital. Le débat, entre un traitement du prolapsus associant un geste urinaire ou un geste isolé sur le prolapsus avec réévaluation secondaire de la continence n'est pas tranché. Le traitement combiné limite le risque d'incontinence d'effort post-opératoire mais augmente le risque de troubles mictionnels induit par le geste urinaire.

Dans toutes ces situations, les données du bilan urodynamique prises individuellement ne permettent pas une discrimination suffisante pour prédire les conséquences mictionnelles de la cure du prolapsus. Prises globalement, elles permettent, par contre, une évaluation précise de l'équilibre vésico-sphinctérien utiles pour l'information de la future opérée sur les avantages et les inconvénients miction-

nels possibles de la cure chirurgicale. En cas d'échec de l'intervention, le bilan urodynamique représente un document de référence particulièrement utile.

11% des femmes atteignant l'âge de 80 ans risquent d'être opérées d'un prolapsus génital ^[1]. Un tiers d'entre elles le seront plusieurs fois. L'évaluation complète d'un prolapsus génital est le garant d'une prise en charge thérapeutique optimale. Cette évaluation doit concerner les 3 étages antérieur, moyen et postérieur, car il est acquis que le traitement proposé doit concerner la filière urinaire, génitale et digestive au risque d'obtenir un mauvais résultat chirurgical si un traitement global n'était pas proposé. L'évaluation doit être anatomique mais aussi fonctionnelle car le succès d'un traitement sera jugé sur la restauration d'une anatomie normale, mais surtout sur la récupération de fonctions urinaire, sexuelle et digestive. Il est également essentiel que le traitement proposé ne génère pas d'anomalie fonctionnelle pouvant être plus gênante que le prolapsus initial.

L'évaluation clinique d'un prolapsus génital est malheureusement particulièrement difficile du fait d'une mauvaise compréhension par les patientes de l'interrogatoire réalisé, d'un interrogatoire et d'un examen clinique souvent incomplet et trop rapide, de l'absence d'outils d'évaluation objectifs, reproductibles et aisés d'utilisation.

Fayyad^[2] estime que seules 15% des femmes ont une évaluation correcte de leur prolapsus. Les symptômes mal évalués concernent la qualité de vie (76%), la sexualité (75%), la sphère digestive (27%), la sphère urinaire (12,5%). Avant chirurgie, 30% des femmes ont eu une mauvaise évaluation de leurs

symptômes sexuels, 23% de leurs symptômes digestifs, 22% de leurs symptômes urinaires. L'évaluation anatomique du prolapsus était bonne pour 59% des patientes avec erreur sur la sévérité du prolapsus pour 42% des patientes, sur les compartiments touchés pour 29%, sur ces 2 éléments pour 29%. Ces imprécisions ont conduit à une modification de l'intervention proposée pour 21% des patientes.

Si la clinique est ainsi mise en défaut, le clinicien peut-il s'appuyer sur des examens complémentaires et, pour la sphère urinaire, sur le bilan urodynamique ?

Les recommandations de l'International Continence Society ^[3] conseillent de faire un bilan urodynamique pour les femmes ayant un prolapsus de grade supérieur ou égal à 2 et candidates à la chirurgie, avec l'objectif de détecter une incontinence urinaire d'effort clinique ou démasquée par la correction du prolapsus. D'autres éléments sont attendus comme la recherche d'une hyperactivité du détrusor, paramètre considérée comme contre-indication à la chirurgie ou tout au moins comme facteur de mauvais résultat opératoire, ainsi que la recherche d'un défaut de vidange vésicale (conséquence de l'obstruction et/ou d'un trouble de la contractilité vésicale).

Quelles sont les anomalies urodynamiques constatées chez les patientes présentant un prolapsus génital ?

Les femmes ayant un prolapsus génital ont plus volontiers des difficultés à vider leur vessie. Ainsi, il est constaté plus de bas débit, de résidu post-mictionnel, moins de débit-



métrie normale chez des femmes ayant un prolapsus génital [4, 5]. Les études pression-débit montrent une baisse du débit mictionnel et une élévation de la pression du détrusor au débit maximum témoignant de l'effet obstructif du prolapsus. 60% des femmes ayant un prolapsus de degré supérieur ou égal à 2 ont une obstruction en utilisant le nomogramme de Blaivas [6].

Concernant la phase de stockage, une perception plus précoce du besoin, une réduction de la capacité et de la compliance vésicale sont souvent observées [5, 7]. 20% à 40% des femmes ayant un prolapsus génital présentent, sur le bilan urodynamique, des contractions non inhibées du détrusor témoignant d'une hyperactivité détrusorienne [4, 8, 9].

L'interprétation du Valsalva Leak Point Pressure est sujette à caution chez la patiente porteuse d'une cystocèle. En effet, l'effet pelote de la cystocèle peut conduire à un VLPP élevé alors qu'il existe une réelle insuffisance sphinctérienne [10].

La pression de clôture maximale de l'urètre, prolapsus extériorisé, est plus élevée chez les patientes présentant un prolapsus génital de degré IV. La réduction du prolapsus réduit la pression de clôture maximale de l'urètre mais pas l'activité électrique du sphincter strié témoignant de l'effet mécanique du prolapsus sur l'urètre [11]. Cette réduction n'est cependant pas corrélée au degré du prolapsus [12].

D'autres auteurs rapportent des résultats contradictoires témoignant de l'hétérogénéité des séries et des difficultés des mesures urodynamiques dans cette population. Ainsi, Rosenzweig [13] comparant débit-métrie, cystomanométrie et profilométrie urétrale dans 3 groupes de femmes ayant différents grades de cystocèle ne retrouve aucune différence des phases de stockage et de miction, la seule différence significative portant sur la pression de clôture maximale de l'urètre.

Quelle est la valeur diagnostique du bilan urodynamique dans la recherche d'une incontinence urinaire d'effort ?

L'incontinence urinaire d'effort demeure un diagnostic clinique. Nul est besoin d'avoir

recours à un bilan urodynamique pour la rechercher. Pourtant, il est habituel de profiter du bilan urodynamique pour rechercher une incontinence urinaire masquée.

La proportion de femmes présentant un prolapsus génital et décrivant une incontinence urinaire d'effort est variable selon les auteurs (3,7 à 40 %) [4, 8, 14, 15]. Mais il est classique de dire que l'effet pelote du prolapsus génital masque, pour de nombreuses patientes, ces fuites à l'effort. Méconnaître ces fuites occultes conduit à un risque théorique de voir apparaître, à la suite de la cure du prolapsus, une incontinence urinaire. Cette incontinence masquée concernerait 31 à 68% des patientes [4, 9, 14, 16-18]. Cette incontinence sera dépistée à vessie pleine, prolapsus réduit en position couchée, assise et éventuellement debout. La détection de l'incontinence masquée n'est pas standardisée et est variable selon la méthode utilisée. La réduction du prolapsus par un pessaire démasque une incontinence urinaire pour 6% des patientes. Cette méthode est peu fiable car le pessaire peut augmenter la pression de clôture maximale et la longueur fonctionnelle de l'urètre, réduisant parfois l'incontinence. Visco a étudié d'autres méthodes de réduction : la réduction manuelle du prolapsus démasque 16% d'incontinence, le tampon 20% et le spéculum 30% [15]. L'utilisation d'un spéculum surestime probablement ce taux car la traction exagérée sur la paroi vaginale postérieure peut déclencher une incontinence urinaire d'effort chez des femmes normales. La recherche d'une incontinence masquée, lors du bilan urodynamique, est parfois mise en défaut du fait des conditions de l'examen. 25 à 30% des femmes se plaignant de fuites à l'effort ne présentent aucune fuite urinaire lors du bilan urodynamique [14].

Quels sont l'intérêt et la valeur pronostique du bilan urodynamique dans la recherche d'une incontinence urinaire d'effort ?

Le principal risque à éviter est de voir persister ou apparaître une incontinence urinaire d'effort à la suite de la cure du prolapsus génital.

Plusieurs situations sont à envisager. Le risque de ré-intervention pour incontinence

urinaire d'effort chez des femmes ayant ni incontinence urinaire d'effort clinique, ni incontinence masquée est faible de l'ordre de 8,3%. L'absence d'incontinence urinaire masquée lors du bilan urodynamique est également un facteur de bon pronostic de la continence post-opératoire. A l'inverse, si une incontinence urinaire d'effort est constatée, le risque ré-intervention pour fuites urinaires post-opératoires passe à 30% [19]. Roovers [20] rapporte des chiffres bien différents, considérant que seules 7% des patientes opérées de prolapsus isolé vont développer une incontinence urinaire d'effort après l'intervention.

La prise en charge chirurgicale du prolapsus génital, associée à une incontinence urinaire d'effort, n'est pas standardisée et fait l'objet de vives polémiques. Deux attitudes sont habituellement proposées : associer systématiquement un geste urinaire à la cure du prolapsus ou traiter le prolapsus et réévaluer secondairement la continence urinaire. L'association systématique peut conduire à sur-traiter des patientes et à les exposer aux complications éventuelles du geste urinaire (dysurie, urgenterie de novo, ...). Ne pas associer de geste urinaire fait prendre le risque de revoir une patiente satisfaite de la cure de son prolapsus mais déçue de fuites urinaires post-opératoires. Plusieurs études viennent étayer ces 2 attitudes.

Pour Klutke [21], le risque d'impériosités de novo est de 30% en cas de traitements combinés et de 5% en cas de cure isolé du prolapsus génital. Pour Liang [22], l'association TVT - cure de prolapsus conduit à seulement 9% d'incontinence urinaire d'effort post-opératoire mais à 16% d'impériosités de novo, chiffres à comparer à la cure isolé du prolapsus (respectivement 65 et 6%). De Tayrac [23] rapporte 0% d'incontinence urinaire d'effort post-opératoire lors d'un traitement combiné mais 27% d'anomalie de fonctionnement vésical contre 12 et 0% en cas de cure isolé du prolapsus. Il est clair que la chirurgie combinée réduit le risque d'incontinence urinaire d'effort post-opératoire mais augmente très significativement le risque d'impériosités de novo dont le retentissement sur la qualité de vie est beaucoup plus péjoratif.

C'est dire l'importance des informations



apportées à la patiente pour réaliser un consentement le plus éclairé possible entre les avantages et les inconvénients de ces 2 attitudes.

Malheureusement le bilan urodynamique est d'une aide modeste pour aider à la décision. Roovers, reprenant l'ensemble des données apportées par le bilan urodynamique, considère qu'aucun élément n'est prédictif du risque d'incontinence post-opératoire^[20]. Cette affirmation est probablement trop tranchée, le bilan urodynamique ne pouvant être considéré comme une succession de chiffres pris individuellement mais plutôt comme une expertise de l'équilibre vésico-sphinctérien. Dans certaines situations comme la femme âgée suspecte de faible contractilité vésicale ou en présence d'une hyperactivité détrusorienne à hautes pressions, les données urodynamiques orienteront plutôt vers une correction isolée du prolapsus avec réévaluation de la continence en post-opératoire. Le risque d'incontinence d'effort post-opératoire paraît effectivement dans ces situations plus faibles que celui de rétention post-opératoire ou d'aggravation d'urgenteries. Il en est de même chez des patientes associant d'autres pathologies pouvant retentir sur le fonctionnement vésico-sphinctérien. Enfin, la constatation d'une pression maximale de l'urètre basse associée à une incontinence urinaire masquée sera un argument pour associer un geste urinaire à la cure du prolapsus. Ici encore, le bilan urodynamique permet d'informer la patiente sur son fonctionnement vésico-sphinctérien et représente un document de référence en cas d'échec post-opératoire.

Quelle est la valeur diagnostique du bilan urodynamique dans la recherche d'une hyperactivité détrusorienne ?

La valeur diagnostique du bilan urodynamique pour le diagnostic d'hyperactivité détrusorienne est limitée. Chez 50% des femmes ayant des signes cliniques d'hyperactivité vésicale, il n'est pas retrouvé d'hyperactivité détrusorienne^[9, 24]. Pour Rosenzweig^[9], 41% des femmes ayant un prolapsus génital, ont des signes cliniques d'hyperactivité vésicale dont seulement 56% ont une hyperactivité détrusorienne.

Cette constatation est encore plus marquée chez Coates^[4] qui constate que 79% des femmes ayant un prolapsus génital ont des urgenteries (63% des urgenteries avec fuites) et seulement 16% une hyperactivité détrusorienne. Par ailleurs, une hyperactivité détrusorienne est parfois retrouvée chez des femmes n'ayant pas d'hyperactivité vésicale clinique^[25], celle-ci étant vraisemblablement générée par les conditions de l'examen.

Une étude montre une corrélation entre grade de cystocèle et hyperactivité détrusorienne (20% d'hyperactivité si cystocèle 1-2, 52% si cystocèle 3-4) mais la réduction du prolapsus lors du bilan urodynamique ne fait pas disparaître cette hyperactivité^[26].

Quels sont l'intérêt et la valeur pronostique du bilan urodynamique dans la recherche d'une hyperactivité détrusorienne ?

Il est habituel de considérer que l'hyperactivité du détrusor est une contre-indication à la chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort ou au moins un facteur de mauvais résultat. Aucune étude ne vient étayer cette affirmation à propos de la chirurgie du prolapsus génital. Bien au contraire, la cystocèle est souvent mise en cause dans la physiopathologie de l'hyperactivité détrusorienne par la descente du trigone qu'elle entraîne et par l'obstruction urétrale qu'elle génère du fait de son effet pelote^[24].

La cure de cystocèle de degré supérieur ou égal à 2 améliore la pollakiurie pour 60% des patientes, l'urgenterie pour 70%, la fuite par urgenterie pour 82% et fait disparaître l'hyperactivité du détrusor pour une patiente sur 2^[24]. L'intérêt de la cure du prolapsus génital pour améliorer les signes irritatifs vésicaux semble donc évident sans que le bilan urodynamique n'apporte de données pronostiques supplémentaires.

Quels sont l'intérêt et la valeur pronostique du bilan urodynamique dans la recherche d'un obstacle à l'évacuation des urines ?

La réalisation de débitmétrie ou d'études pression-débit chez la femme présentant un prolapsus génital se heurte à d'importantes difficultés non résolues à ce jour. Faut-il

réaliser la mesure prolapsus réduit ou extériorisé ? Comment réduire le prolapsus sans modifier les paramètres urodynamiques ? Faut-il faire des mesures simultanées du débit maximum et de la pression mictionnelle ou des mesures différées ? En cas de mesures simultanées, quel est l'impact de la sonde urétrale sur la mesure ? Sur le plan pratique, comment maintenir le prolapsus et la sonde urétrale pendant la phase mictionnelle ? Quelle définition de l'obstruction retenir chez la femme ? Pour toutes ces raisons, le diagnostic d'obstruction porté par une étude-pression débit est très délicat chez la femme présentant un prolapsus génital^[6]. Quoiqu'il en soit, Mueller rapporte que 40% des femmes présentant un prolapsus de degré 3 ou 4 ont des critères d'obstruction prolapsus extériorisé, ce taux chutant à 17% prolapsus réduit^[11]. Pour Chaikin^[6], ce taux est de 75%, l'obstruction disparaissant toujours si le prolapsus est réduit. Pour Romanzi^[12], l'obstruction concerne 4% des femmes présentant une cystocèle de degré 1 ou 2 et 58% des femmes présentant une cystocèle de degré 3 ou 4. Cette obstruction disparaît pour 94% des patientes après réduction de la cystocèle. Cet auteur ne trouve aucune différence de contractilité vésicale qu'il s'agisse d'une cystocèle de bas ou haut grade.

Ainsi, l'intérêt de rechercher par un examen urodynamique un obstacle à l'évacuation des urines chez une femme présentant un prolapsus génital paraît peu rentable dans la mesure où la correction du prolapsus génital fait disparaître le plus souvent cet obstacle. Quant à la recherche d'une hypocontractilité vésicale, prolapsus réduit, pour évaluer le risque de rétention post-opératoire, cette mesure paraît techniquement suffisamment aléatoire pour être prise en compte.

Faut-il réaliser un bilan urodynamique avant d'opérer un prolapsus génital ?

Si l'International Continence Society recommande le bilan urodynamique avant tout traitement chirurgical d'un prolapsus génital de degré supérieur ou égal à 2, cet avis ne semble pas consensuel. Rosenzweig recommande le bilan urodynamique car il estime que les symptômes cliniques ne peuvent préjuger des anomalies urodyna-



miques. Roovers estime au contraire que le bilan urodynamique ne permet de prédire ni le risque d'incontinence urinaire d'effort, ni le risque d'impériosités post-opératoires. En l'absence de tout signe urinaire spontané ou masqué, le bilan urodynamique paraît inutile. Dans les autres cas, le bilan urodynamique participera à l'évaluation vésico-sphinctérienne en se souvenant qu'une dysurie ou une hyperactivité détrusorienne liée à un prolapsus disparaissent souvent après réduction de ce prolapsus et que le bilan urodynamique ne peut à lui seul

prédire le risque d'incontinence urinaire d'effort post-opératoire.



CONCLUSION

En conclusion, la réalisation et l'interprétation du bilan urodynamique sont particulièrement difficiles lorsqu'il existe un prolapsus génital. Ce dernier entraîne souvent, par effet pelote, une difficulté de vidange vési-

cale et une élévation des pressions urétrales. Même si aucune donnée urodynamique prise individuellement ne présente un intérêt diagnostique ou pronostique certain, le bilan urodynamique permet d'évaluer l'équilibre vésico-sphinctérien et d'orienter la décision d'associer ou non un geste urinaire à la cure du prolapsus et d'en prévoir les conséquences. En outre, le bilan permet d'informer la patiente sur son fonctionnement vésico-sphinctérien et représente un document de référence en cas d'échec de l'intervention.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Olsen, A.L., et al., Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*, 1997. 89(4): p. 501-6.
- 2. Fayyad, A., et al., How accurate is symptomatic and clinical evaluation of prolapse prior to surgical repair? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2007. 18(10): p. 1179-83.
- 3. Bump, R.C., et al., The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*, 1996. 175(1): p. 10-7.
- 4. Coates, K.W., et al., Uroflowmetry in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Br J Urol*, 1997. 80(2): p. 217-21.
- 5. Long, C.Y., et al., Abnormal clinical and urodynamic findings in women with severe genitourinary prolapse. *Kaohsiung J Med Sci*, 2002. 18(12): p. 593-7.
- 6. Mueller, E., et al., The correlation of voiding variables between non-instrumented uroflowmetry and pressure-flow studies in women with pelvic organ prolapse. *Neurourol Urodyn*, 2008. 27(6): p. 515-21.
- 7. Wall, L.L. and J.K. Hewitt, Urodynamic characteristics of women with complete posthysterectomy vaginal vault prolapse. *Urology*, 1994. 44(3): p. 336-41; discussion 341-2.
- 8. Jha, S., et al., Does preoperative urodynamics change the management of prolapse? *J Obstet Gynaecol*, 2008. 28(3): p. 320-2.
- 9. Rosenzweig, B.A., et al., Prevalence of abnormal urodynamic test results in continent women with severe genitourinary prolapse. *Obstet Gynecol*, 1992. 79(4): p. 539-42.
- 10. McGuire, E.J., R.D. Cespedes, and H.E. O'Connell, Leak-point pressures. *Urol Clin North Am*, 1996. 23(2): p. 253-62.
- 11. Mueller, E.R., et al., Urodynamic prolapse reduction alters urethral pressure but not filling or pressure flow parameters. *J Urol*, 2007. 177(2): p. 600-3.
- 12. Romanzi, L.J., D.C. Chaikin, and J.G. Blaivas, The effect of genital prolapse on voiding. *J Urol*, 1999. 161(2): p. 581-6.
- 13. Rosenzweig, B.A., et al., Urodynamic evaluation of voiding in women with cystocele. *J Reprod Med*, 1992. 37(2): p. 162-6.
- 14. Roovers, J.P. and M. Oelke, Clinical relevance of urodynamic investigation tests prior to surgical correction of genital prolapse: a literature review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2007. 18(4): p. 455-60.
- 15. Visco, A.G., et al., The role of preoperative urodynamic testing in stress-continent women undergoing sacrocolpopexy: the Colpopexy and Urinary Reduction Efforts (CARE) randomized surgical trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2008. 19(5): p. 607-14.
- 16. Chaikin, D.C., A. Groutz, and J.G. Blaivas, Predicting the need for anti-incontinence surgery in continent women undergoing repair of severe urogenital prolapse. *J Urol*, 2000. 163(2): p. 531-4.
- 17. Reena, C., A.N. Kekre, and N. Kekre, Occult stress incontinence in women with pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet*, 2007. 97(1): p. 31-4.
- 18. Sinha, D. and A.S. Arunkalaivanan, Prevalence of occult stress incontinence in continent women with severe genital prolapse. *J Obstet Gynaecol*, 2007. 27(2): p. 174-6.
- 19. Ballert, K.N., et al., Managing the urethra at transvaginal pelvic organ prolapse repair: a urodynamic approach. *J Urol*, 2009. 181(2): p. 679-84.
- 20. Roovers, J.P., et al., Does urodynamic investigation improve outcome in patients undergoing prolapse surgery? *Neurourol Urodyn*, 2007. 26(2): p. 170-5.
- 21. Klutke, J.J. and S. Ramos, Urodynamic outcome after surgery for severe prolapse and potential stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol*, 2000. 182(6): p. 1378-81.
- 22. Liang, C.C., et al., Pessary test to predict postoperative urinary incontinence in women undergoing hysterectomy for prolapse. *Obstet Gynecol*, 2004. 104(4): p. 795-800.
- 23. de Tayrac, R., et al., Combined genital prolapse repair reinforced with a polypropylene mesh and tension-free vaginal tape in women with genital prolapse and stress urinary incontinence: a retrospective case-control study with short-term follow-up. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2004. 83(10): p. 950-4.
- 24. Digesu, G.A., et al., Do overactive bladder symptoms improve after repair of anterior vaginal wall prolapse? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2007. 18(12): p. 1439-43.
- 25. van Waalwijk van Doorn, E.S., A. Remmers, and R.A. Janknegt, Conventional and extramural ambulatory urodynamic testing of the lower urinary tract in female volunteers. *J Urol*, 1992. 147(5): p. 1319-25; discussion 1326.
- 26. Gilleran, J.P., G.E. Lemack, and P.E. Zimmern, Reduction of moderate-to-large cystocele during urodynamic evaluation using a vaginal gauze pack: 8-year experience. *BJU Int*, 2006. 97(2): p. 292-5.

LE 11^{ÈME} CONGRÈS MONDIAL D'ENDOMÉTRIOSE



WCE 2011
TOWARDS
EXCELLENCE

Montpellier
France

11th World Congress
on
Endometriosis
4-7 September 2011



se tiendra à Montpellier du 4 au 7 septembre 2011

	Sunday 4 September	Monday 5 September	Tuesday 6 September	Wednesday 7 September			
07.00 – 08.15		Sponsored symposium	Sponsored symposium	Sponsored symposium			
08.30 – 10.30		Seminar #1 (scientific) Environmental influences on the development of endometriosis K. Osteen (US) 5 best abstracts	Seminar #2 (clinical) Therapeutic management in deep endometriosis C. Chapron (FR) 5 best abstracts	Seminar #5 (scientific) Pain and pain mechanisms in women with endometriosis K. Berkley (US) 5 best abstracts	Seminar #6 (clinical) Quality of life and sexuality of women with endometriosis A. Ebert (DE)* 5 best abstracts	Seminar #9 (scientific) The omics: new approaches to an old problem L. Hull (AU) 5 best abstracts	Seminar #10 (clinical) Infertility and endometriosis A. Ariçi (US) 5 best abstracts
10.30 – 11.00		Coffee/tea + poster viewing + exhibits					
11.00 – 11.30		Keynote Lecture #1 A new classification of endometriosis C. Miller (US)	Keynote Lecture #3 Impact and predictability of endometriosis K. Zondervan (UK)	Free Communications #3 (scientific)	Free Communications #4 (clinical)		
11.30 – 12.00		Keynote Lecture #2 Is endometriosis a pre-neoplastic condition? S-W. Guo (CN)	Keynote Lecture #4 Micro-RNA regulated pathways in endometriosis M. Ohlsson-Teague (AU)				
12.00 – 13.00		Sponsored symposium	Free Communications #1 (scientific)	Free Communications #2 (clinical)			
13.00 – 14.00		Lunch + poster viewing + exhibits					
14.00 – 15.00	PRE-CONGRESS COURSE Excellence in endometriosis surgery. Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne Chairs: Ch. Chapron (FR), P. Madejlenat (FR), M. Canis (FR)	Seminar #3 (scientific) Endometriosis and endometriosis C. Garrett (AU) 5 best abstracts	Seminar #4 (clinical) Prevention of recurrences C. Petta (BR) 5 best abstracts	Seminar #7 (scientific) Endometriosis and pregnancy J. Brosens (UK) 5 best abstracts	Seminar #8 (clinical) Early diagnosis and screening for endometriosis F. Parazzini (IT) 5 best abstracts	Late breaking sessions	
15.00 – 16.00		Coffee/tea + poster viewing + exhibits					
16.00 – 16.30		Special seminar on communication Talking with the patient, talking with the doctor, shared decision making, and informed consent D. Soriano (IL)	Debate Endometriosis and infertility - Surgery M. Canis (FR) - No surgery J. Garcia-Velasco (ES)	Closing ceremony (Awards and WCE2014)			
16.30 – 17.30		Poster session with cheese & wine	WES General Assembly				
17.30 – 18.30		FREE EVENING	CONGRESS PARTY				
19.00 – 21.00	Opening ceremony cocktail reception						

*1 Thursday 8 September POST CONGRESS : Research day

SESSION SCGP - DIMANCHE 4 SEPTEMBRE 2011

Président: Patrick Madejlenat
Co-Chairmen: Michel Canis - Charles Chapron

14:00 Conférences - Mises au point

- Ovarian endometrioma : the state of the art.
P. MADEJLENAT (PARIS)
- Deep endometriosis : Is there a place for vaginal approach?
D. RAUDRANT (LYON)
- Deep endometriosis : the urologic point of view
P. PANEL (VERSAILLES)
- Deep endometriosis : Good indication for robotic surgery?
P. COLLINET (LILLE)
- ART and endometriosis : The need to optimize endometrial receptivity
D. DE ZIEGLER (PARIS)

16:00 Communications libres

- LH - LHCGR and pathogenesis of endometriosis
P. SANTULLI - C. CHAPRON (PARIS)

- 3D ultrasonography assessment of ovarian volume reduction following endometrioma cystectomy - C. MOKDAD - H. ROMAN (ROUEN)
- Infection after OMA ponction for ART: is it a dilemma? - G. PRIOU (RENNES)
- Bladder endometriosis: unique pathogenesis?
M. PIKETTY - J-L. BENIFLA (PARIS)
- Genome-wide association study in endometriosis
B. BORGHESE - C. CHAPRON (PARIS)
- Safety of transient ovariopexy in severe endometriotic patients
C. PONCELET (BONDY)
- DIE and infertility: is complete exeresis necessary ?
M. KOSKAS - C. YAZBECK (PARIS)
- Fertility after intestinal resection for DIE
C. TOUBOUL - E. DARAI (PARIS)
- The "reverse" techniques for the surgical treatment of rectovaginal endometriosis - W.Kondo - M. CANIS (CLERMONT Fd)
- Ethanol sclerotherapy : a treatment option for ovarian endometriomas before IVF - C. YAZBECK (PARIS)

18:00 Opening ceremony WES 2011

► MEMBRE À JOUR DE VOTRE COTISATION 2011, VOUS POUVEZ BÉNÉFICIER D'UN TARIF PRÉFÉRENTIEL

AVANT LE 31/5/2011

► CONGRÈS (LUNDI, MARDI, MERCREDI) : ~~480€~~ 400€ PRÉ-CONGRÈS (DIMANCHE) ~~170€~~ 100€
APRÈS LE 31/5/2011

► CONGRÈS (LUNDI, MARDI, MERCREDI) : ~~530€~~ 450€ PRÉ-CONGRÈS (DIMANCHE) ~~170€~~ 150€
INSCRIPTIONS SUR PLACE

► CONGRÈS (LUNDI, MARDI, MERCREDI) : ~~620€~~ 550€ PRÉ-CONGRÈS (DIMANCHE) ~~220€~~ 200€

**RENSEIGNEMENTS
INSCRIPTIONS PRÉFÉREN-
TIELLES : SECRÉTARIAT SCGP
02 23 40 45 45
- SCGP@WANADOO.FR**





Xavier Deffieux, Caroline Trichot, Laure-Marie Bontoux, Géraldine Demoulin, Thibault Thubert, Erika Faivre.

Université Paris Sud et Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Antoine Bécclère, Clamart
Correspondance : xavier.deffieux@abc.aphp.fr

Incontinence urinaire masquée : valeur diagnostique et pronostique

Un interrogatoire et un examen physique minutieux sont un préalable indispensable à la prise en charge thérapeutique d'un prolapsus génital. Ils vont permettre de confirmer le diagnostic du type de prolapsus génital et d'en apprécier leur retentissement. Cette évaluation clinique multidimensionnelle, physique et psychologique, sociale et environnementale, fait appel à des instruments d'analyse robustes et fiables que sont les différents scores de symptôme et de qualité de vie.

Un des nombreux challenges non résolus de la prise en charge chirurgicale du prolapsus génital, est la question du risque d'incontinence urinaire post-opératoire. L'incontinence urinaire de *novo* apparaissant après la chirurgie concerne 10 à 20% des femmes opérées d'un prolapsus stade III ou IV⁽¹⁾.

Diverses stratégies tentant d'évaluer ce risque d'incontinence urinaire de *novo* post-opératoire ont été évaluées. Il a été montré que les données urodynamiques (pression de clôture urétrale maximale et transmission des pressions ne sont pas des facteurs prédictifs d'une incontinence urinaire de *novo* après traitement d'un prolapsus génital. Il existe deux moyens d'évaluer ce risque d'incontinence urinaire de *novo* après chirurgie du prolapsus : l'interrogatoire et l'examen clinique avec essentiellement le test à la toux vessie pleine après réduction du prolapsus.

L'interrogatoire recherchera systématiquement une histoire d'incontinence urinaire à l'effort ancienne qui aurait disparu depuis l'apparition et l'extériorisation du prolapsus génital. Il s'agit d'une donnée peu fréquemment retrouvée à l'interrogatoire mais hautement spécifique quand elle est mise en évidence. La valeur réelle de ce signe d'interrogatoire n'a toutefois pas été étudiée: est-ce un équivalent d'incontinence masquée qui devra faire simplement discuter la mise en place d'une bandelette sous urétrale ou doit-on la considérer comme une réelle incontinence patente et y associer systématiquement le geste urinaire de façon concomitante ? La question reste ouverte en l'absence de littérature probante.

La nomenclature IUGA et ICS ne définit l'incontinence urinaire masquée que depuis 2010. « *Stress incontinence on prolapse reduction (occult or latent stress incontinence) : stress incontinence only observed after the reduction of co-existent prolapse* »^[2]. Les traductions françaises (encore non validées)

pourraient être : « incontinence urinaire après réduction d'un prolapsus », « incontinence urinaire à l'effort latente » ou encore « incontinence urinaire à l'effort occulte ».

Le mécanisme de cette incontinence urinaire « masquée » est connu. Les cystocèles de stade 2 ou plus peuvent constituer un obstacle à la vidange vésicale par ce qui a été longtemps appelé « l'effet pelote ». Il s'agit d'un mécanisme de coudure de l'urètre (*urethral kinking* des anglo-saxons). Papa Petros évoque lui un autre mécanisme de continence : une cystocèle ballonnisée basculant sous l'urètre peut constituer un soutien sous urétral efficace et corriger ainsi une hyper mobilité cervico-urétrale^[3]. De ce fait, une incontinence urinaire peut être « masquée » par l'existence de tels mécanismes. Quand le chirurgien corrigera le prolapsus, des fuites urinaires pourront alors apparaître. D'une façon un peu différente, une rectocèle importante (stade 2 ou plus) peut, elle aussi, réaliser un obstacle méatique ou une compression urétrale, surtout si elle est « habitée » par un séquestre.

Technique de recherche d'une incontinence urinaire masquée

L'examen clinique d'un prolapsus génital doit s'accompagner d'un test à la toux vessie pleine, prolapsus extériorisé et prolapsus réduit (corrigé par la mise en place d'une valve de spéculum par exemple) car cette manœuvre peut « démasquer » (incontinence masquée par le prolapsus) ou aggraver les fuites à la toux. Le test à la toux consiste



à demander à la patiente de tousser franchement de manière répétée, tout en recherchant l'apparition de fuites au méat urétral. Idéalement, ce test doit être réalisé vessie pleine (remplissage de 250 à 300 ml) en position gynécologique, mais s'il est négatif, il doit être répété en position debout. Le test à la toux est positif lorsqu'une fuite apparaît au méat urétral. La reproductibilité du test à la toux (test et re-test 1 à 4 semaines plus tard) en position debout vessie remplie à 300 ml est de 90% en population générale et de 100% chez les femmes ayant une incontinence urinaire à l'effort^[4]. La valeur prédictive positive de ce test est de 85% pour l'incontinence urinaire à l'effort.

L'incontinence urinaire masquée se définit donc par l'apparition de fuites urinaires à l'effort, sans contraction détrusorienne concomitante, lors d'un examen vessie pleine après réduction du prolapsus génital, chez une femme qui ne se plaint pas d'incontinence urinaire de façon spontanée et chez qui les mêmes épreuves ne font pas apparaître des fuites lorsque le prolapsus est extériorisé. L'examen se fait vessie pleine (300ml), en position gynécologique, avec des efforts multiples (toux, manœuvres de Valsalva). L'examen doit être réalisé en position gynécologique au repos et lors d'efforts de poussée successifs (Valsalva, efforts de toux répétés). Si l'examen n'est pas contributif en position allongée, il faudra le répéter en position debout et accroupie, cuisses écartées. Notons quand même qu'il n'existe pas encore de recommandations de l'ICS ou de la IUGA concernant la réalisation pratique de cette recherche d'incontinence urinaire masquée. Diverses techniques de réduction du prolapsus ont été proposées dans la littérature pour «démasker» cette incontinence : doigts de l'examineur, pince languette, écouvillons (coton-tiges), hémi-valve de spéculum (30% des femmes ont une incontinence urinaire démasquée par cette technique de correction), pessaire annulaire (seulement 5% ont une incontinence démasquée par cette technique), ou tampon périodique. La fréquence de l'incontinence masquée varie selon la sévérité du prolapsus et la méthode utilisée pour la démasquer. Grâce à ces techniques, on retrouve une forte prévalence de l'incontinence masquée, de l'ordre de 35 à 60% en cas de prolapsus sévère (stade III et IV)^[5-7]. C'est la méthode de réduction par valve

de spéculum qui est la plus sensible avec une sensibilité de 39% et une spécificité de 74%^[8], c'est-à-dire qui permet d'objectiver la plus forte prévalence d'incontinence urinaire démasquée. Deux remarques importantes sont toutefois à faire concernant cette étude. D'une part, plus de femmes avaient des fuites après deux techniques de réduction ce qui laisse supposer d'autres mécanismes en cause comme une certaine fatigabilité. Par ailleurs, la mise en place d'une hémi-valve de spéculum ne fait pas « que » réduire le prolapsus. Selon le geste de l'examineur, cette valve va plus ou moins déprimer le périnée postérieur (en plus de corriger le prolapsus) et on sait qu'il s'agit d'une manœuvre facilitant en elle-même la mise en évidence de fuites à la toux, particulièrement chez des femmes ayant une insuffisance sphinctérienne, mais aussi parfois chez des femmes n'ayant pas d'incontinence patente et ce en dehors de tout prolapsus génital. Cette étude utilisant des hémi-valves de spéculum mériterait donc d'être à nouveau réalisée avec une évaluation concomitante de ce facteur de dépression du périnée postérieur.

Le Q-Tip test (ou test du coton-tige) est une évaluation clinique indirecte de la mobilité urétrale, par la mesure de l'angle entre un coton-tige introduit par l'urètre au niveau du col vésical chez une patiente en position gynécologique, entre la position de repos et la manœuvre de Valsalva. Le degré de déplétion vésicale n'influence pas les résultats du test. La reproductibilité de ce test est très bonne pour les valeurs extrêmes (< 20° et > 50°) mais très médiocre pour les valeurs intermédiaires^[9]. Un angle > 30° (Q-Tip test « positif ») est considéré comme un élément objectif permettant de parler d'hypermobilité urétrale^[10]. A l'inverse, un urètre fixé (sans mobilité) est un facteur de risque d'échec du traitement de l'incontinence urinaire à l'effort par bandelette sous urétrale. A la différence du Q-Tip test, la mesure de l'évolution du point Aa (position du col vésical dans la classification internationale des troubles de la statique pelvienne (POP-Q)^[11]) au repos et à l'effort de toux, n'est pas corrélée à l'existence d'une incontinence. Ce Q-tip test ne peut toutefois pas être utilisé chez les patientes ayant une cystocèle, car il est toujours positif dès que la cystocèle est de stade III ou IV^[12]. Un Q-tip test > 20° est de toute façon non prédictif de l'apparition d'une incontinence urinaire de

novo post-opératoire : prévalence de 13% en cas de Q-tip test < 20° et de 23% en cas de Q-tip test > 20° (p=0.52)^[8].

Valeur pronostique et stratégie chirurgicale

Parmi les patientes qui ont une incontinence urinaire masquée en préopératoire, 20 à 65% verront apparaître une incontinence urinaire de novo en post-opératoire^[8,13,14]. Les résultats sont toutefois probablement différents en fonction de la technique chirurgicale de correction du prolapsus (voie basse, voie haute, type de prothèse...). La correction d'un prolapsus par voie vaginale en mettant en place une prothèse sous vésicale avec bras trans-obturateurs pourrait avoir un effet de soutènement sous-urétral en particulier en fonction d'un positionnement distal de la prothèse et de l'absence d'échancrure dans le découpage de la prothèse. Il ne s'agit toutefois que d'hypothèses ne s'appuyant pas sur des études cliniques ou expérimentales probantes.

Au total, on peut quand même considérer que le risque de voir apparaître une incontinence urinaire post-opératoire est important (proche de 50%), dès lors qu'une incontinence urinaire masquée est mise en évidence en préopératoire. Il convient donc de discuter la mise en place « préventive » d'une bandelette sous urétrale concomitante lors de la chirurgie du prolapsus. En 2009, les sociétés savantes d'urologie (AFU) et de gynécologie-obstétrique (CNGOF) ont publié des recommandations pour la pratique clinique concernant la prise en charge de l'incontinence urinaire. Les conclusions des experts diffèrent légèrement puisque si l'AFU recommande la mise en place concomitante d'une bandelette sous urétrale en cas d'existence d'une incontinence urinaire masquée^[15], le CNGOF laisse le choix entre un traitement préventif concomitant et un traitement en deux temps, en considérant que le traitement en deux temps ne fait pas perdre de chances à la patientes. En effet, l'efficacité du traitement en deux temps est équivalente et cette stratégie évite de traiter « pour rien » la moitié des patientes qui n'auraient pas développé d'incontinence postopératoire et qui seraient donc exposées « pour rien » aux complications de la bandelette sous urétrale (rétention, dysurie, plaie urétrale ou vésicale, exposition prothétique...)^[16].



En cas d'absence d'incontinence urinaire masquée, le risque de voir apparaître une incontinence urinaire de novo postopératoire est de seulement 0 à 2% (excellente valeur prédictive négative)^[7,17]. Dans ce cas, les deux sociétés savantes (AFU et CNGOF) sont d'accord et recommandent de ne pas mettre en place de bandelette sous urétrale de façon concomitante.



CONCLUSION

L'existence d'une incontinence urinaire masquée a bonne valeur prédictive positive et une excellente valeur prédictive négative pour prédire la survenue d'une incontinence urinaire *de novo* après cure chirurgicale d'un prolapsus génital. Le Q-tip test n'a pas de valeur dans ce contexte.

La mise en évidence d'une incontinence urinaire masquée devra faire discuter deux stratégies qui devront être expliquées à la patiente avant décision : la mise en place concomitante d'une bandelette sous urétrale ou une intervention en deux temps.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Haessler A, Lin L, Ho M, Betson L, Bhatia N. Reevaluating occult incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005; 17:535-40.
- [2] Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN; International Urogynecological Association; International Continence Society. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):4-20. Review.
- [3] Papa Petros P. A cystocele may compensate for latent stress incontinence by stretching the vaginal hammock. *Gynecol Obstet Invest* 1998; 46:206-9.
- [4] Swift S, Yoon E. Test-retest reliability of the cough stress test in the evaluation of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1999; 94:99-102.
- [5] Bergman A, Koonings P, Ballard C. Predicting postoperative urinary incontinence development in women undergoing operation for genitourinary prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158:1171-5.
- [6] Rosenzweig B, Pushkin S, Blumenfeld D, Bhatia N. Prevalence of abnormal urodynamic test results in continent women with severe genitourinary prolapse. *Obstet Gynecol* 1992; 79:539-42.
- [7] Chaikin D, Groutz A, Blaivas J. Predicting the need for anti-incontinence surgery in continent women undergoing repair of severe urogenital prolapse. *J Urol* 2000; 163:531-4.
- [8] Visco AG, Brubaker L, Nygaard I, Richter HE, Cundiff G, Fine P, Zyczynski H, Brown MB, Weber AM; Pelvic Floor Disorders Network. The role of preoperative urodynamic testing in stress-continent women undergoing sacrocolpopexy: the Colpopexy and Urinary Reduction Efforts (CARE) randomized surgical trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008 May;19(5):607-14.
- [9] Swift S, Barnes D, Herron A, Goodnight W. Test-retest reliability of the cotton swab (Q-tip) test in the evaluation of the incontinent female. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2010 Aug;21(8):963-7.
- [10] Karram M, Bhatia N. The Q-tip test: standardization of the technique and its interpretation in women with urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1988; 71:807-11.
- [11] Bump R, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:10-7.
- [12] Pollack A; ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG practice bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2003 Sep;102(3):647-58.
- [13] de Tayrac R, Gervaise A, Chauveaud-Lambling A, Fernandez H. Combined genital prolapse repair reinforced with a polypropylene mesh and tension-free vaginal tape in women with genital prolapse and stress urinary incontinence: a retrospective case control study with short-term follow-up. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004 Oct;83(10):950-4.
- [14] Reena C, Kekre AN, Kekre N. Occult stress incontinence in women with pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007 Apr;97(1):31-4.
- [15] Wagner L, Fatton B, Delmas V, Haab F, Costa P. Surgical treatment of prolapse by abdominal route and effort-related urinary incontinence. *Prog Urol*. 2009 Dec;19(13):1014-8.
- [16] Fritel X, Fauconnier A, Bader G, Cosson M, Debodinance P, Deffieux X, Denys P, Dompeyre P, Faltin D, Fatton B, Haab F, Hermieux JF, Kerdraon J, Mares P, Mellier G, Michel-Laaengh N, Nadeau C, Robain G, de Tayrac R, Jacquetin B; French College of Gynaecologists and Obstetricians. Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010 Jul;151(1):14-9.
- [17] Kleeman S, Vassallo B, Segal J, Hungler M, Karram M. The ability of history and a negative cough stress test to detect occult stress incontinence in patients undergoing surgical repair of advanced pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17:27-9.

LE BILAN URODYNAMIQUE FACILE

Cristopher R Chapple, Scott A MacDiarmid, Anand Patel - Traduit par Gauthier Raynal

L'exploration urodynamique a bénéficié ces dernières années d'avancées significatives, tant dans la compréhension des dysfonctionnements du bas appareil urinaire qu'au niveau des équipements électroniques et de la standardisation de nouveaux tests.

Ce guide pratique présente de manière concise les principes, les méthodes et les applications de l'urodynamique pour les protocoles diagnostiques et la prise en charge des patients.

Très didactique, l'ouvrage offre une information synthétique et structurée autour des principales problématiques de la discipline : incontinence, obstruction sous vésicale, troubles sensoriels et vessie neurologique, urologie pédiatrique. L'excellente iconographie en couleur et les conseils clinique en encadré facilitent la compréhension et la consultation rapide des points clés.

Enfin, les annexes de l'ouvrage proposent un résumé des bonnes pratiques pour la réalisation des tests, les valeurs de référence en urodynamique et des exemples de tracés commentés.



>> Collection Facile - 216 pages – 39€

Pour vous aider à relever les défis du quotidien



Floseal Matrix
Gel hémostatique



de la gestion de l'hémostase...

Lorsque la maîtrise de l'hémorragie par méthode conventionnelle est peu pratique ou inefficace



adept[®]
Solution d'icodextrine à 4%



à la prévention des adhérences

Prévention des adhérences post-opératoires en chirurgie gynécologique



Philippe Ferry*, Georges Eglin**, Amandine Labarrere*

*Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier 17000 La Rochelle
** 62 av Jean Moulin 34500 Béziers

Technique de Richardson modifiée pour le traitement du prolapsus utérin isolé de la femme jeune : Sacrospinofixation bilatérale avec bandelettes prothétiques.

La prévalence du prolapsus génital chez la femme jeune est faible et l'indication chirurgicale devant un prolapsus de haut grade gênant est rare. Le choix d'une technique n'altérant pas la fertilité s'impose chez les patientes souhaitant d'autres grossesses. L'intervention de Richardson⁽¹⁾ décrite en 1989 est une sacrospinofixation unilatérale directe au fil avec conservation utérine. Nous présentons ici une modification technique qui réalise une sacrospinofixation bilatérale indirecte avec interposition de deux courtes bandelettes synthétiques.

Indication

Il s'agit de patientes souffrant d'un prolapsus utérin de stade 3 ou 4 selon la classification P.O.P-Q c'est-à-dire dont le col utérin (point C) est situé à plus de 1 cm de l'hymen, pour lesquelles les traitements non chirurgicaux ont échoué et qui souhaitent une préservation de leur fertilité.

Technique

La traction sur le col permet facilement d'extérioriser le col chez ces patientes aux moyens de suspension utérine déficients. Après infiltration d'une solution vasoconstrictrice, une colpotomie longitudinale est réalisée (photo 1). Le rectum est libéré de haut en bas permettant la dissection en général au doigt des fosses para rectales

gauche et droite et en prenant contact avec la paroi pelvienne de palper les épines sciatiques et les ligaments sacroépineux. Chaque ligament peut être présenté entre 2 ou 3 valves en baïonnettes de Breisky ou de Richter et sera aiguillé d'avant en arrière à 2 centimètres au moins de l'épine à distance du pédicule pudendal (photo 2). On utilise un fil non résorbable monobrin décimale 0, les fils tressés pouvant se compliquer de rejet à plus ou moins long terme. Nous réalisons ainsi une dissection minimale, l'aiguille étant récupérée grâce à un deuxième porte-aiguille. Les deux fils sont laissés en attente. Deux fils identiques aiguillent le torus utérinum au point d'insertion des ligaments utérosacrés. On prépare deux bandelettes de 3 cm par



Photo 1

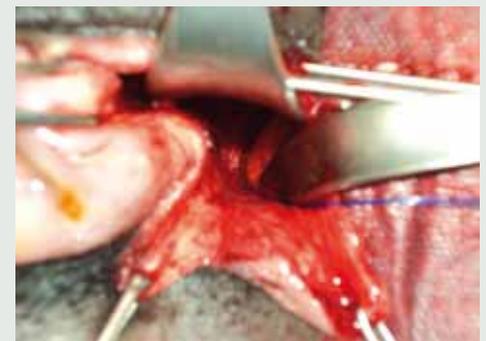


Photo 2



Photo 3

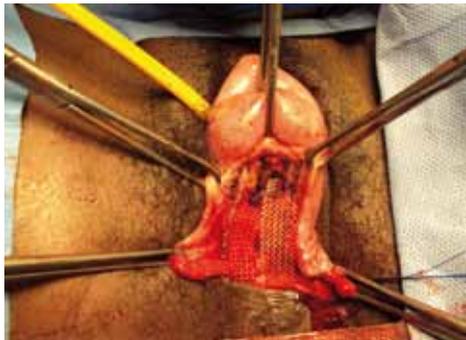


Photo 4



1 cm en polypropylène (pour des raisons de disponibilité nous utilisons une portion de bandelette TVT, mais on peut également découper les 2 bandelettes dans une plaque de polypropylène) qui sont fixées en arrière du col (photo 3) alors que les deux fils sont simplement passés en dehors. Le vagin est suturé par points séparés de fil résorbable (photo 4) et les fils de sacrospinofixation sont noués avant la fermeture complète. La sonde urinaire n'a pas besoin d'être maintenue, une antibio-prophylaxie est réalisée selon le protocole habituel.

L'intervention dure moins de trente minutes et autorise une sortie le soir même ou le lendemain.

Résultats

Notre propos est d'exposer cette technique, mais notre série est courte (10 cas) et récente, ne permettant pas d'analyse des résultats. Nous n'avons eu aucune complication immédiate. Le résultat anatomique à court terme est bon avec une longueur et un axe vaginal satisfaisants. La satisfaction des patientes est élevée mais aucune d'elle n'a pour l'instant débuté de grossesse.

Discussion

Par rapport à l'intervention de Richardson, l'interposition de bandelettes peut apporter deux avantages :

- Une plus grande solidité liée à la bilatéralité et à l'incorporation tissulaire des bandelettes,
- Une meilleure tolérance qui peut être attendue en raison du repositionnement plus anatomique du col, mais ceci reste à démontrer.

Par rapport à l'artifice de Gilles Crépin utilisant des bandelettes de vagin, le risque de rétrécissement du vagin semble réduit.

Quelles alternatives chirurgicales peut-on proposer aux jeunes femmes soucieuses de préserver leur avenir obstétrical⁽²⁾ ?

L'intervention de Manchester conserve l'utérus, mais, d'une part, l'amputation du col altère la fécondité et expose à des fausses-couches ou accouchements prématurés et d'autre part le « cerclage ligamentaire » du col est probablement plus dystociant que les fixations aux sacro-épineux directes ou indirectes : elle n'est donc plus d'actualité ici.

Par voie cœlioscopique deux tech-

niques de suture des utérosacrés ont été publiées : plicature selon Maher⁽³⁾ ou suture en canons de fusil selon Digesu⁽⁴⁾. Il s'agit pour l'instant de propositions de certaines écoles, non sans risque urétéral. L'un d'entre nous a décrit⁽⁵⁾ une technique de raccourcissement et renforcement des ligaments utéro-sacrés par bandelette prothétique libre intra ligamentaire : les résultats sont en cours d'analyse sur 110 cas, mais cette technique anatomique n'a pas été effectuée chez des patientes souhaitant une grossesse.

La principale alternative au Richardson est la sacropexie infra coccygienne (« I.V.S. postérieur ») qui est rarement réalisée sans renforcement prothétique associé actuellement.



CONCLUSION

Les résultats du Richardson classique dans la littérature sont limités⁽⁶⁾ : quelques grossesses ont été rapportées, sans étude valable sur le mode d'accouchement optimal.

Nous décrivons ici une technique simple de traitement de l'hystéroptose isolée de la femme jeune, peu morbide, dont le résultat correct à court terme va probablement se dégrader ensuite. Néanmoins cette intervention a minima autorise une ou plusieurs grossesses et permet si nécessaire une reprise chirurgicale ultérieure sans craindre un risque adhérenciel.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Delarue E, Collinet P, Sabban F, Lucot J-P, Cosson M. Traitement du prolapsus génital chez la femme jeune : voie vaginale ou coelioscopique ? *Gynecol Obstet Fertil* 2008 ; 36(10) :1074-9
- 2. De Tayrac R, Letouzey V, Costa P., Haab F, Delmas V. Traitement du prolapsus utérin et du dôme vaginal par voie vaginale. *Prog Urol* 2009 ; 19(13) :1074-9
- 3. Maher CF, Carey MP, Murray CJ. Laparoscopic suture hysteropexy for uterine prolapse. *Obstet Gynecol* 2001;97:1010-4
- 4. Digesu GA, Kullar V, Selvaggi L. A laparoscopic uterosacral

- ligaments plication: a new conservative approach to uterine prolapse? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004 ;114(2):112-5
- 5. Eglin G. Description et résultats préliminaires d'une technique de raccourcissement et renforcement des utéro-sacrés par bandelette prothétique libre intraligamentaire ; sa place dans le traitement des prolapsus uro-génitaux. *Le Choix des Armes* 2009 Marseille
- 6. Hefni M, El-Toukhy T. Sacrospinofixation with follow-up two years after successful pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 103(2):188-90

OUVRIR DE NOUVELLES VOIES, TROUVER DES SOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES INNOVANTES

IPSEN, GROUPE MONDIAL BIOTECHNOLOGIQUE DE SPÉCIALITÉ, A OPTÉ POUR UN MODÈLE DE DÉVELOPPEMENT ORIGINAL AU SERVICE DE L'INNOVATION :

- Un engagement dans une politique d'investissements dynamique dans la Recherche et le Développement, notamment en biotechnologie (peptides, protéines, stéroïdes et formulations à libération prolongée)
- Une spécialisation dans quatre domaines thérapeutiques à forte valeur ajoutée (oncologie, endocrinologie, neurologie, hématologie) et une présence historique en médecine générale
- Une politique active de partenariats avec des centres de recherche publique d'excellence et des groupes pharmaceutiques internationaux.

Ipsen ambitionne ainsi de devenir un acteur mondial dans ses domaines thérapeutiques ciblés. Il inscrit son développement dans la durée, avec l'objectif de transformer sa connaissance des sciences de la vie en médicaments innovants, au service des médecins et des patients.



RAOUL PALMER : Un itinéraire coelioscopique

De nos jours, la coelioscopie est à l'évidence une méthodologie indispensable au diagnostic et au traitement de très nombreuses pathologies gynécologiques chirurgicales. On oublierait presque que cette technique dont la pratique est aujourd'hui routinière et dont la diffusion est mondiale s'est imposée en moins de 30 ans contre vents et marées. Il faut en effet se souvenir combien, jusqu'à la fin des années soixante, elle était encore tenue en haute suspicion au double motif supposé de son inutilité et de ses risques, selon les autorités scientifiques de l'époque.

Un nom est étroitement lié à la création, la codification et la diffusion de cette technique : Raoul Palmer dont l'œuvre dans son ensemble dépasse d'ailleurs largement le domaine strict de cette exploration. C'est à lui que revient le mérite d'avoir initié un mouvement qui assure encore aujourd'hui à la France, une prééminence mondiale dans le domaine de l'endoscopie gynécologique. Raoul Palmer est né à Paris le 29 août 1904 de parents suédois. Son père Fritjof Palmer était philosophe et poète, il enseignait la littérature à Goeteborg et militait pour le développement et le respect des droits de l'homme. Refusant l'obligation du mariage religieux, il épousa une étudiante en philosophie, Signe Garling, devant simple notaire. Cet acte d'indiscipline conduisit à leur exclusion de l'Université. Révolté d'une telle injustice, le couple décida de s'expatrier à Paris où naquit leur enfant.



Raoul Palmer à sa table de travail

Après un diplôme de botanique et une licence de sciences obtenue à l'âge de 21 ans, Raoul Palmer entama le cycle des études de médecine en 1925. Après 5 ans d'un internat de chirurgie classique, il intégra le laboratoire de Médecine expérimentale du Professeur N. Fiessinger en 1933. Orienté

vers l'hépatologie, il travailla sur ce thème jusqu'à soutenir sa thèse en 1934 consacrée à la physiopathologie de l'hépatocyte. Mais dès cette date, il inaugura en tant que chef des travaux de gynécologie à la Faculté de Médecine de Paris, une activité de recherche fondamentale sur les explorations fonctionnelles de l'appareil génital. Pour cette raison, il intégra la structure de l'hôpital Broca, centre de Gynécologie de haute réputation, sis rue Léon Maurice Nordmann dans le 13ème arrondissement de Paris. Cette activité l'amena ainsi à collaborer avec les professeurs Robert Proust (1934), Pierre Brocq (1935), Pierre Mocquot (1936), Paul funck Brentano (1951) et enfin Jacques Huguier (1961). En 1934, Jean Louis Faure venait de prendre sa retraite et c'est sur le conseil de Robert Proust que Raoul Palmer entrevit dès cette époque, l'avenir de la spécialité orientée vers la physiopathologie et les hormones. Ainsi



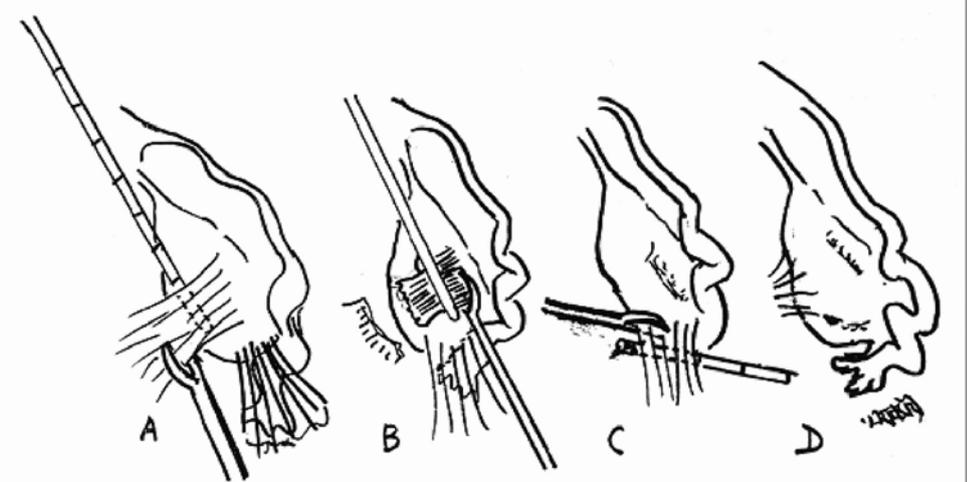
jusqu'au début des années 40, Palmer s'intéressa t'il à l'étude manométrique au cours de l'hystéroggraphie, à l'insufflation utéro-tubaire, à la physiologie de l'isthme utérin, à l'utilisation de la courbe méno-thermique, à la physiopathologie du mucus cervical, entre autres centres de recherche clinique. Mais il lui manquait la confirmation visuelle des hypothèses qu'il échafaudait, alliée au regret de pratiquer d'inutiles laparotomies pour infertilité tubaire car l'implantation ovaro-utérine alors réalisée en désespoir de cause était un échec constant...

Selon sa propre formule Raoul Palmer était « mûr » pour la cœlioscopie.

R. Palmer n'est pas au sens strict du terme le créateur de la cœlioscopie. Il en a attribué lui-même la paternité à Kielling de Dresde sur le chien et à Jacobeus, qui aurait été le premier à l'appliquer chez l'homme et à l'appeler laparoscopie (Stockholm 1912). A vrai dire durant 30 ans, les progrès de la péritonéoscopie ne furent pas spectaculaires et furent plus le fait de la laparoscopie digestive (Zalk en Allemagne et Ruddock aux USA) que de la cœlioscopie gynécologique (Orindorf à Chicago, Anderson à New York, Hope à Los Angeles). La difficulté d'observer l'appareil génital dans sa globalité était un frein à la diffusion de la technique. L'astuce déterminante de Raoul Palmer fut d'imaginer en 1943 la mise en place dans l'utérus de la canule utérine d'insufflation de Riazzi Palmer qui réclinait l'organe en antéversion ouvrant le Douglas à la vue et autorisant l'exploration complète du pelvis. Élémentaire....mais décisif ! Il restait à inventer tout le reste, ce qui en pleine guerre nécessita, dans un premier temps, de faire avec les moyens du bord.

Un voyage aux Etats Unis en 1945 accompagné de sa femme Elisabeth dont on ne dira jamais assez le rôle essentiel qu'elle joua dans l'œuvre de Raoul Palmer permit à celui-ci de rencontrer Dekker et Ruddock et de ramener un matériel d'une luminosité plus performante. Mais il était utilisé uniquement pour la cœlioscopie trans-vaginale tant la cœlioscopie trans-ombilicale était inconnue des gynécologues à cette époque aux USA. En 1946, P. Mocquot présenta à

RESECTION PER-CŒLIOSCOPIQUE D'ADHERENCES PERI-TUBO-OVARIENNES



A - Section d'une bandelette recto-ovarienne, près du rectum.
 B - La lame, saisie dans une pince, est coupée près de l'ovaire.
 C - Une lame masquant le pavillon est coupée près de l'ovaire.
 D - Résultat final : pavillon et ovaire libérés.

DIVERSES PORTES D'ENTREE, SIMULTANES OU SUCCESSIVES, POUR UNE CŒLIOSCOPIE OPERATOIRE

1. Entrée ombilicale pour le laparoscope opérateur de Jacobs-Palmer.
 2. Pince à biopsie de 3 mm, dans le canal du laparoscope.
 3. Pince-drill de Palmer, pour saisie ou pour biopsier, introduite au point de MacBurney.
 4. Palpeur gradué, introduit à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse.
 5. Anse diathermique ou galvanique, introduite au point de MacBurney gauche.
 6. Aiguille à pneumo-péritoine, introduite à un travers de doigt au-dessous du milieu du rebord costal gauche, pour alléger le laparoscope.
- N.B. - Les câbles électriques ne sont branchés qu'au dernier moment, et ne sont pas représentés.

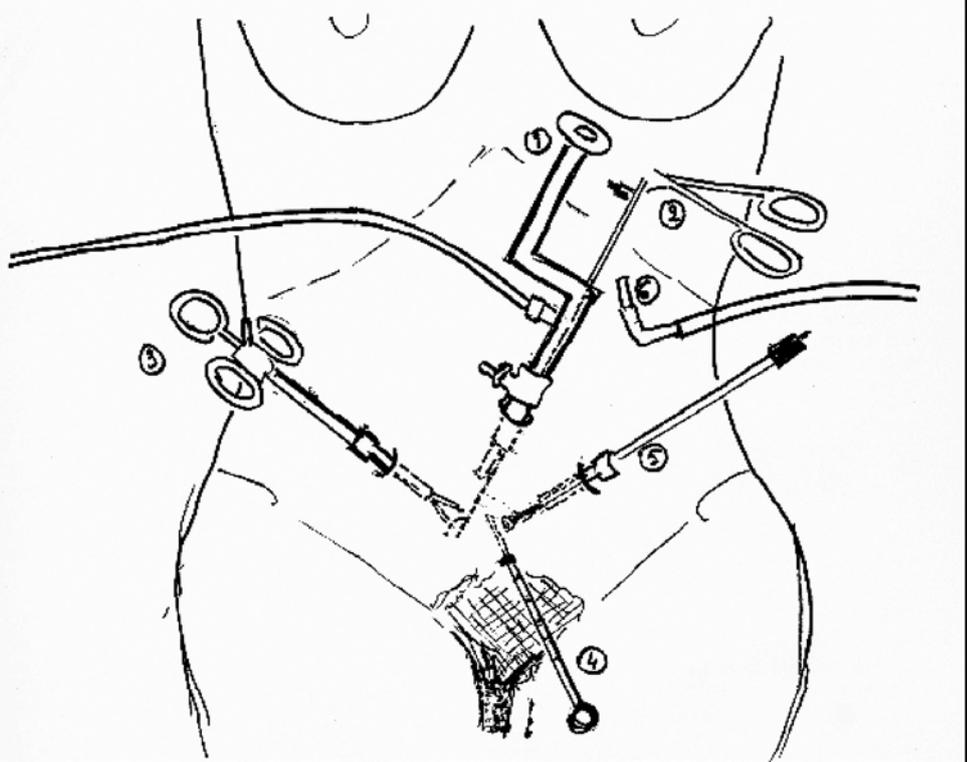


Schéma réalisé par Raoul Palmer



l'Académie de Chirurgie, la technique princeps de la cœlioscopie dont la pratique était alors conduite sous anesthésie locale, ce qui de l'aveu de Raoul Palmer n'allait pas sans poser quelques problèmes. En 1952, la cœlioscopie connut un progrès majeur pour son développement. Fourestier et Vulmiere mirent au point une technique d'éclairage fondée sur la transmission par une tige de quartz d'une source extra-corporelle de 150 watts, placée dans un boîtier extérieur tenu dans la main de l'opérateur, et donnant une lumière cent fois plus forte que les lampes classiques. Cet endoscope autorisait le recul et la vue d'ensemble. Mais l'appareillage était lourd et fragile et sa diffusion fut dans un premier temps difficilement acceptée.

Toutefois, il permit une évolution certaine car put-on dès lors abandonner progressivement les petites ampoules « en grain de blé » vissées à l'extrémité d'endoscopes de 5 millimètres dont on imagine le jour crépusculaire qu'elles offraient. En fait, il fallut attendre le premier film coelioscopique, en 1955, pour que la technique prenne un véritable essor. Frangenheim en 1957, mit au point la transmission de la lumière par des fibres de verre, cette miniaturisation permit d'apporter la lumière au bout du cœlioscope et d'en augmenter les performances. Les câbles de fibre étaient plus souples et moins fragiles que les tiges de quartz. Le cœlioscope devenait désormais un système optique fiable offrant une image correcte en vision directe.

En 1962 Palmer proposa les premières stérilisations par électrocoagulation monopolaire des isthmes tubaires. Cette technique eut un immense succès en France et Outre Atlantique, elle fut à l'origine de « l'explosion laparoscopique » et de la constitution de l'A.A.G.L (American Association of Gynecologist Laparoscopist). Quant à la cœlioscopie chirurgicale, elle naquit à cette date de l'apparition d'une instrumentation nouvelle. Au tout début de sa pratique, les instruments opératoires étaient introduits par le même axe que l'optique (système coaxial en baïonnette). Leur portée d'action en était considérablement limitée. L'idée d'utiliser pour les ancil-

lares des portes d'entrée complémentaires a démultiplié leurs possibilités techniques de façon spectaculaire, offrant un essor nouveau à la coelio-chirurgie. Le mérite en revient encore une fois à Palmer, le premier à pratiquer des adhésiolyse tubaires dès 1961, obtenant un taux significatif de grossesses dans l'année suivant l'intervention. L'idée d'introduire, sous contrôle de la vue, une aiguille longue pour pouvoir observer et palper les trompes et les ovaires a conduit à la création du palpateur. Cet instrument, qui permet l'économie d'un orifice de trocart, est encore utilisé aujourd'hui. En 1956, eurent lieu les premières biopsies d'ovaire, réalisées à l'aide de la pince à l'emporte pièce de Guerin, puis à l'anse diathermique d'Oliveira. En 1961, soit 20 ans avant le succès princeps de Steptoe et Edwards, Palmer publia avec R Klein, le premier recueil d'ovocyte humain par ponction cœlioscopique, dans l'idée d'obtenir avec l'aide de Moricard une fécondation in vitro. Toutefois, cette collaboration ne dura que quelques mois. En effet, les mentalités de l'époque n'étaient pas favorables, c'est un euphémisme, à l'idée de la fécondation extra-corporelle. Les instances universitaires le firent donc savoir très vigoureusement à Palmer qui fort malheureusement renonça à une idée dont on sait le succès qu'elle connut vingt ans plus tard.

Pour revenir à la cœlioscopie gynécologique, elle entame dès lors une progression spectaculaire. Dans les années 1970, les fibres optiques permettent un progrès considérable, donnant à la fois un éclairage parfait et une meilleure maniabilité. En 1972, Hubert Manhes, à Vichy, traite la première grossesse extra-utérine par cœlioscopie.

Dés le début des années 70, R. Palmer publie ses premiers résultats concernant la chirurgie endoscopique de l'infertilité. L'instrumentation très primitive de l'époque ne permet alors que des adhésiolyse et des néostomes tubaires distales dans certains cas ciblés de mauvais pronostic. La rencontre au milieu de cette décennie de Raoul Palmer et de Maurice André Bruhat va donner un coup de fouet magistral à ce nouveau concept chirurgical. Raoul Palmer

confie à Alain Audebert le soin de recevoir en 1977 à Bordeaux, un groupe de passionnés qui fonde à cette occasion le Club des Cœlioscopistes. C'est cette structure qui donnera vie quelques années plus tard au Collège des cœlioscopistes puis à la Société Française d'Endoscopie Gynécologique. Sous l'égide de Maurice André Bruhat, la coelio chirurgie gynécologique française rayonne dans le monde entier validant l'une après l'autre toutes les indications actuelles de l'endoscopie interventionnelle avec une rigueur méthodologique qui n'a jamais été prise à défaut.

L'âge venant R. Palmer mit un terme à son activité chirurgicale personnelle suivant d'un œil toujours critique les travaux de la SFEG dont il sera resté proche jusqu'à son dernier souffle. Raoul Palmer est un homme qui défendit toute sa vie des idées novatrices courageuses et progressistes. Elles lui valurent des déboires certains. On ne doit pas oublier aujourd'hui le rôle qu'il joua dans la libéralisation et la légalisation de la contraception, de l'IVG et de la stérilisation. Ce fut certainement au prix d'une carrière universitaire qu'il souhaitait mais dont il fut injustement privé. Cet homme discret et modeste ne manifesta jamais le moindre ressentiment à ce sujet. Mais ceux qui le connaissaient, savait le regret qu'il éprouvait à ce propos. Il eut été pourtant un fleuron de l'Université Française. Le sort ne l'aura pas voulu. Au moins, aura t'il eu par le relais de Maurice André Bruhat et de l'école française dans son ensemble, le plaisir d'avoir vu triompher ses idées novatrices.

Dans les dernières années de son existence, il fut malheureusement affecté par des problèmes de santé qu'il géra à titre personnel avec la même logique et le même pragmatisme que ceux qu'il afficha toujours dans sa vie professionnelle. Il s'est éteint le 5 juillet 1985.

Vingt cinq ans après, ses élèves lui témoignent toujours le même respect et la même affection.

Nouvelle Génération NovaSure®

NovaSure®

Customized Treatment. Proven Outcomes.

plus de confort, plus de contrôle,
plus de confiance



Système d'ablation endométriale par émission d'ondes de radiofréquences :

Sécurisé

- Evaluation de l'intégrité de la cavité utérine avant traitement
- Destruction du tissu endométrial sous contrôle de l'impédance tissulaire

Simple

- Pas de prétraitement, utilisable à n'importe quel moment du cycle

Rapide

- 90 secondes* de traitement en moyenne

Efficace

- Réduction des saignements de 98% et taux d'aménorrhée de 75% à 60 mois[†]

Plus de confort



Extrémités Smooth Access™

Plus de contrôle



Poussoir ergonomique

Plus de confiance



Joint cervical SureFit™

www.novasure.com

HOLOGIC™

The Women's Health Company

¹ Gallinat A. J Reprod med. 2007;52:467-72.

*Le temps de traitement moyen est de 90 secondes et la procédure complète NovaSure dure généralement moins de 5 minutes.

† Dans l'étude Clinique pivot NovaSure, 91% des patientes ont obtenu un retour à des niveaux normaux ou plus faibles de saignement et 41% ont été en aménorrhée à un an.

© Hologic Inc. 2010

Hologic France Sarl

11 Allée des Cascades
BP 48042 Villepinte
95912 Roissy CDG Cedex
Tél. : +33 (0)1 48 17 83 70
Fax : +33 (0)1 48 17 10 24
www.hologic.com

FRA-10-101-FR-A



Alain Proust

Maternité Les Vallées – Hôpital privé d'Antony – Service de Gynécologie-Obstétrique – 92160 Antony



De la pratique à la loi

Événements indésirables associés aux soins

« Avant tout, il est nécessaire de s'évaluer soi-même, car nous croyons presque toujours pouvoir plus que nous ne pouvons. »

Senèque, De la tranquillité de l'âme, Folio 1962

Les événements associés aux soins et la gestion des risques médicaux viennent de donner lieu à la publication d'un décret¹ avec en priorité la lutte contre les infections.

Les événements indésirables sont classés en fonction de leur degré de gravité : les événements porteurs de risques (EPR) sans conséquences graves ou appelés aussi « presque accident » et les événements indésirables graves (EIG) à partir du moment où existent des conséquences, elles-mêmes de degrés divers (poursuite de l'hospitalisation, ré-hospitalisation, incapacité ou invalidité permanente, mise en jeu du pronostic vital).

Si les conséquences entre ces deux types d'événement ne sont pas les mêmes, les causes sont souvent identiques ou superposables et le recensement des EPR par l'HAS, fait dans le cadre de l'accréditation des médecins de certaines spécialités, devrait permettre de dégager des thèmes récurrents et améliorer de façon significative la prévention des événements indésirables associés aux soins. La fréquence (pyramide de Maslow) des EPR est très supérieure à celle des EIG, l'étude des premières est facilitée et plus rapidement significative des actions à mettre en place pour améliorer la sécurité des patients.

Les différentes enquêtes nationales sur les événements indésirables liés aux soins (ENIS) de 2005 et de 2009² confirment les données de l'OMS qui affirme, qu'en France, plus de 30000 patients décèdent

chaque année d'accidents médicaux.

Même si la méthodologie a été remise en cause³, ces enquêtes, réalisées par le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCEQA) en collaboration avec la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du ministère de la santé, identifient de façon claire leur existence et surtout leur fréquence : entre 275000 et 395000 événements indésirables graves surviendraient chaque année dans les établissements de soins, publics ou privés.

Les caractéristiques des admissions causées par les EIG sont :

- 3 à 5% de l'ensemble des séjours,
- plus fréquentes en médecine qu'en chirurgie,
- jugées évitables entre 1,5% à 3,1% (de la totalité des admissions) en médecine contre 1,0% à 2,0% (de la totalité des admissions) en chirurgie,
- Les EIG seraient ainsi 125000 à 165000 à être évitables par an en France,
- 35,4% des EIG survenant en cours d'hospitalisation seraient évitables.

Les résultats de l'enquête de 2009 sont très proches de celle de 2004, mais la stabilité des indicateurs ne permet pas de conclure à une inefficacité des actions menées en particulier du fait du choix même de ces indicateurs qui, pour certains, ne sont pas adaptés à l'analyse « d'impact d'actions sectorielles » ou de « l'évolution des modes de prise en charge », en particulier de la complexité des actes⁴.



Les premiers résultats qualitatifs des enquêtes ENEIS, tant en 2009 qu'en 2004, montrent que les événements indésirables sont le plus souvent liés, au moins en partie, à une pratique médicale inadaptée ou sous-optimale, une perte de temps, une rupture dans la continuité des soins, un non respect des protocoles, des règles ou des recommandations, une défaillance humaine, une mauvaise organisation ou un défaut de communication entre professionnels. L'analyse actuelle d'un certain nombre de ces événements conclut que « si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de leur survenue », l'événement indésirable était évitable.

On entrevoit de façon immédiate la dualité à laquelle l'analyse de ces événements peut aboutir :

- Une culture d'analyse sereine, anonymisée, déclarative dont le but essentiel est de d'identifier des causes et de réparer les dysfonctionnements éventuels
- Une culture « répressive » qui pourrait utiliser ces données à des fins médico-légales.

Le développement souhaité d'une culture d'analyse se voit renforcé par la publication de ce décret qui modifie, au sein des établissements publics et privés, l'organisation de la gestion des risques médicaux en rendant co-responsable de cette organisation la direction de l'établissement, la Commission médicale d'Etablissement et le président de cette commission (Cf encadré).

Conclusion

C'est bien de l'analyse des causes des événements indésirables associés aux soins et de l'implication « totale » du corps médical

que naîtra une véritable culture de la prise en compte de ces EPR et de ces EIG et de l'appropriation de cette démarche qui, loin d'être évidente au départ, apportera à n'en pas douter, une amélioration fondamentale de nos pratiques.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. décret 2010-1408 du 12 novembre 2010, JO n°0265 du 16 novembre 2010),
- 2. www.securitesoins.fr/evénements-indésirables-lies-aux-soins/peut-on-soigner-sans-risque_fr_05_03.html
- 3. <http://droit-medical.com/actualites/4-evolution/868-eneis-2009>
- 4. www.securitesoins.fr/evénements-indésirables-lies-aux-soins/peut-on-soigner-sans-risque_fr_05_03.html

Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé JORF n°0265 du 16 novembre 2010

Dispositions générales

« Art.R. 6111-1.-Constitue un événement indésirable associé aux soins tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement. « La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise.

« Art.R. 6111-2.-Le représentant légal de l'établissement de santé, après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics, ou avec la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, arrête l'organisation de la lutte contre les événements indésirables

associés aux soins. Cette organisation vise : « 1° A mettre en œuvre des actions de formation des personnels et des actions de communication en direction des personnels et des usagers permettant de développer la culture de sécurité dans l'établissement ; « 2° A disposer d'une expertise relative à la méthodologie de gestion des risques associés aux soins, en particulier l'analyse des événements indésirables ; « 3° A permettre à la commission médicale d'établissement ou à la conférence médicale d'établissement de disposer des éléments nécessaires pour proposer le programme d'actions mentionné aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2, assorti d'indicateurs de suivi, en vue de lutter contre les événements indésirables associés aux soins ; « 4° A permettre à la commission médicale d'établissement ou à la conférence médicale d'établissement de disposer des éléments nécessaires à l'élaboration d'un bilan annuel des actions mises en œuvre ; « 5° A assurer la cohérence de l'action des personnels qui participent à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins.

« Art.R. 6111-3.-Le représentant légal de l'établissement de santé arrête, après proposition du président de la commission

médicale d'établissement dans les établissements de santé publics et en concertation avec la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, les mesures à mettre en œuvre dans le cadre du programme d'actions mentionné aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2.

« Art.R. 6111-4.-Le représentant légal de l'établissement de santé désigne, en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins afin de veiller à ce que les missions mentionnées aux 1° à 5° de l'article R. 6111-2 puissent être remplies.

Ce coordonnateur dispose d'une formation adaptée à l'exercice de ses missions. Il a accès aux données et aux informations, notamment les plaintes et réclamations des usagers, nécessaires à l'exercice de celles-ci.

« Art.R. 6111-5.-Plusieurs établissements de santé peuvent coopérer pour mener la lutte contre les événements indésirables associés aux soins.

8^{ème} Congrès de la SCGP / 7^{èmes} Journées Daniel Dargent de Chirurgie LYON 26-27-28 mai 2011



> JEUDI 26 Mai

Vidéo live organisée par le service de Gynécologie de l'Hôpital Femme Mère Enfant et le service de Chirurgie Gynécologique et Cancérologique du Centre Hospitalier Lyon Sud

Cure de Prolapsus, Endométrioses, Cure de Fistules, Curage lombo-aortique

> VENDREDI 27 Mai

CONFÉRENCE

« Les indications chirurgicales dans les malformations génitales : Ce qu'il faut opérer et ne pas opérer ». *D. Raudrant, P. Madelenat*

FACE À FACE « L'endométriome de la cloison recto vaginale »

- Coelioscopie avec résection digestive : *Charles Chapron*
- Coelioscopie avec conservation digestive : le shaving *Michel Canis*

TABLE RONDE « Conduite à tenir dans les complications per et post opératoires de la chirurgie pelvienne »

• Les complications urinaires

- CAT après une plaie de vessie par voie vaginale. *François Golfier*
- CAT après une plaie urétérale. *Philippe Paparel*
- CAT après une fistule vésico vaginale

• Les complications digestives

- CAT après une plaie digestive per opératoire, un iléus post opératoire. *J-Luc Faucheron*
- CAT devant une fistule recto vaginale. *Georges Mellier*

• **Le retentissement sur la sexualité de l'hystérectomie.** *Corinne Del Aguila Berthelot*

Information & Consentement : Enquête SCGP. *Alain Proust*

Communications libres

Assemblée générale de la SCGP

> SAMEDI 28 MAI

FACE À FACE « L'incontinence urinaire d'effort »

- Les mini bandelettes.
- Les bandelettes sous urétrales classiques

Philippe Debodinance, Philippe Ferry

FACE À FACE « Les stérilités tubaires »

- Fécondation in vitro. *Bruno Salle*
- Plasties tubaires. *J-Louis Bénifla*

CONFÉRENCE « La prise en charge chirurgicale des cancers de l'ovaire ».

- Par quel chirurgien ? Face à Face : *Jean Marc Classe, Patrice Mathevet*
- Le point de vue de l'assureur *Thierry Houselstein* (pour la Sham)

Communications libres - Remise des prix Daniel Dargent



Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

RENSEIGNEMENTS, INSCRIPTION :

Evelyne Da Costa 04 72 35 58 92 evelyne.da-costa@chu-lyon.fr

Dominique Simao de Souza 04 78 86 65 96 dominique.simao-de-souza@chu-lyon.fr

www.scgp.asso.fr

CONGRES A VENIR

23-24-25 MARS 2011

21^{ème} Salon de Gynécologie Obstétrique Pratique
PARIS – PALAIS DES CONGRES
Renseignements LEN Médical
01 47 55 31 85
mdasilva@len-medical.fr
www.gynecologie-pratique.com



7 AVRIL 2011

Cercle de Vidéochirurgie Gynécologique
DEAUVILLE – DOMAINE DE L'AMIRAUTÉ
Renseignements JP Com 02 31 27 19 18
jpc@wanadoo.fr
www.jpcom.fr



7-8 AVRIL 2011

11^{èmes} Journées Gynécologiques,
Pédiatriques et Obstétricales (GYPOM)
DEAUVILLE – DOMAINE DE L'AMIRAUTÉ
Renseignements JP Com 02 31 27 19 18
jpc@wanadoo.fr
www.jpcom.fr



12-13 MAI 2011

2^{èmes} Journées Méditerranéennes de Gynécologie
SAINT LAURENT DU VAR
Renseignements : 06 09 78 59 48
Med.congres@wanadoo
www.jmg-nice.fr



12-15 MAI 2011

6^{èmes} Journées Franco-Marocaines
de Gynécologie Obstétrique
MARRAKECH
Renseignements : Dr F. Chatai
info@lesjfm.com



23-24-25 MAI 2011

8^{ème} Congrès de Gynécologie-Obstétrique
et Reproduction Gynazur
NICE – HÔTEL NEGRESCO
Renseignements : André BONGAIN
04 92 03 61 05/08
Email : abongain@yahoo.fr



26-27-28 MAI 2011

8^{ème} Congrès de la SCGP (Cf. p24)
Septièmes Journées Daniel Dargent de Chirurgie
PALAIS DES CONGRES - LYON
Renseignements
Secrétariat Pr Mellier
04 72 35 58 92 & evelyne.da-costa@chu-lyon.fr
Secrétariat Pr Raudrant 04 78 86 65 96
& dominique.simao-de-souza@chu-lyon.fr
www.scgp.asso.fr



8-9-10 JUIN 2011

34^{ème} congrès de la SIFUD
STRASBOURG - Centre des Congrès
sifud-pp@orange.fr - www.sifud-pp.org



9-10-11 JUIN 2011

GYN2011
MONACO – HOTEL FAIRMONT
Renseignements : TRADOTEL
Tél. : 04 93 53 00 10
www.gyn2011.com



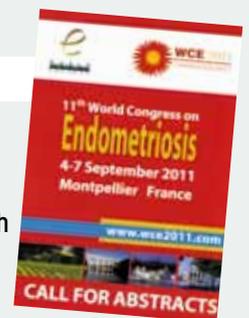
23-24 JUIN 2011

4th European Symposium
on Ovarian Cancer –ESOC
REIMS – PALAIS DES CONGRES
Renseignements : M&O Organisation
04 73 61 51 88
i.combrisson@agence-mo.com
www.esocreims2011.com



4-7 SEPTEMBRE 2011

11th World Congress on Endometriosis
Session SCGP le 4 septembre (Cf. page 10)
MONTPELLIER
Renseignements : MCI - Anne-France Puech
Tel. : + 33 (0)4 67 41 65 40 -
www.wce2011.com
info@wce2011fr.com
Tarif préférentiel pour les membres de la SCGP à jour de leur
cotisation (Cf page 10)



CONGRES A VENIR

21-22-23 SEPTEMBRE 2011

Journées de Chirurgie Gynécologique-Association
AEGC - Union entre les JPECG et AEFCO :
Les pathologies utérines bénignes - Chirurgie
en direct - Vidéo forum & ateliers - Journée IBODE
PARIS – LES SALONS DE L'AVEYRON
Renseignements : JP Com 02 31 27 19 18
& jpc@wanadoo.fr / www.congres-aecg.fr



21-22-23 SEPTEMBRE 2011

16^{èmes} Journées de la FFER
MARSEILLE – PALAIS DU PHARO
Renseignements : Atout organisation
04 96 15 12 50
ffer2011@atout-org.com
www.ffer-marseille2011.com



21-24 SEPTEMBRE 2011

ESGE 20th Annual Congress
LONDRES
www.esge.org



20-21 OCTOBRE 2011

9^{èmes} Assises de la Société Française de Gynéco-pathologie
« La cavité utérine dans tous ses états »
Journée Plénière : Carcinomes de l'endomètre
PARIS – LES SALONS DE L'AVEYRON
Renseignements :
JP Com 02 31 27 19 18
& jpc@wanadoo.fr

7-8 OCTOBRE 2011

25^{èmes} JOURNÉES INFOGYN
TARBES – PALAIS DES CONGRES
Renseignements :
Martine Lascoumettes 05 62 51 91 51
martine@infogyn.com
www.infogyn.com

7-10 DECEMBRE 2011

35^{èmes} Journées Nationales du CNGOF
Session SCGP le 8 décembre 2011
PARIS LA DEFENSE – CNIT
Renseignements : Colloquium 01 44 64 15 15
www.cngof.org



MARSEILLE
FFER>2011
Palais du Pharo

16^{èmes} Journées
de la Fédération Française
de la Reproduction
21, 22, 23 SEPTEMBRE 2011

Session SCGP : LA TROMPE DANS TOUS SES ETATS
Jeudi 22 septembre 2011 – 14h >16h

MODÉRATEURS : Hervé Dechaud, Léon Boubli et Marc Gamerre

- Peut-on réellement se passer de la coelioscopie en cas d'infertilité à trompes normales en HSG ? *Philippe Merviel, Amiens*
- Chirurgie tubaire et altérations ovariennes ? *Jean-Philippe Estrade, Marseille*
- Plastie tubaire distale : est-ce un choix raisonnable ? *Chadi Yazbec, Paris*
- Hydrosalpinx et Essure : intérêt et actualités. *Aubert Agostini, Marseille*
- Y a-t-il une réelle place à la robotique pour la chirurgie cornuane ? *Jérôme Delotte, Nice*

Secrétariat logistique
ATOUT ORGANISATION
04 96 15 12 50
ffer2011@atout-org.com - www.ffer-marseille2011.com



Simple Solutions Through a Single Incision

MINI Arc™
Single-Incision Sling System

elevate™
Apical & Posterior
Prolapse Repair System

One Needle
One Incision



One Needle
One Incision

Total
Transvaginal
Approach

AMS
Solutions for Life®

Quelque chose de GRAND vous attend au bout de cette courbe



Mors courbés de 40mm pour des prises importantes

Contrôle de la montée en température et de la diffusion thermique*

Simplicité d'utilisation avec le [nouveau] générateur
Ethicon Endo-Surgery GEN 11

Confort de l'ergonomie pour vos procédures en chirurgie ouverte

mieux **innover** ensemble



Ethicon
Endo-Surgery

*Système de PTC = coefficient de température positive qui limite la montée en température aux environs de 100°C au niveau des mors et configuration contrebalancée des électrodes pour limiter la diffusion latérale thermique.