

PELVIMAG

Le magazine de la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

n°75

Septembre
Octobre 2011

édito



Un « Parigot discret »

Lors du dernier Congrès de la Société à Lyon, le Conseil d'Administration, représentant élu des adhérents de la SCGP, m'a désigné comme Président pour les trois prochaines années. Vous savez combien je suis attaché à la SCGP, fusion de la SFEG et de la SIFCP, créées respectivement par les professeurs Bruhat et Dargent, dont j'ai eu le privilège depuis quelques années d'être le Secrétaire Général. Succéder à des personnalités comme Daniel Dargent et Maurice-Antoine Bruhat, des présidents comme Denis Querleu et Patrick Madelenat, qui, tant en France qu'à l'étranger, ont porté haut les couleurs de l'Ecole de Chirurgie Française, est pour moi un immense honneur. Vous pouvez être assuré que je ferai tout mon possible pour continuer ce travail et contribuer à accroître le rayonnement de notre Société dans la lignée de mes glorieux prédécesseurs. Dans la vie professionnelle, la reconnaissance par ses pairs est une des satisfactions les plus grandes qu'il puisse vous être donnée. Je suis particulièrement sensible à l'honneur que vous me faites et soyez assurés que je mesure pleinement l'importance de la confiance que vous m'accordez.

En huit ans, la SCGP s'est progressivement construite pour être aujourd'hui une société scientifique reconnue ayant acquis une réelle visibilité. Les congrès annuels (Dunkerque - P. Debodinace), Nîmes (P. Mares et R. de Tayrac), Angers (P. Descamps), Reims (P-H. Dorangeon), La Rochelle (P. Ferry), Deauville

(P. von Théobald) et Lyon (D. Raurant, G. Mellier et F. Golfier) sont des réussites ; La revue *PELVIMAG* est publiée quatre fois par an et notre budget de ces dernières années est bénéficiaire. Ce succès est avant tout le vôtre, c'est-à-dire celui de tous les adhérents qui êtes la force vive de la Société. La direction de la SCGP s'est particulièrement investie ces dernières années pour contribuer à imposer notre Société. A cet égard, je tiens à remercier tout spécialement Patrick Madelenat, notre « past-président », pour la qualité de son engagement et avec qui il a été facile de collaborer pendant ces trois dernières années. Je veux également souligner combien Philippe Debodinace qui, par son dynamisme et son enthousiasme, a été un Secrétaire Général Adjoint efficace contribuant beaucoup au succès des entreprises de la Société. Outre son investissement dans *PELVIMAG*, chacun garde en mémoire le grand succès de « son congrès », tant sur le plan scientifique que festif, avec cette participation mémorable au carnaval de Dunkerque. Je veux associer également à ces remerciements notre secrétaire, Ghislaine des Courtils, dont l'efficacité et la discrétion n'ont d'égal que la disponibilité et la gentillesse.

Qui dit nouveau Président dit nouveau Bureau pour la Société. Pour composer celui-ci, j'ai tenu à respecter deux impératifs : qu'au sein du Conseil d'Administration, des membres de chacun des trois Collèges de la Société (PU-PH, PH, et Privé) soient représentés à des fonctions ayant de réelles responsabilités et

Rédacteur en chef: Philippe Debodinace

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

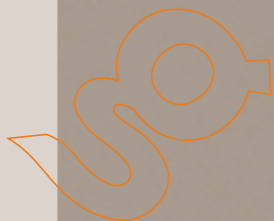
Tél / Fax: 0223 40 45 45

E-mail: scgp@wanadoo.fr

www.scgp.asso.fr

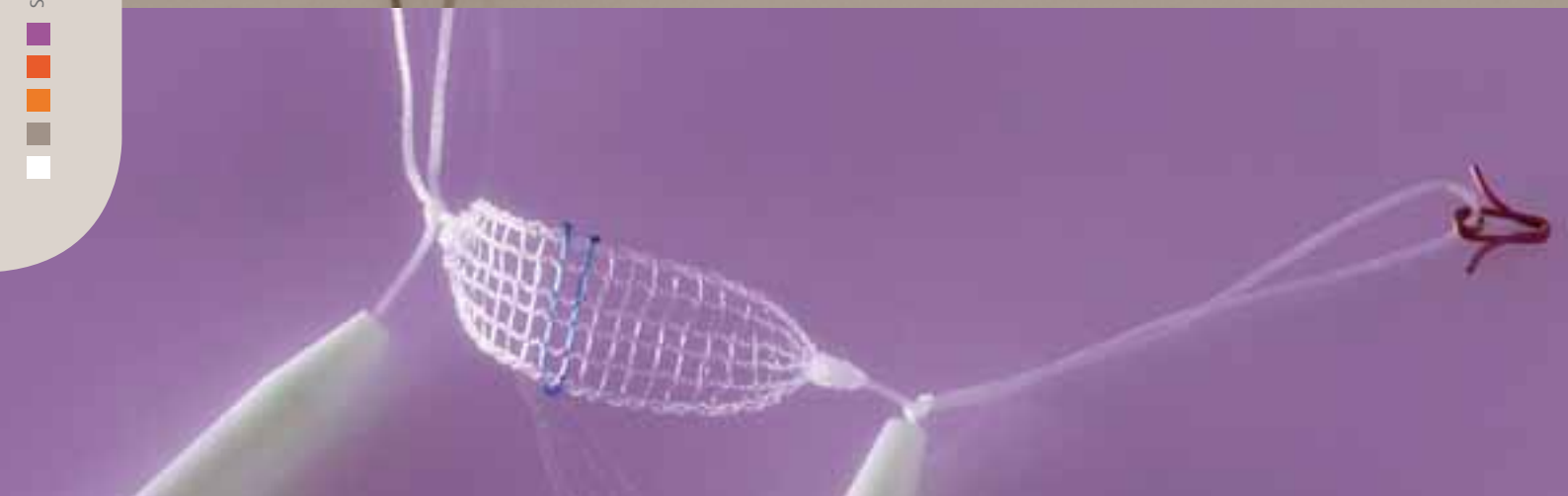


Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne



mini bandelette ajustable

JUST- swing®

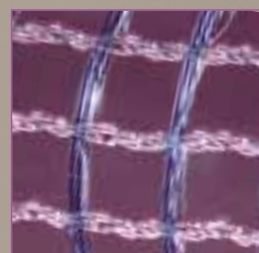
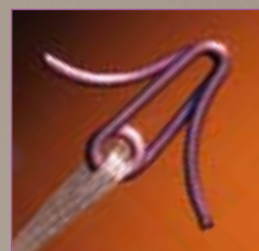


- 3 cm d'efficacité
- Fixation immédiate
- Réglage précis
- Incision unique

push to adjust

SVS

“Secured
Vaginal
Sling”



What else ?*

* Quoi d'autre ?



qu'un équilibre géographique soit respecté. Sur ces deux principes, le Conseil d'Administration a accepté ma proposition et la composition du nouveau Bureau de la SCGP est la suivante : notre Vice Président sera pour les trois prochaines années Philippe Descamps (PU-PH - Angers), dont le congrès qu'il avait organisé sur le bord de la Maine dans la ville du Bon roi René en 2007 avait été un franc succès. Les fonctions de Secrétaire Général seront assurées par Pierre Panel (PH - Versailles) qui fait preuve d'un remarquable dynamisme et contribue grandement au succès des Journées Parisiennes. Notre Secrétaire Général Adjoint sera Jean-Philippe Estrade (Privé - Marseille) et Georges Mellier (PU-PH - Lyon) reste le Trésorier de la Société, ce dont nous le remercions. Comme il est prévu dans les statuts de notre Société, les anciens Présidents sont invités à assister au Conseil d'Administration. Je serais très heureux que Patrick Madelenat accepte de continuer à participer à ces réunions. Son expérience et la justesse de ses analyses seront précieuses pour le développement de la Société et la poursuite de la publication de notre revue, *PELVIMAG*.

Lors des trois prochaines années, je souhaite inscrire cette Présidence dans les quatre directions suivantes :

- **Amplifier le rayonnement de notre Congrès annuel.** A cet égard, je tiens à féliciter très chaleureusement nos amis lyonnais, Georges Mellier, Daniel Raudrant et François Golfier, pour le remarquable succès de la réunion de cette année dans la ville des Lumières. Tout était parfait tant en ce qui concerne les démonstrations opératoires, que l'élaboration du programme scientifique, faisant une bonne part aux controverses, mais aussi la chaleur de l'accueil et de l'hospitalité qu'ils nous ont réservés, bravo ! Les prochains congrès auront lieu successivement à Clermont-Ferrand (B. Jacquetin), Bordeaux (O. Jourdain) puis Paris. Les anciens organisateurs et tout le Conseil d'Administration

sont à la disposition de ces trois équipes pour leur apporter le soutien nécessaire.

- **Contribuer à ce que notre Société devienne progressivement un organisme incontournable.** Les praticiens ayant une véritable activité chirurgicale sont loin d'être la majorité en gynécologie-obstétrique. Nous devons en être conscients, en tenir compte et nous organiser pour faire des propositions qui permettent de défendre au sein de notre spécialité la spécificité de la chirurgie gynécologique. Ce point me semble essentiel quand on connaît les difficultés qui attendent, dans les années à venir, ceux de nos collègues qui souhaiteront avoir une véritable activité opératoire. Une réflexion est également indispensable vis-à-vis de certaines autres spécialités chirurgicales (urologie, chirurgie digestive, ...) avec lesquelles nous pourrions être à l'avenir « en compétition ». La création d'un groupe de travail qui réfléchirait sur ce thème, en collaboration avec les institutions universitaires (CNU, responsables des DES, ...), me semble nécessaire.

- **Créer au sein de notre Société une cellule de réflexion** dont le but serait d'anticiper les réorganisations auxquelles les chirurgiens vont inévitablement être confrontés, quelles que soient leurs modalités d'exercice. Dans ce contexte, deux points me semblent importants : celui de l'optimisation de la gestion des blocs opératoires et celui du développement de la chirurgie ambulatoire. Le potentiel de l'activité de chirurgie ambulatoire dans notre spécialité est très important et aura des répercussions majeures quant aux modalités de notre exercice quotidien. L'administration hospitalière est déjà en ordre de marche et initie de façon très concrète une réflexion sur ces deux thèmes majeurs. Nous devons être partie prenante de ces restructurations et faire des propositions concrètes.

- **Intensifier le travail de recherche au sein de la Société.** Une société dite « savante » sous-entend « réalisation de travaux scientifiques

collaboratifs ». Depuis le travail multicentrique coordonné par les professeurs Bruhat, Pierre, Querleu, Madelenat et moi-même sur les complications de la coelochirurgie, force est de constater que malheureusement nous avons relâché nos efforts. Certains projets sont actuellement à l'étude notamment à l'initiative d'Hervé Fernandez, de Jean-Louis Bénifla, de Michel Canis et de Georges Eglin. Je ne peux que les encourager à concrétiser ces initiatives et les assurer du soutien de la Société.

Je vous invite tous très nombreux en 2012 à Clermont-Ferrand pour notre prochain congrès annuel. L'originalité de cette réunion tient au fait que nous l'organiserons en collaboration avec nos amis de la SIFUD. Michel Cosson et Philippe Debodinance, membres actifs des deux sociétés, seront à cet égard des acteurs clés pour permettre le succès de ce projet tout aussi ambitieux qu'original. Nous avons là un challenge intéressant à relever : préparer réellement en collaboration avec la SIFUD ce meeting pour qu'il soit véritablement un congrès commun dans lequel chacune des spécificités des deux Sociétés soient respectées. Nous profiterons de cette réunion en Auvergne pour fêter, comme il le mérite, Bernard Jacquetin, le Président de ce congrès, membre de la SIFUD et de la SCGP, qui cessera quelque temps après cette réunion ses responsabilités hospitalo-universitaires.

Pour conclure, comme le soulignait Guignol lors du dîner des conférenciers au dernier congrès de la SCGP à Lyon, votre nouveau Président est un « parigot discret ». Cette discrétion n'entamera en rien ma volonté de faire tout mon possible pour être digne de l'honneur que vous me faites en me confiant cette responsabilité. Notre Société doit être une force de proposition. Soyez assuré de mon investissement pour promouvoir notre Société et l'Ecole de Chirurgie Gynécologique Française qui, ces dernières années, a été innovante et précurseur dans de nombreux domaines.

Charles Chapron

Sommaire

4 TRAITEMENT DES LÉSIONS INFILTRANTES DU CUL DE SAC POSTÉRIEUR DU PELVIS : POURQUOI LE « SHAVING » DOIT IL ÊTRE PRÉFÉRÉ À LA RÉSECTION RECTALE ?

9 RESTAURATION DE LA FERTILITÉ : TROMPES ET OVAIRES

15 CAS CLINIQUES EN HYSTÉROSCOPIE OPÉRATOIRE : LES MORCELLEMENTS DIFFICILES

19 ACCÈS ENDOSCOPIQUE UNIQUE EN CŒLIOSCOPIE

22 AVANTAGES DE LA SIGMOÏDOPLASTIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES ATTEINTES DU SYNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAÜSER

25 DE LA PRATIQUE À LA LOI.

29 CONGRÈS À VENIR



M Canis*, K Slim#, K Jardon*, M Savary#, N Bourdel*, B Rabishong*, R Botchorishvili*, JL Pouly*, G Mage*

* Service de Chirurgie Gynécologique, # Service de Chirurgie Digestive, CHU Estaing 1 Place Lucie Aubrac 63003 Clermont Ferrand France. mcanis@chu-clermontferrand.fr ; kslim@chu-clermontferrand.fr



Traitement des lésions infiltrantes du cul-de-sac postérieur du pelvis : Pourquoi le « shaving » doit-il être préféré à la résection rectale ?

Le traitement chirurgical de l'endométriose du cul-de-sac postérieur avec infiltration de la paroi rectale pose des questions complexes.

Qui et quand opérer ? Les signes fonctionnels de la patiente doivent poser l'indication, mais ils doivent être interprétés avec prudence à l'aide de données aussi objectives que possible et en tenant compte du contexte et de l'histoire personnelle de la patiente.

Quel bilan préopératoire ? Dans notre équipe, c'est une association entre IRM et échographie endovaginale qui fait au mieux le bilan de l'atteinte digestive. Le but étant d'évaluer l'atteinte des différentes couches de la paroi digestive pour planifier au mieux le geste opératoire.

Qui doit opérer... ? Le gynécologue doit rester le chef d'orchestre de l'équipe multidisciplinaire qui prend en charge la patiente⁽¹⁾. Le rôle des chirurgiens digestifs est essentiel. Les urologues et les chirurgiens plasticiens doivent aussi faire partie de l'équipe.

Mais le choix le plus difficile est de définir l'attitude à adopter vis-à-vis du rectum⁽²⁻⁴⁾. Faut-il toujours faire une résection colique quand il existe une infiltration de la musculature digestive ou est-il possible de cliver la lésion en passant dans la musculature rectale tout en réalisant un traitement efficace ? Cette question est difficile, la résection colorectale a une morbidité propre avec en particulier des troubles fonctionnels digestifs qui peuvent être gênants chez ces femmes jeunes⁽⁵⁾. Ces troubles ont conduit

les chirurgiens digestifs à proposer différentes techniques d'anastomose, dont l'efficacité a été confirmée par des essais prospectifs randomisés, mais qui ne permettent pas d'éviter tous les problèmes⁽⁶⁾.

Définition

Nous pensons qu'il faut parler de nodule infiltrant du cul-de-sac postérieur. La description doit être complétée par une description approximative clinique ou radiologique de la taille de lésion et par la liste des organes impliqués, par exemple vagin et/ou rectum. Dans notre expérience, il existe des nodules postérieurs qui n'infiltrent que le vagin et qui restent à distance du rectum. A l'inverse, les nodules rectaux purs qui ne concernent pas du tout le vagin sont très rares, voire exceptionnels.

La notion de latéralisation d'un nodule au niveau d'un ligament utéro sacré est une notion assez floue dès que l'on s'adresse à des lésions de plus de 1,5 cm de diamètre. En effet, dans ce cas, l'atteinte du vagin est fréquente et l'atteinte de la musculature digestive n'est pas rare.

Quel traitement pour le versant vaginal de la lésion ? Shaving ou résection vaginale ?

Les signes qui amènent ces patientes à consulter sont généralement des signes gynécologiques. L'endométriose rectale correspondrait même à l'évolution spontanée d'une endométriose recto vaginale et la



liaison entre les deux formes de la maladie serait démontrée par une durée d'évolution de la dysménorrhée plus longue et un âge de début plus précoce chez les patientes classées comme endométriose rectale⁽⁷⁾. De manière intéressante, on peut noter que deux études associent les douleurs à la défécation à une localisation différente de la maladie. Pour *Fauconnier et al*, cette douleur correspond à une atteinte du cul-de-sac postérieur du vagin⁽⁸⁾ alors que pour *Roman et al*, elle est plus fréquente pour les lésions qu'ils classent comme étant rectale⁽⁷⁾. Le principal problème est bien un problème de terminologie. Comment chacun des auteurs définit-il l'endométriose rectale ? Est-il fréquent d'avoir une atteinte rectale complètement indépendante du vagin et si la lésion est adhérente au vagin, pourquoi faut-il préférer un shaving vaginal à une résection vaginale systématique. Les pourcentages de résection vaginale sont très variables dans la littérature consacrée à la résection colorectale, ils varient de 100% à 60 voire 30%^(7,9,10).

Nous réalisons une résection vaginale pour plus de 90% des nodules du cul-de-sac postérieur. Un travail réalisé dans le service montre que quand la lésion fait plus de 2 cm de diamètre, la distance entre la surface du vagin et les premières glandes endométriales est inférieure à 2 mm dans plus de 70% des cas⁽¹¹⁾. Il ne paraît techniquement pas possible de réaliser un traitement complet de toutes ces glandes sans résection vaginale.

Nous avons aussi fait ce choix technique au vu de nos premières années d'expérience dans le traitement des lésions du cul-de-sac postérieur. La « récurrence » ou plutôt « la persistance » du nodule était observée dès les premières semaines post opératoires si l'excision vaginale n'était pas réalisée. Cette « récurrence » est dans notre expérience significativement moins fréquente si une pastille de vagin est excisée. Nous avons même observé que cette décision devait être prise en préopératoire. La présence de kystes bleutés, de pseudo polypes du vagin ou même d'une rétraction palpable de la paroi du vagin justifie la réalisation systématique de ce geste. Si la décision est modifiée à la fin de l'intervention parce que l'atteinte vaginale n'est plus palpable, « la récurrence » est le plus souvent observée dès la première

consultation postopératoire. L'atteinte vaginale n'était plus palpable quand elle est détachée des organes qui l'entourent, mais elle persiste et on la retrouve dès la première visite post-opératoire !

La question posée de la qualité des rapports sexuels après résection vaginale est logique⁽¹²⁾, mais si le toucher vaginal reproduit la douleur hyperalgique que la patiente ressent pendant les rapports⁽¹³⁾, il est peu probable que l'abstention thérapeutique au niveau du vagin puisse améliorer les signes. Le résultat n'est pas toujours parfait, mais quand la patiente reconnaît l'hyperalgésie préopératoire dès le premier toucher vaginal postopératoire, il nous semble que l'échec du traitement de la dyspareunie est quasi certain.

Shaving ou résection digestive ?

Nous réalisons le traitement de l'atteinte digestive après avoir libéré le nodule de l'utérus et après avoir excisé le cul-de-sac vaginal postérieur^(14,15). Le nodule est ainsi plus mobile ce qui permet d'obtenir la meilleure exposition pour le traitement de la lésion digestive. Nous privilégions chaque fois que cela est possible le shaving du nodule. Ce choix est basé sur les notions suivantes.

- La morbidité post-opératoire immédiate en l'absence de complication semble moins importante quand il n'y a pas de résection digestive. Les patientes restent hospitalisées 48 heures, la récupération est plus rapide. Cette notion cliniquement logique doit être confirmée dans des études prospectives.

- Les troubles fonctionnels digestifs sont plus fréquents après résection digestive. Dans ce cadre, une étude comparative publiée récemment par le groupe de Rouen est instructive⁽⁵⁾. Ce groupe a réalisé systématiquement une résection colorectale jusqu'en Novembre 2007, puis une excision avec shaving chaque fois que cela était possible dans la période suivante. Dans le groupe résection, on observe une plus grande fréquence des troubles urinaires, de l'incontinence anale, de la douleur à la défécation, de la constipation sévère ou à l'inverse de l'obligation d'aller à la selle plus de trois fois par jour. Ces troubles fonctionnels sont bien connus des chirur-

giens digestifs. Certains, comme les troubles urinaires, peuvent être prévenus par une technique appropriée qui respecte les nerfs autant que possible, mais la maladie ne les respecte pas toujours et son extension peut obliger à la section d'une partie importante de l'innervation vésicale. A l'inverse, les signes digestifs sont fréquents après chirurgie du rectum. Ils sont plus acceptables chez les gens que l'on traite pour un cancer du colon. Ces notions doivent être confirmées dans un essai prospectif randomisé. Celui-ci vient d'être initié à l'initiative de l'équipe de Rouen⁽¹⁶⁾.

- Les signes fonctionnels préopératoires sont le plus souvent gynécologiques et il nous paraît plus logique de privilégier le traitement complet du vagin que certaines équipes qui réalisent une résection rectale systématique semblent « éviter » si possible.

- L'excision carcinologique de toutes les lésions n'est pas toujours réalisable dans le cadre de gestes chirurgicaux qui préservent la fertilité. Alors pourquoi être plus « systématique » au niveau du rectum ? Bien souvent la lésion concerne aussi l'utérus, ou il n'est pas possible d'être aussi « radical » chez des femmes jeunes qui ont encore un désir de grossesse.

- Les résultats en termes de douleur sont comparables dans les deux techniques, même si il est évident que les deux groupes de patientes ne sont pas toujours parfaitement comparables.

- Le shaving peut être un traitement agressif de la lésion, bien souvent la dissection passe dans la musculature rectale et enlève ainsi la quasi totalité des lésions. Les lésions résiduelles sont minimales et la récurrence ne paraît pas être la règle, même si les données de la littérature suggèrent que les taux de récurrences sont plus élevés après shaving⁽⁴⁾. Il est clair que l'agressivité de cette méthode est variable d'une équipe à l'autre et que les résultats pourraient aussi être différents. Ainsi seule une étude prospective réalisée dans des groupes qui pratiquent les deux techniques pourra permettre une comparaison de ces approches chirurgicales que l'on oppose aujourd'hui.

- Enfin le shaving a l'avantage de permettre un traitement effectif de patientes qui souhaitent minimiser, voire éviter autant que possible, le risque de complication digestive.



Traitement des lésions infiltrantes du cul-de-sac postérieur du pelvis

Mais il faut savoir :

- Qu'il est des cas où le shaving est impossible (environ 10% des cas), les patientes doivent être prévenues du risque de résection digestive.
- Que le taux de complications postopératoire précoce est proche de celui observé après résection rectale⁽¹⁵⁾. Dans une revue récente de la littérature, *Cicco et al* rapportent des taux de complication après résection rectale qui semblent proches de ceux rapportés par les groupes qui traitent les cancers du rectum⁽⁹⁾. Cette notion est surprenante, l'âge et le terrain sont tellement différents ! Mais les cancers du rectum qui infiltrent le vagin ou qui infiltrent latéralement de manière importante ne sont pas opérés.
- Le shaving ne doit pas être réalisé au niveau du sigmoïde, où l'excision d'une partie de la musculature induit un taux trop élevé de complication post opératoire grave.

C'est pourquoi le choix définitif entre les deux techniques est fait en per opératoire en fonction de la dissection et des données de la clinique pré opératoire. Nous pensons que les études prospectives en cours et à venir doivent suivre une méthodologie stricte qui permettra de comprendre au mieux les résultats et de comparer les séries^(4,12). Il est évident qu'un geste aussi lourd ne devrait pas être basé uniquement sur des convictions personnelles.

Figure 1 : Nodules du cul-de-sac postérieur visibles sous forme de kystes bleutés ou de pseudo polypes.

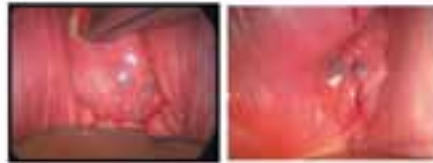


Figure 2 : La suspension des ovaires (ici à gauche) libère l'accès au cul-de-sac postérieur.



Figure 3 : La dissection débutée en dehors et en arrière permet de disséquer l'uretère si besoin (1), d'identifier les tractus nerveux que l'on peut préserver (2) puis trouver la limite vaginale inférieure et latérale du nodule dans la fosse para rectale.



Figure 4 : La dissection est plus avancée, le nodule (1) est bien visible tracté par la grip pince, le vagin sain est identifié en dehors et en dessous du nodule (2).



Figure 5 : Après avoir effectué la même dissection à droite, le nodule (1) est séparé de l'utérus (2), le cul-de-sac postérieur du vagin est incisé sur une compresse (3).



Figure 6 : On termine l'incision vaginale, les pseudo polypes vaginaux sont visibles (1), l'étanchéité vaginale est obtenue avec un gant qui contient une ou deux compresses (2).



Figure 7 : Le nodule (1) détaché du vagin est mobile et permet d'exposer au mieux la dissection entre nodule et rectum (2) ; on voit que la dissection concerne maintenant la musculature rectale (3).



Figure 8 : L'excision se poursuit, le rectum que l'on laisse est souple.



Figure 9 : Pendant l'excision d'un fragment résiduel (1), les fibres musculaires sont bien visibles (2).



Figure 10 : Sur cette image, on voit la ligne de suture vaginale (1), la face antérieure du rectum (2) sans sténose ni lésion évidente ; Par contre, la dissection importante vers le bas (3) –le releveur est visible– explique le risque de troubles mictionnels.



CONCLUSION

L'endométriose est une maladie gynécologique bénigne. Un traitement aussi peu agressif que possible nous paraît souhaitable chez ces femmes jeunes qui souhaitent préserver leur fertilité. La résection rectale n'assure pas toujours un traitement complet des lésions digestives⁽⁴⁾, et même si c'est le cas une attitude aussi agressive ne peut pas être appliquée sans conséquences sur tous les organes concernés par la maladie. Pourquoi ne pas faire une ovariectomie à tous les endométriomes de l'ovaire ? Le shaving permet un traitement efficace dans la plupart des cas. Il est au mieux réalisé après mobilisation complète du nodule qui doit tout d'abord être libéré du vagin et de l'utérus. La résection digestive a une morbidité propre qui doit être réservée au cas où elle est indispensable.

Il est important de noter que la justification du choix entre shaving et résection tient le plus souvent à la conviction du chirurgien plus qu'à une justification anatomique⁽³⁾. Dans notre pratique l'atteinte de la musculature à l'échographie endovaginale ne justifie pas toujours la résection digestive.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Canis M. L'endométriose est une maladie simple ! J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2007;36:106-7.
- 2. Donnez J, Squifflet J. Complications, pregnancy and recurrence in a prospective series of 500 patients operated on by the shaving technique for deep rectovaginal endometriotic nodules. Hum Reprod. 2010;25:1949-58.
- 3. De Cicco C, Corona R, Schonman R, Mailova K, Ussia A, Koninckx P. Bowel resection for deep endometriosis: a systematic review. BJOG. 2011;118:285-91.
- 4. Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A, Van Cleynenbreugel B, Penninckx F, Vergote I, D'Hooghe T. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. Hum Reprod Update. 2011;17:311-26.
- 5. Roman H, Loisel C, Resch B, Tuech JJ, Hochain P, Leroi AM, Marpeau L. Delayed functional outcomes associated with surgical management of deep rectovaginal endometriosis with rectal involvement: giving patients an informed choice. Hum Reprod. 2010;25:890-9.
- 6. Brown CJ, Fenech DS, McLeod RS. Reconstructive techniques after rectal resection for rectal cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2008 16;(2):CD006040
- 7. Roman H, Gromez A, Hochain P, Maroteau-Pasquier N, Tuech JJ, Resch B, Marpeau L. Is painful rectovaginal endometriosis an intermediate stage of rectal endometriosis? Fertil Steril. 2008;90:1014-8
- 8. Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. Hum Reprod Update. 2005;11:595-606
- 9. Dousset B, Leconte M, Borghese B, Millischer AE, Roseau G, Arkwright S, Chapron C. Complete surgery for low rectal endometriosis: long-term results of a 100-case prospective study. Ann Surg. 2010;251:887-95
- 10. Minelli L, Fanfani F, Fagotti A, Ruffo G, Ceccaroni M, Mereu L, Landi S, Pomini P, Scambia G. Laparoscopic colorectal resection for bowel endometriosis: feasibility, complications, and clinical outcome. Arch Surg. 2009;144:234-9.
- 11. Matsuzaki S, Houle C, Botchorishvili R, Pouly JL, Mage G, Canis M. Excision of the posterior vaginal fornix is necessary to ensure complete resection of rectovaginal endometriotic nodules of more than 2 cm in size. Fertil Steril. 2009;91:1314-5
- 12. Meuleman C, D'Hoore A, Van Cleynenbreugel B, Tomassetti C, D'Hooghe T. Why we need international agreement on terms and definitions to assess clinical outcome after endometriosis surgery. Hum Reprod. 2011 Apr 7
- 13. Anaf V, Simon P, El Nakadi I, Fayt I, Simonart T, Buxant F, Noel JC. Hyperalgesia, nerve infiltration and nerve growth factor expression in deep adenomyotic nodules, peritoneal and ovarian endometriosis. Hum Reprod. 2002;17:1895-900
- 14. Kondo W, Bourdel N, Jardon K, Tamburro S, Cavoli D, Matsuzaki S, Botchorishvili R, Rabischong B, Pouly JL, Mage G, Canis M. Comparison between standard and reverse laparoscopic techniques for rectovaginal endometriosis. Surg Endosc. 2011 Mar 18
- 15. Kondo W, Bourdel N, Tamburro S, Cavoli D, Jardon K, Rabischong B, Botchorishvili R, Pouly J, Mage G, Canis M. Complications after surgery for deeply infiltrating pelvic endometriosis. BJOG. 2011;118:292-8.
- 16. Roman H, Tuech JJ, Slim K, Canis M. Functional Outcomes of Surgical Management of Deep Endometriosis Infiltrating the Rectum (ENDORE). NCT01291576. Available on <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01291576?term=NCT01291576&rank=1>.



28 – 29 – 30 MARS 2012

> FACULTÉ DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

L'évolution des techniques thérapeutiques, qu'elles soient radiologiques ou chirurgicales, inscrit la pédagogie comme un enjeu majeur de la qualité des soins.
Chirurgiens et radiologues interventionnels vous proposent une réflexion commune autour de ce thème pour adapter la formation initiale et continue aux exigences actuelles de qualification et de responsabilité.

R. Botchorishvili, L. Boyer, B. Rabischong
Pour le Comité Local d'Organisation

PÉDAGOGIE DES NOUVELLES TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES

Mercredi 28 mars 2012

Pédagogie des nouvelles techniques interventionnelles : approche stratégique de la problématique

- Formation et responsabilité
- Conférence d'ouverture : expérience de l'aviation

Jeudi 29 mars 2012

- Quelles bases pour les techniques interventionnelles ?
- Les modèles d'enseignement

Vendredi 30 mars 2012

- Evaluation des compétences
- Bilan et perspectives

Secrétariat scientifique > brabischong@chu-clermontferrand.fr

Secrétariat administratif > M&O 04 73 61 51 88 et contact@agence-mo.com

www.pedagogieclermont-ferrand.org

Pour vous aider à relever les défis du quotidien



Floseal Matrix
Gel hémostatique



de la gestion de l'hémostasé...

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





F-X. Aubriot*, Ch. Chapron**, D. de Ziegler**.

* 81, Avenue Bosquet 75 007 Paris - ** Hopital St-Vincent de Paul - service de gynécologie - 75 014 Paris



Restauration de la fertilité : les trompes et les ovaires

Dans les années 1977, la chirurgie de la trompe se faisait à l'œil nu par laparotomie. On utilisait des clamps de Caplier pour faciliter l'éversion de la portion distale de la trompe tandis que les obstructions proximales étaient traitées par l'implantation tubo utérine à la reverdin selon Palmer. Certains commençaient à utiliser des lunettes loupes et essayaient de limiter la taille des fils de suture.

La micro chirurgie a fait ensuite son apparition adaptant le microscope des ophtalmologistes à la chirurgie pelvienne. Le grossissement optique permit alors de mettre le chirurgien à l'échelle de la trompe améliorant la précision du geste chirurgical. On prit ainsi conscience du caractère traumatisant des instruments, de la dessiccation des tissus durant l'intervention, de la diffusion de la coagulation et de l'ischémie provoquée par les fils de suture ainsi que de la réaction inflammatoire qui accompagnait leur résorption. Les instruments devinrent plus fins, le geste chirurgical devenait plus adapté à l'anatomie précise des lésions, l'intervention se faisant sous arrosage permanent des tissus.

A l'époque, la coelioscopie servait principalement à évaluer les lésions préparant ainsi les modalités thérapeutiques de la laparotomie qui était faite secondairement. Il était possible d'effectuer quelques gestes thérapeutiques par cette voie, mais le chirurgien était souvent mal à l'aise, courbé sur l'optique du coelioscope, son aide étant lui complètement aveugle.

L'arrivée des caméras a, bien sûr, tout changé, la coeliochirurgie faisait vraiment son apparition. Un nouveau matériel chirurgical fut alors mis au point grâce à l'ingéniosité de certains, essayant d'effectuer par coelioscopie de plus en plus d'actes chirurgicaux.

A cette époque, la Fécondation in Vitro faisait elle aussi son apparition, nous apportant des premières grossesses un peu miraculeuses. Le développement fulgurant de cette technique a, bien sûr, là encore tout changé.

Après quelques années un peu laborieuses de mise au point, tant du point de vue clinique que biologique, la FIV devenait la

pratique de référence pour traiter l'infertilité féminine et, bientôt, l'infertilité masculine. La facilité des ponctions sous contrôle échographique, la maîtrise de l'ovulation et la possibilité d'avoir une grossesse tout de suite (c'est-à-dire 15 jours après la ponction) rendaient la chirurgie moins attrayante, moins spectaculaire, moins médiatique.

Tout cela méritait une mise au point plus objective, moins partisane plaidant en faveur d'un concept plus réaliste : Chirurgie et Fécondation in Vitro ne sont pas opposées mais complémentaire, tout médecin prenant en charge l'infertilité conjugale devant certainement maîtriser les deux techniques.

I – La Chirurgie de la trompe.

a) La chirurgie de la portion distale de la trompe.

On distingue les salpingonéostomies et les fimbrioplasties.

Les salpingonéostomies concernent généralement des occlusions distales complètes, le geste chirurgical portant sur les trois tuniques (muqueuse, musculuse, séreuse). A l'inverse, les fimbrioplasties concernent généralement des occlusions incomplètes, le geste chirurgical portant uniquement sur la muqueuse.

En 1985, nous avons publié avec Jean Bernard Dubuisson et Jacques Barbot, une série opérée sous microscope par laparotomie avec 52,5 % de grossesse pour les fimbrioplasties et 36,8 % de grossesse pour les salpingonéostomie.

Dans les années 90, la coeliochirurgie prenait le relais de cette chirurgie distale. La technique coelioscopique s'inspirait en tout point de la chirurgie sous microscope en dehors de l'éversion de la trompe qui se faisait le



Restauration de la fertilité : les trompes et les ovaires

plus souvent par rétraction thermique de la séreuse (vaporisation laser ou bipolaire).

Ainsi, nous rapportons avec Jean Bernard Dubuisson, une série de 123 plasties tubaires distales⁽¹⁾ (excluant de la prise en charge les lésions tuberculeuses et les lésions tubaires bifocales). Le taux de grossesse était de 30,4 % avec 28,5 % d'accouchement, 4,4 % de fausse couche et 7,1 % de grossesse extra utérine. Les résultats étaient identiques à ceux de la micro chirurgie par laparotomie. La difficulté est qu'il paraissait difficile de les améliorer. La question de ce plafonnement était d'autant plus importante à comprendre que la Fécondation in Vitro se développait. On comprit alors que le pronostic était lié au caractère irréversible de l'atteinte tubaire, et en particulier, à celui de la muqueuse. Il fallait donc évaluer les résultats en fonction de l'atteinte de celle-ci et ainsi mieux définir les indications thérapeutiques et les choix entre la chirurgie et la Fécondation in Vitro. Les scores tubaires permettaient ainsi de mieux poser ses indications.

Le score de Boer-Meisel⁽²⁾ (1986) s'évalue en fonction de la muqueuse tubaire. Il s'appuie sur deux types de lésions :

L'atrophie plus ou moins marquée des plis tubaires et l'hypertrophie qui se caractérise à l'inverse par une augmentation de la taille de ses plis avec coalescence de ceux-ci réalisant au maximum un aspect en filet dit en nid d'abeille, appelé salpingite alvéolaire ou salpingite folliculaire.

On pouvait ainsi définir trois groupes :

Le groupe 1 avec une muqueuse normale avec plis tubaires réguliers.

Le groupe 2 avec atrophie modérée des plis tubaires et alternance de zone d'atrophie et de zone de muqueuse normale.

Le groupe 3 regroupant les atrophies sévères et à l'inverse, les hypertrophies alvéolaires.

La reprise de nos résultats en fonction de l'état de la muqueuse tubaire permettait de retrouver pour le groupe 1 : 53,1 % de grossesse intra utérine, sans aucune GEU, pour le groupe 2 : 27,5 % de grossesse intra utérine avec 12,5 % de GEU et pour le groupe 3 : aucune grossesse intra utérine et 9,6 % de grossesse extra utérine.

Ainsi les indications thérapeutiques pouvaient mieux se définir faisant proposer la

FIV aux patientes du groupe 3, aux patientes qui n'étaient pas enceinte dans l'année qui suivait l'acte chirurgical ou encore aux patientes présentant d'autres facteurs de stérilité associés comme une infertilité masculine, un âge plus avancé ou une insuffisance ovarienne débutante.

Il restait à définir la méthodologie de la sélection des patientes.

La première étape est l'hystérogaphie. Elle permet par l'analyse des plis tubaires d'éliminer d'emblée, les aspects de salpingite alvéolaire, les petits hydrosalpinx à paroi rigide avec atrophie de la muqueuse, les volumineux hydrosalpinx distendus et les lésions bifocales avec atteinte proximale et distale de la trompe.

La deuxième étape est celle de la coelioscopie. Après évaluation des lésions éliminant les patientes présentant des adhérences sévères et des hydrosalpinx trop volumineux ou petits à paroi rigide, on pratique une ouverture de la portion distale de la trompe pour évaluer l'état de la muqueuse tubaire. En effet, l'analyse de cette portion distale de la muqueuse reflète assez bien celle du reste de la trompe et, en particulier, celle de la muqueuse ampullaire.

Les patientes du groupe 1 et du groupe 2 bénéficieront alors d'une salpingonéostomie tandis que l'on discutera l'attitude thérapeutique pour les patientes du groupe 3 entre abstention ou salpingectomie.

Un certain nombre d'argument plaide pour la salpingectomie. La patiente devant, bien sûr, être informée de cette possibilité thérapeutique avant l'intervention.

Tout d'abord, la salpingectomie par coelioscopie est le plus souvent simple et rapide à réaliser. En cas d'adhérences sévères, elle peut être remplacée parfois par une simple ligature section des isthmes tubaires. Cette intervention permet d'éviter les poussées infectieuses toujours possibles en cas d'hydrosalpinx. Elle permet aussi de prévenir le risque de grossesse extra utérine ampullaire laissant persister néanmoins le risque de GEU interstitiel.

Comme l'a montré un certain nombre de publications, elle ne modifie pas la fonction ovarienne. Son principal intérêt réside enfin depuis les publications de Madame

Strandell⁽³⁾ dans l'amélioration des résultats de la FIV en cas de volumineux hydrosalpinx.

Depuis de nombreuses publications ont permis de confirmer cet effet délétère sur le taux de grossesse des hydrosalpinx avec une amélioration du taux de grossesse et une baisse du taux de fausse couche après ligature ou ablation de ceux-ci.

Il est, en revanche, utile de rappeler que cette démonstration a été faite pour les gros hydrosalpinx et non pour les trompes perméables pathologiques après, en particulier, chirurgie tubaire. Ainsi, en l'absence de grossesse après plastie, il n'y a pas d'indication à effectuer une salpingectomie si la trompe est restée perméable et qu'une FIV est donc envisagée.

Il faut conclure ce chapitre sur la chirurgie tubaire distale par la publication de AJS Watson (1990) qui rapporte 5 % d'accouchement après plastie tubaire, rappelant seulement qu'il ne faut faire que ce l'on sait faire !

b) La chirurgie de la portion proximale de la trompe.

Là encore, la micro chirurgie par laparotomie avec la technique d'anastomose utéro tubaire selon Gomel a très vite remplacé les implantations macro chirurgicales tubo utérines.

En revanche, les difficultés de l'adaptation de cette technique à la coelioscopie, le caractère souvent bifocale des lésions en cas d'atteinte proximale font souvent orienter les patientes vers la Fécondation in Vitro d'emblée.

Il n'est pas certain que l'utilisation de la chirurgie robotique change cette préférence. Par contre, les excellents résultats de la désinfection sous microscope voir par coelioscopie rendent cette chirurgie toujours très attrayante. Nous avons montré à l'époque, l'importance de la technique de stérilisation, celle-ci devant être économe portant uniquement sur l'isthme tubaire. Néanmoins, le développement des techniques de stérilisation sous contrôle hystérocopique (procédé Essure[®]) en ambulatoire sans anesthésie change considérablement le problème en cas de demande de réversibilité.



II- Les adhésiolyse.

La libération des adhérences pelviennes, source d'infertilité, fait pleinement partie du chapitre de la chirurgie de la stérilité. En effet, les adhérences sont d'ailleurs souvent associées à des lésions tubaires, leur libération constituant alors le premier temps de la chirurgie de la trompe.

Les principales causes d'adhérences sont l'infection, les séquelles de la chirurgie et l'endométriose. Ainsi pour Liakakos⁽⁴⁾, 55 à 100% des femmes qui subissent une chirurgie pelvienne présente dans les suites des adhérences.

Elles ont pour conséquence en dehors de l'infertilité par modification des rapports anatomiques pelviens, la survenue de douleurs, d'occlusion intestinale parfois et de difficultés chirurgicales en cas de nouvelle chirurgie.

Ainsi les adhérences sont présentes chez 40% des femmes infertiles et constituent le seul facteur d'infertilité dans 10 à 15% des cas.

L'étude des mécanismes qui président à la formation des adhérences est très importante. C'est, en effet, sur la compréhension de ces mécanismes que repose la stratégie de leur prévention. Le mécanisme initial paraît être la formation de dépôt de fibrine. Cette fibrine peut, soit se résorber (activité fibrinolytique), soit s'organiser en adhérences, ceci surtout en cas de lésions tissulaires qui entraînent une dévascularisation avec création d'adhérences pour revasculariser les tissus (Ellis 1982)⁽⁵⁾ et en cas de réaction inflammatoire (infection, réaction à corps étranger).

La baisse de l'activité fibrinolytique qui permet de résorber la fibrine est favorisée par l'hypoxie et l'ischémie des tissus lésés.

Les résultats des adhésiolyse par coelioscopie sont très variables selon les publications (de plus de 50 % à moins de 17,7 %), cela dépend, bien sûr, de l'importance des adhérences retrouvées (score adhésiel d'opérabilité)⁽⁶⁾.

Le bon résultat des adhésiolyse dans les formes peu sévères justifie pleinement leur recherche et la pratique d'une coelioscopie au moindre doute (antécédents chirurgicaux, antécédents d'infection, trouble de la diffusion à l'hystérogaphie). De plus, en

cas de stérilité inexplicée, de nombreuses publications préconisent la pratique d'une coelioscopie à la recherche d'adhérences ou d'endométriose⁽⁷⁾.

La prévention des adhérences doit être une préoccupation de tout chirurgien effectuant un acte chirurgical abdominal et pelvien (chirurgie de l'endométriose, des ovaires, myomectomie, chirurgie digestive). Le principe de prévention des adhérences découle des connaissances et des règles de la microchirurgie. L'atraumatisme des tissus opérés, la prévention des lésions thermiques, l'hémostase minutieuse c'est-à-dire complète mais limitée, la lutte contre la dessiccation des tissus et celle de la réaction à corps étrangers (talc et suture) font partie d'une démarche essentielle de prévention. Le développement de la coelochirurgie va dans ce sens à la condition que l'opérateur respecte ces principes.

Un certain nombre d'agents de prévention des adhérences ont aussi été mis en place.

a) Les agents barrière.

Ils évitent le contact entre les structures tissulaires pelviennes. Leur risque est la survenue d'une réaction à corps étranger.

On distingue :

- L'interceed : il s'agit d'une membrane taillée selon les besoins pouvant être mise en place par coelioscopie ou par laparotomie. Une hémostase soigneuse est requise. Elle se résorbe en 2 semaines.

- Le gore tex : il s'agit d'une membrane non résorbable qui doit être suturée. Elle est donc surtout adaptée à la laparotomie et paraît principalement intéressante en cas de défaut péritonéale.

- Le seprafilm : il correspond à une membrane synthétique résorbable (1 semaine) proposée principalement en cas de laparotomie. En effet, cette membrane adhère facilement sur elle-même et sa mise en place par coelioscopie est délicate.

b) Les gels :

Le tissucol : il s'agit d'un gel de fibrine obtenu par mélange de deux solutions. Il permet la formation d'un caillot de fibrine qui facilite l'hémostase locale.

Le Hyalobarrier endo : il s'utilise sans reconstitution par simple réchauffement à température ambiante. Il adhère bien à la surface des tissus et se résorbe en sept jours.

c) Les produits permettant une hydroflo-tation.

A coté du traditionnel sérum salé et du Ringer qui se résorbent rapidement, d'autres produits ont été développés. L'Adept fait partie de ces produits. Sa durée de vie est de quatre jours dans la cavité péritonéale. L'étude Pamela⁽⁸⁾ (fertile-stérile 2007) compare l'Adept et le Ringer Lactate permettant de retrouver un net intérêt pour l'utilisation de l'Adept.

III – LES OVAIRES

On distingue :

- le drilling ovarien,
- les kystectomies en dehors de l'endométriose,
- la chirurgie des kystes endométriosique.

a) Le drilling ovarien.

Il concerne une prise en charge chirurgicale des ovaires micro polykystiques. La technique est dérivée des résultats de la classique résection partielle des ovaires par laparotomie. On réalise ainsi par coelioscopie ou fertioscopie, à la pointe unipolaire ou au laser 4 à 10 perforations par ovaire, ceci, bien sûr, à distance du hile. Le principal risque est la survenue d'adhérences post opératoire et d'une insuffisance ovarienne. Le drilling ovarien n'est jamais proposé de première intention. Il est proposé en cas d'échec du citrate de clomiphène.

b) Les kystectomies en dehors des kystes endométriosique.

Le bénéfice des kystectomies en cas d'infertilité est difficile à évaluer. Certaines publications rapportent un bénéfice réel en terme de fertilité ceci après kystectomie (Maulard 2010)⁽⁹⁾. Encore faut-il insister sur le risque d'adhérences post opératoires et sur le possible effet délétère d'une kystectomie sur la réserve ovarienne. A ce titre, la résection doit être économe. Dilek⁽¹⁰⁾ retrouve ainsi des follicules sur la pièce opératoire de kystectomie dans le tissu adjacent aux kystes et emportés lors de l'intervention. Enfin l'hémostase de l'ovaire doit être aussi soigneuse que possible mais surtout non extensive.

c) Les kystes endométriosique.

La chirurgie des kystes endométriosique s'inscrit à l'inverse dans une prise en charge



Restauration de la fertilité : les trompes et les ovaires

globale de l'endométriome et de la fertilité. Les kystes endométriosiques sont, en effet, rarement isolés, mais le plus souvent associés à une endométriose pelvienne superficielle ou profonde participant à l'infertilité.

La plupart des auteurs retrouvent une diminution de la réponse ovarienne avec diminution de la quantité d'ovocytes obtenus lors d'une Fécondation in Vitro après kystectomie pour kyste endométriosique, ceci sans forcément modifier le résultat final de la FIV.

Ainsi *Benaglia*⁽¹¹⁾ retrouve une diminution de la quantité d'ovocytes collectés sur l'ovaire opéré par rapport à l'ovaire controlatéral tandis que le taux de récurrence est pour elle de 46%.

Ainsi la chirurgie des kystes endométriosiques doit être économe. Elle est contre-indiquée en cas de kystes bilatéraux, en cas

de récurrence de kyste endométriosique et en cas de réserve ovarienne basse (*Garcia Velasco*)⁽¹²⁾.



CONCLUSION

La chirurgie de l'infertilité féminine garde actuellement toute sa place dans l'arsenal thérapeutique à notre disposition. L'opposer à la FIV est une erreur. Les deux techniques sont complémentaires. Sa défense n'est pas celle d'une arrière-garde vieillissante défendant des techniques dépassées.

Restaurer une anatomie pelvienne normale, n'est jamais une perte de temps. En dehors des grossesses obtenues naturellement dans des conditions plus agréables que la FIV, elle permet dans certains cas d'améliorer les

résultats de celle-ci. Elle ne doit pas pour autant retarder la mise en route d'une FIV si certaines situations nous obligent à presser le pas (âge de la patiente, hypofertilité masculine associée), mais elle permet alors parfois d'obtenir des grossesses entre les cycles FIV nous rappelant ainsi que l'on ne traite pas des couples stériles mais plutôt hypofertiles. Si tout médecin prenant en charge un couple en recherche de grossesse doit connaître la physiologie de la reproduction de l'homme et de la femme, il doit aussi maîtriser la chirurgie de l'infertilité, en connaître les modalités et les indications, ceci afin que sa démarche thérapeutique ne dépende pas de son orientation mais plutôt de l'affection qu'il doit prendre en charge.

Encore faudrait-il continuer à enseigner cette chirurgie dans les centres de Fécondation in Vitro.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Dubuisson, J.B, et al., Laparoscopic salpingostomy : fertility results according to the tubal mucosal appearance. *Hum Reprod*, 1994, 9(2) : p.334-9/
2. Boer-Meisel, ME, et al., Predicting the pregnancy outcome in patients treated for hydrosalpinx : a prospective study. *Fertil Steril*, 1986, 45(1) : p.23-9.
3. Strandell, A, et al., Hydrosalpinx reduces in-vitro fertilization/embryo transfer pregnancy rates. *Hum Reprod*, 1994, 9(5) : p.861-3.
4. Liakakos T, Thomakos N, Fine PM, Devernis C, Young RI "Peritoneal adhesions: etiology, pathophysiology, and clinical significance. Recent advances in prevention and management", *Dig Surg*, vol.18, 2001 p.260-73.
5. Ellis H. "The causes and prevention of intestinal adhesions", *Br J Surg* vol. 69, 1982, p.241-3.
6. Mage, G., et al., A preoperative classification to predict the intrauterine and ectopic pregnancy rates after distal tubal microsurgery. *Fertil Steril*, 1986, 46(5):p.807-10.
7. Koskas.M, Yazbeck.C, Chanelles.O, Madelenat.P : Chirurgie anxielle pour infertilité : regain d'un intérêt? *Pelvimag*. N°72 nov. 2010.
8. Brown CB, Luciano AA, Martin D, et al. Adept (icodextrin 4 % solution) reduces adhesions after laparoscopic surgery for adhesiolysis : a double-blind, randomized, controlled study. *Fertil Steril*. 2007;88:1413-1426.
9. Maulard A, Renevier B, Pratt-Ellenber L, Piketty M, Benfla JL. Endométriose ovarien et autres kystes de l'ovaire : la kystectomie n'est pas délétère pour la fertilité ! *Pelvimag*, 2010, 69 :p. 5-9.
10. Dilek, U., et al., Excision of endometriotic cyst wall may cause loss of functional ovarian tissue. *Fertil Steril*, 2006, 85(3) : p.758-60.
11. Benaglia L. Rate of severe ovarian damage following surgery for endometriomas. *Human Reproduction* 2010 25 (3) : 678-682.
12. Garcia-Velasco. JA and Somigliana. E. Management of endometriomas in women requiring IVF : To touch or not to touch..



Société de Chirurgie Gynécologique et Pévienne

Le 9^{ème} congrès de la SCGP

se tiendra conjointement au 35^{ème} congrès de la SIFUD-PP

au Polydome de Clermont-Ferrand
les 6-7-8 Juin 2012.



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 **innov**er 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.

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®



Philippe LANDOWSKI

40 boulevard de Courcelles et Clinique Internationale du Parc Monceau – 75017 Paris
Praticien attaché, Service de Chirurgie Gynécologique, Pr Charles CHAPRON, Hôpital Cochin – 75014 Paris



Les myomectomies hystéroscopiques difficiles

La résection hystéroscopique des myomes est un geste opératoire habituel dans le cadre de la chirurgie endoscopique gynécologique. Il s'agit d'un geste chirurgical qui se réalise exclusivement sous contrôle direct de la vue et qui bénéficie donc à ce titre d'une certaine sécurité opératoire. Néanmoins il s'agit d'une réelle intervention chirurgicale et, de ce fait, il existe des contraintes dont certaines sont spécifiques. La connaissance et la prévention de ces difficultés potentielles sont indispensables pour éviter que cette intervention qui, en 2011, devrait systématiquement être réalisée en ambulatoire, ne se transforme en une chirurgie compliquée, aux conséquences tout autant digestives et urologiques que médico-légales.

Rappeler des évidences n'est pas inutile.

Travailler dans une cavité utérine, c'est travailler dans un volume de parfois à peine 6 cm³, volume qu'il faut savoir comparer à celui de la cavité abdomino-pelvienne qui peut atteindre 8000 cm³. Faut-il également rappeler que les diamètres comparatifs des instruments utilisés en coelochirurgie et en hystéroscopie opératoire sont inversement proportionnels à l'espace opéré ce qui rend fondamentalement les gestes d'une hystéroscopie opératoire plus difficiles. De plus, les gestes d'hystéroscopie opératoires se réalisent dans un seul axe et donc dans un seul plan et non dans trois plans en coelochirurgie. Enfin, il ne faut pas oublier non plus que tous les organes nobles sont directement visibles en coelioscopie alors qu'ils sont invisibles et situés au-delà du myomètre, parfois à quelques millimètres en hystéroscopie. Pour toutes ces raisons l'apprentissage de l'hystéroscopie opératoire est difficile et les seniors « ne lâchent » pas facilement les hystéroscopies opératoires, constatations que confirment les internes. Cela est certainement regrettable alors même que les perspectives des techniques opératoires intracavitaires se développent et que l'évolution prochaine du matériel ouvrira des perspectives intéressantes.

La création rapide d'un troisième secteur.

Avant d'aborder une résection d'un fibrome volumineux, il convient d'inspecter les ostiums. Des ostias parfaitement visibles voire béants, au sein desquels on observe des fuites de sérum physiologique (ou de glycolle) doit alerter dès le début de l'interven-

tion sur le risque de la création rapide d'un troisième secteur. Pour s'en convaincre, il suffit d'observer l'épanchement intra abdominal lors d'une coelioscopie réalisée dans les suites immédiates d'une hystéroscopie diagnostique avec des trompes perméables. Un geste diagnostique de quelques instants permet parfois, avec très peu de pression la création d'un épanchement non négligeable. Ces ostiums parfois béants incitent donc à une grande prudence lors des hystéroscopies opératoires prolongées pour des fibromes volumineux.

La surveillance du bilan entrées-sorties est essentielle et impérative : elle doit être réalisée en temps réel, toutes les 15 minutes ; l'interruption d'une myomectomie, a priori facile, ne peut être exclue en cas d'un troisième secteur précoce et non contrôlable. De plus, l'utilisation du sérum physiologique ne valide pas, bien entendu, un moindre contrôle de la réabsorption car certaines complications générales ont été rapportées.

Les difficultés opératoires liées au volume des fibromes.

La myomectomie hystéroscopique évolue-t-elle comme la myomectomie coelioscopique ? Repousser indéfiniment la taille acceptable pour s'autoriser à effectuer une myomectomie percoelioscopique est discutable. La taille des fibromes validée pour les ôter par coelioscopie recule au fur et à mesure que l'expérience de tout à chacun évolue : dix centimètres de diamètre global n'effraient plus aujourd'hui certains coelochirurgiens : est-ce bien raisonnable en pratique quotidienne ?

En revanche, l'hystéroscopie opératoire



Les myomectomies hystéroscopiques difficiles

Copeaux d'un fibrome de 45 mm : La gestion des copeaux des volumineux myomes est également source d'une difficulté supplémentaire notamment pour les fibromes postérieurs car ces copeaux stagnent dans le site opératoire.

trouve réellement ses limites dans la taille du fibrome. Un fibrome d'un diamètre supérieur à 40 mm constitue une source réelle de difficultés en hystérocopie opératoire. Cette limite doit à notre sens être revue à la baisse en prenant en compte notamment la topographie du fibrome et le volume relatif de celui-ci par rapport au volume utérin.

La résection d'un fibrome volumineux de type 0 ou de type I ne comporte pas, en tant que telle, de difficultés techniques spécifiques pour un praticien ayant une expertise « standard ». En revanche, la résection d'un myome de même taille, mais de type II est un geste opératoire réellement difficile : la résection de la portion intracavitaire et de la portion interstitielle adjacente à la cavité est aisée. Par contre, la résection du dernier 1/3 du fibrome s'accompagne souvent d'un saignement diffus, d'une perte des repères anatomiques, et d'une irrigation qui devient moins efficace en raison de l'agrandissement du volume libre de la cavité utérine. L'injection en IVD de 10 ui d'ocytocine®, bien que controversée, s'accompagne souvent d'une contraction utérine supplémentaire qui facilite le geste opératoire en énucléant la portion interstitielle profonde du fibrome.

La proposition d'effectuer la résection hystéroscopique du myome en deux temps nous semble devoir être la règle dès que le fibrome dépasse 30 mm de diamètre et/ou que sa localisation ne permet pas une résection en toute sécurité en un seul temps opératoire. Deux hystéroscopies opératoires restent dans tous les cas moins invasives qu'une cœlioscopie pour traiter un fibrome trans-mural. Dans ce contexte, une cœliochirurgie pour un myome profond à développement interstitiel et sous-muqueux est un geste difficile qui exige une réelle expertise des sutures. Il faut savoir, après 45 minutes d'intervention, interrompre un geste opératoire dont la sécurité et la qualité seraient réduites. Enfin que faut-il penser pour un même fibrome trans-mural, accessible par cœlioscopie ou par hystérocopie, de la qualité de la cicatrisation du myomètre : est-elle meilleure avec la chirurgie endo-utérine ou par la suture cœliochirurgicale ?

La gestion des copeaux des volumineux myomes est également source d'une dif-



ficulté supplémentaire, notamment pour les fibromes postérieurs car ces copeaux stagnent dans le site opératoire. Les ôter au fur et à mesure n'est pas recommandé car les microtraumatismes répétés au niveau du col s'accumulent. Par ailleurs, leur extraction à l'aide d'une curette mousse est loin d'être toujours efficace et surtout entraîne un saignement et un caillottage intra cavitaire qu'il faudra ensuite disperser ce qui parfois peut prendre du temps. Il y a donc souvent un bon timing pour ôter ces copeaux : lorsque la visibilité se réduit, lorsque la fatigue du geste opératoire survient, lorsque l'accessibilité de la portion profonde interstitielle du fibrome devient médiocre. Ce dernier point est important car l'interruption momentanée du geste opératoire - donc de la distension de la cavité - entraîne des contractions utérines et souvent une énucléation progressive du fibrome qui permet alors une reprise du geste opératoire plus aisée. C'est souvent à ce moment qu'un cap est franchi et que la dernière étape de la résection peut se réaliser avec plus de sérénité.

La topographie de certains fibromes est source de difficultés supplémentaires : les fibromes isthmiques, fundiques et cornuaux.

Le fibrome isthmique

Le fibrome isthmique est un fibrome dont la résection demande de l'attention. L'irrigation

de la cavité est réduite car les pertuis distaux de la gaine externe du résectoscope, qui sont situés au sein même du canal cervical, ne remplissent plus leur rôle de réabsorption du liquide de distension. Seule l'irrigation fonctionnelle et afin d'améliorer la visibilité la tentation d'accélérer cette irrigation, quitte à forcer en modifiant les réglages de l'Hysté-

romat®, devient grande. Que le liquide de distension soit du sérum physiologique ou du glyco-colle, cette attitude induit une augmentation de la réabsorption péritonéale et systémique et le risque de complications qui en découlent. Enfin, rares sont les chirurgiens qui à la suite d'une modification des réglages d'irrigation voire de l'aspiration de cet instrument prennent le temps de re-régler convenablement l'Hystéromat® pour le collègue suivant ; collègue qui, bien entendu, vérifie systématiquement les réglages de l'appareil qu'il va utiliser... ou alors collègue qui pense que la panseuse aura bien entendu vérifié cet appareil... Un certain nombre d'incidents per et post opératoires serait très certainement réduits si une attention plus importante était portée à un instrument qui bénéficie d'un réglage précis en usine mais qui en pratique s'avère être souvent déréglé et mal connu par le chirurgien.

Enfin, cette moindre visibilité donne l'impression d'une résection hémorragique et difficile à contrôler. Pour pallier ces difficultés il convient de façon régulière d'introduire le résectoscope au fond de la cavité ce qui permet d'obtenir en quelques secondes un lavage de la cavité, une meilleure visibilité et ainsi de pouvoir poursuivre en toute sécurité la résection. La gestion des copeaux est en revanche aisée puisqu'ils sont tour à tour repoussés dans la cavité où ils stagnent sans gêner la poursuite de la résection.

Le fibrome fundique

Le fibrome fundique est difficile à résecter en raison de sa situation anatomique qui



empêche de positionner l'anse de résection au-delà du fibrome et ainsi de pouvoir réséquer en rapprochant l'anse vers soi. Il est donc nécessaire dans cette situation de savoir réaliser un geste de résection transversale. La résection transversale est difficile car tout au long du geste opératoire l'anse est activée, sortie à son maximum du résectoscope et le geste du chirurgien perd ses repères spatiaux habituels. L'accumulation des bulles de gaz, liées à la résection, dans la zone opératoire augmente encore la perte des repères anatomiques et peut rendre la visibilité du myomètre sain adjacent plus difficile.

Les fibromes de type 0 et I se résèquent plus ou moins facilement. La difficulté de résection des fibromes de type II est réelle : une fois n'est pas coutume en hystéroscopie opératoire, un geste incomplet argumenté est préférable à une complication qui ne se résume pas à la simple perforation mécanique mais au risque potentiel grave de plaie digestive électrique. L'injection intraveineuse d'ocytocine® est de plus en pratique rarement efficace pour favoriser l'énucléation forcée des fibromes fundiques de type II.

Le fibrome cornual

Le fibrome cornual péri-ostial cumule plusieurs difficultés : l'épaisseur du myomètre cornual est faible, son accessibilité est souvent réduite, le volume de la corne est faible et enfin le risque de fulguration intempestive de l'ostium n'est pas à négliger. Il convient donc d'être extrêmement prudent lors de la résection des fibromes péri-ostiaux. (Photos 1 à 5).

La fulguration ostiale est un risque réel de l'hystéroscopie opératoire, risque qu'il faut savoir appréhender et dont il faut mesurer les conséquences. Ce risque, bien entendu,

ne concerne que les femmes opérées d'un fibrome dans le cadre d'une infécondité. La fulguration ostiale entraîne indiscutablement un risque de sténose de cet ostium. En effet, la fulguration a déjà été employée pour obturer des ostiums béants avant transferts embryonnaires pour hypothétiquement réduire les risques de grossesse extra utérine. En coagulation bipolaire notamment l'arc électrique est important et il faut savoir rester vigilant à l'approche des ostiums si on veut éviter un risque de fulguration sténosante de l'ostium.



CONCLUSION

Les indications de la résection hystéroscopique des fibromes sont très fréquentes en chirurgie gynécologique. La plupart des myomectomies ne présente pas de difficulté majeure. Certaines d'entre elles, de part la taille des fibromes et surtout de leur localisation, nécessitent une grande prudence opératoire en raison des risques potentiels qui transformeront alors une intervention simple effectuée en ambulatoire en une intervention dont la gravité des complications n'échappera à personne. (Tableau 1)

Photos 1 à 5
Résection d'un fibrome cornual pré-ostial

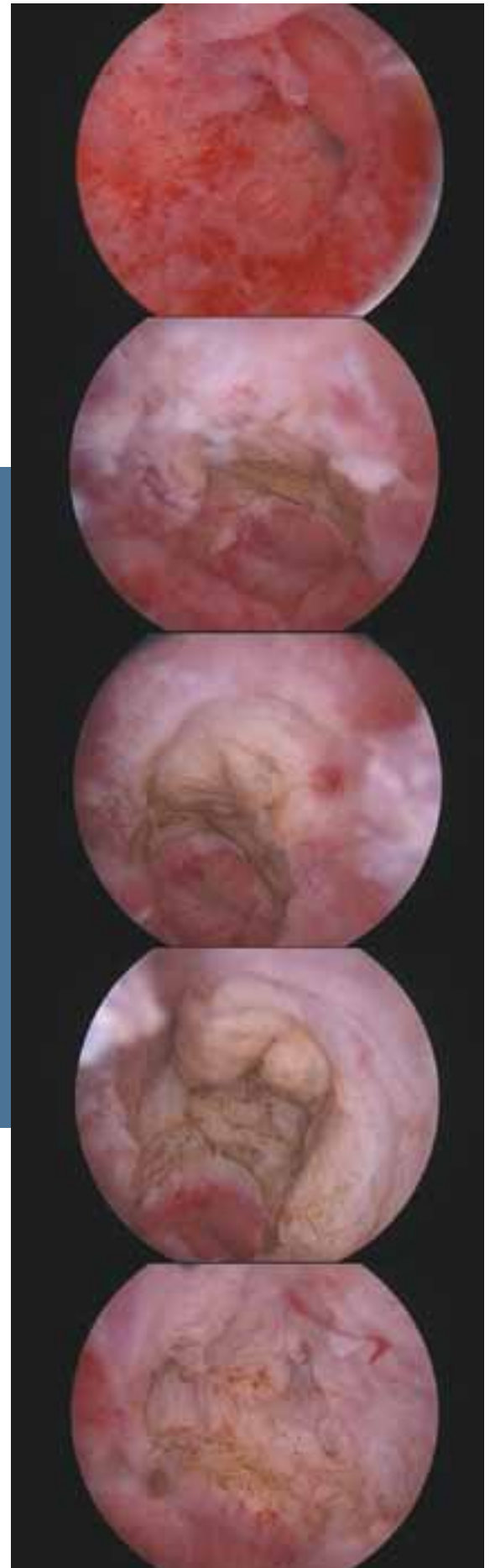


Tableau 1 - Critères de difficultés croissantes des myomectomie hystéroscopiques

Taille	< 10 mm	10 à 30 mm	> 30 mm
Situation	antérieur postérieur	latéral	fundique cornual isthmique
Type	0	1	2
Hystérométrie	> 8 cm	6 à 8 cm	< 6 cm



S-PORTAL® pour la laparoscopie

Robuste, réutilisable, économique

S-PORTAL
SINGLE-PORTAL-ACCESS

ENDO**CONE**



XCONE®

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE

THE DIAMOND STANDARD

NOTES 10/04/11/A-FR



Agostini Aubert*, Estrade Jean Phillippe*, Cravello Ludovic*, Gamerre Marc*, Blanc Bernard**.

* Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital La Conception, 147 bd Baille 13005 Marseille

** Hôpital Ambroise Paré, 13005 Marseille



Accès endoscopique unique en coelioscopie

L'accès endoscopique unique ou « single port access » (SPA) est une nouvelle technique dont le but est de réaliser les procédures de coelochirurgie classiques en réalisant un seul orifice d'entrée.

Le but de cette technique est d'être mini-invasif et de diminuer le traumatisme pariétal. Les arguments avancés pour la mise au point et le développement de cette technique sont qu'elle présenterait plusieurs avantages. Ces avantages seraient le bénéfice esthétique secondaire à la diminution du nombre de cicatrices, la douleur et la qualité de vie postopératoires et enfin la diminution des risques à la pose de trocars secondaires.

Technique et dispositifs utilisés

La réalisation de la chirurgie par SPA nécessite la réalisation d'une « open coelioscopie » classique. La taille de l'incision est normalement de 2 cm, mais peut varier en fonction des dispositifs utilisés et de l'expérience du chirurgien. Il existe différents dispositifs de SPA dont le but est de permettre l'insufflation, l'étanchéité, l'introduction et l'utilisation de l'endoscope et des instruments. Il existe actuellement 4 dispositifs sur le marché.

- Le système LESS® (Olympus) qui présente deux modèles selon le nombre d'instruments utilisés (photo 1),
- Le système SILS® (Covidien) qui est monobloc (photo 2),
- Le système Gelpoint® (Applied medical) qui permet de positionner les orifices d'entrée (photo 3)
- Le système X-Cone® (Storz) qui est le seul dispositif réutilisable (photo 4).

Photo 4: Système X-Cone (Storz)



Un système personnel est rapporté par certaines équipes⁽³⁾. Il s'agit de la mise en place de manière hermétique d'un gant chirurgical dont les extrémités sont utilisées pour introduire l'endoscope et les trocars.

A ce jour, aucune étude n'a comparé l'efficacité de ces différents systèmes. Les seules études disponibles incluant ces différents systèmes ont évalué la faisabilité et l'apprentissage de la technique. Le problème de la technique SPA est l'absence de liberté des instruments entre eux et par rapport à l'endoscope avec un risque de conflit. Au point de vue matériel, plusieurs solutions sont proposées. Il est possible d'utiliser des endoscopes avec un diamètre de 5 mm qui sont équivalents à ceux de 10 mm. L'instrumentation spécifique développée permet de reproduire la triangulation et le degré de liberté des instruments. Différentes solutions sont disponibles comme des instruments avec double courbure (Olympus, Storz) ou des instruments articulés (Covidien). Cependant, malgré ces évolutions de matériel, les conditions chirurgicales sont très différentes des conditions de coelioscopie standard. Il est donc nécessaire d'apprendre une gestuelle spécifique permettant de réaliser les différentes procédures malgré ces inconvénients. Pour cette raison, cette technique nécessite un apprentissage spécifique, différent de celui de la coelioscopie classique.



Photo 2 : Système SILS (Covidien)



Photo 3 : Système Gelpoint (Applied Medical)



Photo 1 : Système LESS (Olympus)



Faisabilité

En gynécologie, la chirurgie annexielle, ainsi que l'hystérectomie, ont été évaluées sur un nombre conséquent de patientes. L'annexectomie, la kystectomie ovarienne ainsi que la grossesse extra-utérine semblent faisables par SPA⁽¹⁻³⁾. De même, l'hystérectomie totale cœlioscopique ou cœliopréparée, ainsi que l'hystérectomie subtotale, sont des procédures qui semblent réalisables par SPA⁽⁴⁻⁶⁾. Cependant, il s'agit d'études monocentriques comprenant peu de chirurgiens avec un nombre de patientes limité. Dans ces études, les critères d'inclusion de patientes sont rarement précisés.

Il est nécessaire d'avoir des études multicentriques avec une méthodologie plus adaptée, un nombre de chirurgiens et de patientes plus important avant de pouvoir conclure que cette technique est faisable et reproductible. D'autre part, le devenir à moyen et long terme n'est pas précisé. L'un des reproches fait à cette technique de SPA est le risque de hernie sur cicatrice de trocart étant donné que l'incision peut être plus importante qu'une « open-cœlio » et que les pressions intra-abdominales s'exercent uniquement au niveau de cet orifice. A ce jour, il existe peu de données sur les complications immédiates et à long terme sur cette technique de SPA⁽⁷⁾. D'autres procédures plus complexes (curages pelviens et lombo-aortiques, promontofixation) ont été décrites,

mais les cas rapportés sont beaucoup plus faibles.

Avantages

Les avantages théoriques sont l'aspect esthétique, la diminution des douleurs et de la période de convalescence, ainsi que les risques liés à l'introduction des trocarts secondaires. L'aspect esthétique est discuté si la cicatrice réalisée pour la technique SPA est plus importante que celle réalisée par cœlioscopie ou en « open-cœlio » pour la mise en place du premier trocart. La satisfaction des patientes par rapport aux cicatrices de cœlioscopie est augmentée en cas de technique par SPA par rapport à une cœlioscopie classique pour néphrectomie ou cholécystectomie^(8,9). En gynécologie, le bénéfice esthétique est probablement moindre qu'en chirurgie urologique ou viscérale. En effet, en cœliochirurgie gynécologique, la localisation des cicatrices des trocarts secondaires est moins exposée ou visible que celle utilisée pour les autres cœliochirurgies. La douleur postopératoire semble diminuée en cas de technique avec SPA par rapport à la cœlioscopie classique^(8,9). En gynécologie, une étude randomisée récente sur l'hystérectomie cœlio-assistée a mis en évidence une diminution de la douleur postopératoire et des besoins antalgiques⁽¹⁰⁾. Ce dernier avantage a été retrouvé dans une deuxième étude randomisée sur l'hystérectomie totale par cœlioscopie⁽⁴⁾. En fait, le gain en terme

de douleurs est probablement faible et sa mise en évidence nécessite soit des effectifs très importants, soit un protocole antalgique de base minimum ou à la demande afin de mettre en évidence une différence. Enfin, l'absence de mise en place de trocarts secondaires permet de diminuer le risque de plaie pariétale vasculaire ou nerveuse.



CONCLUSION

La technique de SPA est une technique séduisante qui diminue le traumatisme pariétal. Cette technique semble applicable à la chirurgie annexielle ainsi qu'à l'hystérectomie. La diminution du traumatisme pariétal permet un bénéfice esthétique, un gain sur la douleur postopératoire et sur le risque de complications lié à la mise en place de trocarts secondaires. Cependant, il faut éviter que cette technique soit diffusée sans que les bénéfices soient confirmés sur des études adéquates. D'autre part, il est important que les chirurgiens qui désirent utiliser cette technique aient une formation initiale. Enfin, il serait souhaitable que l'expérience de chaque chirurgien soit rapportée afin que la faisabilité et la morbidité de cette technique soient évaluées dans le cadre d'une pratique courante.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Yoon BS, Park H, Seong SJ, Park CT, Park SW, Lee KJ. Single-port laparoscopic salpingectomy for the surgical treatment of ectopic pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17:26-9.
2. Fagotti A, Fanfani F, Marocco F, Rossitto C, Gallotta V, Scambia G. Laparoendoscopic single-site surgery (LESS) for ovarian cyst enucleation: report of first 3 cases. *Fertil Steril.* 2009;92:1168. e13-6.
3. Park HS, Kim TJ, Song T, Kim MK, Lee YY, Choi CH, Lee JW, Kim BG, Bae DS. Single-port access (SPA) laparoscopic surgery in gynecology: a surgeon's experience with an initial 200 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;154:81-4.
4. Jung YW, Lee M, Yim GW, Lee SH, Paek JH, Kwon HY, Nam EJ, Kim SW, Kim YT. A randomized prospective study of single-port and four-port approaches for hysterectomy in terms of postoperative pain. *Surg Endosc.* 2011 (sous presse).
5. Rosenblatt P, Makai G, DiSciullo A. Laparoscopic supracervical hysterectomy with transcervical morcellation: initial experience. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010 May-Jun;17(3):331-6.
6. Yim GW, Jung YW, Paek J, Lee SH, Kwon HY, Nam EJ et al. Transumbilical single-port access versus conventional total laparoscopic hysterectomy: surgical outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:26.e1-6.
7. Berkowitz JR, Allaf ME. Laparoendoscopic single-site surgery: complications and how to avoid them. *BJU Int.* 2010 Sep;106(6 Pt B):903-7.
8. Canes D, Berger A, Aron M, Brandina R, Goldfarb DA, Shoskes D, Desai MM, Gill IS. Laparo-endoscopic single site (LESS) versus standard laparoscopic left donor nephrectomy: matched-pair comparison. *Eur Urol.* 2010;57:95-101.
9. Tsimoyiannis EC, Tsimogiannis KE, Pappas-Gogos G, Farantos C, Benetatos N, Mavridou P, Manataki A. Different pain scores in single transumbilical incision laparoscopic cholecystectomy versus classic laparoscopic cholecystectomy: a randomized controlled trial. *Surg Endosc.* 2010;24:1842-8.
10. Chen YJ, Wang PH, Ocampo EJ, Twu NF, Yen MS, Chao KC. Single-port compared with conventional laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2011;117:906-12.



Extrêmement mince !

Petit Resectoscope including E-line & S(a)line System

Le résectoscope **Princess** (Petit Resectoscope including E-line & S(a)line System) est le **plus petit résectoscope** qui puisse être utilisé avec la nouvelle optique 12° PANOVIEW 8974.412, son diamètre extérieur n'étant que de 7 mm. Ces petites dimensions permettent à l'utilisateur la préparation très fine et précise. Grâce aux exigences en matière d'espace réduit, la pression intra-utérine peut rester très basse. Il en résulte une baisse de la consommation en liquide et de perte. L'instrument conçu sur la base de la **technologie hybride** peut être utilisé pour l'emploi **monopolaire** et **bipolaire**.

À l'aide d'une chemise intérieure et extérieure optionnelle, le résectoscope Princess peut être agrandi à 8 mm pour recevoir une boucle plus grande si nécessaire. Grâce au verrouillage rapide automatique E-line, les manipulations s'avèrent particulièrement aisées.

La version 8 mm existe également en version tournante.

Les petites dimensions du résectoscope Princess conviennent particulièrement en présence

- d'un canal cervical sténosé
- de problèmes de fertilité et de stérilisation



Voici les avantages du résectoscope Princess :

- Moins de résistance à l'introduction
- Moins de travail pour la dilatation
- Nettement moins de traumatismes du canal cervical



Caroline CARRARD, Aude LUNEL POTENCIER, Daniel RAUDRANT

Centre Hospitalier Lyon Sud- Service d'obstétrique de chirurgie gynécologique et cancérologique – LYON –



Avantages de la sigmoïdoplastie dans la prise en charge des patientes atteintes du syndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Haüser

Le syndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Haüser (MRKH) consiste en une aplasie utéro-vaginale congénitale associée à un caryotype féminin normal (46, XX) et des ovaires fonctionnels. Il concerne environ 1 naissance féminine sur 4500⁽¹⁾. Bien qu'il n'existe pas, actuellement, de consensus sur la prise en charge de ces patientes, le choix du traitement est primordial du fait de l'impact physique, sexuel et psychologique qu'il engendre chez ces patientes.

Historiquement, ce sont les techniques non-opératoires (méthode de dilatation active de Frank ou passive d'Ingram)^(2, 3) et de clivage périnéal avec greffe cutanée (technique de McIndoe)⁽⁴⁾ qui ont prédominé parmi les différentes procédures existantes de création de néovagin. Ces techniques présentent cependant quelques inconvénients : la nécessité de séances d'autodilations régulières et prolongées à l'aide de bougies afin d'éviter toute sténose. D'autre part, l'absence de lubrification efficace, la longueur de vagin insuffisante, et les dyspareunies qui en découlent, ajoutent aux difficultés psycho-sexuelles rencontrées par les patientes et peuvent majorer la non compliance au traitement.

L'utilisation d'anse digestive pour la plastie vaginale a été proposée par Baldwin⁽⁵⁾ dès 1904. Dans notre série, 58 patientes ont été prises en charge par le Professeur Daniel Raudrant, entre août 1992 et juillet 2009, dans les services de gynécologie de l'Hôtel-Dieu de Lyon et du Centre Hospitalier Lyon Sud. Onze, qui présentaient une cupule souple et suffisamment profonde (plus de 2 cm) ont été orientées vers une méthode de Frank. Les quarante-sept autres ont bénéficié d'une vaginoplastie par lambeau sigmoïdien. Les patientes ont toutes été revues à 1 mois du traitement pour une évaluation clinique des résultats anatomiques. Afin d'analyser les résultats fonctionnels et la sexualité, il a été proposé à l'ensemble des patientes, traitées depuis plus de 6 mois, un ques-

tionnaire comportant 2 scores standardisés : le Female Sexual Function Index (FSFI[®]) de Rosen⁽⁶⁾, le Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R[®])⁽⁷⁾, ainsi que quelques questions portant sur la dépression, l'image corporelle et la maternité.

L'âge moyen des patientes au moment de la chirurgie était de 19 ans, l'âge moyen au moment de l'enquête était de 24 ans. Trente-neuf patientes (67%) ont répondu au questionnaire, 34 (72%) parmi les opérées, 5 (45%) parmi les patientes traitées par la méthode de Frank. 10 % des patientes ont été perdues de vue, 22% n'ont pas souhaité répondre au questionnaire.

Le délai moyen entre la chirurgie et les premiers rapports était de 7 mois (intervalle de 1 à 42 mois).

En ce qui concerne les sténoses de l'anastomose colovestibulaire, seules cinq patientes (10%) ont eu besoin d'une dilatation postopératoire sous anesthésie générale.

24% des patientes ont affirmé ressentir une gêne importante concernant les pertes vaginales, inhérentes à l'emploi d'un greffon colique.

Le tableau 1 rapporte les résultats fonctionnels et psychologiques de l'étude.

Sur le plan fonctionnel, les patientes traitées par sigmoïdoplastie avait un score FSFI[®] moyen de 28, proche de celui des femmes dites « normales », avec une sexualité comparable en terme de désir, d'excitation, de lubrification, d'orgasme et de qualité de vie sexuelle, mais excepté dans le domaine du confort.



Tableau 1: Résultats fonctionnels (scores FSFI® et FSDS-R®) et psychologiques après traitement par sigmoïdoplastie ou méthode de Frank

Technique	FSFI®							FSDS-R®	Signes dépressifs
	désir	excitation	lubrification	orgasme	satisfaction	confort	Score total		
Sigmoïdoplastie	4.37 ±0.9	4.79 ±0.7	5.20 ±0.9	4.52 ±1.0	5.37 ±0.6	4.01 ±1.1	28.26 ±2.8	21.06 ±12.3	9 (27%)
Méthode de Frank	4.65 ±1.3	5.10 ±1.0	5.10 ±1.1	4.80 ±0.9	5.40 ±1.2	5.20 ±1.1	30.25 ±6.2	18.40 ±15.4	1(20%)
Femmes « normales »*	4.1 ±1.1	5 ±1.0	5.5 ±0.9	5.0 ±1.2	5.1 ±1.2	5.5 ±1.1	30 ±5	<11	

* Résultats du FSFI® chez 131 femmes « normales » d'après Rosen⁽⁶⁾

En revanche, le FSDS-R moyen, qui analyse la détresse psychologique liée à la sexualité, était à 21, plus élevé que dans la population générale.

27% des patientes présentaient des signes dépressifs, 60% d'entre elles affirmaient que cela était lié à leur difficulté d'accès à la maternité.

Toutes celles qui avaient choisi la sigmoïdoplastie voulaient être en mesure d'avoir rapidement des rapports sexuels. En effet, le principal avantage de cette technique est la possibilité d'être sexuellement active dès un mois après la chirurgie alors que cela n'est possible en moyenne qu'après 11,8 mois dans les techniques de dilatation passive⁽⁸⁾.

Après sigmoïdoplastie, les autodilatations post-opératoires ne sont pas nécessaires si la patiente entretient une activité sexuelle régulière. Les sténoses du néovagin sont rares et facilement corrigibles.

Par ailleurs, la vaginoplastie sigmoïdienne reste la seule technique à permettre une autolubrification du néovagin.

Sur le plan fonctionnel, l'analyse du FSFI® montre que cette chirurgie permet aux femmes atteintes du syndrome de MRKH d'accéder à une sexualité quasi normale

hormis sur le plan du confort pendant les rapports. En revanche, l'incidence élevée de signes dépressifs et de scores FSDS-R augmentés révèle une détresse psychologique très présente.

Ainsi, la sigmoïdoplastie, comme toutes les techniques de création de néovagin, n'est certainement pas suffisante pour la prise en charge du MRKH, qui requiert une approche multidisciplinaire comprenant un soutien psychologique abordant la globalité de la pathologie⁽⁹⁾.

L'inconvénient principal de cette technique est la lourdeur du geste opératoire qui implique des risques en lien avec la laparotomie et la chirurgie colique (occlusion, désunion d'anastomose, péritonite).

Même si l'abord cœlioscopique, permettant d'alléger les suites post opératoires, semble en bonne voie de développement, il risque en parallèle d'augmenter le niveau de technicité et d'expérience requis pour exercer cette chirurgie complexe⁽¹⁰⁾.

Par ailleurs, certaines complications spécifiques peuvent survenir au décours d'une colpoplastie sigmoïdienne. Parmi les plus fréquentes, on retrouve la sténose de l'anastomose colovestibulaire ou le prolapsus du

néovagin (respectivement 17% et 4% dans notre série). D'exceptionnels colites ulcé-rantes⁽¹¹⁾ et adénocarcinomes du greffon⁽¹²⁾ ont également été décrits.

Nous ne préconisons pas la sigmoïdoplastie pour tous les syndromes de MRKH. Il paraît logique de proposer en première attention la méthode de Frank pour toutes les jeunes femmes présentant une cupule vaginale suffisante et acceptant les dilatations itératives. La sigmoïdoplastie est une technique efficace pour la prise en charge du syndrome de MRKH quand la méthode de Frank ou dérivé, (Vecchietti) n'est pas possible : cupule vaginale étroite ou refus de dilatation. Elle permet d'obtenir une sexualité quasi normale rapidement après l'intervention avec autolubrification du néo vagin et sans nécessité d'auto dilatation post opératoire. Il faut remercier ici B.J Paniel⁽¹³⁾ d'avoir perfectionné et diffusé la technique en France.

Quoi qu'il en soit, une prise en charge multidisciplinaire mettant l'accent sur le soutien psychologique reste indispensable pour un traitement optimal de ces patientes.

Les JPECG (Journées Parisiennes d'Endoscopie, de Chirurgie et de Gynécologie) et le congrès Versaillais AEFCE (Ateliers d'Experts Franciliens en Chirurgie et Obstétrique) unissent leurs forces pour l'organisation d'un congrès commun :

LES JOURNÉES DE CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE AECG

Salons de l'Aveyron - 17 rue de l'Aubrac - 75012 Paris

Contact Inscriptions : JP Com 02 31 27 19 18 et jp-com@wanadoo.fr



21/22/23 SEPTEMBRE 2011

www.congres-aecg.fr



Avantages de la sigmoïdoplastie dans la prise en charge des patientes atteintes du syndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Häuser

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Morcel K, Camborieux L, Guerrier D. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome. *Orphanet J Rare Dis.* 2007;2:13.
- 2. Frank R. The formation of an artificial vagina without operation. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1938;35:1053-5.
- 3. Ingram JM. The bicycle seat stool in the treatment of vaginal agenesis and stenosis: a preliminary report. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1981 août 15;140(8):867-873.
- 4. McIndoe AH, Banister JB. An operation for the cure of congenital absence of the vagina. *J Obstet Gynecol Br Commonw.* 1938;45:490-4.
- 5. Baldwin J. The formation of an artificial vagina by intestinal transplantation. *Ann Surg.* 1904;40:398-403.
- 6. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000 Jun;26(2):191-208.
- 7. Derogatis L, Clayton A, Lewis-D'Agostino D, Wunderlich G, Fu Y. Validation of the female sexual distress scale-revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med.* 2008 Fév;5(2):357-364.
- 8. Roberts CP, Haber MJ, Rock JA. Vaginal creation for müllerian agenesis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2001 Déc;185(6):1349-1352; discussion 1352-1353.
- 9. Edmonds DK. Congenital malformations of the genital tract and their management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2003 Fév;17(1):19-40.
- 10. Darwish AM. A simplified novel laparoscopic formation of neovagina for cases of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Fertil. Steril.* 2007 Nov;88(5):1427-1430.
- 11. Malka D, Anquetil C, Ruzsniowski P. Ulcerative colitis in a sigmoid neovagina. *N. Engl. J. Med.* 2000 août 3;343(5):369.
- 12. Hiroi H, Yasugi T, Matsumoto K, Fujii T, Watanabe T, Yoshikawa H, et al. Mucinous adenocarcinoma arising in a neovagina using the sigmoid colon thirty years after operation: a case report. *J Surg Oncol.* 2001 mai;77(1):61-64.
- 13. Daraï E, Ballester M, Bazot M, Paniel BJ. Laparoscopic-assisted uterovaginal anastomosis for uterine cervix atresia with partial vaginal aplasia. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009 Jan-Feb;16(1):92-4.

VECTEC

USAGE UNIQUE POUR L'ENDOSCOPIE

T'LIFT

Ecarteur suspenseur
d'organes pour :

- Libérer un espace
- Maintenir ou présenter un organe

Suspension stable et efficace
Simplicité de mise en œuvre
Introduction percutanée sans trocar
Limitation de la position
de Trendelenbourg
Ajustement de la hauteur de
suspension en cours d'intervention

www.vectec.fr



Composition du blister :

- 2 T'LIFT
- 2 damps
- 1 applicateur



Alain Proust

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



De la pratique à la loi

Information & consentement : Enquête SCGP 2011



Le consentement à l'acte médical a toujours été et restera l'élément indispensable à la prise en charge de la patiente par le médecin.

Devoir déontologique de longue date, l'obligation de délivrer une information et de recueillir un consentement ont été renforcés par la Loi du 4 mars 2002 : « *Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre éclairé de la personne et le consentement peut être retiré à tout moment.* » art 111.2 Code de Santé Publique (CSP).

Il est apparu intéressant de faire, près de 10 ans après la Loi dite « Kouchner », une enquête de pratique auprès des 480 membres de la société :

- Enquête de pratiques
- Questionnaire distribué avec Pelvimag auprès de tous les membres
- 72 réponses exploitables, soit 15 % de réponses (habituel dans ce type d'enquête)
- 5 questions concernent l'information, 4 le consentement

Nous présentons les résultats de cette enquête.

INFORMATION

1 - Pour vous, en dehors de l'urgence, y a-t-il des interventions où une information préalable n'est pas nécessaire ?

Non	66
Oui	6

Cette réponse était prévisible, tout le monde est conscient qu'il n'y a pas de « petite chirurgie ».

En revanche, l'analyse des six réponses «oui » concerne des interventions pourtant à risques : curetage, hyménoplastie...

2 - Quels supports utilisez vous pour délivrer l'information préalable à un acte chirurgical, en dehors de l'urgence ?

Verbale en Consultation	56
Dessins, schémas	53
Remise document « CNGOF »	40
Remise document commenté	16
Remise document personnalisé	15
Autres	3
Remise document par le secrétariat	2

L'information reste, pour plus de la majorité, délivrée en consultation, verbalement avec explications données, si besoin, par des schémas.

L'information personnalisée n'est pas privilégiée, préférant la remise d'un document type « CNGOF ».





3 - Utilisez vous d'autres moyens pouvant apporter la preuve de la délivrance de l'information ?

Lettre au médecin référent	43
Signature d'un document en consultation	15
Signature d'un document remis par le secrétariat	12
Autres (dont un tampon, un schéma signé ou rien)	8
Lettre à la patiente	4

Moins de 40% font signer un document et la grande majorité considère la « lettre au médecin traitant » comme un moyen suffisant de preuve du respect des règles déontologiques et juridiques.

Là encore, pas ou très peu de relation directe et de « lien » avec la patiente.

4 - En cas de survenue de complications, et en dehors de l'urgence :

a - Délivrez vous une « nouvelle » information préalable ?

OUI	49
NON	15
Pas de réponse	8

b - Même si l'acte doit être réalisé par un autre intervenant ?

OUI	34
NON	16
Rien	16
Pas de réponse	6

C'est probablement le point le plus important de l'enquête : moins de 1/3 délivrent une nouvelle information, même si ils confient la patiente à un autre opérateur.

Résultat paradoxal si l'on sait qu'en cas de survenue de complications et de défaut d'information, le risque médico-légal est majeur.

5 - Suivez vous, en matière d'information, les recommandations

Des Sociétés savantes ?	52
De votre établissement ?	27
De votre assureur ?	10
Autres ?	Ma morale, mes maîtres, le bon sens...

Les recommandations des assureurs auprès des médecins du privé sont très défensives et sont très peu suivies.

CONSENTEMENT

1 - Faites-vous signer systématiquement un document de consentement éclairé, même si celui ci n'est pas obligatoire de par la Loi ?

Oui	40
Non	30

Là encore, seule une très faible majorité recueille un consentement éclairé, preuve de l'absence d'acculturation de cette procédure pourtant réglementaire et source principale de la qualification de faute dans toute procédure contentieuse.

2 - Sur quels éléments repose ce consentement éclairé ?

Les éléments médicaux ?	52
Les complications les plus graves?	26
Les éléments financiers	16
Toutes les complications ?	11
Les durées prévisibles d'arrêt de travail	10

Les éléments financiers ne semblent pas représenter un risque médico-légal ; ni l'arrêt de travail qui pourtant, en cas de prolongation suite à des complications répétitives, peut être à l'origine d'un préjudice.

Le plus grand nombre souhaite que le consentement porte sur les risques les plus graves : toute complication, même la plus bénigne, peut être à l'origine d'un conflit, en particulier en cas d'information insuffisante.

3 - Suivez vous les recommandations ?

Des Sociétés savantes	35
De votre établissement	30
Autres ou rien	15
De votre assureur	11
De Confrères	6

Comme pour l'information, c'est la référence aux sociétés savantes qui fait référence pour déterminer le contenu du consentement.

La politique de l'établissement est également retenue ce qui prouve que progressivement qu'une véritable politique commence à apparaître au sein des services pour les établissements publics ou à travers les CME pour les établissements privés.

Souhaitez vous que la SCGP propose des fiches d'information ?

Oui	68
Non	4

Le tableau se suffit à lui-même. La très grande majorité, tout en faisant de l'information et du consentement, attend une aide de la part de la SCGP.



CONCLUSION

Même si le nombre de réponses ne permet pas à cette enquête d'être significative, elle a une valeur indicative importante en tant qu'enquête de pratiques sur l'information et le consentement.

L'ensemble des réponses montre qu'une grande majorité continue, même si les patientes ont de moins en moins confiance en leur médecin, à avoir EUX confiance dans leurs patientes en ne développant pas une médecine défensive et en privilégiant l'échange en consultation tracé par un courrier au médecin référent.

Enfin, cette enquête montre que « l'habitude » d'informer en cas de complications, que la prise en charge dépende d'un autre praticien ou non, n'est pas « entrée dans les mœurs » alors que c'est probablement là que le risque de plainte est le plus grand.

Information et consentement doivent rester le fruit de la rencontre de deux courants: la déontologie médicale et la législation.



En Mai dernier, s'est tenu à Lyon le Huitième congrès de la SCGP couplé aux Septièmes Journées Daniel Dargent.

3 prix "Daniel Dargent" ont récompensé le meilleur poster et les deux meilleurs communications libres :

POUR LE POSTER :

> Nolwenn DURAND (Montpellier) - session urogynéco-
"Utilisation de l'hypnose ou de l'hypnosédation dans la pose de dispositif intra tubaire (système Essure)"

POUR LES COMMUNICATIONS LIBRES :

> Maud VASSILIEFF (Rouen) session endométriose
"Coloscanner à l'air avec coloscopie virtuelle et chirurgie conservatrice de l'endométriose profonde du rectum ou du colon sigmoïde : effets du shaving et de l'exérèse losangique sur le calibre du tube digestif"

> Séverine FRIGO (Strasbourg) session urogynéco
"L'anatomie chirurgicale de la cloison recto-vaginale".



Nouveaux inscrits

- DR DOROTHÉE BRUEL (LONGJUMEAU) - DR LOUIS DADOUN (ST MARTIN-DES-CHAMPS) - DR AUDE FOURNIER (ARRAS)
- DR ROCHDI GRAICHI (HYÈRES) - DR MATTHIEU JACQUOT (QUIMPER) - DR MIKAEL KRIEF (MARSEILLE)
- DR DOMINIQUE LANVIN (MOUGINS) - DR LAURENT ZIMBRIS (EPINAL)

- JEUDI 29 - VENDREDI 30 SEPTEMBRE

- SAMEDI 1^{ER} OCTOBRE 2011

**25^{èmes} Journées INFOGYN
TARBES – PALAIS DES CONGRES**



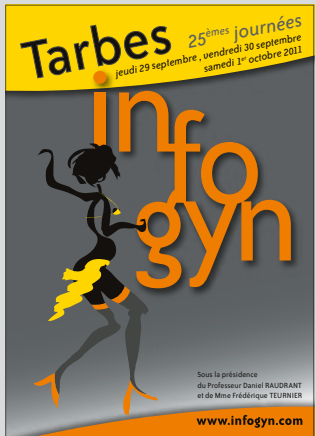
SESSION DE GYNÉCOLOGIE CHIRURGICALE

Sous l'égide de la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

INFECTIONS GÉNITALES SEXUELLEMENT TRANSMISES (IST)

Président : Philippe Judlin

- Les bonnes pratiques biologiques *P. Judlin*
- Traitement actuel des infections basses *P. Panel*
- Infections génitales hautes : traitement et recommandations officielles *J.L. Benifla*
- Coelioscopie : pour qui ? et quand ? *P. Madelenat*

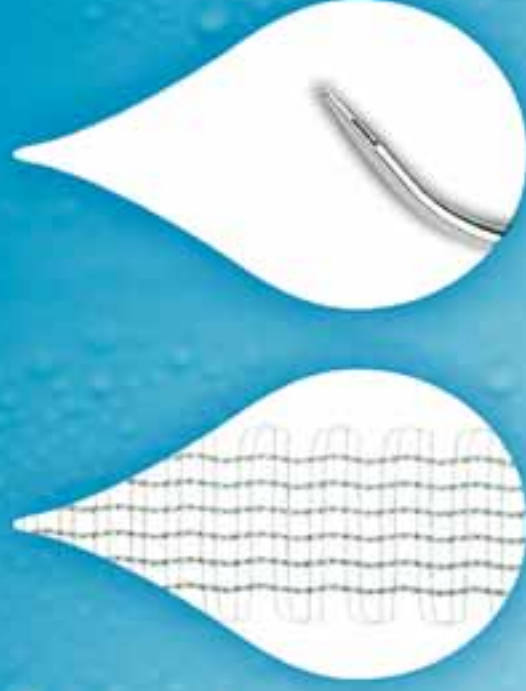


Programme complet, inscriptions sur le site WWW.INFOGYN.COM

SURGIMESH® SLING L'ANTI-GOUTTE

Made in France

Conforme à la Norme AFNOR NFS94-801




**ASPIDE
MÉDICAL**

* 12 mois après l'intervention...

> **98,6%** des patientes déclarent une amélioration et/ou une disparition totale de l'IUEF.

> ... on remarque une amélioration très significative de la qualité de vie et de la sexualité.

**c'est la vie
qui progresse.**

www.aspide.com

* étude "traitement de l'incontinence urinaire d'effort par SURGIMESH® SLING"

Aspide Médical 246 allée Lavoisier - 42 350 La Talaudière - FRANCE // Tél : 33 (0)4 77 53 16 59 Fax : 33 (0)4 77 53 01 97

CONGRES A VENIR

16-17-18 SEPTEMBRE 2011

3ème Congrès de la Société Française
de Chirurgie Oncologique

NANCY – PALAIS DES CONGRES

Renseignements, Inscriptions : COM&CO : 04 91 09 70 53

E-mail : lvaillat@comnco.com - www.sfco.fr



21-22-23 SEPTEMBRE 2011

Journées de Chirurgie Gynécologique AECG
(Union entre les JPECG et AEFCE)

- 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

16èmes 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



29-30 SEPTEMBRE ET 1ER OCTOBRE 2011

25èmes JOURNÉES INFOGYN

(Cf. page 27)

TARBES – PALAIS DES CONGRES

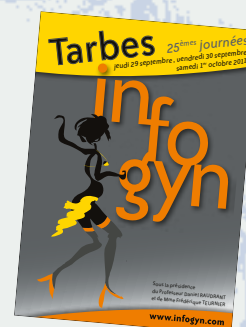
Renseignements :

Martine Lascourmettes

05 62 51 91 51

martine@infogyn.com

www.infogyn.com



TECHNIQUES CHIRURGICALES ET OBSTÉTRICALES

Session organisée en collaboration avec la SCGP

35 JOURNÉES
NATIONALES

CNIT - PARIS-LA DÉFENSE

COLLEGE NATIONAL
DES GYNECOLOGUES
ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS

**7-9 DÉCEMBRE
2011**

SCGP

Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

1ERE SESSION

- La robotique en chirurgie.
- Coelioscopie par trocart unique (One Port Endoscopic Surgery).
- Moyens de prévention des lymphorées et lymphocèles (chirurgicaux et médicaux).
- Chirurgie préservant les nerfs.

2EME SESSION : LES HYSTÉRECTOMIES POUR GROS UTÉRUS

- Indication et technique de l'évidement sous-séreux et morcellement par voie vaginale.
- Technique spécifique per coelioscopie.
- La place de la subtotalaire per coelioscopie.
- Quels bénéfices de l'embolisation pré-opératoire ?

3 EME SESSION (CHIRURGIE ONCOLOGIQUE)

- Traitement chirurgical des tumeurs border line de l'ovaire.
- La chirurgie radicale dans les cancers de l'ovaire : quand, comment et morbidité ?
- Chimiothérapie néo-adjuvante versus chirurgie première.
- Place de la CHIP.

4 EME SESSION (OBSTÉTRIQUE)

- Gestion du thrombus vaginal (hématome pelvi...).
- Césarienne sur utérus fibromateux, particularité (myome praevia, myome sur la cicatrice...).
- Césarienne sur ventre multi-opéré.
- Gestion de la grossesse ectopique dans la cicatrice de césarienne

CONGRES A VENIR

4-6 OCTOBRE 2011

8^{ème} congrès francophone de cancérologie
« Femmes & Cancers »

BIARRITZ – Centre de Congrès Le Bellevue
Renseignements, organisation :
Team 5 communication 01 47 43 22 22
www.congresmedical-team5.com



5-7 OCTOBRE 2011

113^{ème} congrès Français de Chirurgie (AFC)
PARIS – PALAIS DES CONGRÈS
Renseignements - www.congres-afc.fr



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
& jpcom@wanadoo.fr



9-11 NOVEMBRE 2011

33^{èmes} JOURNÉES DE LA SFSPM
« Cancer du sein : surdiagnostic, surtraitement »
MARSEILLE – PALAIS DU PHARO
Programme, www.senologie.com
Inscriptions www.comnco.com



7-9 DECEMBRE 2011

35^{èmes} Journées Nationales du CNGOF (Cf. page 29)
Session SCGP le 8 décembre 2011
PARIS LA DEFENSE – CNIT
Renseignements :
Colloquium 01 44 64 15 15
www.cngof.org



19-24 JANVIER 2012

XXVII^e JTA
LE GOSIER – GUADELOUPE
JTA Organisations 01 43 07 29 05
et contact@lesjta.com
www.lesjta.com



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
Judi 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

fffer2011@atout-org.com - www.fffer-marseille2011.com



NovaSure® ?

Hystérectomie ? Hormones ? Que choisir ?

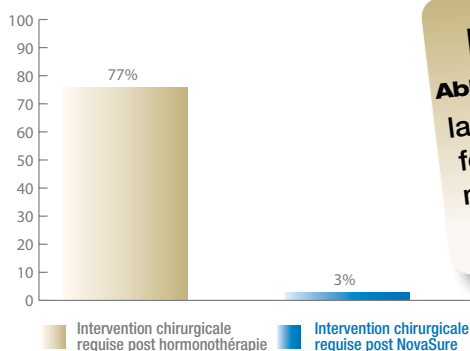
Thérapie hormonale

Plus d'un million de patientes par an se voient prescrire un traitement hormonal à cause de leurs saignements abondants¹ malgré :

- Efficacité limitée à 48% pour contrôler les saignements.²
- Effets secondaires de l'hormonothérapie.

Résultats à long terme de la thérapie hormonale.

Cinq ans après le début de la prise de contraceptifs oraux, la majorité des femmes ont nécessité une intervention chirurgicale pour obtenir un contrôle de leurs saignements.³

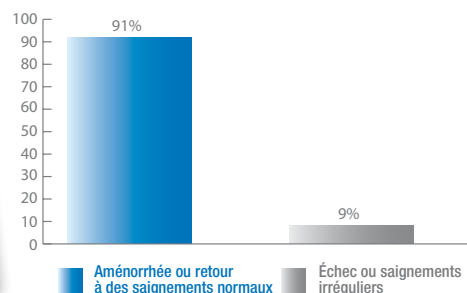


NovaSure®
Ablation de l'Endomètre :
la solution préférée des
femmes dans le traite-
ment des ménorragies
fonctionnelles.

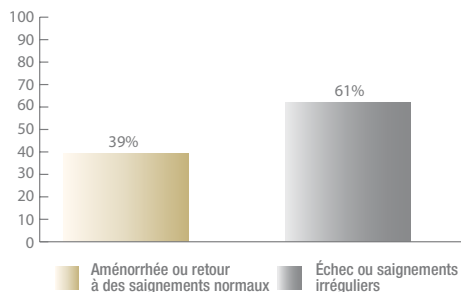
DIU Hormonaux

Les DIU hormonaux sont utilisés à des fins de contraception et peuvent aider à contrôler de manière fiable des saignements menstruels abondants, mais :
Il faut parfois jusqu'à 6 mois pour obtenir un contrôle des saignements.⁵

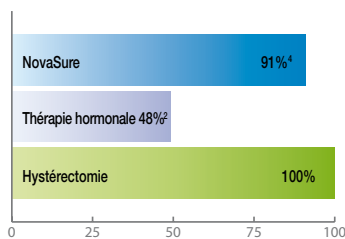
NovaSure®



DIU HORMONAUX



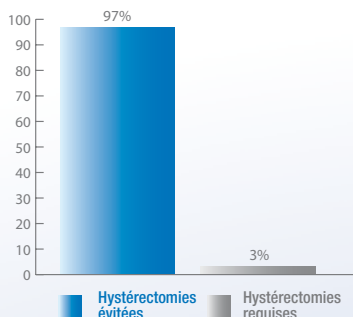
Taux d'efficacité
(réduction des saignements à un niveau normal ou moindre⁴).



NovaSure®

- Un temps de traitement rapide.
- Aucun prétraitement.
- Peut être effectué à tout moment au cours du cycle.

Hystérectomie



Bien que très efficace, une hystérectomie a de profondes répercussions physiques et émotionnelles sur les patientes⁷ :

- Temps de récupération long
- Vie professionnelle et personnelle limitée pendant 4-6 semaines
- Douleurs post-opératoire
- Complications chirurgicales
- Nécessité éventuelle d'un traitement hormonal à venir en raison de l'apparition précoce de la ménopause
- Détresse psychologique

Pour le traitement des ménorragies fonctionnelles, NovaSure® a un bon rapport coût-efficacité et constitue une alternative sûre et simple à l'hystérectomie.

NovaSure® permet d'éviter des interventions supplémentaires⁸ :
97% d'hystérectomies évitées à 5 ans.

HOLOGIC™
The Women's Health Company

OUVRIR DE NOUVELLES VOIES, TROUVER DES SOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES INNOVANTES

IPSEN, UN GROUPE PHARMACEUTIQUE DE SPÉCIALITÉ.

NOTRE AMBITION : DEVENIR UN LEADER DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES INVALIDANTES

- Transformer rapidement nos connaissances des mécanismes biologiques en nouveaux traitements
- Créer des solutions différenciantes qui capitalisent sur nos expertises dans les peptides et les toxines
- Croître et se développer rapidement dans nos domaines ciblés (neurologie, endocrinologie, uro-oncologie, hémophilie) afin de permettre un accès mondial à nos solutions thérapeutiques.