

# PELVIMAG

Le magazine de la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

n°76

Décembre 2011

édito

## World Congress on Endometriosis 2011

**D**ébut septembre 2011, nous avons eu la chance d'accueillir à Montpellier le onzième congrès mondial sur l'endométriose. Grâce à la participation de chacun d'entre vous, nous pouvons dire maintenant que se fut un succès. Mille deux cent cinquante trois inscrits venus de 72 pays ont été fidèles de la première à la dernière session. Au travers de cet éditorial, nous tenons, très sincèrement, à adresser nos remerciements à tous les membres du comité national d'organisation pour leur implication et leur soutien.

La journée de pré-congrès a été consacrée à trois sociétés : l'European Endometriosis League, l'International Society for Fallopian Tubes and Reproductive Surgery et la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne. Toutes ces sociétés ont connu un réel succès pour leur journée. La SCGP a marqué le coup, d'une part par sa présence effective au sein du congrès mondial, d'autre part par son soutien toujours affiché à ce congrès et enfin par la qualité des présentations orales et le nombre de participants. Le programme de cette session a retenu l'attention de tous les médecins et chirurgiens francophones, mais aussi de nombre de nos collègues infirmiers, voire même des associations de patientes. Aux dires de tous, cette session a enrichi le congrès mondial dans sa globalité tout en gardant l'âme de la société. Bravo et merci encore à tous ceux qui ont pu y contribuer.

Toujours sur cette période de pré-congrès, s'est déroulée une session internationale sur l'état des connaissances actuelles et sur les avancées de la recherche depuis le dernier congrès à Melbourne. Soyez rassurés, tout n'est pas fait! En fait, l'idée est de structurer un minimum la recherche au niveau international et de tenter d'aboutir, à un moment ou à un autre, à un consensus.

Le congrès s'est ensuite déroulé selon le modèle habituel des congrès WES (World Endometriosis Society) de sessions parallèles entre les aspects scientifiques et les aspects cliniques, tout cela ponctué de keynote lectures, de débats et de communications orales sélectionnées pour leur qualité et leur contribution significative aux progrès réalisés dans la prise en charge de l'endométriose. Le nombre d'abstracts reçus (520 au total) montre l'intérêt majeur des équipes pour cette pathologie. La sélection fut longue est difficile compte tenu de leur nombre et de leur niveau scientifique excellent. La sélection a été assurée, à la fois, par les membres du board de la World Endometriosis Society et par les membres du comité scientifique national afin d'assurer, pour chaque abstract, une relecture multiple et en aveugle.

Enfin, nous adressons aussi tous nos remerciements à nos partenaires de l'industrie qui ont su être présents tant sur l'exposition que par l'intermédiaire de symposia de qualité, passionnants et à la pointe du progrès.



Rédacteur en chef: Philippe Debodinance

Rédacteur adjoint: Malik Boukerrou

Comité de rédaction:

Pierre Collinet, Philippe Descamps,  
Philippe Ferry, Alain Proust

N° ISSN 1266 - 6181

Pour toute correspondance  
S.C.G.P. - 12 rue de Redon  
35000 Rennes

Tél / Fax: 0223 40 45 45

E-mail: [scgp@wanadoo.fr](mailto:scgp@wanadoo.fr)

[www.scgp.asso.fr](http://www.scgp.asso.fr)



Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

# Pour vous aider à relever les défis du quotidien



**Floseal Matrix**  
Gel hémostatique



## de la gestion de l'hémostasie...

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

Au terme de tout cela, connaissons-nous mieux l'endométriose? La réponse n'est pas facile. Par contre, il est évident que cette pathologie passionne le corps médical et les scientifiques. Ceci signifie qu'elle est devenue un réel problème pour la santé des femmes dans notre monde moderne. Pouvons-nous émettre le souhait que, pour une fois, la mondialisation puisse nous aider à progresser? Qu'elle permette à chacun des acteurs de nous rencontrer, échanger, discuter, collaborer afin de progresser plus vite et avec plus d'efficacité. Si WCE 2011 a contribué à cela, alors, le pari que nous avions engagé il y a 6 ans au moment de la candidature de la France, est gagné. L'endométriose est une pathologie complexe sur tous les plans. Au niveau fondamental, le ou les marqueurs précoces de la maladie nous font encore défaut. Par contre, les mécanismes de la douleur semblent, petit à petit, être mieux connus. Sur le plan clinique, l'avènement des nouveaux médicaments renforcera l'arsenal thérapeutique même si nous ne traitons encore que le symptôme et non pas la cause. Au niveau chirurgical, la tendance est à la prudence, tout particulièrement sur le capital

folliculaire des ovaires de nos patientes et sur les chirurgies radicales de l'endométriose profonde. On s'oriente vers une chirurgie « à la carte » en fonction d'une hiérarchie des symptômes. La conclusion principale à retenir après l'ensemble des débats, est que la prise en charge de ces patientes complexes mériterait d'être faite dans des « centres de référence ».

Enfin, le congrès s'est terminé par une dernière réunion dite de « consensus ». Entièrement organisée par la WES, sur invitation uniquement, elle a eu lieu dans les locaux de la Faculté de Médecine de Montpellier. Réunissant une cinquantaine d'experts, du monde entier et de tous les horizons (chirurgie, fertilité, douleur, cliniciens, chercheurs et associations de patientes), la réunion a eu pour but essentiel de rechercher les points sur lesquels les « preuves » sont suffisantes pour qu'une conduite à tenir puisse être donnée comme « consensuelle ». La liste va bientôt paraître dans plusieurs revues et sera donnée comme étant « le consensus de Montpellier ». L'objectif est bien entendu de renouveler le consensus tous les trois ans en élargissant la

liste grâce aux travaux que la littérature aura apportés entre temps.

Afin que chacun rentre chez lui avec de belles images en tête, nous avons terminé sur une note plus légère et plus sportive pour un certain nombre de congressistes. Un footing urbain a permis de découvrir la ville autrement. Ce fut un moment de partage que d'autres ont réalisé durant les 3 jours de ce congrès qui, organisé au Corum en plein centre de Montpellier, aura fourni de nombreuses occasions de découverte pédestre. Nous espérons que cela leur a permis de rentrer chez eux avec autant d'idées claires sur l'endométriose que de bons souvenirs conviviaux.

Reste à souhaiter à nos collègues brésiliens autant de bonheur à organiser le prochain congrès en 2014, quelques jours après la coupe du monde de football et avec autant de succès. Que nos travaux et réflexions se poursuivent durant ces trois années afin que la France soit aussi bien représentée.

*See you in Sao Paulo.*

**Hervé DECHAUD et Bernard HEDON**

## Yan Ansquer nous a quittés le 18 septembre, à l'âge de 46 ans.

Yan avait l'esprit d'initiative et une attirance particulière pour toutes les formes d'innovation chirurgicale. Après son internat de Gynécologie Obstétrique, son vœu d'excellence chirurgicale l'avait conduit à Lyon auprès de Daniel Dargent duquel il avait appris la maîtrise des techniques de voie basse et de coelioscopie appliquées à l'onco-gynécologie.

Il était passionné de recherche avec pour thématique principale le cancer, en cohérence avec son activité chirurgicale. Depuis le DEA sur le rôle de l'hormonothérapie substitutive dans la survenue du cancer du sein, jusqu'à la Thèse de Science sur le gène BRCA1 et à l'Habilitation à diriger des Recherches, il avait su en peu de temps faire remarquer ses travaux et les faire reconnaître par des publications de haut niveau scientifique. De retour à Paris, il avait été successivement Chef de Clinique de Patrick Madelenat à Bichat puis Praticien

Hospitalier à Louis Mourier auprès de Laurent Mandelbrot. Il avait rejoint l'équipe de Saint Antoine en 2005 pour prendre la responsabilité de l'activité chirurgicale, gynécologique et mammaire, pour assouvir son goût pour les travaux scientifiques et chercher une légitime reconnaissance universitaire. Ses projets allaient bon train avec l'obtention de plusieurs financements de recherche peu après son arrivée.

La maladie, déclarée fin 2007, en a décidé autrement. Interventions et traitements, parfois aussi durs que le mal, n'ont jamais eu raison de son envie d'avancer avec un courage admirable, de sa détermination à poursuivre ses activités et projets professionnels ou personnels. Ne faisant plus mine d'espérer une improbable rémission, il avait cette année repris une activité hospitalière et opératoire, avec le même évident plaisir et la même dextérité malgré les longs mois d'interruption.

L'annonce de son décès a plongé toute l'équipe de Saint Antoine dans une infinie tristesse. Les témoignages des innombrables Collègues qui ont eu l'occasion de partager avec lui une activité clinique ou de recherche montrent à quel point il était aimé et apprécié. Nos pensées vont à son épouse Frédérique et à ses enfants Marine, Mathieu, Mathilde et Martin.

**Bruno Carbonne**

*Service de Gynécologie-Obstétrique  
Hôpital Saint Antoine, Paris*



## Sommaire

**4 LES POINTS FORTS DU CONGRÈS MONDIAL SUR L'ENDOMÉTRIOSE 2011**

**8 LA ROBOTIQUE AMÉLIORE T-ELLE LES CONSÉQUENCES FONCTIONNELLES DE LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE ?**

**13 REGISTRE DE MORBI-MORTALITÉ APRÈS CHIRURGIE DU PROLAPSUS PARMIS LES CHIRURGIENS GYNÉCOLOGUES FRANÇAIS. RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES**

**17 TRAITEMENT DES LÉSIONS INFILTRANTES DU CUL DE SAC POSTÉRIEUR DU PELVIS : POURQUOI LA RÉSECTION RECTALE DOIT-ELLE ÊTRE PRÉFÉRÉE AU SHAVING ?**

**21 PROLAPSUS : QUEL BILAN CLINIQUE ? QUI OPÉRER ?**

**26 CONGRÈS À VENIR**



Mathilde Montforte, Noémie Ranisavljevic, Hervé Dechaud

Service de Gynécologie-Obstétrique et Département de Médecine et Biologie de la Reproduction - CHU Arnaud de Villeneuve  
- 34295 MONTPELLIER cedex 5



LE 11<sup>ÈME</sup> CONGRÈS  
MONDIAL  
D'ENDOMÉTRIOSE



WCE 2011  
TOWARDS  
EXCELLENCE

Montpellier  
France

11<sup>th</sup> World Congress  
on  
Endometriosis  
September 2011

s'est tenu à Montpellier du 4 au 7 septembre 2011



EN DIRECT DE MONTPELLIER

# Quelques points forts du congrès mondial sur l'endométriose 2011

## Endométriose profonde

L'équipe de C. Chapron a évalué l'association potentielle entre les lésions d'endométriose profonde du rectum et les localisations iléo-caecales. Tout d'abord, l'évaluation pré-opératoire des lésions iléo-caecales est difficile car 47% des cas n'étaient pas suspectés. Un tiers des patientes avec une lésion rectale avait une lésion iléo-caecale associée. Lorsque ces lésions sont présentes, l'endométriose est globalement plus sévère comme en atteste un score AFSr plus élevé, un nombre plus important de lésions profondes et un nombre d'interventions chirurgicales antérieures plus grand. La présence de ces lésions signe donc une maladie endométriosique plus sévère. Dans ces cas, ce type de localisation devrait être systématiquement investigué de façon à réaliser un traitement exhaustif de l'endométriose profonde.

Une équipe finlandaise a étudié l'effet du traitement hormonal sur la densité des fibres nerveuses chez des patientes ayant une endométriose de la cloison recto-vaginale pour tenter une explication sur l'efficacité

de tels traitements sur la douleur. Les fibres nerveuses ont été étudiées à l'aide de technique d'immunohistochimie sur les pièces opératoires. Sous traitement hormonal, la densité des fibres est, en moyenne, réduite de moitié. La réduction de la densité de ces fibres pourrait donc être un mécanisme important pour expliquer l'efficacité de ces traitements sur la douleur chez ces patientes avec des lésions profondes d'endométriose. L'équipe de P. Panel a évalué le profil urodynamique des patientes avec endométriose profonde avant toute chirurgie de façon à faire la part des conséquences urologiques de la chirurgie de l'endométriose profonde et de l'implication directe de l'endométriose elle-même. Sur 30 patientes évaluées, 80% présentent des signes fonctionnels urinaires. Les signes les plus fréquents sont l'urgenterie, la dysurie, la pollakiurie. La chirurgie a démontré, ensuite, la présence de lésions d'endométriose profonde postérieure. Ceci démontre que les troubles fonctionnels urodynamiques de ces patientes sont essentiellement liés à une neuropathie secondaire aux lésions d'endométriose profonde postérieure plutôt qu'à un effet direct des lésions sur la vessie.



Une équipe anglaise a tenté de connaître quels seraient les signes cliniques qui alerteraient sur la présence d'une endométriose profonde avant toute chirurgie afin de référer directement ces patientes dans des centres spécialisés. Ils ont étudié, prospectivement, plus de 400 patientes avec des algies pelviennes chroniques. L'ensemble des données cliniques des patientes ont été enregistrées. Seulement 21% des patientes n'avaient pas d'endométriose prouvée à la coelioscopie. Les facteurs prédictifs de la présence d'une endométriose profonde sont la dyschésie, l'utérus fixé, la présence d'un nodule palpable et la présence d'un endométriome. La présence simultanée des 4 signes augmente la probabilité d'une endométriose profonde de 42 à 82% (IC 76% - 87%) et leur absence réduit cette probabilité à 10% (IC 6% - 15%). Toute combinaison de ces 4 signes devrait donc alerter le praticien et indiquer une prise en charge, d'emblée, en centre de référence.

## Douleur et endométriose

Le Rodolphe Maheux award a été décerné à une chercheuse de l'université du Michigan pour leur contribution à l'étude de la morphologie du cerveau chez des patientes ayant des algies pelviennes chroniques sur endométriose. Ils sont étudiés par IRM fonctionnelle des patientes avec des algies pelviennes chroniques sur endométriose, des patientes endométriosiques sans algies pelviennes chroniques, des patientes avec des algies pelviennes chroniques sans endométriose et des patientes contrôles. Sur cette étude préliminaire, ils ont montré que les patientes ayant des algies pelviennes chroniques sur endométriose réduisent le volume de matière grise dans des zones cérébrales intervenant dans la perception de la douleur. Au contraire, les patientes endométriosiques sans algies pelviennes chroniques augmentent le volume de cette matière grise dans une région cérébrale antinociceptive. Même si d'autres études sont nécessaires pour élucider les relations étiologiques entre algies pelviennes chroniques, endométriose et les systèmes de régulation de la douleur au niveau du système nerveux

central, ce travail permet d'émettre l'hypothèse que certaines patientes avec des algies pelviennes chroniques ont une contribution majeure de leur système nerveux central dans leur douleur et que ces patientes ne répondront potentiellement pas ou mal à une prise en charge uniquement « périphérique » de l'origine de leur douleur, comme la chirurgie par exemple.

## Qualité de vie et sexualité des femmes dans l'endométriose

L'endométriose touche une population de femmes jeunes en âge de procréer. Les dysménorrhées, les dyspareunies, les algies pelviennes chroniques et les douleurs à l'exonération sont autant de symptômes susceptibles d'altérer significativement la qualité de vie des femmes qui en sont atteintes. La plainte de ces femmes s'étend de l'impact de la maladie elle-même aux conséquences et effets secondaires de ses nombreux traitements. En cela, l'endométriose est à considérer comme une véritable maladie chronique avec des répercussions qualitatives individuelles mais également sur la société.

AA De Graaf présente une étude internationale menée sur 3216 femmes atteintes d'endométriose, évaluant leur qualité de vie globale à l'aide de questionnaire: de lourdes conséquences sont relevées dans les domaines de l'éducation (15% d'arrêt d'étude) et du travail (11% de perte, 7% de changement et réaménagement attribués à la maladie). Dans cette étude, sont retrouvés 59% de dysménorrhée, 56% de dyspareunies avec jusqu'à 64% d'arrêt total de rapports sexuels dans ce groupe, non sans effet sur les couples puisque 67% rapportent des troubles et conflits conjugaux et parmi elles 19% incriminent l'endométriose.

Le problème posé par les différents traitements proposés, médicaux ou chirurgicaux, et leurs effets secondaires dans la persistance des symptômes des patientes atteintes est clairement souligné. En effet, la qualité de vie des femmes est non seu-

lement altérée par la maladie elle-même mais également par les conséquences des thérapeutiques mises en place. Concernant la chirurgie, plusieurs études montrent, certes une amélioration des symptômes en post-opératoire au niveau de l'évolution de la douleur (H.Dewart), mais pas de véritable amélioration de celle-ci, ni du bien être psychologique de la patiente. En revanche, la chirurgie avec résection digestive ne semble pas pire que la maladie elle-même (M.Setala) et, au contraire, note une amélioration de la satisfaction sexuelle et des dyspareunies. G. Montanari montre qu'un traitement adjuvant par pilule oestrogénique en post opératoire d'un traitement de lésions infiltrantes par coelioscopie améliore la satisfaction et le désir sexuel chez 106 patientes.

Les résultats sont malheureusement parfois contradictoires entre les études, liés à la durée du suivi souvent trop court, aux différents outils d'évaluation utilisés (EVA, questionnaires de qualité de vie globale, ...) mais aussi paradoxalement au grand nombre de perdues de vue et au faible taux de réponse des patientes. En effet, bien que l'endométriose soit reconnue comme maladie chronique et que la qualité de vie soit au centre des préoccupations de nos jours dans le domaine médicale, l'étude internationale de AA De Graaf ne rapporte que 3% de réponse (931 questionnaires remplis sur 3216 patientes incluses). Le manque de formation des praticiens dans des domaines tels que la sexualité par exemple, est probablement à prendre en compte comme le souligne A. Ebert, modérateur de session.

## Endométriose et infertilité

L'endométriose est responsable d'infertilité par différents mécanismes évoqués et suspectés. Des troubles de l'implantation expliqueraient les difficultés à procréer des femmes qui en sont atteintes. Pour le montrer, M. Goudakou a étudié l'issue de dons d'ovocyte provenant de donneuses saines, chez des patientes ménopausées atteintes ou non d'endométriose. Les taux



## EN DIRECT DE MONTPELLIER LE 11<sup>ÈME</sup> CONGRÈS MONDIAL D'ENDOMÉTRIOSE

de grossesse et d'implantation sont significativement plus faibles dans le groupe de femmes atteintes, respectivement 43.1% vs 56.9% et 23.3% vs 34.4%. Ces résultats sont concordants avec les études récentes retrouvant une diminution de certains marqueurs (LIF, répression du gène HOXA 10, ...), une résistance à la progestérone et des processus d'apoptose pendant la fenêtre d'implantation chez les patientes enceintes atteintes d'endométriose.

### SCORE EFI (Endometriosis Fertility Index) : Un nouveau système validé de staging de l'endométriose en pratique clinique

L'endométriose reste une maladie complexe partiellement élucidée sur le plan physiopathologique, et une des causes d'infertilité retrouvée chez près de 50% des patientes en âge de procréer consultant pour ce motif. La corrélation anatomo-clinique est médiocre entre l'étendue des lésions, l'avancée anatomique de la maladie, et le pronostic de fertilité spontanée. Différentes classifications au fil des années ont été créées telles que l'AFSr, sans réussir à établir de lien direct entre stade de la maladie et fertilité résiduelle. L'AFSr reste un système descriptif anatomique classant l'endométriose en quatre stades fonction de l'étendue intrapéritonéale de la maladie et de son degré de pénétration.

GD Adamson et son équipe ont mis au point un outil novateur de classification de l'endométriose, permettant de prédire le taux de grossesse spontanée des patientes ayant été traitées par cœlioscopie d'une endométriose dans un contexte de désir de grossesse, sans qu'aucune technique d'assistance médicale à la procréation ne soit planifiée. Il s'agit donc d'un score prédictif de la fertilité spontanée dans l'endométriose avérée et traitée chirurgicalement.

Pour la première fois, viennent s'ajouter aux données chirurgicales per-opératoires des données anamnestiques de chaque patiente. L'Endometriosis Fertility Index (EFI), score clinico-chirurgical, intègre des paramètres primordiaux prédictifs des chances de grossesse spontanée, valables chez toute patiente consultant pour infertilité : l'âge, la durée d'infertilité et l'antécédent de grossesse antérieure. Un âge avant 40 ans, une durée d'infertilité de moins de 3 ans et un antécédent de grossesse antérieure sont des facteurs prédictifs positifs dans la survenue d'une grossesse qui ajoutent donc des points au score EFI total.

L'évaluation chirurgicale est en grande partie représentée par le « Least Score » ou degré de rétablissement de la fonction anatomique reproductive. En effet, cette évaluation est réalisée à la fin de l'intervention par l'opérateur, une fois les lésions traitées. Ainsi, de manière bilatérale, la trompe et l'ovaire sont évalués dans leur ensemble : la trompe et sa mobilité, capacité à capter l'ovocyte, sa muqueuse, et les possibilités de nidation et de transport embryonnaire, puis l'ovaire avec le développement folliculaire, la production ovocytaire et l'ovulation, sont étudiées distinctement et cotés de 0 à 4, permettant d'avoir une analyse précise de la fonction de reproduction. Chaque côté est analysé et n'est retenu que le score le plus péjoratif des deux. Les scores les plus péjoratifs des deux côtés s'additionnent ensuite. Pour la cotation chirurgicale de l'EFI, s'ajoute au Least Score le score AFSr afin de ne pas méconnaître l'impact de l'étendue des lésions dans la survenue d'une grossesse spontanée.

Le score total EFI est sur 10 points, également répartis entre les facteurs historiques et per opératoires. Des courbes de pronostic de grossesse sont alors établis en

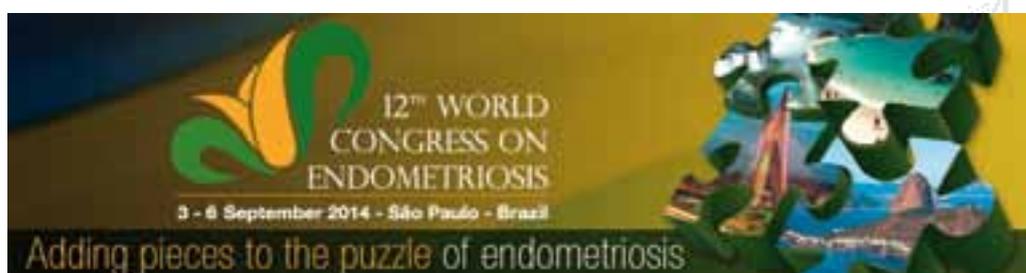
fonction du temps : plus le score est élevé, plus le sont les chances d'obtention d'une grossesse spontanée rapidement au cours de temps.

Le score EFI ne vise pas à évaluer les algies pelviennes et ne concernent que les couples dont l'infertilité n'est expliquée que par de l'endométriose, excluant alors toute cause masculine ou de dysovulation.

Adamson a dans un premier temps établi ce score par l'analyse rétrospective de 579 patientes, puis l'a validé en prospectif chez 222 femmes.

En associant des paramètres cliniques essentiels en infertilité, et une évaluation chirurgicale post opératoire, il est désormais possible de proposer une solution adaptée à chaque patiente à l'issue de son intervention : réassurer les patientes au score élevé, et éviter une perte de temps à celles qui présentent un score bas, pour qui une prise en charge en AMP ne devra pas se faire attendre.

Bien que le score EFI ait été conçu pour la prédiction des grossesses spontanées, son utilisation peut avoir un intérêt dans l'évaluation des chances de grossesse des patientes bénéficiant d'une cœlioscopie pour endométriose puis d'une prise en charge par une technique d'AMP. C'est ce qu'a voulu montrer A.Yacoub et al, en s'intéressant à 132 patientes avec au moins un an d'infertilité sur 4 ans dans leur centre. A été recensé dans les suites de la chirurgie cœlioscopique de l'endométriose, le taux de grossesse cumulé spontanée et obtenue par AMP. Une association significative est notée entre le score EFI et la survenue de la grossesse, tandis qu'en utilisant l'AFSr, ceci n'est pas retrouvé.



Pour que la fertilité ne soit pas bridée

NEX&COM  
AGENCY  
11/18/06/09/015



Prévention et réduction des synéchies utérines  
et des adhérences abdomino-pelviennes

# Hyalobarrier<sup>®</sup> GEL GEL ENDO

Hyaluronan pur réticulé

Anti-adhérentiel indiqué en hystérocopie,  
laparoscopie et laparotomie

NORDIC  
PHARMA





Anne-Sophie BATS, Chérazade BENSAID, Fabrice LECURU

AP-HP, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Chirurgie Gynécologique et Cancérologique, Paris, France.

Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Faculté de Médecine, Paris, France.

Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, INSERM UMR-S 747, Paris, France. Correspondance : anne-sophie.bats@egp.aphp.fr



# La robotique améliore-t-elle les conséquences fonctionnelles de la chirurgie oncologique ?

D'après une communication orale présentée au 21<sup>ème</sup> Salon de Gynécologie-Obstétrique Pratique (Session Chirurgie évolutive et robotique (CHE.RO))

La chirurgie est une pierre angulaire du traitement des tumeurs gynécologiques, au premier rang desquelles le cancer de l'endomètre et du col utérin. La chirurgie oncologique gynécologique pelvienne peut être à l'origine de conséquences fonctionnelles susceptibles d'altérer considérablement la qualité de vie des patientes, alors que le pronostic carcinologique peut s'avérer très favorable. Parmi ces suites, on peut noter les complications nerveuses, urologiques et lymphatiques, mais aussi l'impact sur la fertilité des patientes.

L'hystérectomie radicale comme la trachélectomie élargie, pratiquées dans les cancers du col précoces, sont pourvoyeuses de lésions nerveuses générant des dysfonctions urinaires, ano-rectales et sexuelles<sup>[1,2]</sup>. Celles-ci sont en rapport avec la non-préservation des fibres du système nerveux autonome lors des dissections (paramétrectomie, résection des ligaments utéro-sacrés, dissection vésico-vaginale). Ces interventions peuvent également engendrer des lésions des voies urinaires (uretère, vessie) découvertes en cours d'intervention, ou plus souvent au décours (fistules vésico-vaginales ou urétérales). Enfin, les lymphadénectomies sont sources de complications lymphatiques majeures, telles que les lymphoedèmes des membres inférieurs ou les lymphocèles. Celles-ci, longtemps sous-évaluées car non recherchées, s'avèrent être très fréquentes et on rapporte actuellement des taux allant jusqu'à 20%<sup>[3,4]</sup>.

## Evolution des techniques

Les techniques chirurgicales ont évolué ces dernières années afin de tenter de limiter ces conséquences fonctionnelles. La voie coelioscopique, qui s'est largement développée

dans le domaine de la gynécologie, est actuellement reconnue dans leur prise en charge et a permis d'améliorer le geste opératoire, de même que les suites post-opératoires. La coelioscopie permet une dissection plus précise en grossissant la vue du champ opératoire et en utilisant des instruments de très petite taille. Ainsi, l'urétérolyse est pratiquée aisément dans des mains expérimentées. La radicalité de l'hystérectomie a également été limitée au paramètre proximal, permettant, avec les mêmes résultats oncologiques, de limiter la morbidité nerveuse<sup>[5]</sup>. En outre, après des études sur cadavre, la « nerve sparing surgery » a vu le jour afin de tenter de respecter les nerfs lors de l'hystérectomie radicale<sup>[6]</sup>. Celle-ci nécessite une expertise chirurgicale évidente, notamment une maîtrise de la voie coelioscopique.

Concernant la morbidité lymphatique, la technique du ganglion sentinelle se développe depuis quelques années dans la chirurgie du col et du corps utérin. Ces techniques ont largement prouvé leur faisabilité, de même que leur excellente valeur diagnostique<sup>[7,8]</sup>. Si elles ne sont pas encore parties intégrantes des recommandations, elles sont proposées en option dans certaines indications et il est fort à parier qu'elles se répandront largement dans les années à venir. Concernant le cancer de l'endomètre, les indications de curages se limitent actuellement aux tumeurs à fort risque d'envahissement ganglionnaire et ne sont plus pratiquées systématiquement<sup>[9,10]</sup>.

Enfin, en terme de préservation de fertilité, la description de la trachélectomie élargie par Daniel Dargent a permis de proposer une chirurgie conservatrice du cancer du col utérin aux femmes jeunes ayant un désir de grossesse et ayant une tumeur de petite





Figure 1 a : console ; b : chariot pour le système vidéo ; c : tour supportant les bras du robot

taille<sup>[11]</sup>. La technique offre à la fois de très bons résultats oncologiques et d'excellents résultats en terme de fertilité et de devenir obstétrical<sup>[12]</sup>. Cette chirurgie reste néanmoins très spécialisée.

## Essor de la chirurgie robotique

La chirurgie robotique à l'aide du système chirurgical da Vinci (Intuitive Surgical, Inc., Sunnyvale, CA) est une voie attractive qui pourrait contribuer à limiter les complications fonctionnelles de la chirurgie oncologique. Celle-ci, initialement développée en chirurgie vasculaire puis urologique, a reçu l'approbation de la FDA dans les interventions abdomino-pelviennes en 2000 et dans les hystérectomies en 2005. Le système se compose d'une console pour le chirurgien, d'un chariot pour le système vidéo et d'une tour supportant les bras du robot (Fig. 1a, 1b, 1c). La tour comporte trois à quatre bras pour les dernières générations.

La chirurgie robotique offre des avantages considérables à la fois pour le chirurgien et pour les patientes. Le système Da Vinci fournit une image magnifiée haute-résolution trois dimension, que le chirurgien contrôle depuis la console. Il offre en outre une dextérité accrue et une très grande précision du geste, sans tremblement. La pointe des instruments microarticulée permet également des mouvements à 7 degrés de liberté égalant les capacités du poignet. Point non négligeable, le chirurgien est assis à la console, limitant ainsi la fatigue. Tout ceci contribue à une ergonomie supérieure pour le chirurgien. Concernant les patientes, la chirurgie robotique permet avec des cicatrices minimales, de réduire les pertes sanguines peropératoires, la douleur postopératoire, la durée d'hospitalisation et d'offrir une convalescence et un retour aux activités antérieures plus rapides.

## Place de la chirurgie robotique en chirurgie oncologique

Après avoir été évaluée dans les hystérectomies, les myomectomies et la chirurgie tubaire, la chirurgie robotique s'est récemment développée dans le domaine de l'oncologie gynécologique.



De nombreuses études rétrospectives et prospectives ont porté sur la chirurgie des cancers de l'endomètre rapportant un taux de conversion, de complications per et postopératoires, un saignement et une durée de séjour en faveur du robot en comparaison à la laparotomie, mais également souvent aussi en comparaison à la coelioscopie<sup>[13-18]</sup>.

Si la chirurgie robotique n'apparaît pas essentielle pour réaliser une simple hystérectomie, elle offre néanmoins une excellente visualisation pour la dissection urétérale et vésicale, une meilleure précision pour la colpotomie et une suture du fond vaginal plus simple<sup>[19]</sup>. Il faut par ailleurs souligner l'importance d'un geste oncologique optimal dans le contexte actuel de désescalade thérapeutique, notamment en ce qui concerne la radiothérapie post-opératoire pour les

cancers de l'endomètre.

Outre pour la chirurgie utérine des cancers de l'endomètre, qui est sans nul doute la principale indication, la chirurgie robotique a également été développée pour la chirurgie ganglionnaire pelvienne et lombo-aortique (cancer de l'endomètre et du col), mais également pour le traitement chirurgical des cancers du col précoces (hystérectomie et trachélectomie élargies). C'est d'ailleurs sans doute dans ces indications, techniquement plus délicates, que le robot pourrait apporter un bénéfice certain aux patientes.

## La robotique améliore-t-elle les conséquences fonctionnelles de la chirurgie oncologique ?

### Hystérectomie radicale et complications urinaires et nerveuses

L'hystérectomie élargie, qui nécessite une dissection délicate, constitue à l'évidence une indication de choix à la chirurgie robotique. Les principales publications montrent un bénéfice en termes de durée opératoire (temps console), de saignement per-opératoire, de complications per et post-opératoires, de durée de séjour, de durée de réhabilitation et de morbidité urinaire par rapport à la laparotomie, et parfois par rapport à la coelioscopie. Le taux de conversion est équivalent à celui de la coelioscopie non robotisée<sup>[20-22]</sup>.

Dans une étude prospective, *Estape et al* ont comparé 32 cas consécutifs d'hystérectomie radicale robot-assistée à 17 cas par voie coelioscopique et 14 cas par laparotomie. Le temps opératoire dans le groupe robot était de 2,4h +/-0,8 et n'était pas significativement différent du groupe coelioscopie (2,2 h +/-0,7), ni du groupe laparotomie (1,9 h +/-0,6, p=0,05). Les pertes sanguines estimées pour les patientes ayant une hystérectomie par robot étaient de 130 mL +/-119,4, ce qui était significativement moindre que par laparotomie (621,4 mL +/-294,0, p<0,0001), mais sans différence par rapport à la coelioscopie (209,4 mL +/-169,9, p=0,09). Il y avait un nombre moyen de ganglions prélevés de 32,4 dans le groupe robot, comparé à 18,6 et 25,7 ganglions prélevés par coelioscopie et laparotomie. Toutes ces différences étaient significativement différentes (p<0,0001 and p<0,05). La durée moyenne



## La robotique améliore-t-elle les conséquences fonctionnelles de la chirurgie oncologique ?

Figure 2. Nerve-sparing surgery par chirurgie robot-assistée (d'après Magrina et al, *Gynecol Oncol* 2011, 121:605-609)

d'hospitalisation était de 2,6, 2,3 et 4,0 jours dans les cohortes robot, coelioscopie et laparotomie. Enfin l'incidence de complications postopératoires était moindre dans le groupe robot (18,8%) comparativement à la coelioscopie (23,5%), et la laparotomie (28,6%)<sup>[22]</sup>.

### Nerve-sparing surgery et prévention des lésions neurologiques

Si les techniques de « Nerve sparing surgery » ont montré qu'elles diminuaient le risque de complications urinaires et rectales après hystérectomie radicale, celles-ci sont de réalisation délicate, nécessitant une visualisation constante du système nerveux autonome au cours de l'intervention. La chirurgie robotique qui offre une image magnifiée de très haute résolution semble donc être un outil de choix dans cette chirurgie. *Magrina et al* ont été les premiers à rapporter 6 cas de « Nerve sparing surgery » pour hystérectomie radicale<sup>[23]</sup>. Tous les cas ont été opérés avec succès avec une excellente description anatomique du système nerveux (Figure 2). Il n'y a pas eu de complication per-opératoire. Un ileus réflexe est survenu en post-opératoire immédiat et une patiente a présenté une dysurie persistant jusqu'à 4 semaines après l'intervention. Aucune récidive n'est survenue avec un recul de 19 mois. Les auteurs concluent que la technique est faisable et sûre d'un point de vue oncologique. Les conséquences fonctionnelles de la technique nécessitent de poursuivre les études.

### Trachélectomie et fertilité

Si la voie d'abord privilégiée de la trachélectomie élargie a longtemps été la voie vaginale, la chirurgie robotique a récemment permis un nouveau regard sur la voie laparoscopique, plus anatomique en raison de la facilité de la dissection. Les études et les cas publiés sont rares, mais rapportent une excellente faisabilité et soulignent la précision des gestes et la facilité de l'intervention<sup>[24-26]</sup>. La chirurgie robotique permet également de conserver plus facilement l'artère utérine.

*Hong et al* ont même décrit 3 cas de « nerve sparing surgery » associée à la trachélectomie radicale robot-assistée. La technique apparaissait faisable et les saignements



Figure 3. Lymphadénectomie pelvienne par chirurgie robot-assistée

moindres que par coelioscopie<sup>[27]</sup>.

Enfin, sur 6 cas de trachélectomie radicale robot-assistée, *Burnett et al* rapportent d'excellents résultats en terme de fertilité puisque 5 grossesses sont survenues<sup>[24]</sup>.

### Chirurgie ganglionnaire et risque lymphatique

La réalisation des curages pelviens par chirurgie robot-assistée a été largement décrite dans les cancers du corps et du col utérin<sup>[13-18, 20-22, 28]</sup>. La faisabilité apparaît excellente, le nombre de ganglions prélevés supérieur à celui obtenu par laparotomie ou par coelioscopie et les complications opératoires moins fréquentes. Si l'augmentation du nombre de ganglions prélevés traduit la facilité du geste (Figure 3), nous ne disposons pas encore de données sur les conséquences fonctionnelles lymphatiques que cela impliquera (fréquence accrue de lymphocèles ou lymphoedèmes ?). En effet, le nombre de ganglions n'est pas un objectif en soi, mais traduit simplement la facilité et la sécurité d'exécution du geste.

Les techniques de ganglion sentinelle qui se développent pour le cancer du col et le cancer de l'endomètre sont également facilement réalisées avec la coelioscopie robotisée, même s'il n'existe à ce jour aucune

publication sur le sujet. La facilité du geste robotisé permettra sans nul doute de diffuser ces techniques qui visent entre autres à limiter les complications lymphatiques des prélèvements ganglionnaires.

La place de la chirurgie robotique dans les curages lombo-aortiques est quant à elle beaucoup plus anecdotiques<sup>[29-32]</sup>. Les curages semblent effectués avec la même efficacité et la même sécurité que par coelioscopie. En particulier, le nombre de ganglions prélevés et le taux de complications, y compris les conversions, sont acceptables. Nous ne disposons néanmoins pas de données suffisantes dans la littérature pour évaluer les conséquences fonctionnelles de cette chirurgie.



### CONCLUSION

La chirurgie robotique offre des avantages séduisants, à la fois au chirurgien, facilitant la dissection et en offrant une vision et un confort accrus, mais également aux patientes, pour qui la réhabilitation est incontestablement facilitée.

Elle se développe largement dans le domaine oncologique, permettant de faciliter la chirurgie et donc de diffuser des techniques chirurgicales jusqu'à lors peu maîtrisées. Si le recul est encore court, il est fort à parier que le robot permettra de limiter les conséquences fonctionnelles de la chirurgie oncologique en facilitant le geste chirurgical et en appliquant des techniques visant à limiter les complications, principalement urinaires et nerveuses. Concernant la chirurgie ganglionnaire, la chirurgie robotique pourrait à l'inverse être victime de ses avantages, dans la mesure où l'augmentation du nombre de ganglions prélevés risque de s'associer à une augmentation du risque lymphatique inhérent.

Seuls les essais prospectifs multicentriques pourront réellement répondre à ces questions et sont à encourager. Un essai randomisé multicentrique français, comparant coelioscopie et coelioscopie robot-assistée, est actuellement en cours et évalue la morbidité péri-opératoire des deux procédures [*ClinicalTrials.gov Identifier:NCT01247779*].



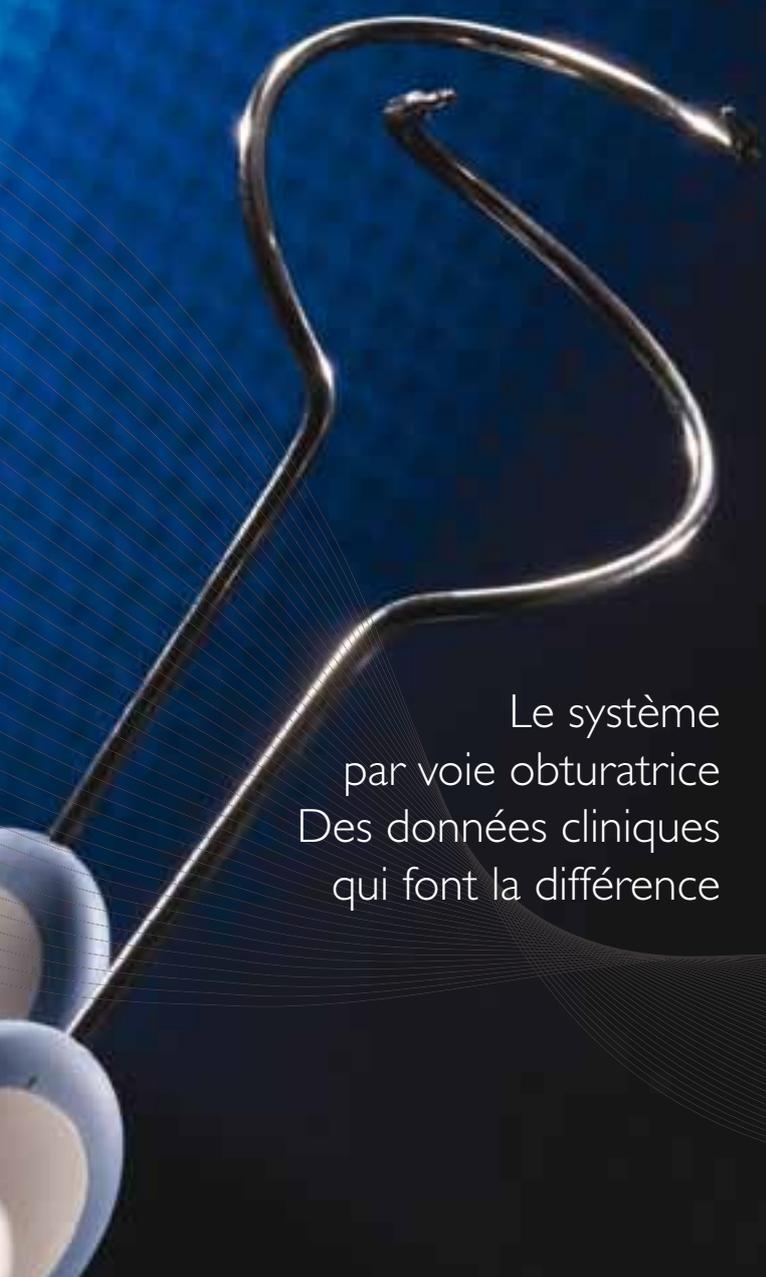
## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Butler-Manuel SA, Summerville K, Ford A, Blake P, Riley AJ, Sultan AH, Monga AK, Stanton SL, Shepherd JH, Barton DP: Self-assessment of morbidity following radical hysterectomy for cervical cancer. *J Obstet Gynaecol* 1999, 19:180-183.
- 2. Cibula D, Velechovska P, Slama J, Fischerova D, Pinkavova I, Pavlista D, Dundr P, Hill M, Freitag P, Zikan M: Late morbidity following nerve-sparing radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 2010, 116:506-511.
- 3. Magrina JF: Primary surgery for stage IB-IIA cervical cancer, including short-term and long-term morbidity and treatment in pregnancy. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1996:53-59.
- 4. Abu-Rustum NR, Alektiar K, Iasonos A, Lev G, Sonoda Y, Aghajanian C, Chi DS, Barakat RR: The incidence of symptomatic lower-extremity lymphedema following treatment of uterine corpus malignancies: a 12-year experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *Gynecol Oncol* 2006, 103:714-718.
- 5. Landoni F, Maneo A, Colombo A, Placa F, Milani R, Perego P, Favini G, Ferri L, Mangioni C: Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib-IIa cervical cancer. *Lancet* 1997, 350:535-540.
- 6. Sakamoto S, Takizawa K: An improved radical hysterectomy with fewer urological complications and with no loss of therapeutic results for invasive cervical cancer. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1988, 2:953-962.
- 7. Lecuru F, Mathevet P, Querleu D, Leblanc E, Morice P, Darai E, Marret H, Magaud L, Gillaizeau F, Chatellier G, Dargent D: Bilateral negative sentinel nodes accurately predict absence of lymph node metastasis in early cervical cancer: results of the SENTICOL study. *J Clin Oncol* 2011, 29:1686-1691.
- 8. Ballester M, Dubernard G, Lecuru F, Heitz D, Mathevet P, Marret H, Querleu D, Golfier F, Leblanc E, Rouzier R, Darai E: Detection rate and diagnostic accuracy of sentinel-node biopsy in early stage endometrial cancer: a prospective multicentre study (SENTI-ENDO). *Lancet Oncol* 2011, 12:469-476.
- 9. Kitchener H, Swart AM, Qian Q, Amos C, Parmar MK: Efficacy of systematic pelvic lymphadenectomy in endometrial cancer (MRC ASTEC trial): a randomised study. *Lancet* 2009, 373:125-136.
- 10. Mariani A, Dowdy SC, Cliby WA, Gostout BS, Jones MB, Wilson TO, Podratz KC: Prospective assessment of lymphatic dissemination in endometrial cancer: a paradigm shift in surgical staging. *Gynecol Oncol* 2008, 109:11-18.
- 11. Dargent D, Mathevet P: Schauta's vaginal hysterectomy combined with laparoscopic lymphadenectomy. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1995, 9:691-705.
- 12. Plante M, Gregoire J, Renaud MC, Roy M: The vaginal radical trachelectomy: an update of a series of 125 cases and 106 pregnancies. *Gynecol Oncol* 2011, 121:290-297.
- 13. Bell MC, Torgerson J, Seshadri-Kreaden U, Suttle AW, Hunt S: Comparison of outcomes and cost for endometrial cancer staging via traditional laparotomy, standard laparoscopy and robotic techniques. *Gynecol Oncol* 2008, 111:407-411.
- 14. Boggess JF, Gehrig PA, Cantrell L, Shafer A, Ridgway M, Skinner EN, Fowler WC: A comparative study of 3 surgical methods for hysterectomy with staging for endometrial cancer: robotic assistance, laparoscopy, laparotomy. *Am J Obstet Gynecol* 2008, 199:360 e361-369.
- 15. Hoekstra AV, Jairam-Thodla A, Rademaker A, Singh DK, Buttin BM, Lurain JR, Schink JC, Lowe MP: The impact of robotics on practice management of endometrial cancer: transitioning from traditional surgery. *Int J Med Robot* 2009, 5:392-397.
- 16. Lowe MP, Johnson PR, Kamelle SA, Kumar S, Chamberlain DH, Tillmanns TD: A multiinstitutional experience with robotic-assisted hysterectomy with staging for endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 2009, 114:236-243.
- 17. Paley PJ, Veljovich DS, Shah CA, Everett EN, Bondurant AE, Drescher CW, Peters WA, 3rd: Surgical outcomes in gynecologic oncology in the era of robotics: analysis of first 1000 cases. *Am J Obstet Gynecol*, 204:551 e551-559.
- 18. Seamon LG, Cohn DE, Henretta MS, Kim KH, Carlson MJ, Phillips GS, Fowler JM: Minimally invasive comprehensive surgical staging for endometrial cancer: Robotics or laparoscopy? *Gynecol Oncol* 2009, 113:36-41.
- 19. Advincula AP: Surgical techniques: robot-assisted laparoscopic hysterectomy with the da Vinci surgical system. *Int J Med Robot* 2006, 2:305-311.
- 20. Holloway RW, Ahmad S, DeNardis SA, Peterson LB, Sultana N, Bigsby GE, Pikaart DP, Finkler NJ: Robotic-assisted laparoscopic hysterectomy and lymphadenectomy for endometrial cancer: Analysis of surgical performance. *Gynecol Oncol* 2009, 115:447-452.
- 21. Magrina JF, Kho RM, Weaver AL, Montero RP, Magtibay PM: Robotic radical hysterectomy: comparison with laparoscopy and laparotomy. *Gynecol Oncol* 2008, 109:86-91.
- 22. Estape R, Lambrou N, Diaz R, Estape E, Dunkin N, Rivera A: A case matched analysis of robotic radical hysterectomy with lymphadenectomy compared with laparoscopy and laparotomy. *Gynecol Oncol* 2009, 113:357-361.
- 23. Magrina JF, Pawlina W, Kho RM, Magtibay PM: Robotic nerve-sparing radical hysterectomy: feasibility and technique. *Gynecol Oncol* 2011, 121:605-609.
- 24. Burnett AF, Stone PJ, Duckworth LA, Roman JJ: Robotic radical trachelectomy for preservation of fertility in early cervical cancer: case series and description of technique. *J Minim Invasive Gynecol* 2009, 16:569-572.
- 25. Persson J, Kannisto P, Bossmar T: Robot-assisted abdominal laparoscopic radical trachelectomy. *Gynecol Oncol* 2008, 111:564-567.
- 26. Ramirez PT, Schmeler KM, Malpica A, Soliman PT: Safety and feasibility of robotic radical trachelectomy in patients with early-stage cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2010, 116:512-515.
- 27. Hong DG, Lee YS, Park NY, Chong GO, Park IS, Cho YL: Robotic uterine artery preservation and nerve-sparing radical trachelectomy with bilateral pelvic lymphadenectomy in early-stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2011, 21:391-396.
- 28. Sert B, Abeler V: Robotic radical hysterectomy in early-stage cervical carcinoma patients, comparing results with total laparoscopic radical hysterectomy cases. The future is now? *Int J Med Robot* 2007, 3:224-228.
- 29. Fastrez M, Vandromme J, George P, Rozenberg S, Degueldre M: Robot assisted laparoscopic transperitoneal para-aortic lymphadenectomy in the management of advanced cervical carcinoma. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009, 147:226-229.
- 30. Magrina JF, Kho R, Montero RP, Magtibay PM, Pawlina W: Robotic extraperitoneal aortic lymphadenectomy: Development of a technique. *Gynecol Oncol* 2009, 113:32-35.
- 31. Magrina JF, Long JB, Kho RM, Giles DL, Montero RP, Magtibay PM: Robotic transperitoneal infrarenal aortic lymphadenectomy: technique and results. *Int J Gynecol Cancer* 2010, 20:184-187.
- 32. Narducci F, Lambaudie E, Houvenaeghel G, Collinet P, Leblanc E: Early experience of robotic-assisted laparoscopy for extra-peritoneal para-aortic lymphadenectomy up to the left renal vein. *Gynecol Oncol* 2009, 115:172-174.

# Incontinence féminine, Une solution pour chacune de vos patientes

**monarc**<sup>®</sup>  
subfascial hammock

**MINI Arc**<sup>®</sup>  
**precise**  
single-incision sling system



Le système  
par voie obturatrice  
Des données cliniques  
qui font la différence



La nouvelle  
génération de  
bandelette à  
incision unique



Georges Eglin<sup>(a)</sup>, Renaud de Tayrac<sup>(b)</sup>, Philippe Debodinace<sup>(c)</sup>

<sup>(a)</sup> 62 avenue Jean Moulin -34500 BEZIERS

<sup>(b)</sup> Service de Gynécologie-Obstétrique - Hôpital Caremeau - Place Pr Robert Debré -30029 Nîmes

<sup>(c)</sup> Service de Gynécologie-Obstétrique - Centre Hospitalier de Dunkerque -GCS Flandre Maritime - 59760 GRANDE SYNTHE



# Le registre Gynerisq des complications de la chirurgie du prolapsus.

## À propos des 1107 premières inclusions.

GYNERISQ est un organisme agréé par la Haute Autorité de Santé. Il est cogéré par le CNGOF et le SYNGOF.

Son but est la gestion du risque dans le domaine de la Gynécologie-Obstétrique; il permet l'accréditation des médecins adhérents ayant participé à un certain nombre d'activités obligatoires, dont la déclaration de 2 événements porteurs de risque et la participation à un registre de morbi-mortalité. Cette accréditation ouvre droit à une participation financière de la CPAM à la RCP du praticien.

**D**ans le domaine de la chirurgie gynécologique, le choix de cette activité de registre s'est porté sur les complications de la chirurgie du prolapsus en raison de la fréquence de cette pathologie fonctionnelle, de son impact en terme de santé publique et des incertitudes persistantes sur le choix des méthodes de correction chirurgicale, que ce soit en regard de leur morbidité que de leur résultats fonctionnels.

On estime généralement qu'une femme sur 10 est opérée d'un prolapsus dans sa vie ; 30% de ces patientes seront opérées plusieurs fois.

Les interventions proposées dans ce domaine peuvent être effectuées par voie abdominale, vaginale ou mixte.

L'abord abdominal peut être réalisé par laparotomie ou cœlioscopie permettant la mise en place de prothèses de suspension viscérale.

L'abord vaginal permet de réaliser des cures de prolapsus par des plasties traditionnelles ou par la mise en place de prothèses.

Il n'existe pas actuellement de consensus général sur l'utilisation de la voie haute ou de la voie basse, ni sur la place des prothèses dans l'approche vaginale en raison essentiellement du manque de données sur les complications et sur les résultats anatomiques et fonctionnels de ces interventions.

Toutes ces techniques exposent à des complications pour lesquelles il n'existe actuel-

lement que des données chiffrées fragmentaires et peu d'études comparatives.

L'objectif principal de ce registre est donc d'évaluer la morbidité de la chirurgie du prolapsus quels que soient la voie ou la technique et le type de pratique, libérale ou publique. La durée minimale de saisie a été fixée à un an.

L'objectif secondaire est de connaître les différentes techniques utilisées actuellement par les chirurgiens français.

### Création du registre

Sous l'impulsion du Conseil d'administration de GYNERISQ, ce registre a été mis en place par un comité de pilotage qui s'est réuni en septembre 2009. Il était composé de chirurgiens d'activité libérale ou publique ayant une expertise reconnue dans les techniques cœlioscopiques ou transvaginales de correction du prolapsus ; ce comité a reçu l'appui d'un informaticien et d'un géographe de la santé.

Le travail de ce groupe a abouti à la mise en ligne sur le site d'accréditation, d'un registre sous la forme d'un menu déroulant permettant :

- L'identification permanente du chirurgien, la saisie de l'ancienneté de sa pratique et du nombre annuel d'interventions effectuées.
- L'identification anonymisée de la patiente avec son âge, ses antécédents et ses co-morbidités.



- Chaque intervention est répertoriée par sa cotation CCAM et analysée par une saisie des gestes effectués sur les différents étages du prolapsus, de la correction éventuelle d'une incontinence urinaire ou anale et des gestes associés.

- Les complications per-opératoires, à un mois et à un an sont saisies dans le même menu déroulant ainsi que les moyens de récupération mis en œuvre qui sont colligés et évalués de façon semi-quantitative suivant l'Echelle de Dindo.

Le registre GYNERISQ est opérationnel depuis le 1er mai 2010 avec un accès par chaque site personnel des médecins inscrit à GYNERISQ et un accès direct au moyen d'une clé d'autorisation pour les médecins non adhérents, la démarche restant toujours individuelle.

## Résultats

En 9 mois (mai 2010 – janvier 2011), 1107 interventions ont été enregistrées dans le registre par 193 chirurgiens. 922 interventions ont été réalisées par voie vaginale (83,3%) et 185 par voie abdominale.

Parmi les interventions abdominales, 157 (84,9%) ont été réalisées par cœlioscopie, incluant 10/157 procédures robot-assistées (6,4%). D'un point de vue technique, les prothèses de polypropylène ont été préférées au polyester dans 69,7%, les sutures ont été préférées aux agrafes dans 88,7% et une prothèse postérieure fixée aux élévateurs a été associée dans 77,3% des cas. Une hystérectomie et une bandelette sous-urétrale ont été associées, respectivement dans 23,2% et 15,7%.

Parmi les interventions vaginales, 749 cures de cystocèle, 500 suspensions apicales, et 414 cures de rectocèles ont été enregistrées. Des prothèses synthétiques ont été utilisées dans 438 cures de cystocèle (58,5%) et 177 cures de rectocèle (42,8%). La voie transobtura-trice était pratiquée pour la mise en place des prothèses antérieures dans 86% des cas (377/438). Les suspensions apicales étaient réalisées par sacrospinofixation, bandelette postérieure ou rapprochement des ligaments

Tableau 1.

Complications per-opératoires rapportées chez 54/1107 patientes (4,9%).

	Chirurgie Vaginale n=922	Chirurgie Abdominale n=185	p
Complications per-op	40 (4,3)	14 (7,6)	0,06
<b>Complications sévères</b>	<b>22 (2,4)</b>	<b>7 (3,8)</b>	
Plaies vésicales	10 (1,1)	2 (1,1)	1
Plaies rectales	4 (0,4)	2 (1,1)	0,3
Plaies vasculaires	1 (0,1)	2 (1,1)	0,07
Hémorragies	7 (0,8)	1 (0,5)	1

Tableau 2.

Complications post-opératoires, avec un recul moyen de 9 mois, rapportées chez 279/1107 patientes (25,2%).

	Chirurgie Vaginale n=922	Chirurgie Abdominale n=185	p
Complications post-op	228 (24,7%)	51 (27,6%)	0,4
<b>Complications sévères</b>	<b>47 (5,1)</b>	<b>22 (11,9)</b>	
Hématomes	19 (2,1)	3 (1,6)	0,2
Erosions vaginales	13 (1,4)	4 (2,2)	0,5
Douleurs chroniques	8 (0,9)	5 (2,7)	0,05
Occlusions intestinales	0	5 (2,7)	<0,0001
Abcès pelviens	0	1 (0,5)	
Douleurs neuropathiques	1 (0,1)	1 (0,5)	
Fistules	5 (0,5)	1 (0,5)	
Spondylodiscite	0	1 (0,5)	
Embolie pulmonaire	0	1 (0,5)	
Décès	1 (0,1)	0	

utéro-sacrés dans respectivement 48,6%, 34,8% et 16,2% des cas.

Les complications per et post-opératoires rapportées sont résumées dans les Tableaux 1 et 2.

Les taux de réinterventions ont été de 2,4% après chirurgie vaginale vs 4,9% après chirurgie abdominale, (p=0,08).

## Discussion

Il s'agit de résultats préliminaires qui ne tiennent pas compte des complications à un an. Des biais de recrutement sont probables, inhérents au principe de non exhaustivité du

registre. Néanmoins un certain nombre de points méritent d'être relevés.

Le ratio voie haute / voie basse est conforme aux données du PMSI ; pour la voie abdominale, on retrouve une prépondérance de la cœlioscopie.

Pour la voie basse, le taux d'utilisation des prothèses est élevé que ce soit en sous-vésicale qu'en pré-rectale ; on ne dispose pas actuellement de données exhaustives dans ce domaine et il est possible qu'il y ait une sur-représentation de ces techniques.

Au niveau des gestes associés, le taux de pose d'une B.S.U. est le même pour la voie haute et la voie basse ; comme attendu le



taux d'hystérectomie est plus élevé pour la voie vaginale.

Le taux de complications per-opératoires est plus élevé pour la voie haute sans atteindre un niveau de signification ( 7.6 vs 4.3,  $P < 0.06$ ).

Le nombre global de complications déclarées pendant la période post opératoire est identique pour les 2 voies, mais il est plus élevé pour la voie abdominale si on ne considère que les complications sévères (11.9 vs 5.1 %) ; cette différence devient significative pour les douleurs chroniques (2.7 vs 0.9  $p < 0.05$ ) et pour les occlusions digestives (2.7 vs 0  $p < 0.001$ ).

Pour la voie basse, les seules complications dont l'incidence est un peu plus élevée sont les hématomes ( 2.1 vs 1.6 NS ).

La survenue de douleurs chroniques après promontofixation est connue et leur origine peut probablement être liée à un excès de tension de la bandelette au moment de la pose ou à une rétraction secondaire de la même prothèse ; les données à venir du registre permettront très certainement d'étudier plus finement la survenue des douleurs en fonction du type de matériau utilisé et de ses propriétés rétractiles.

La survenue d'occlusions post-opératoires est également connue mais leur fréquence paraît plus élevée que prévue ; ces complications sont très généralement liées à un défaut de péritonisation et à une couverture imparfaite de la prothèse.

Les hématomes secondaires à la chirurgie vaginale sont classiques et d'évolution

bénigne, ne nécessitant le plus souvent qu'un simple drainage secondaire. Ils peuvent être de 3 types : sous-vésical, pré-rectal ou beaucoup plus rarement pelvien, à point de départ obturateur et spécifique à la voie trans-obturatrice. La mise en place de mèches vaginales ne paraît pas efficace et le drainage aspiratif des espaces périnéaux est peut-être une prévention qui reste à évaluer.



#### CONCLUSION

Ces premiers résultats du registre GYNERISQ des prolapsus montrent que des complications peuvent survenir dans les deux types de chirurgie. Leur connaissance plus précise devrait permettre une meilleure information des patientes, mais surtout la mise en route des actions correctrices afin d'en diminuer l'incidence. Globalement, il semble qu'il existe une surmorbidity de la voie abdominale aussi bien au niveau des complications per que post-opératoires. Ces données nouvelles peuvent surprendre, en particulier les chirurgiens rompus aux techniques coelioscopiques ; elles sont, en effet, dans la fourchette haute des chiffres rapportés dans la littérature<sup>(1,2,3)</sup>, mais elles sont le reflet de la réalité du terrain.

Ce registre reste ouvert ; l'augmentation du nombre de cas et la saisie des complications à un an devraient nous permettre de mieux rendre compte de l'état des pratiques.

La sensibilisation de tous les opérateurs à ce type de risque, la mise au point de recommandations adaptées et l'évaluation de ces actions de correction rentrent dans le champ des missions de GYNERISQ et devront rapidement être mis en œuvre.

## Conflits d'intérêts

Les auteurs de l'article et la majorité des membres du comité de pilotage de ce registre ont participé à des titres variables, à la conception et au développement de différents dispositifs implantables utilisés par voie transvaginale ou abdominale.

## Remerciements

Les auteurs remercient les membres du comité de pilotage qui ont participé à la conception et l'élaboration de ce registre : Philippe Debodinace, Brigitte Fatton, Xavier Fritel, Jacques Hourcabie, Bernard Jacquetin, Jean Marty, Thomas Perez ainsi que Gabriel Bouzy en charge de l'informatisation des données à GYNERISQ et le Département de statistiques médicales du CHU de Nîmes.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

■ 1-Amblard J, Velemir L, Savary D, Fatton B, Debodinace P, Jacquetin B. Transvaginal repair of genital prolapse with Prolift : a standardized surgery ? J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2009;38(2):186-7

■ 2-De Tayrac R, Eglin G et al. Prolapse repair by vaginal route using a new light weighted polypropylene mesh : a year functional

and anatomical outcome in a prospective multicentric study. Int Urogynecol J 2006

■ 3-Rivoire C, Botchorishvili R, Canis M, Jardon K, Rabischong B, Wattiez et al. Complete laparoscopic treatment of genital prolapsus with meshes including vaginal promontofixation and anterior repair : a serie of 138 patients. J Minim Invasive Gynecol 2007;14(6):712-18

# NovaSure® ?

## Hystérectomie ? Hormones ? Que choisir ?

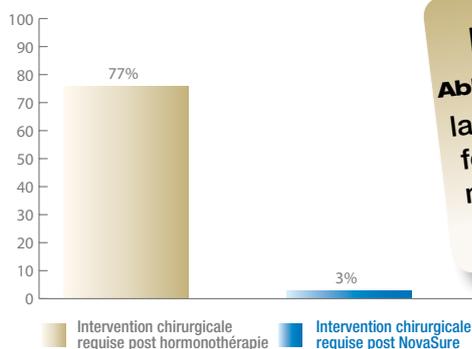
### Thérapie hormonale

Plus d'un million de patientes par an se voient prescrire un traitement hormonal à cause de leurs saignements abondants<sup>1</sup> malgré :

- Efficacité limitée à 48% pour contrôler les saignements.<sup>2</sup>
- 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.<sup>3</sup>

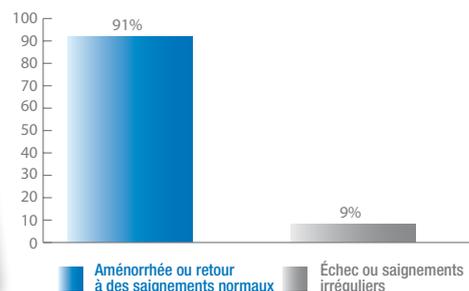


**NovaSure®**  
Ablation de l'Endomètre :  
la solution préférée des  
femmes dans le traite-  
ment des ménorragies  
fonctionnelles.

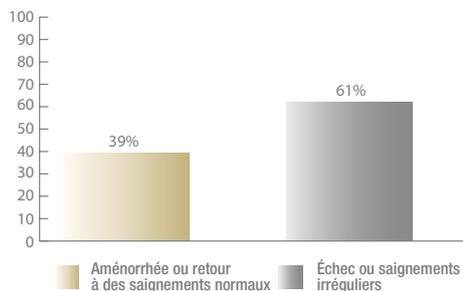
### DIU Hormonaux

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.<sup>5</sup>

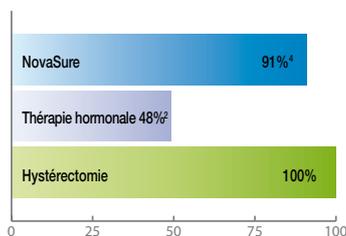
### NovaSure®



### DIU HORMONAUX



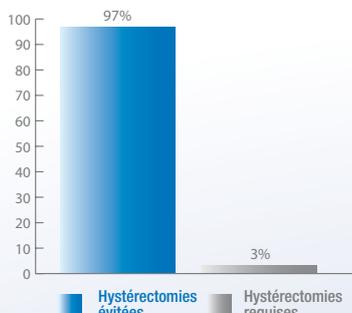
**Taux d'efficacité**  
(réduction des saignements à un niveau normal ou moindre<sup>4</sup>).



#### 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 patientes<sup>7</sup> :

- 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 supplémentaires<sup>8</sup> :  
**97% d'hystérectomies évitées à 5 ans.**

**HOLOGIC™**  
The Women's Health Company



Peter von Theobald

Service de Gynécologie et d'Obstétrique, CHR Réunion, Hôpital Félix Guyon, Allée des Topazes, 97405 Saint Denis Cedex,  
Correspondance : peter.vontheobald@chr-reunion.fr



# Traitement des lésions infiltrantes du cul-de-sac postérieur du pelvis : Pourquoi la résection rectale doit-elle être préférée au shaving ?

Suite à l'excellent article de mon ami Michel Canis et de sa nombreuse équipe de clermontois publié dans le numéro 75 de PELVIMAG et intitulé : « Pourquoi le shaving doit-il être préféré à la résection rectale ? », je me suis permis une réponse réunionnaise, un peu provocante, pour souligner quelques points essentiels en faveur d'un geste radical dans le traitement chirurgical de l'endométriose.

Si il est évident qu'il ne faut opérer que les patientes présentant des signes fonctionnels importants, le plus souvent des douleurs intenses, il ne faut pas oublier certaines patientes asymptomatiques qui présentent une atteinte d'organes vitaux notamment des uretères. L'association des imageurs et des cliniciens permet le plus souvent poser une indication opératoire correcte. Malheureusement l'imagerie passe souvent à côté de lésions multifocales et ne permet pas toujours d'évaluer la profondeur d'infiltration du segment digestif. Certaines lésions haut situées (> à 10 cm), à la jonction recto sigmoïdienne ou plus haut, sont inaccessibles à l'écho endoscopie rectale<sup>(5)</sup> et difficiles à voir en IRM. Le diagnostic topographique final des lésions ne peut être fait que par vision directe par coelioscopie et même là, assez fréquemment, lors de l'extériorisation du segment digestif, on découvre les nodules dans la paroi qui n'avaient pas été vus lorsque le segment était en position intra abdominale. C'est nodules sont souvent cachés, noyés dans la graisse péri-rectale ou sigmoïdienne. De nouvelles techniques d'imagerie comme la coloscopie virtuelle ou les lavements en couche fine à double contraste nous apporteront peut-être plus de renseignements dans ce domaine<sup>(4)</sup>.

Le grand problème de la chirurgie de l'endométriose réside dans le fait qu'elle fasse appel à des compétences gynécologiques,

coloproctologiques et urologiques et qu'il est à peu près impossible de mobiliser trois spécialistes pendant plusieurs heures sur une opération sans savoir avec certitude si le chirurgien digestif ou l'urologue va être vraiment nécessaire. Parlons vrai, l'endométriose fait peur. Elle n'intéresse pas beaucoup les chirurgiens viscéraux et les urologues qu'il est parfois difficile de motiver pour assister à une intervention. Il faut les appeler si on a besoin d'eux et alors attendre qu'ils puissent venir. De plus, tous les chirurgiens ne pratiquent pas la coelioscopie à un niveau suffisant pour la proctectomie, comme tous les urologues ne sont pas capables de réaliser une anastomose ou une réinsertion urétérale par coelioscopie.

Or, si le chirurgien gynécologue n'est pas formé pour réaliser une résection segmentaire avec anastomose trans-anales, et s'il n'est pas entouré de manière systématique par un chirurgien digestif, il va certainement préférer la réalisation d'une intervention incomplète qu'il maîtrise mieux. Le problème est alors celui de la ré-intervention en cas de récurrence, toujours beaucoup plus difficile et plus risquée en raison des nombreuses adhérences générées par la première chirurgie.

Il me paraît quand même très contradictoire que l'on puisse recommander une résection vaginale quasi systématique (l'effet de cette



## Pourquoi la résection rectale doit-elle être préférée au shaving ?

résection sur la dyspareunie postopératoire n'a jamais été évaluée) et de préférer sur le plan digestif un traitement incomplet. Aucune étude sérieuse ne permet de comparer le taux de récurrence entre le shaving et la résection. Par contre, toutes les études montrent la grande fréquence des lésions multi focales sur l'intestin.

Il existe, par ailleurs, d'autres techniques comme la résection antérieure losangique suivie de suture coelioscopique ou encore la résection partielle à la pince automatique trans-anale (PCEA) que le chirurgien de l'endométriose doit maîtriser. Ces techniques là ont également leurs indications et elles n'ont pas été discutées dans l'article précité.



Image 1 : extériorisation du moignon rectal par l'orifice de trocart sus pubien gauche élargi à 4 cm



Image 2 : après excision de la partie atteinte, mise en place d'une enclume de 32 mm munie d'un perforateur



Image 3 : perforation latérale de la paroi sigmoïdienne



Image 4 : fermeture terminale du segment digestif par une rangée d'agrafes.



Image 5 : réintégration et ré insufflation après étanchéisation.

Enfin, n'oublions pas que le rectum sous péritonéal est dépourvu de séreuse et qu'un nodule à cet endroit va intéresser directement la musculature qui a une épaisseur de moins de 5 mm, ce qui met en exergue immédiatement la difficulté et les limites du shaving. En effet, la suture de la musculature est problématique pour le rectum sous péritonéal car il s'agit de fibres lisses et le seul plan solide pour la suture est ici la muqueuse rectale. C'est pour cela que les sutures rectales basses ne doivent jamais être extra muqueuses et que celle effectuée après shaving doit suivre cette règle en position sous péritonéale. Il en découle que cette technique nous semble surtout indiquée pour des nodules au dessus du cul-de-sac.



Images 6 et 7 : vérification des collerettes anastomotiques ; elles doivent être deux et intactes et adressées en anatomopathologie pour évaluer la limite de résection.

Concernant la technique de résection segmentaire du rectum, certaines précautions permettent de diminuer l'inconfort postopératoire. La dissection, d'une part, doit se faire au plus près du rectum, loin des fibres nerveuses qui vont à la vessie. Ceci est à moduler bien entendu, en fonction de l'étendue des lésions, comme l'a précisé Michel Canis. Ensuite, pour éviter au maximum le risque de sténose anastomotique, les grands diamètres d'enclume doivent être choisis (jamais en dessous de 30 mm). Plus l'anastomose est basse, plus le risque de fuite anastomotique et de dyschésie existe<sup>(1,2)</sup>. Il faut savoir passer à l'anastomose manuelle trans-anale sur la ligne pectinée pour les lésions s'étendant au tiers inférieur du vagin (moins de 4 cm de la marge anale). Il semble qu'une anastomose terminale latérale (images 2 à 4), ménageant un réservoir de quatre ou 5 cm pour réduire la pression sur l'anastomose, améliore également la dyschésie postopératoire. Enfin, la réalisation d'une interposition d'épiploon nous semble indispensable en cas de résection à la fois vaginale et digestive à fin de diminuer le risque de fistules recto vaginales.

En dernier lieu, la réalisation d'une résection segmentaire et d'une anastomose digestive ne s'improvise pas. Elle nécessite une formation qui doit porter sur l'indication (lorsque le shaving est impossible, lorsque la lésion est multi focale, lorsque la lésion est sigmoïdienne, lorsqu'elle est occlusive), sur la réalisation technique sus décrite (voir images 1 à 9), et sur le suivi postopératoire (dépistage des complications aiguës et suivi de la patiente jusqu'à transit normal). Les principales études publiées comparent des choses



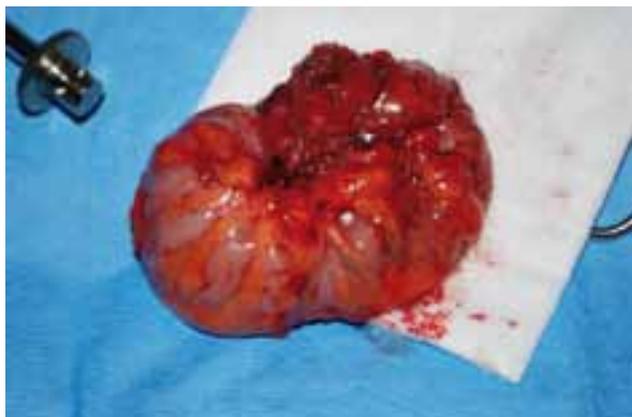


Image 8 : la pièce opératoire brute



Image 9 : la pièce opératoire ouverte : remarquez les deux foyers d'endométriose (flèches 1 et 2)

non comparables ; la moindre morbidité des techniques de shaving vient très certainement du fait que les plus grosses endométrioses nécessitent une résection anastomose. Les complications fonctionnelles digestives sont évaluées de façon très variable dans la littérature qui rapporte des taux forts discordants<sup>(3,6, 7, 8, 9)</sup>. Certaines publications avancent un avantage du traitement radical en terme de taux de récurrences inférieures<sup>(10, 11, 12)</sup>. Il s'agit en fait de techniques opératoires complémentaires et non concurrentielles dont l'indication ne devrait pas relever d'une préférence de l'opérateur ni d'un manque de qualification de l'opérateur. Mais, dans les publications comme sur les comptes rendus opératoires, l'indication exacte de la résection n'est pas précisée de manière habituelle et cela rend les études comparatives difficiles<sup>(7, 8, 13)</sup>. C'est dire si la chirurgie de l'endométriose et sophistiquée et justifierait à elle seule, vu sa fréquence, la création d'une sur-spécialité de chirurgie pelvienne permettant au même opérateur d'avoir la triple compétence sur ce site anatomique<sup>(14)</sup>.

Pour revenir à notre titre : « Pourquoi la résection rectale doit-elle être préférée au shaving ? », je le justifierai par la nécessité pour chaque chirurgien ou groupe de chirurgiens prenant en charge l'endométriose de savoir réaliser parfaitement dans des conditions optimales cette proctectomie. Il nous paraît évident que le chirurgien qui en est capable saura parfaitement réaliser le shaving et également les autres résections partielles et leur suture. Il sera également capable d'en déterminer les indications optimales afin d'éviter dans la mesure du possible une nou-

velle intervention dans les années suivantes. La récurrence nécessitant une opération est certainement la situation présentant le plus haut risque de complication. Le traitement médical de l'endométriose est souvent très décevant chez ces femmes très jeunes et désireuses de maternité. Je me permettrai donc de reprendre mon ami Michel Canis dans sa conclusion quand il dit que la résection ne devrait pas être basée uniquement sur des convictions personnelles. Je suis d'accord avec lui, il n'y a pas de place pour une religion prônant la proctectomie systématique, mais a contrario, la réalisation d'un shaving ne doit pas découler de l'incapacité à réaliser une résection ni d'une position dogmatique. Et je souligne encore qu'il existe d'autres techniques dont l'indication est à discuter chez chaque patiente. Je proposerais bien l'arbre décisionnel suivant qui pourra faire l'objet de discussion dans ces pages :

### Proposition d'indications chirurgicales face à un rectum atteint par l'endométriose :

- Epargner le rectum chaque fois que c'est possible sans laisser en place de l'endométriose
- Lésion rectale sus-péritonéale : s'assurer d'abord de son caractère mono focal
  - Tenter le shaving
  - Résection losangique avec suture coelioscopique ou résection latérale trans-anale à la pince PCEA : si le nodule est très profond et que le shaving n'est pas réalisable de façon satisfaisante.

Les deux techniques sont à discuter en fonction du calibre du nodule (la résection latérale est réalisable jusqu'à 25 mm sans difficulté)

- Lésion rectale multifocale : résection segmentaire avec anastomose trans anale

- Lésion rectale sous péritonéale :

- Résection losangique avec suture coelioscopique ou résection latérale trans anale à la pince PCEA : sur les lésions très basses, la suture coelioscopique est parfois difficile et la résection latérale trans-anale peu aisée en raison du manque de mobilité du rectum près de l'anus. Préféré pour des petites lésions.
- Résection segmentaire avec anastomose trans-anale : souvent le plus aisé et le plus solide.
- Anastomose manuelle colo anale sur la ligne pectinée : en dernier recours pour des lésions s'étendant jusqu'à 3 ou 4 cm de la marge anale.

- Lésion atteignant le sigmoïde : résection segmentaire avec anastomose trans-anale

- Gestes complémentaires :

- Interposition épiploïque chaque fois qu'une suture rectale est associée à une suture du cul-de-sac postérieur du vagin.
- Tests d'étanchéité et perméabilité au gaz.
- Mettre un gros drain sous l'anastomose ou la suture rectale<sup>(1)</sup>.



## Pourquoi la résection rectale doit-elle être préférée au shaving ?



### CONCLUSION

Réaliser systématiquement un shaving ou systématiquement une résection est à rapprocher de la même erreur fondamentale que de vouloir opérer toutes les patientes uniquement par coelioscopie ou uniquement par voie vaginale, que d'utiliser une même technique pour réparer tous les prolapsus, de traiter toutes les infections avec le même antibiotique, etc... Bref, d'amputer l'art médical de la richesse de son raisonnement et de la diversité de ses solutions thérapeutiques.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Kaufman LC, Smyrk TC, Levy MJ, Enders FT, Oxentenko AS. Symptomatic intestinal endometriosis requiring surgical resection: clinical presentation and preoperative diagnosis. *Am J Gastroenterol.* 2011 Jul;106(7):1325-32. doi: 10.1038/ajg.2011.66. Epub 2011 Apr 19.
2. Vassilief M, Suaud O, Collet-Savoie C, Da Costa C, Marouteau-Pasquier N, Belhiba H, Tuech JJ, Marpeau L, Roman H. [Computed tomography-based virtual colonoscopy: an examination useful for the choice of the surgical management of colorectal endometriosis]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2011 Jun;39(6):339-45. Epub 2011 May 18.
3. Akiyoshi T, Ueno M, Fukunaga Y, Nagayama S, Fujimoto Y, Konishi T, Kuroyanagi H, Yamaguchi T. Incidence of and risk factors for anastomotic leakage after laparoscopic anterior resection with intracorporeal rectal transection and double-stapling technique anastomosis for rectal cancer. *Am J Surg.* 2011 Sep;202(3):259-64.
4. Biondo S, Kreisler E, Fracalvieri D, Basany EE, Codina-Cazador A, Ortiz H. Risk factors for surgical site infection after elective resection for rectal cancer. A multivariate analysis on 2131 patients. *Colorectal Dis.* 2011 Aug 30. doi: 10.1111/j.1463-1318.2011.02798.x. [Epub ahead of print]
5. Armengol-Debeir L, Savoie G, Leroi AM, Gourcerol G, Savoie-Collet C, Tuech JJ, Vassilief M, Roman H. Pathophysiological approach to bowel dysfunction after segmental colorectal resection for deep endometriosis infiltrating the rectum: a preliminary study. *Hum Reprod.* 2011 Sep;26(9):2330-5. Epub 2011 Jun 24.
6. 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 May-Jun;17(3):311-26. Epub 2011 Jan 13.
7. De Cicco C, Corona R, Schonman R, Mailova K, Ussia A, Koninckx P. Bowel resection for deep endometriosis: a systematic review. *BJOG.* 2011 Feb;118(3):285-91. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02744.x. Epub 2010 Oct 13.
8. Roman H, Rozsnay F, Puscasiu L, Resch B, Belhiba H, Lefebure B, Scotte M, Michot F, Marpeau L, Tuech JJ. Complications associated with two laparoscopic procedures used in the management of rectal endometriosis. *JLS.* 2010 Apr-Jun;14(2):169-77.
9. 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 Aug;25(8):1949-58. Epub 2010 Jun 13.
10. Kavallaris A, Chalvatzas N, Hornemann A, Banz C, Diedrich K, Agic A. 94 months follow-up after laparoscopic assisted vaginal resection of septum rectovaginale and rectosigmoid in women with deep infiltrating endometriosis. *Arch Gynecol Obstet.* 2011 May;283(5):1059-64. Epub 2010 May 11.
11. 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 May;251(5):887-95.
12. Tarjanne S, Sjöberg J, Heikinheimo O. Radical excision of rectovaginal endometriosis results in high rate of pain relief - results of a long-term follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(1):71-7.
13. Wills HJ, Reid GD, Cooper MJ, Tsaltas J, Morgan M, Woods RJ. Bowel resection for severe endometriosis: an Australian series of 177 cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2009 Aug;49(4):415-8.
14. Pereira RM, Zanatta A, Preti CD, de Paula FJ, da Motta EL, Serafini PC. Should the gynecologist perform laparoscopic bowel resection to treat endometriosis? Results over 7 years in 168 patients. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009 Jul-Aug;16(4):472-9.



# PROLAPSUS

## Quel bilan clinique ? Qui opérer ?

La chirurgie est-elle la seule réponse à apporter aux patientes se présentant en consultation pour un prolapsus anatomiquement significatif ? S'il est évident que les prolapsus asymptomatiques ne relèvent pas de la chirurgie, qu'est-ce qu'un prolapsus asymptomatique ?

**S**i une patiente se présente en consultation, il y a bien une demande de sa part qu'il convient de préciser ; dans la plupart des cas, la descente des organes pelviens est responsable des symptômes allégués, parfois ceux-ci ne lui sont pas attribuables. Par ailleurs, derrière certaines demandes de chirurgie peuvent se trouver des motifs « cachés » qui ne sont pas forcément en relation avec l'anomalie anatomique. La notion de prolapsus asymptomatique devient donc, non pas « prolapsus sans symptômes », mais « prolapsus dont les symptômes décrits par la patiente ne sont pas en relation avec l'anomalie anatomique observée »

La chirurgie n'est pas la seule réponse à apporter aux patientes souhaitant un traitement. Des alternatives existent, certes moins radicales, mais dont l'efficacité relative et l'innocuité doivent les faire proposer lorsque cela est possible.

L'examen clinique (interrogatoire, examen physique) suffisent dans la grande majorité des cas à orienter le choix thérapeutique (abstention, rééducation, pessaire, chirurgie) ; les examens complémentaires n'auront

pour but que de débrouiller certaines situations complexes ou de choisir la technique chirurgicale.

### QUEL BILAN CLINIQUE D'ÉVALUATION DU PROLAPSUS ?

#### 1) Interrogatoire

La recherche des motifs de consultation par l'interrogatoire est parfois difficile en raison de l'âge des patientes et nécessite l'utilisation de questions ouvertes, non orientées, en rétrécissant progressivement le champ des questions de façon à arriver à des questions fermées.

4 domaines de symptômes sont classiquement explorés (prolapsus, troubles urinaires, troubles coloproctologiques, troubles sexologiques) Figure 1

Ces 4 domaines sont retrouvés dans les auto-questionnaires de symptômes et de qualité de vie dorénavant validés en français<sup>(1)</sup> qui sont utiles non seulement en recherche clinique mais également en consultation de

#### L'interrogatoire: motif de consultation

Problèmes vaginaux ?	Problèmes urinaires ?	Problèmes selles ?	Problèmes rapports ?
Boule Frottement Pesanteur Corps étranger Gaz vaginaux Pb tampons	Vidange vésicale IUE IUU Infections Douleurs	Rythme selles Consistance Vidange rectale Manœuvres Incontinence IA passive ou active Fréquence IA	Activité sexuelle Douleurs Orgasmes  Si non, pourquoi ? Pb estime de soi Pb douleurs Pb masculin Pb incontinence Pb couple

Figure 1



## Prolapsus : quel bilan clinique ? qui opérer ?

Image 1 : Prolapsus hyperkératosique.



routine, car ils permettent de « débrouiller » l'interrogatoire et constituent une référence de la symptomatologie avant traitement. Par ailleurs, l'évaluation pré opératoire par l'interrogatoire simple n'est pas toujours optimale : *Fayyad*<sup>(2)</sup> en reprenant l'interrogatoire à l'aide de questionnaires standardisés retrouve de nombreux symptômes non mentionnés (altération de la qualité de vie et troubles sexologiques) lors d'un interrogatoire simple.

D'autres motifs de consultation sont moins fréquemment verbalisés par les patientes et n'entrent pas réellement dans le champ des auto-questionnaires

- L'altération de l'estime de soi<sup>(3)</sup> est retrouvée chez de nombreuses patientes, souvent associée à une altération de la qualité de vie sexuelle.

- La demande d'information<sup>(10)</sup> sur l'évolution du prolapsus est également un motif de consultation fréquemment masqué (risque d'accentuation des symptômes, d'incontinence urinaire, risque de cancer (Image 1), d'infection, ou d'hémorragie voire de perforation d'organe)

Une autre approche de la demande des patientes est l'identification des buts recherchés par la patiente lors de la consultation (patient selected goals)<sup>(4)</sup>.

Il s'agit de demander aux patientes qu'elles sont leurs attentes précises lors de la consultation et de hiérarchiser leur importance. Les buts décrits par les patientes sont ensuite regroupés en catégories (soulagement de symptôme, amélioration de la vie quotidienne, amélioration de la sexualité, amélio-

ration de la santé en générale, information sur le prolapsus, information sur les traitements, anxiété).

Dans l'étude de *ADAMS*<sup>(4)</sup> la résolution des symptômes urinaires, l'amélioration des activités de la vie courante et l'amélioration de la fonction sexuelle étaient aussi importante que la résolution des symptômes de prolapsus. Les symptômes de prolapsus et proctologiques sont corrélés au stade, mais la qualité de vie sexuelle et les troubles urinaires ne le sont pas.

Enfin, *Lowenstein*<sup>(10)</sup> note que les attentes des patientes se modifient après une première consultation et qu'il semble donc nécessaire de les réévaluer lors d'une deuxième consultation avant traitement.

### 2) L'examen clinique

L'examen clinique est maintenant bien codifié selon les règles de l'ICS<sup>(5)</sup>.

Cette stadification POP-Q est la plus utilisée au niveau international et est, à l'heure actuelle, la classification de référence.

La stadification est complexe à la fois dans sa compréhension et dans son apprentissage mais à l'usage s'avère rapide de réalisation, plus précise et présentant une variabilité interopérateur moindre que les classifications en stade tel que celle de BADEN-WALKER.

L'examen clinique doit également bien sûr rechercher les pathologies masquées par le prolapsus (incontinence urinaire

d'effort, incontinence anale).

Enfin, l'essai d'un pessaire doit faire partie de l'examen clinique afin d'apprécier la possibilité de son utilisation.

### 3) La corrélation anatomo-clinique

C'est un temps important de la consultation qui consiste à mettre en relation les symptômes de la patiente et l'anomalie anatomique. En première approche, on peut penser que plus le prolapsus est de haut grade, plus sa symptomatologie sera gênante pour la patiente. Or plusieurs publications<sup>(4, 6, 7)</sup> mettent en évidence une corrélation variable entre le stade anatomique et la symptomatologie. Si la symptomatologie de protrusion (tuméfaction, trouble de l'évacuation vésicale et rectale) est bien corrélée au stade anatomique, les symptomatologies urinaire, sexologique et coloproctologique ne sont pas toujours directement liées au degré de descente. Pour *Gutman*<sup>(7)</sup>, une descente vaginale supérieure ou égale à 0,5cm par rapport à l'hymen (Stade II « fort ») prédit l'existence d'une symptomatologie gênante de protrusion mais n'est pas discriminante pour les autres symptômes de prolapsus, en particulier urinaires.

*Barber*<sup>(13)</sup> montre que 2 ans après traitement chirurgical, la corrélation entre l'échec anatomique (stade II POP-Q) et les symptômes de prolapsus est faible ; moins de 10% des patientes en stade II signalent une protrusion vaginale (Figure 2).

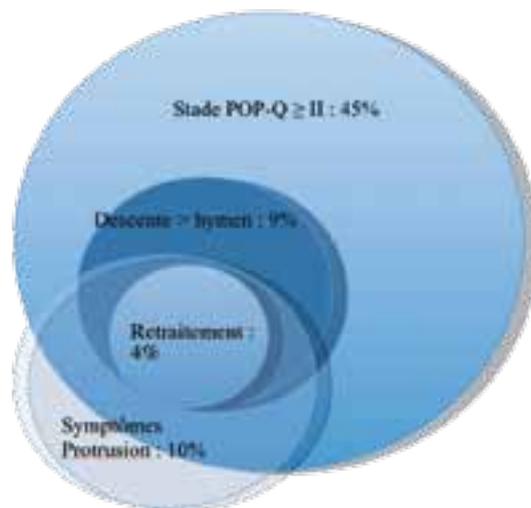


Figure 2 : Diagramme de Venn en fonction des définitions de succès du traitement. D'après Barber et Al. 2009 Obstet Gynecol (13)



Par ailleurs, les symptômes urinaires font partie des troubles jugés les plus gênants par les patientes, et dont le soulagement est loin d'être toujours atteint par la chirurgie en cas de prolapsus peu symptomatique<sup>(8)</sup>

En cas de mauvaise appréciation de cette corrélation, il y a deux conséquences importantes :

1) Le risque de traiter une patiente asymptomatique c'est à dire dont la symptomatologie n'est pas liée au prolapsus.

2) Le risque d'un échec subjectif perçu par la patiente alors qu'il existe un succès anatomique objectif.

Dans les situations où la corrélation anatomique est peu claire, le recours aux examens complémentaires ou à un test au pessaire s'avère très utile. Les publications de test au pessaire ont été réalisées principalement pour l'appréciation d'une incontinence urinaire masquée, le pronostic d'amélioration d'une dysurie ou de douleurs pelviennes après chirurgie<sup>(9)</sup>.

#### 4) l'information de la patiente

Il n'est plus nécessaire en 2011 d'insister sur l'importance de l'information des patientes au niveau médico-légal. L'information se doit d'être complète, loyale et adaptée aux capacités de compréhension de la patiente et de porter sur les alternatives à la chirurgie (abstention, rééducation, pessaire) et sur les

risques chirurgicaux (échec, complications). L'évolution naturelle d'un prolapsus ne se fait pas forcément vers l'aggravation des symptômes : *Miedel*<sup>(14)</sup> lors d'un suivi prospectif de 5 ans de patientes présentant un prolapsus de stade  $\geq$  II en l'absence de chirurgie montre que seules 13% des patientes ont une aggravation de la symptomatologie, 40% signalant même une amélioration.

Il faut insister sur le fait que la possibilité d'utilisation d'un pessaire doit faire partie de l'information pour toutes les patientes, quel que soit leur âge ou le stade de prolapsus. Il n'y a d'ailleurs aucun facteur prédictif d'échec du traitement par pessaire en relation avec le stade ou le type de prolapsus<sup>(12)</sup>.

#### 5) Le choix du traitement

Le dernier temps de cette (longue ...) consultation porte sur le choix du traitement par la patiente. C'est à la patiente, et à elle seule, que revient le choix de la prise en charge entre abstention, pessaire et chirurgie.

Si le choix est laissé aux patientes, un grand nombre choisira dans un premier temps un traitement non chirurgical. La proportion de patientes s'orientant vers un traitement chirurgical d'emblée est de 32% pour *Kapoor*<sup>(11)</sup> et de 49% dans notre expérience<sup>(12)</sup>. Parmi les patientes s'orientant vers un pessaire, la moitié se réorienteront ultérieurement vers la chirurgie.



#### CONCLUSION

L'approche clinique des prolapsus est prépondérante dans leur prise en charge. L'écoute des patientes est fondamentale pour déterminer leurs attentes vis à vis du traitement et donc la proposition thérapeutique. Les traitements alternatifs à la chirurgie, s'ils sont possibles, doivent être proposés.

Il faut donc opérer

1. Une patiente qui en a besoin : c'est à dire dont les symptômes sont clairement liés au prolapsus. Cela est vrai pour les symptômes de prolapsus, mais beaucoup moins pour d'autres domaines de symptômes (urinaire, colo-proctologique, sexologique), en particulier pour les prolapsus de stade II.
2. Une patiente qui le peut : c'est à dire sans pathologie associée contre indiquant un traitement chirurgical.
3. Enfin, une patiente qui le souhaite : c'est à dire qui formule clairement la demande d'une chirurgie après information sur les autres alternatives thérapeutiques et les limites du traitement chirurgical.

## DIPLÔME UNIVERSTAIRE D'HYSTÉROSCOPIE

> 12 au 20 Mars 2012

**FORMATION VALIDANT FMC**

Démonstrations en direct le matin,  
Présentation du matériel  
Cours théoriques  
Travaux pratiques sur simulateurs  
Evaluation sous forme de Quizz

Réservé aux Gynécologues-Obstétriciens  
ou aux Internes en cours de spécialisation en  
Gynécologie-Obstétrique



Responsables d'enseignement

*Pr Hervé Fernandez*

*Dr André Nazac*

*Dr Xavier Deffieux*

*Dr Amélie Gervaise*

Lieu d'enseignement

*Hôpital Bicêtre*

*Service de Gynécologie - Obstétrique*

*94270 LE KREMLIN BICETRE*

Renseignements et inscriptions : [marie-claire.couratier@bct.aphp.fr](mailto:marie-claire.couratier@bct.aphp.fr) et [martine.martin@bct.aphp.fr](mailto:martine.martin@bct.aphp.fr)

[www.hysteroscopie.eu](http://www.hysteroscopie.eu)

# CONGRÈS COMMUN SIFUD-PP & SCGP

## DU 6 AU 8 JUIN 2012 AU POLYDOME DE CLERMONT-FERRAND

SOUS LA PRÉSIDENTIE DU PROFESSEUR B. JACQUETIN

**MERCREDI 6 JUIN 2012 / en parallèle : journée de L'IDE**

### MATIN : SESSION SIFUD-PP SEULE

- L'I.U. post prostatectomie
- Communications libres SIFUD-PP
- Accueil des participants SCGP – PAUSE DÉJEUNER

### APRÈS-MIDI : SESSION COMMUNE SCGP & SIFUD-PP

- TABLE RONDE : Préservation nerveuse
  - données anatomiques
  - Évaluation
  - La préservation nerveuse en pratique chirurgicale : quel bénéfice ?
  - La préservation nerveuse est-elle possible au moment de l'accouchement ?
- **FISTULES DU BAS APPAREIL URINAIRE**
  - Les fistules d'origine obstétricale
  - Les fistules post-opératoires
  - Les situations difficiles : tissus radiques, matériel prothétique, etc..
- Communications libres communes

### SYMPOSIUM COMMUN

### SECRETARIAT DE LA SCGP

12, rue de Redon  
35000 rennes  
Tél/Fax : 02 23 40 45 45  
scgp@wanadoo.fr  
www.scgp.asso.fr

### SECRETARIAT DE LA SIFUD-PP

Les Portes de l'Europe  
10 rue du Dr Baillat – 66100 PERPIGNAN  
Tél : 04 68 54 67 10 - Fax : 09 70 62 74 78  
sifud-pp@orange.fr  
www.sifud-pp.org

## JEUDI 7 JUIN 2012

### MATIN : SALLE 1 > SCGP

#### SYMPOSIUM SCGP

- VIDÉO TRANSMISSION EN DIRECT DU CHU ESTAING DE CLERMONT-FERRAND

#### SYMPOSIUM SCGP

### APRÈS-MIDI : SESSION COMMUNE SCGP & SIFUD-PP

- Bernard Jacquetin : « Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sans jamais oser le demander »
- Mécanismes d'action de la rééducation pelvipérinéale chez la femme
- RAPPORT DU CONGRÈS : LA SEXUALITÉ FÉMININE, de la physiologie à l'évaluation
- Communications libres communes
- Assemblée Générale des 2 Sociétés
- SOIRÉE DE GALA

### SALLE 2 > SIFUD-PP

#### SYMPOSIUM SIFUD-PP

- Evaluation de 1ère ligne de la vessie en neurologie
- Infection et autsondage : les nouveaux enjeux
- Evaluation et prise en charge du reflux vésico-urétral c/o le neurologique
- Quoi de neuf depuis le Viagra ?

#### SYMPOSIUM SIFUD-PP

### APRÈS-MIDI : SESSION COMMUNE SCGP & SIFUD-PP

## VENREDI 8 JUIN 2012

### MATIN : SALLE 1 > SCGP

#### SYMPOSIUM SCGP

- La chirurgie robotique en gynécologie : Mythe ou réalité ?
  - Pour - Contre
- Communications libres SCGP
- CANCER DE L'ENDOMÈTRE
  - Les prédispositions héréditaires
  - L'imagerie optimale
  - Pourquoi si peu de coelochirurgie en France ?
  - Techniques et modalités des curages lombo-aortiques

#### SYMPOSIUM DÉJEUNER

- Annexectomie prophylactique en péri-ménopause
  - Pour - Contre
- ADENOMYOSE : ETAT DE L'ART
  - Imagerie : IRM versus Echographie
  - L'adénomyose est-elle un facteur de gravité dans l'endométriose ?
  - Hémorragie et douleurs : Comment éviter l'hystérectomie ?
  - Adénomyose & Infertilité
- TAKE HOME MESSAGE

#### CLÔTURE DU CONGRÈS SCGP

### MATIN : SALLE 2 > SIFUD-PP

#### SYMPOSIUM SIFUD-PP

- L'évaluation des dyssynergies
- Suivi des injections de toxine
- Critère de choix d'une sonde d'autosondage
- Hyperactivité vésicale réfractaire neurogène : toxine ou neuromodulation
- Communications libres SIFUD-PP

#### CLÔTURE DU CONGRÈS SIFUD-PP APÉRITIF DÉJEUNER

## RENSEIGNEMENTS, INSCRIPTIONS

MCO Congrès

27 rue du Four à Chaux – 13007 MARSEILLE

Tél : 04 95 09 38 00 - Fax : 04 95 09 38 01

claire.bellone@mcocongres.com - www.mcocongres.com



Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne



# NEUVIÈME CONGRÈS DE LA SCGP CLERMONT-FERRAND – 6 au 8 JUIN 2012 (Congrès commun SCGP & SIFUD-PP)

## > APPEL À COMMUNICATIONS LIBRES

Thèmes retenus : - UROGYNECOLOGIE - PROCTOLOGIE - INFERTILITE  
- ONCOLOGIE GYNECOLOGIQUE - ENDOMETRIOSE

En raison du congrès commun avec la SIFUD-PP, la préférence sera donnée pour les sessions communes aux communications d'urogynécologie et de proctologie

### DATE LIMITE DE SOUMISSION DES RÉSUMÉS : 30 MARS 2012

#### RÉSUMÉS À ENVOYER AUX TROIS DESTINATAIRES SUIVANTS

Secrétariat SCGP > [scgp@wanadoo.fr](mailto:scgp@wanadoo.fr)  
Professeur Michel Canis > [mcanis@chu-clermontferrand.fr](mailto:mcanis@chu-clermontferrand.fr)  
Professeur Bernard Jacquetin > [bjacquetin@chu-clermontferrand.fr](mailto:bjacquetin@chu-clermontferrand.fr)

Prix Daniel Dargent  
attribués à la meilleure  
communication oral et  
au meilleur poster

- Résumé rédigé en 40 lignes dactylographiées maximum (interligne simple, TIMES 12)
- Nom et prénom des auteurs écrit en entier, celui de l'auteur est souligné
- Titre du résumé écrit en lettres capitales (éviter les sous-titres)
- Merci de préciser si votre communication a déjà été présentée dans un congrès.

Les communications sélectionnées seront présentées sous forme orale d'une durée de 7 minutes (10 diapositives maximum) et seront toutes discutées 3 minutes.

Les communications non sélectionnées pourront être présentées sous forme de poster.

Les communications n'ayant jamais fait l'objet d'une présentation orale seront sélectionnées en priorité.



Société de Chirurgie Gynécologique et Pélienne

Merci d'indiquer les coordonnées précises de l'auteur pour que le Comité puisse l'avertir de sa sélection.

## 3<sup>ÈMES</sup> ASSISES DE GYNÉCOLOGIE & OBSTÉTRIQUE LILLE – GRAND PALAIS - 26 & 27 JANVIER 2012

### JEUDI 26 JANVIER 2012

#### Conférences plénières

- CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE > Vidéos opératoires et fibromes
- GYNÉCOLOGIE MÉDICOCHIRURGICALE > Prise en charge des fibromes
- GYNÉCOLOGIE ENDOCRINIENNE & MÉDECINE DE LA REPRODUCTION OBSTÉTRIQUE

#### Conférence inaugurale

- RÉGIONALISATION ET ORGANISATION DES SOINS EN GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

#### Ateliers

- DYSTOCIE DES ÉPAULES
- IBODE > Chirurgie ambulatoire

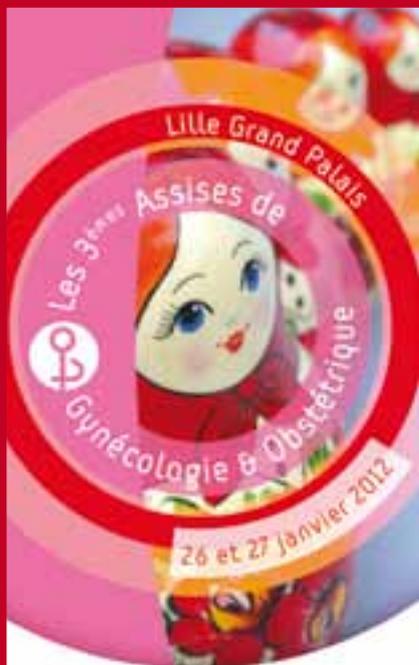
### VENDREDI 27 JANVIER 2012

#### Conférences plénières

- CENTRE PLURIDISCIPLINAIRE DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL  
> Hernie diaphragmatique congénitale
- PÉRINÉOLOGIE > Spécificités thérapeutiques médicales et rééducatives des pathologies hypertoniques, hypercontractiles et douloureuses en périnéologie.
- CENTRE PLURIDISCIPLINAIRE DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL  
> DPN-DPI : Evolution des pratiques  
> Nouvelles techniques en génétique
- CONTRACEPTION ET ORTHOGÉNIE

#### Ateliers

- TECHNIQUES CHIRURGICALES EN CANCÉROLOGIE GYNÉCOLOGIQUE-SÉNOLOGIE  
> Session vidéo-chirurgie « Comment je fais ? »
- JOURNÉE DES INTERNES > Association ALCCIAGO



Comité local d'organisation  
Pr Pierre COLLINET  
Pr Philippe DERUELLE  
Dr Brigitte LETOMBE

Secrétariat scientifique et logistique  
LILLE GRAND PALAIS  
Anne-Cécile MALEUVRE  
03 20 14 15 16  
[ac.maleuvre@lillegp.com](mailto:ac.maleuvre@lillegp.com)

[www.assisesgynobs.com](http://www.assisesgynobs.com)



# CONGRES A VENIR

## 19-24 JANVIER 2012

XXVII° JTA

LE GOSIER – GUADELOUPE

JTA Organisations 01 43 07 29 05 et [contact@lesjta.com](mailto:contact@lesjta.com)

[www.lesjta.com](http://www.lesjta.com)



## 26-27 JANVIER 2012

3<sup>èmes</sup> Assises de Gynécologie-Obstétrique

LILLE – GRAND PALAIS

Renseignements : Anne-Cécile Maleuvre 03 20 14 15 16 et [ac.maleuvre@lillegp.com](mailto:ac.maleuvre@lillegp.com)

## 21-22-23 MARS 2012

22° Salon de Gynécologie Obstétrique Pratique

PARIS – PALAIS DES CONGRES

Renseignements LEN Médical 01 47 55 31 85

[mdasilva@len-medical.fr](mailto:mdasilva@len-medical.fr) [www.gynecologie-pratique.com](http://www.gynecologie-pratique.com)



## 22-23-24 MARS 2012

Le Choix des Armes

MARSEILLE – FORT GANTHEAUME

(Cercle Mixte de la Garnison)

Renseignements : Gisèle Soula 06 60 58 55 50

[www.gyneco-marseille.com](http://www.gyneco-marseille.com)

## 29 MARS 2012

Cercle Vidéo Chirurgie Gynécologique 2012 (CVG)

29-30 MARS 2012

12° Journées Gynécologiques, Pédiatriques et Obstétricales Modernes (GYPOM)

DEAUVILLE – Domaine de l'Amirauté

Renseignements JP Com 02 31 27 19 18

[jpcor@wanadoo.fr](mailto:jpcor@wanadoo.fr) & [www.jpcom.fr](http://www.jpcom.fr)

## 9-10-11 MAI 2012

9<sup>ème</sup> Congrès International de Gynécologie-Obstétrique & Reproduction

NICE – HÔTEL NEGRESCO

[bongain.a@chu-nice.fr](mailto:bongain.a@chu-nice.fr) et [www.gynazur.eu](http://www.gynazur.eu)



## 6-7-8 JUIN 2012

Congrès commun

9<sup>ème</sup> congrès de la SCGP et 35<sup>ème</sup> congrès de la SIFUD-PP

CLERMONT-FERRAND – POLYDOME

Renseignements : MCO Congrès

04 95 09 38 00 et [claire.bellone@mcocongres.com](mailto:claire.bellone@mcocongres.com)

[www.scgp.asso.fr](http://www.scgp.asso.fr) & [www.sifud-pp.org](http://www.sifud-pp.org) & [www.mcocongres.com](http://www.mcocongres.com)

> ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SCGP

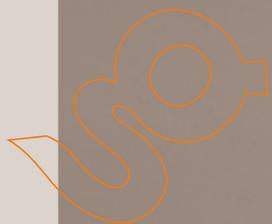
JEUDI 7 JUIN 2012 À 18H

AU POLYDOME DE CLERMONT-FERRAND



Société de Chirurgie Gynécologique et Pédiatrique





Promontofixation par prothèse

# PRO- swing®

**PS2** Polyester

**PS4** Polypropylène

Facilité de manipulation

Résistance aux sutures  
(mécaniques et fils)

Mémoire de forme

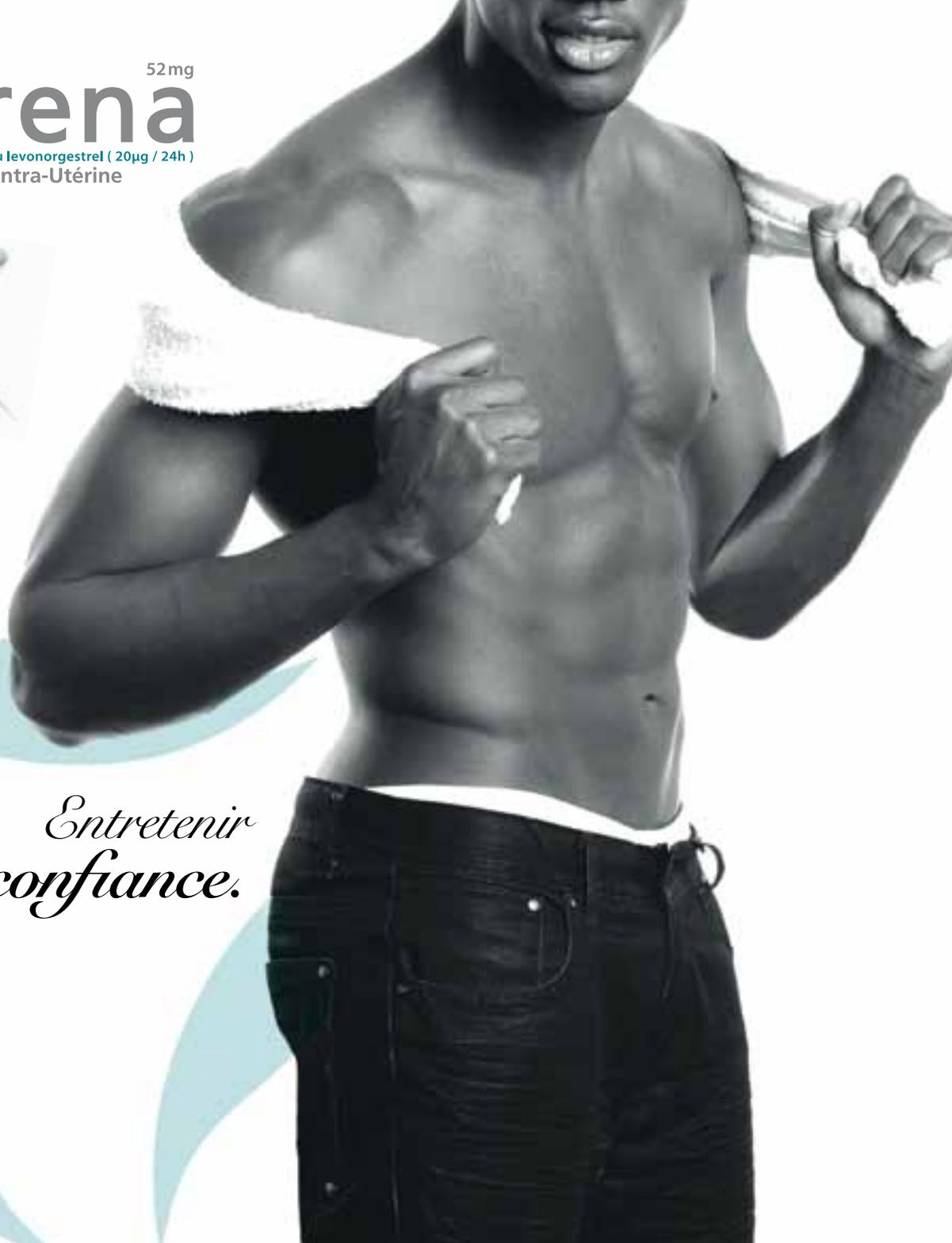


## Le gold standard !



# Mirena<sup>52mg</sup>

Système intra-utérin au levonorgestrel (20µg / 24h)  
Contraception Intra-Utérine



*Entretenir  
sa confiance.*

## *Contraception efficace\* sans y penser*

\* IP = 0,16 - Etudes correspondant à 13 000 années-femmes (RCP)

Mirena 52 mg (20 microgrammes/24 heures), dispositif intra-utérin au levonorgestrel. **Indications thérapeutiques :** Contraception intra-utérine. Ménorragies fonctionnelles (après recherche et élimination de causes organiques décelables). Posologie et mode d'administration\* : MIRENA doit être inséré dans la cavité utérine où il reste efficace pendant 5 ans. MIRENA doit être mis en place au cours des 7 jours qui suivent le début des règles. Il peut être remplacé par un nouveau dispositif à n'importe quelle période du cycle. La mise en place peut s'effectuer également aussitôt après un avortement du premier trimestre. Au cours du post-partum, le dispositif ne peut être mis en place qu'après involution complète de l'utérus et au plus tôt 6 semaines après l'accouchement. Si l'involution est significativement retardée, il convient d'attendre jusqu'à 12 semaines après l'accouchement. Retrait après 5 ans d'utilisation au maximum en tirant doucement sur les fils à l'aide d'une pince et pendant les 7 premiers jours des règles, s'il persiste un cycle menstruel. Si la patiente souhaite continuer à utiliser cette méthode, un nouveau DIU peut être inséré lors de la même consultation. Si changement de méthode contraceptive, il faudra utiliser une contraception mécanique pendant au moins 7 jours avant la date prévue du retrait et la poursuivre jusqu'à ce que la nouvelle contraception soit efficace. Après le retrait de Mirena, il convient de s'assurer que le DIU est intact. Contre-indications : grossesse suspectée ou avérée ; infection pelvienne, en cours, récente ou récidivante (pelvipéritonite, endométrite, salpingite) ; infection génitale basse (cervicite, vaginite...) ; endométrite du post partum ; dysplasie cervicale ; antécédent d'avortement septique au cours des 3 derniers mois ; état médical associé à une sensibilité accrue aux infections ; hémorragie génitale anormale sans diagnostic ; anomalies congénitales ou acquises de l'utérus y compris les fibromes s'ils déforment la cavité utérine ; affection maligne du col ou du corps utérin ; tumeur hormono-dépendante ; affections hépatiques aiguës ou tumeur hépatique ; hypersensibilité à l'un des composants du dispositif ; thrombophlébite évolutive ou embolie pulmonaire évolutive. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi\* - Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions\* - Grossesse\* - Allaitement\* - Effets indésirables\* : Les effets indésirables sont plus fréquents au cours des premiers mois suivant la mise en place du DIU ; ces effets disparaissent ensuite au cours du temps. Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés (chez plus de 10 % des utilisatrices) sont des saignements génitaux à type de spottings, une oligoménorrhée, une aménorrhée, ou des kystes ovariens fonctionnels. Propriétés pharmacologiques\* : contraceptifs hormonaux - progestatifs. Dispositif intra-utérin (G : Système combiné génito-urinaire et hormones sexuelles). Données Pharmaceutiques\* : Durée de conservation : 3 ans. Présentation, numéro d'AMM : 339 292-8 : dispositif intra-utérin en poche (TYVEK). Liste I. Prix : 125,37 €. Agréé Coll. Remb. Séc. Soc. 65 %. Titulaire AMM : Bayer Santé, 220 avenue de la recherche, 59120 Loos. AMM : Juillet 1995. Révision du texte : 05/11/2009.

\* Pour une information plus complète, consulter le Résumé des Caractéristiques du Produit disponible sur le site internet de l'Afssaps ou sur demande auprès de notre laboratoire. Bayer Santé - 220 avenue de la Recherche 59373 Loos Cedex. Standard : 03.28.16.34.00. Pharmacovigilance (N° Vert) : 0 800 87 54 54. [www.bayerhealthcare.fr](http://www.bayerhealthcare.fr) - V05/09.



Bayer HealthCare