

# PELVIMAG

Le magazine de la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

n°74

MAI 2011

## A décade prodigieuse, décade prodigieuse et demie !

Le « chef du village gaulois » nous rappelle ce que fut l'apport Auvergnat au développement de la chirurgie moderne, en France et dans le Monde. C'est un devoir et un plaisir de souligner le rôle que joua Hubert Manhes dans cette affaire. Aujourd'hui Gérard Mage et Bernard Jacquetin ont repris les rênes d'une équipe qui compte ou a compté dans ses rangs Brigitte Fatton, Jean-Luc Pouly, Michel Canis, Arnaud Wattiez et Christophe Pomel. Et la génération suivante arrive représentée par Revaz Botchorishvili, Benoît Rabischong et Kris Jardon en attendant la suite... Un exemple unique de « Wunder team » à la Française !



Rédacteur en chef: Philippe Debadinane

Rédacteur adjoint: Malik Boukerrou

Comité de rédaction:

Pierre Collinet, Philippe Descamps,  
Philippe Ferry, Alain Proust

N° ISSN 1266 - 6181

Pour toute correspondance

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

35000 Rennes

Tél / Fax: 0223 40 45 45

E-mail: scgp@wanadoo.fr

www.scgp.asso.fr



Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

## Une décennie plus prodigieuse : 1990-2000

édito

Il était effectivement très important de s'appuyer sur l'histoire des chirurgiens généralistes ou gynécologues comme l'a fait Patrick Madelenat dans le dernier éditorial de « Pelvimag\* » pour savoir où va la chirurgie gynécologique.

Question historique : nos vieux maîtres obéissant à l'habitude de leur temps considéraient que les organes féminins du petit bassin étaient des organes accessoires et de plus aux fonctions éphémères. Seuls quelques visionnaires, comme le dit Patrick Madelenat, y consacraient leur vie et leurs talents. Bien sûr, en France, mais le mouvement était surtout fort en Autriche, Allemagne, Italie. Nous entrons actuellement dans une période complètement différente de la chirurgie gynécologique.

Cette chirurgie a même historiquement été utilisée pour aborder des organes internes : la voie vaginale et plus généralement la voie haute, plus spécialement la voie cœlioscopique.

La vue était souvent réduite par la voie vaginale et était remplacée par un toucher subtil qui permettait une réflexion anatomique complexe. Dans les années récentes, d'autres, par la cœlioscopie ou laparoscopie, ont pu réaliser tous les gestes antérieurement effectués par laparotomie.

Cette chirurgie a permis une nouvelle lecture de l'organe à opérer : les adhérences post-cœlioscopiques qui sont moindres, la surveillance des lésions possibles. La coexistence des gestes par voie basse comme l'a proposé Daniel Dargent dans les cancers et la lymphadénectomie par cœlioscopie par voie haute. Des gestes audacieux, comme l'hystérectomie radicale, les pelvectomies, sont devenus aisés.

Une nouvelle pédagogie de la chirurgie par simulation a été mise en place. La France y a été pionnière et de nombreux centres s'y consacrent (Clermont-Ferrand, Strasbourg, et bien d'autres centres actuellement).

\* Cf éditorial Pelvimag 73 - mars 2011

# Pour vous aider à relever les défis du quotidien



**Floseal Matrix**  
Gel hémostatique



## de la gestion de l'hémostase...

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



**adept**<sup>®</sup>

Solution d'icodextrine à 4%



## à la prévention des adhérences

Prévention des adhérences post-opératoires en chirurgie gynécologique

Cette formation est soutenue par la Conférence des Doyens.

Cette technique de Pédagogie par simulation s'appuie sur les entraînements suivants :

- Entraînement sur modèle mécanique
- Entraînement sur modèle animal
- Entraînement sur simulateur électronique

- Evaluation régulière au terme de chaque journée de pédagogie

Les formations manuelles et en particulier chirurgicales peuvent être l'objet d'entraînements répétitifs.



En conclusion, la chirurgie gynécologique et les gestes réalisés sur les organes féminins, enfin considérés comme « nobles », demandent :

- Une culture chirurgicale particulière à appliquer à tous les organes du petit bassin,
- Une originalité dans l'abord par les deux voies vaginales et cœlioscopiques,
- Le respect des organes de la reproduction.

**Professeur M.A. Bruhat**

*Membre de l'Académie Nationale de Médecine*

*Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie*

*Doyen Honoraire*

## Sommaire

**4 CHIRURGIE DE LA CONSTIPATION ET DES DYSCHÉSIES.**

**9 LES MANŒUVRES DE SOUTÈNEMENT SONT-ELLES PRÉDICTIVES DU RÉSULTAT DE LA CHIRURGIE DE L'INCONTINENCE URINAIRE ?**

**15 LA PROCÉDURE ESSURE, LE CONTRÔLE À 3 MOIS : UNE ÉTAPE INCONTOURNABLE.**

**21 DE LA PRATIQUE À LA LOI.**

**25 CONGRÈS À VENIR**

## TECHNIQUES CHIRURGICALES ET OBSTÉTRICALES

Session organisée en collaboration avec la SCGP

35

ES  
JOURNÉES  
NATIONALES

CNIT - PARIS-LA DÉFENSE

COLLEGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES  
ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS

7-9 DÉCEMBRE  
2011

SCGP

Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

### 1<sup>ERE</sup> SESSION

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

### 2<sup>EME</sup> SESSION : LES HYSTÉRECTOMIES POUR GROS UTÉRUS

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

### 3<sup>EME</sup> SESSION (CHIRURGIE ONCOLOGIQUE)

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

### 4<sup>EME</sup> SESSION (OBSTÉTRIQUE)

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



François Rodat\*, Guillaume Meurette\*\*, Paul-Antoine Lehur\*\*

\*CHU Brest – Hôpital de la Cavale Blanche – Pôle viscéral – Service Pr Bail – 29609 Brest cedex

\*\*Clinique de chirurgie digestive et endocrinienne, IMAD. Hôtel-Dieu - CHU Nantes - 44093 Nantes Cedex



# Chirurgie de la constipation et des dyschésies

## Résumé

*La constipation est une affection très rarement chirurgicale. Avant d'envisager la chirurgie, un bilan préopératoire exhaustif est indispensable.*

*La colectomie subtotala est le traitement chirurgical de référence dans la constipation de transit au stade d'inertie colique. Les irrigations coliques antérogrades par caecostomie selon la technique de Malone peuvent être une alternative intéressante en cas d'incontinence anale associée. Les résultats de l'approche chirurgicale de l'inertie colique sont variables, avec une morbidité péri-opératoire significative, et des résultats fonctionnels à long terme incertains.*

*En cas de constipation terminale en échec des traitements conservateurs, la correction chirurgicale d'anomalies anatomiques identifiées (prolapsus rectal, rectocèle) est recommandée. Le choix entre voie haute (rectopexie laparoscopique) et voie basse trans-anale (STARR - résection trans-anale agrafée du rectum) fait actuellement débat. Une amélioration significative du confort digestif peut cependant être attendu de ce traitement chirurgical lorsque l'indication est bien posée.*

*L'amélioration des résultats de la chirurgie passe par une meilleure sélection des patients à opérer, et le développement des approches mini-invasives dont les premiers résultats démontrent des bénéfices significatifs.*

## Introduction

La constipation « maladie » est une affection fréquente. Le traitement médical est en

première ligne et permet le plus souvent de soulager le patient. Le recours à des procédures invasives pour prendre en charge la constipation doit se faire avec une grande parcimonie. En effet, le traitement chirurgical est à risque. Il s'accompagne d'une morbidité certaine, même si des progrès récents ont permis d'améliorer de façon significative les suites opératoires, notamment avec l'introduction de l'abord laparoscopique. Par ailleurs, les résultats fonctionnels des différentes interventions proposées sont difficiles à prévoir et ne se maintiennent pas toujours à long terme, même lorsqu'ils ont été initialement bons. Il est donc indispensable de tenir le patient informé des risques de l'intervention, et de mettre en balance les résultats des traitements conservateurs et de la chirurgie pour cette pathologie fonctionnelle<sup>(1)</sup>.

On distingue de façon schématique 2 types de constipation pour lesquels les approches chirurgicales diffèrent : la constipation de transit (inertie colique) et la constipation terminale (dyschésie - difficulté d'exonération).

- Pour la constipation de transit, la sanction chirurgicale comporte deux options : la résection de toute ou partie du côlon, depuis la colectomie segmentaire jusqu'à la colectomie totale, voire même la colo-proctectomie totale, et les techniques d'irrigation colique antérograde aussi connues sous le terme d'opération de Malone.

- La constipation terminale s'intègre dans le cadre des troubles de la statique rectale



dont elle est une des modes d'expression. Les anomalies anatomiques, souvent associées à la constipation terminale, (rectocèle, procidence interne, prolapsus rectal extériorisé) peuvent faire l'objet d'une correction chirurgicale (cure de rectocèle ou de prolapsus) dans le but d'améliorer la fonction d'exonération.

## Chirurgie de la constipation de transit

L'intervention faisant l'objet d'une littérature la plus abondante est la colectomie totale avec anastomose iléo-rectale. Les alternatives (colectomie segmentaire gauche ou au contraire colo-proctectomie totale avec anastomose iléo-anales) ont été proposées, mais les résultats en sont inconsistants. La colectomie totale constitue clairement l'intervention de référence dans la constipation de l'adulte<sup>(2)</sup>.

### • Eléments du bilan pré-opératoire

La colectomie ne sera décidée qu'après un bilan exhaustif permettant de documenter la situation pré-opératoire, d'écartier une constipation secondaire, de retracer avec précision l'historique de la constipation et d'authentifier les échecs des traitements antérieurement testés. Par ailleurs, il est indispensable de quantifier le handicap fonctionnel à l'aide d'outils quantitatifs. De nombreuses échelles basées sur des questionnaires standardisés permettent aujourd'hui d'obtenir une appréciation objective du handicap et de son retentissement sur la qualité de vie. Cette évaluation représente une étape incontournable pour pouvoir comparer les résultats pré- et post-opératoires. Enfin, l'information délivrée au patient tient également une place importante dans la préparation à la chirurgie en exposant de façon claire et compréhensible les bénéfices attendus de l'intervention et les risques encourus durant la période post-opératoire et à plus long terme.

Avant de programmer l'intervention, il est nécessaire de disposer au minimum des examens suivants : coloscopie complète, temps de transit colique confirmant la constipation de transit (à répéter éventuellement), manométrie ano-rectale et colique, manométrie œsophagienne et du grêle.

Une évaluation psychologique avec tests de personnalité est souvent souhaitée.

Ces investigations permettent de documenter à la fois le diagnostic d'inertie colique, et le bilan d'extension du trouble moteur de l'intestin. On sait en effet que le pronostic de la chirurgie est directement lié au caractère diffus ou non du trouble moteur intestinal. Certains ont proposé de réaliser une scintigraphie au DTPA marqué à l'I<sup>111</sup> *per os* pour cibler la topographie du trouble moteur de façon plus précise et leurs résultats sont encourageants. Cet examen n'est toutefois pas de pratique courante.

Une fois le bilan complet, le traitement chirurgical peut être proposé dans un contexte de décision multi-disciplinaire avec recueil de consentement formel de la part du patient (et de sa famille éventuellement), tant le contexte est parfois difficile.

### Colectomie totale avec anastomose iléo-rectale

Les principes de l'intervention sont ceux qui s'appliquent à la chirurgie colique pour pathologie bénigne. La préparation colique est rarement nécessaire. Une préparation par lavement pour vider l'ampoule rectale est suffisante. Au cours de l'intervention, la dissection est menée au contact du côlon. La colectomie emporte la charnière recto-sigmoïdienne et fait porter l'anastomose sur le haut rectum par suture manuelle ou mécanique par agrafage transanal. La voie d'abord laparoscopique est tout à fait possible et recommandée dans cette indication. Elle limite l'importance de l'incision cutanée, limitée à une petite transversale sus-pubienne, et diminue le traumatisme pariétal, sans augmenter la morbidité opératoire.

Des variantes techniques ont été proposées avec préservation du caecum par exemple, conservant ainsi la valvule iléo-caecale et limitant l'afflux de selles liquides dans le rectum. D'autres proposent de faire porter l'anastomose sur le bas sigmoïde plutôt que sur le rectum. Ces différentes variantes font encore l'objet de débats et d'évaluation dans la littérature.

### • Résultats de la chirurgie de la constipation de transit

La littérature rapporte surtout les résultats de la colectomie totale. Dans une revue

publiée par Knowles et al en 1999, la morbi-mortalité de l'intervention était loin d'être faible, amenant à bien peser les indications<sup>(2)</sup>. En terme de résultat fonctionnel, le risque médian de récurrence après ce type d'intervention est estimé à 9% (0-33%). Le risque de syndrome diarrhéique avec incontinence anale est de 14% (0-46%). Enfin, le risque d'occlusion intestinale post-opératoire (parfois itérative) est de 18% (2-71%), nécessitant une réintervention dans 4% des cas. En prenant en compte les défauts méthodologiques des études publiées, le taux de satisfaction après colectomie totale variait très largement, passant de 39 à 100 % parmi les 31 études de la revue qui reste la référence dans le domaine<sup>(2)</sup>. La mise en iléostomie définitive concernait plus de 10% des patients dans certaines publications.

### • Alternatives chirurgicales à la colectomie totale

Certaines équipes ont axé la prise en charge chirurgicale vers un geste plus limité, avec une colectomie plus « économe », segmentaire droite, gauche ou sigmoïdienne. Ces études manquent actuellement d'arguments précis et bien évaluables pour définir la topographie du trouble moteur du colon. Ces gestes exposent à un risque de récurrence plus important, mais limitent les effets secondaires d'une colectomie totale, polychésie avec diarrhée post-opératoire et éventuelle incontinence. D'autres auteurs ont, au contraire, proposé une stratégie plus agressive, en associant la résection rectale à la colectomie totale, notamment en cas de méga-rectum. Les résultats concernent peu de patients, ils sont difficiles d'interprétation. Cette option, prise dans des centres très spécialisés, peut néanmoins être retenue après échec de la colectomie totale et récurrence de la constipation<sup>(3)</sup>.

### • Les approches moins invasives : l'irrigation colique antérograde

Une approche moins invasive est celle des irrigations coliques antérogades selon les modalités mises initialement au point par Malone. Pour assurer une vacuité colique, la confection d'une mini-stomie sur le caecum selon différentes techniques permet tout en conservant le côlon, d'améliorer les constipations morbides surtout lorsqu'elles



s'accompagnent d'incontinence anale, ce qui représente une contre indication à la colectomie totale avec anastomose iléo-rectale.

Il s'agit d'une caecostomie utilisant l'appendice (Malone) ou un segment iléal interposé (Monty-Malone). Le patient cathétérise l'orifice avec une sonde et effectue des lavements antérogrades de façon quotidienne. Décrite également pour l'incontinence fécale, cette intervention peut être une alternative aux résections digestives. Elle a l'avantage d'être totalement réversible à l'inverse des précédentes. Les résultats restent cependant variables comme le montre une publication récente de notre équipe, avec une efficacité et un degré d'acceptation plus ou moins favorable en fonction des patients et de la cause de la constipation<sup>(4)</sup>. Récemment, la technique a évolué vers une agressivité moindre avec la réalisation de cet accès colique droit par coloscopie et mise en place percutanée – percoloscopique de la sonde d'irrigation. Cette nouvelle approche est en cours d'évaluation.

### Chirurgie de la constipation terminale

La constipation terminale correspond à une difficulté d'évacuation des matières (Obstructed defecation des auteurs anglo-saxons). Cette situation s'associe fréquemment à un trouble de la statique rectale ou pelvienne globale. La symptomatologie n'est pas toujours facile à faire préciser par le patient (femme 9 fois sur 10) qui avoue difficilement ses difficultés. Il faut néanmoins identifier des signes évocateurs de constipation terminale comme les efforts de poussées importants lors des exonérations, les manœuvres digitales d'aide à l'évacuation (endo-vaginales ou endo-anales), les pressions sur les ischions ou les positions particulières adoptées pour la défécation. L'examen clinique apprécie l'anatomie périnéale dans sa globalité, en statique et lors des efforts de poussée, dépiste un périnée descendant, identifie les troubles de la statique rectale (rectocèle, élytrocèle, prolapsus du rectum). L'examen des étages antérieurs urinaire et moyen gynécologique est également utile<sup>(1)</sup>.

#### • Eléments du bilan pré-opératoire

La constipation terminale, tout comme la constipation de transit, doit faire l'objet d'un bilan complet. Ce dernier est proposé après échec des traitements médicaux et de la rééducation. Les examens comprennent la manométrie anorectale, la défécographie dynamique (standard ou déféco-IRM), et un bilan uro-génital complet incluant un bilan urodynamique), éventuellement des explorations électro-physiologiques avec étude de la latence des nerfs pudendus<sup>(5)</sup>. Une fois le bilan clinique et paraclinique effectué, le geste opératoire peut être envisagé. Cette décision opératoire, au mieux multidisciplinaire, met en relation causale les signes fonctionnels et les anomalies anatomiques rencontrées. L'information délivrée aux patients doit, là encore, clairement faire part des incertitudes persistantes sur les résultats fonctionnels de la chirurgie, difficile à prédire avec certitude. Le retentissement sur les autres étages du pelvis doit être pris en compte dans le choix de la procédure (la correction d'une rectocèle peut décompenser par exemple une cystocèle, démasquer une incontinence urinaire).

#### • Chirurgie de correction de rectocèle

Seules les rectocèles symptomatiques (dyschésie ou tuméfaction vaginale) sont à prendre en charge sur le plan chirurgical<sup>(6)</sup>. Les interventions par voie basse utilisent soit l'approche transanale (intervention de Sullivan maintenant remplacée par les techniques d'agrafage trans-anales), soit l'approche transpérinéo-vaginale. L'abord trans-anal se fait à travers le canal anal, abordant la rectocèle par l'intérieur, sur son versant rectal. L'intervention restaure la paroi rectale antérieure par remise en tension de la musculature rectale et supprime l'excès de muqueuse rectale du prolapsus muqueux antérieur associé. A l'inverse, l'abord trans-périnéo-vaginal se fait sur le versant extra-luminal, vaginal et antérieur de la rectocèle. L'intervention est similaire dans son principe et ses buts, mais utilise des moyens différents. La restauration de conditions anatomiques normales au niveau du rectum et du périnée est obtenue par l'enfouissement de la hernie rectale, la réparation du fascia rectal rompu, la remise en tension de la sangle des muscles élévateurs de l'anus et la réparation du

centre tendineux du périnée. Cette réparation peut être faite de manière isolée, mais associe le plus souvent une suspension de la paroi postérieure du vagin au ligament sacro-épineux (opération de Richter).

Récemment, l'agrafage trans-anal (STARR et transtar) a été proposé. L'intervention, dérivée de l'intervention de Longo pour hémorroïdes, consiste à réséquer l'excès de paroi rectale de la rectocèle par deux agrafages successifs de la paroi antérieure et postérieure du rectum. Des résultats encourageants ont été publiés, mais ils exigent une sélection rigoureuse des patients et sont actuellement en compétition avec l'approche abdominale<sup>(7,8)</sup>.

L'approche par voie abdominale de la rectocèle est également possible. L'intervention par voie laparoscopique consiste à soutenir sans tension la face antérieure du rectum disséquée par une prothèse non résorbable fixée au promontoire lombo-sacré (« ventral rectopexy » de D'Horre)<sup>(9)</sup>. Il est à bien noter qu'il ne s'agit pas d'une rectopexie « classique » : la mobilisation complète du rectum est inutile et même dangereuse, accusée de faire apparaître ou aggraver une constipation. Une suspension vaginale antérieure avec éventuelle cure d'incontinence urinaire est possible dans le même temps opératoire.

#### Chirurgie de correction de procidence interne du rectum

La procidence interne du rectum est fréquemment associée à la rectocèle et participe aux difficultés d'exonération en créant un obstacle distal que le patient refoule parfois au doigt. Jusqu'alors, la rectopexie dans ses modalités classiques était récusée du fait de ses mauvais résultats. L'approche laparoscopique, décrite ci-dessus, avec une dissection limitée respectant l'innervation rectale semble avoir modifié la donne et mérite d'être utilisée, avec des chances raisonnables d'améliorer la constipation terminale<sup>(10)</sup>.

#### Avancées récentes

Récemment enfin, la neuromodulation des racines sacrées, largement développée dans la prise en charge de l'incontinence anale, s'est invitée dans le débat, pour traiter la constipation terminale, partant du principe qu'elle pouvait restaurer une synergie entre



la vidange de l'ampoule rectale et le fonctionnement sphinctérien. Sur le plan technique, elle ne diffère en rien de la neuromodulation pour incontinence. L'évaluation du caractère positif ou non du test est par contre plus aléatoire et l'effet placebo éventuel plus difficile à démasquer. Ceci se traduit dans les premiers résultats publiés,

assez hétérogènes et dont on ne connaît pas la pérennité dans le temps<sup>(1)</sup>. Au total, on retiendra qu'il existe une place pour la chirurgie dans la constipation tant de transit en cas d'inertie colique, que dans la constipation terminale lorsqu'elle s'associe à des troubles de la statique rectale (rectocèle, procidence interne du rectum).

Cette place est limitée, basée sur une sélection rigoureuse des patients qui doivent être informés des incertitudes existantes sur les risques et le résultat fonctionnel de ces traitements dont on essaie à l'heure actuelle de limiter l'agressivité (approche laparoscopique, approche trans-anales, neuromodulation, irrigation colique).

#### Remerciements

Le Dr François Rodat a été soutenu pour la réalisation de ce travail, par une bourse du Centre d'études et de recherche en chirurgie (CEREC) du bureau des associations du CHU de Nantes.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Lehur PA, Meurette G. Defaecation disorders. p. 105-13. Coloproctology - European Manual of Medicine. 2008, 1 vol. A Herold, Lehur PA, Matzel K, O'Connell (eds) Springer
- 2. Knowles C, Scott M, Lunniss PJ. Outcome of colectomy for slow transit constipation (review). Ann Surg 1999;230: 627-35
- 3. Gladman MA, Scott SM, Lunniss PJ, Williams NS. Systematic review of surgical options for idiopathic megarectum and megacolon. Ann Surg 2005;241:562-74
- 4. Meurette G, Lehur PA, Coron E, Regenet N. Long-term results of Malone's procedure with antegrade irrigation for severe chronic constipation. Gastroenterol Clin Biol 2010;34:209-12
- 5. Feyen BJ, Rao S. Functional disorders of defecation: evaluation and treatment. Curr Treat Options Gastroenterol. 2007;10:221-3
- 6. Meurette G, Avallone S, Lehur P-A. Traitement chirurgical des rectocèles. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales – Appareil digestif. 40-708, 2009
- 7. Lehur PA, Stuto A, Fantoli M, et al. Outcomes of stapled transanal rectal resection (STARR) vs. biofeedback in the treatment of outlet obstruction associated with rectal intussusception and rectocèle: A multi-center randomized controlled trial. Dis Colon Rectum 2008;51:1611-8
- 8. Meurette G, Lehur PA. Commentary: STARR and Transtar procedures. Colorectal Dis 2009;11:828-30
- 9. D'Hoore A, Cadoni R, Penninckx F. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. Br J Surg 2004; 91: 1500-5
- 10. Collinson R, Wijffels N, Cunningham C, Lindsey I. Laparoscopic ventral rectopexy for internal rectal prolapse: short-term functional results. Colorectal Dis 2010;12:97-104
- 11. Mowatt G, Glazener CMA, Jarrett M. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence and constipation in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3



**28 – 29 – 30 MARS 2012**

## > FACULTÉ DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

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

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

### PÉDAGOGIE DES NOUVELLES TECHNIQUES INTERVENTIONNELLES

#### Mercredi 28 mars 2012

Pédagogie des nouvelles techniques interventionnelles : approche stratégique de la problématique

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

#### Jeudi 29 mars 2012

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

#### Vendredi 30 mars 2012

- Evaluation des compétences
- Bilan et perspectives

Secrétariat scientifique > [brabischong@chu-clermontferrand.fr](mailto:brabischong@chu-clermontferrand.fr)

Secrétariat administratif > M&O 04 73 61 51 88 et [contact@agence-mo.com](mailto:contact@agence-mo.com)

[www.pedagogieclermont-ferrand.org](http://www.pedagogieclermont-ferrand.org)

# Simple Solutions Through a Single Incision

**MINI Arc™**  
Single-Incision Sling System

**elevate™**  
Apical & Posterior  
Prolapse Repair System

One Needle  
One Incision



One Needle  
One Incision

Total  
Transvaginal  
Approach

**AMS**  
Solutions for Life®



Jean-François HERMIEU

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



# Les manœuvres de soutènement sont-elles prédictives du résultat de la chirurgie de l'incontinence urinaire ?

Parmi les éléments pronostiques du succès de la mise en place d'une bandelette sous-urétrale, le défaut de soutien de l'urètre, évalué par exemple par les manœuvres de soutènement, est peu cité. Pourtant, sur le plan physiopathologique, la différenciation de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) par défaut de soutien de l'urètre, de l'IUE par insuffisance sphinctérienne paraît essentiel pour optimiser la prise en charge. De récentes publications amènent à penser que le paramètre fonction sphinctérienne évalué urodynamiquement ne peut être considéré isolément et que d'autres facteurs, lorsque la fonction sphinctérienne est défaillante, sont susceptibles d'intervenir.

C'est probablement le cas du défaut de soutien de l'urètre. Il reste cependant à standardiser les manœuvres de soutènement urétral et à réaliser des études spécifiques pour le démontrer.

Les précédentes recommandations françaises et européennes, tant urologiques que gynécologiques, ont établi que le traitement chirurgical de référence de l'incontinence urinaire féminine était aujourd'hui la mise en place d'une bandelette synthétique sous-urétrale (BSU)<sup>[1, 2]</sup>. Ces recommandations ont été basées sur plusieurs centaines de publications portant sur plusieurs milliers de patientes. Parmi ces publications, l'analyse des facteurs pronostiques de succès de la mise en place d'une BSU est un point essentiel. Une revue de la littérature publiée en 2006 dans *Pelvipérinéologie* a identifié qu'un âge élevé, une surcharge pondérale importante (BMI > 35), une incontinence urinaire mixte, un opérateur inexpérimenté, un geste chirurgical associé (cure de prolapsus), pouvaient avoir une influence sur le résultat ou la morbidité post-opératoire<sup>[3]</sup>. Ces données ont été confirmées en 2010 par une publication portant sur plus d'un millier de patientes<sup>[4]</sup>. D'autres auteurs ont retrouvé une différence de facteurs pronostiques entre voie rétropubienne et voie trans-obturatrice. Ainsi, par voie rétropubienne, une incontinence urinaire mixte ou l'existence de contractions non-inhibées du détrusor sont des éléments de mauvais pronostic alors que par voie trans-obturatrice, une pression de clôture de l'urètre inférieure à 20 cm d'eau paraît un élément péjoratif<sup>[5]</sup>.

Au milieu de centaines de publications, on est frappé par le peu de considération porté aux données de l'examen clinique. Alors

qu'en France, les manœuvres de soutènement de l'urètre ou du col vésical sont largement pratiquées et considérées comme un élément essentiel de la décision thérapeutique, peu de publications françaises ou internationales analysent ces tests qui demeurent très hexagonaux.

## BSU, mobilité urétrale et fonction sphinctérienne

Le diagnostic d'incontinence urinaire d'effort est un diagnostic clinique reposant sur l'interrogatoire. Sur le plan physiopathologique, il est important de différencier l'incontinence d'effort par défaut de soutien de l'urètre, pour laquelle la mise en place d'une bandelette sous-urétrale est un traitement logique, de l'incontinence urinaire d'effort par défaillance sphinctérienne de prise en charge beaucoup plus difficile. Cliniquement, il faut distinguer les incontinenances urinaires par hypermobilité urétrale des incontinenances urinaires à urètre peu mobile ou fixé, pour lesquelles l'implantation d'une BSU aboutira vraisemblablement à un échec. Plutôt que de s'appuyer sur les données de l'examen clinique, il paraît plus facile pour certains de prendre en considération les données du bilan urodynamique et en particulier la valeur de la pression de clôture de l'urètre. Une pression de clôture basse identifie un sphincter faible et serait prédictif d'un échec de la BSU. Il existe clairement un lien entre une mobilité cervico-urétrale faible et un sphincter défaillant. Un urètre fixé, conséquence de plusieurs interventions, est très



## Les manœuvres de soutènement sont-elles prédictives du résultat de la chirurgie de l'incontinence urinaire ?

souvent associé à une fonction sphinctérienne faible. Peu de publications analysent malheureusement ce lien.

### Les manœuvres de soutènement cervico-urétrales

La manœuvre de soutènement de l'urètre consiste à faire tousser la patiente pour rechercher une fuite urinaire puis à réitérer la toux en soutenant l'urètre moyen. Le test de toux en position debout, à 300 ml de remplissage vésical ou à la capacité vésicale si celle-ci est de moins de 300 ml, a une bonne reproductibilité. Lors de la répétition du test de toux chez 50 patientes, 90% avaient des tests similaires. Sur 35 femmes ayant un test initial positif, 32 avaient un test final positif. 15 femmes ayant un test initial négatif avaient un test final également négatif. Ce test à la toux avait une sensibilité de 98% et une spécificité de 100% pour le diagnostic d'incontinence urinaire d'effort, soit de meilleures caractéristiques que les tests à la toux réalisés lors du bilan urodynamique (Se 91%, Sp 100%).<sup>[6, 7]</sup>

#### Comment analyser le défaut de soutien de l'urètre ?

L'analyse clinique du défaut de soutien de l'urètre est plus délicate. Faut-il l'apprécier visuellement, par le Qtip test ou par des manœuvres de soutènement de l'urètre ?

Le Qtip test consiste à placer un coton tige stérile, lubrifié à la Xylocaïne gel, à 3-4 cm du méat urétral. L'angle que fait le coton tige avec l'horizontal est noté au repos, à la toux et lors de la manœuvre de Valsalva. Le test est considéré comme positif lorsque la variation de l'angle est supérieure à 30°. Ce test est simple, peu coûteux et reproductible. Il comporte peu de variations intra et inter-individuelles. Il présente par contre des difficultés de standardisation et est peu concordant pour des valeurs moyennes (21 à 49%) justement dans les valeurs où le test est utile au diagnostic. Il a aussi l'inconvénient de mesurer l'ensemble de la mobilité du massif cervico-urétral alors que l'on souhaite évaluer plutôt le défaut de soutien de l'urètre moyen. Ce test paraît de peu d'utilité comme élément prédictif du résultat

de la mise en place d'une BSU. Klutke ne retrouve pas de différence de Qtip test avant et après TVT (42,75° versus 31,75°). 12 sur 17 patientes ayant subi la mise en place d'un TVT, conservent un Qtip test positif alors que 11 sont guéries de leur incontinence<sup>[8]</sup>. Atherton ne retrouve pas de différence de mobilité du col vésical après TVT<sup>[9]</sup>. On ne peut considérer que le manque d'hypermobilité urétrale au Qtip test est un facteur d'échec de la mise en place d'une BSU<sup>[10]</sup>.

Plusieurs manœuvres de soutènement cervico-urétrales ont été décrites. La plus ancienne est celle décrite par Bonney, consistant à placer l'index et le majeur de chaque côté de l'urètre proximal puis à pousser les culs de sac paravaginaux antérieurs contre la symphyse pubienne afin de repositionner le col vésical et l'urètre proximal dans l'enceinte de pression abdominale décrite par Enhorning. Cette manœuvre a pour but de repositionner le col vésical et l'urètre proximal tel que le réalise de manière durable l'intervention de Burch. En vue endoscopique, ce test provoque la fermeture concentrique du col vésical associée à une élévation et une fermeture de l'urètre proximal. En urodynamique, il provoque une élévation de la pression de clôture de l'urètre (25 à 100 cm d'eau) et du taux de transmission des pressions (de 64 à 152%)<sup>[11]</sup>. Ce test est cependant de standardisation difficile tant par le niveau où sont positionnés les doigts que par l'intensité de compression qui est appliquée. La manœuvre de soutènement de l'urètre moyen a été décrite par Jacquetin à la suite de la description du TVT<sup>[12]</sup>. Comme le TVT, elle a pour but de corriger le défaut de soutien de l'urètre moyen. Il paraît évident que la positivité de cette manœuvre est un élément déterminant du succès de la mise en place d'une BSU. Jacquetin indique ainsi « Lorsque votre test de Bonney est négatif ou peu probant, essayez (prenez 2 cotons tige) une pression modeste de part et d'autre de l'urètre à 1 cm du méat urétral ». Les conséquences endoscopiques et urodynamiques de cette manœuvre n'ont pas été étudiées. Comme la manœuvre de Bonney, ce test est indiscutablement de standardisation difficile tant par le lieu où il est effectué et par la pression qui est exercée.

#### Faut-il exercer la manœuvre de soutien de l'urètre au niveau de l'urètre proximal et du col vésical ou plutôt au niveau de l'urètre moyen ?

Aucune étude ne permet de répondre à cette question. On peut pourtant y répondre indirectement à partir de l'analyse des résultats d'interventions type TVT, en fonction du positionnement de la bandelette visualisée en échographie. Ainsi, chez les patientes continentales après TVT, la bandelette était positionnée au niveau de l'urètre moyen alors que chez les patientes présentant une incontinence d'effort résiduelle, la bandelette était positionnée soit de manière trop proximale soit trop distale<sup>[13]</sup>. Ces données ont été confirmées par Kociszewski<sup>[14]</sup>. Lorsque que la bandelette était placée entre 50 et 80% de la longueur urétrale le taux de succès était de 91% contre 36% si la bandelette était placée entre 0 et 49% ou 81 et 100% de la longueur urétrale. Ainsi, il semble que le succès de l'intervention soit lié à un soutien de l'urètre moyen. Il paraît donc logique d'effectuer la manœuvre test de soutien de l'urètre à ce même niveau.

#### Insuffisance sphinctérienne, mobilité urétrale et résultats des BSU

De très nombreux travaux portent sur la valeur pronostique de l'insuffisance sphinctérienne sur le résultat de la chirurgie de l'incontinence d'effort féminine. Ces travaux se réfèrent à d'anciennes publications avant l'ère des bandelettes sous-urétrales. Il était établi qu'une valeur de pression de clôture maximale de l'urètre (PCMU) faible était un facteur majeur d'échec des colposuspensions faisant préférer la mise en place d'une fronde sous-cervicale, certes plus dysuriante mais plus efficace. De nombreuses publications rapportant de bons résultats des BSU, y compris dans la population des patientes ayant une insuffisance sphinctérienne, ont fait voler en éclats ce principe.

Il faut rappeler que l'évaluation urodynamique de la fonction sphinctérienne est difficile. Entre partisans de la PCMU et du VLPP, le débat n'est pas tranché. Quelle que soit la méthode utilisée, les mesures sont



déliçates, dépendantes de la compétence du laboratoire d'urodynamique, source d'artefacts nombreux et de reproductibilité variable. Se pose aussi la question de la définition de l'insuffisance sphinctérienne : VLPP inférieur 60 cm d'eau, PCMU < 20 ou 30 cm d'eau.

La discordance de point de vue entre fonction sphinctérienne et bandelettes sous-urétrales apparaît clairement dans la littérature. En 2002, Fritel indique que la valeur de la PCMU n'a pas d'incidence sur le résultat du TVT<sup>[15]</sup>. Ces données sont confirmées par Bai<sup>[16]</sup> et par Meschia<sup>[17]</sup> bien que l'on puisse discuter la série de Meschia qui prend comme valeur limite de la pcmu 60 cm d'eau. D'autres auteurs ont retrouvé les mêmes résultats avec le TOT<sup>[18, 19]</sup> et le TVT-O<sup>[20]</sup>. De manière contradictoire, Kulseng-Hansen signale dès 2001 qu'une PCMU inférieure à 20 cm d'eau est un facteur d'échec du TVT<sup>[21]</sup>. Rezapour rapporte un taux de succès du TVT supérieur à 90% si la PCMU est supérieure à 20 cm d'eau contre 74% en dessous de ce chiffre<sup>[22]</sup>. Si l'on utilise le VLPP pour définir l'insuffisance sphinctérienne, on retrouve aussi ces données contradictoires que l'on considère le TVT (taux de succès de 93,1% si le VLPP est supérieur à 60 cm d'eau contre 82% si le VLPP est inférieur à 60 cm d'eau)<sup>[23]</sup> ou le TOT (taux de succès de 95,8% si le VLPP est supérieur à 60 cm d'eau contre 54,5% si le VLPP est inférieur à 60 cm d'eau)<sup>[24]</sup>.

Ces discordances montrent bien que le paramètre fonction sphinctérienne ne peut être pris isolément et que d'autres facteurs, lorsque la fonction sphinctérienne est défaillante, sont susceptibles d'intervenir.

Clemons, en 2007, signale qu'une pression de clôture de l'urètre inférieure à 20 cm d'eau conduit à un taux de guérison plus faible après TVT, mais ce critère est à la limite de la significativité statistique<sup>[25]</sup>. Par contre, si l'on considère à la fois une PCMU basse et une faible mobilité de l'urètre, la différence en terme de guérison devient hautement statistiquement significative. Les conclusions de Clemons, portant malheureusement sur une petite série, ont été confirmées par Meschia dans une série de plus de 300 patientes<sup>[17]</sup>. En

2010, Haliloglu, dans une série prospective de 65 patientes, a comparé 3 groupes. Le premier était constitué de patientes présentant une insuffisance sphinctérienne (définie par un VLPP inférieur à 60 cm d'eau) et une hypermobilité urétrale (définie par un Qtip test supérieur à 30°). Le deuxième groupe était constitué de patientes présentant une insuffisance sphinctérienne et un urètre fixé, et le troisième de patientes présentant une hypermobilité urétrale sans insuffisance sphinctérienne. Le taux de succès de la mise en place d'un TOT était identique dans les groupes I et III (96%) contre 66% dans le groupe II. Il apparaît donc clairement qu'à fonction sphinctérienne équivalente, la mobilité urétrale est l'élément déterminant et qu'il n'est pas licite de récuser l'indication d'une BSU sur la seule valeur sphinctérienne<sup>[26]</sup>.

Ces travaux (re)donnent une valeur indiscutable à l'examen clinique et à l'évaluation du défaut de soutien de l'urètre apprécié, par exemple, par les manœuvres de soutènement de l'urètre moyen.

Ces données cliniques avaient été pressenties en 2004 dans un travail préliminaire de Calestroupat qui, sur une série de 244 patientes opérées d'un TVT, rapportait un taux de succès de 96,2% si les manœuvres de Bonney et de soutènement de l'urètre moyen étaient positives, 78,3% si la manœuvre de Bonney était négative et de soutènement de l'urètre moyen positive et 33,3% si les deux manœuvres étaient négatives<sup>[27]</sup>.

### **Mais peut-on aller encore plus loin dans l'intérêt des manœuvres de soutènement de l'urètre ?**

Alors que le TVT a conduit aux résultats que l'on connaît permettant de détrôner en quelques mois l'intervention de Burch, son développement s'est vu freiné par les bandelettes mises par voie trans-obturatrice conduisant à un taux de succès identique mais avec une morbidité moindre. Mais le positionnement horizontal trans-obturateur est-il adapté à toutes les patientes ? Dès 2006, Miller fait état de résultats moins bons du TOT lorsque la pression de clôture est faible<sup>[28]</sup>. L'explication avancée à cette

différence est que le positionnement de la bandelette rétro-pubienne est vertical contre horizontal dans la voie trans-obturatrice. Ce positionnement vertical serait probablement plus dysuriant et probablement plus adapté lorsque la fonction sphinctérienne et la mobilité urétrale sont faibles. Jeon confirme cette donnée dans une série rétrospective de 253 patientes. En cas d'insuffisance sphinctérienne (définie par une PCMU inférieure à 20 cm d'eau et/ou un VLPP inférieur à 60 cm d'eau), le risque d'échec d'un TOT est 4,6 fois plus élevé qu'une voie rétro-pubienne<sup>[29]</sup>. L'étude prospective de Schierlitz va dans le même sens indiquant, pour des patientes ayant une insuffisance sphinctérienne, un taux d'incontinence résiduelle après TVT de 21% et un taux de réintervention de 1 pour 16 contre 45% et 1 pour 6 pour le TOT<sup>[30]</sup>.

Données encore confirmées plus récemment par Houwert et Gundorkuk<sup>[5, 31]</sup>



### **CONCLUSION**

Alors que de nombreux facteurs pronostiques de succès ou d'échec des BSU ont été décrits, la valeur de la mobilité urétrale a fait l'objet de peu d'études. Pourtant, des données indirectes laissent à penser que l'évaluation du défaut de soutien de l'urètre est un paramètre essentiel d'analyse du succès de la BSU.

Ainsi, la fonction sphinctérienne évaluée par la pcmu ou le VLPP ne paraît pas déterminante et à valeur sphinctérienne faible, la persistance d'une mobilité urétrale demeure un paramètre de succès de l'intervention.

Il reste à réaliser des études spécifiques sur la valeur prédictive des manœuvres de soutènement de l'urètre après avoir tenté de les standardiser.



## Les manœuvres de soutènement sont-elles prédictives du résultat de la chirurgie de l'incontinence urinaire ?

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Debodinance P, Hermieu JFLucot JP. Traitement chirurgical de première intention de l'incontinence urinaire d'effort de la femme. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2009; 38S182-S200.
- 2. Hermieu JFDebodinance P. [Guidelines for the surgical treatment of female urinary stress incontinence in women using the suburethral sling]. *Prog Urol* 20 Suppl 2S112-31.
- 3. Muller M, Koebele A, Delplancque K, Abel F, Routiot T, Darnaut T, et al. Facteurs pronostiques de la prise en charge chirurgicale de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) par bandelette sous-urétrale libre. *Pelv Perineol* 2006; 1(2): 141-149.
- 4. Stav K, Dwyer PL, Rosamilia A, Schierlitz L, Lim YNLee J. Risk factors of treatment failure of midurethral sling procedures for women with urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 21(2): 149-55.
- 5. Houwert RM, Venema PL, Aquarius AE, Bruinse HW, Roovers JPVerst HA. Risk factors for failure of retropubic and transobturador midurethral slings. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201(2): 202 e1-8.
- 6. Swift SEOstergard DR. Evaluation of current urodynamic testing methods in the diagnosis of genuine stress incontinence. *Obstet Gynecol* 1995; 86(1): 85-91.
- 7. Swift SEYoon EA. Test-retest reliability of the cough stress test in the evaluation of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1999; 94(1): 99-102.
- 8. Klutke JJ, Carlin BIKlutke CG. The tension-free vaginal tape procedure: correction of stress incontinence with minimal alteration in proximal urethral mobility. *Urology* 2000; 55(4): 512-4.
- 9. Atherton MJStanton SL. A comparison of bladder neck movement and elevation after tension-free vaginal tape and colposuspension. *BJOG* 2000; 107(11): 1366-70.
- 10. Paick JS, Cho MC, Oh SJ, Kim SWKu JH. Is proximal urethral mobility important for transobturador tape procedure in management of female patients with stress urinary incontinence? *Urology* 2007; 70(2): 246-50; discussion 250-1.
- 11. Miyazaki FS. The Bonney test: a reassessment. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177(6): 1322-8; discussion 1328-9.
- 12. Jacquetin B. [Can a very simple test justify using a new intervention in stress urinary incontinence? The Ulmsten prosthetic suburethral support]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1998; 27(2): 215-6.
- 13. Flock F, Reich AREister F. Evaluation of the tension free vaginal tape by ultrasound. *int Urogynecol J* 2005; 16(Suppl 2)S52.
- 14. Kociszewski J, Rautenberg O, Perucchini D, Eberhard J, Geissbuhler V, Hilgers R, et al. Tape functionality: sonographic tape characteristics and outcome after TVT incontinence surgery. *Neurourol Urodyn* 2008; 27(6): 485-90.
- 15. Fritel X, Zabak K, Pigne A, Demaria FBenifla JL. Predictive value of urethral mobility before suburethral tape procedure for urinary stress incontinence in women. *J Urol* 2002; 168(6): 2472-5.
- 16. Bai SW, Jung YH, Jeon MJ, Jung da J, Kim SKKim JW. Treatment outcome of tension-free vaginal tape in stress urinary incontinence: comparison of intrinsic sphincter deficiency and nonintrinsic sphincter deficiency patients. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18(12): 1431-4.
- 17. Meschia M, Pifarotti P, Gattei UBertozzi R. Tension-free vaginal tape: analysis of risk factors for failures. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18(4): 419-22.
- 18. Anast JW, Skolarus TA, Yan YKlutke CG. Transobturador sling with intraoperative cough test is effective for patients with low Valsalva leak point pressure. *Can J Urol* 2008; 15(4): 4153-7.
- 19. Romancik M, Lutter I, Goncalves F, Pechan J, Obsitnik M, Weibl P, et al. Valsalva leak point pressure predicts outcome after transobturador suburethral tape implantation--fact or fiction? *Bratisl Lek Listy* 2006; 107(11-12): 426-9.
- 20. Chen HY, Yeh LS, Chang WCHO M. Analysis of risk factors associated with surgical failure of inside-out transobturador vaginal tape for treating urodynamic stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18(4): 443-7.
- 21. Kulseng-Hanssen S. Success rate of TVT operation in patients with low urethral pressure. *Neurourol Urodyn* 2001; 20417.
- 22. Rezapour MUMsten U. Tension-Free vaginal tape (TVT) in women with mixed urinary incontinence--a long-term follow-up. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001; 12 Suppl 2S15-18.
- 23. Paick JS, Ku JH, Shin JW, Son H, Oh SJKim SW. Tension-free vaginal tape procedure for urinary incontinence with low Valsalva leak point pressure. *J Urol* 2004; 172(4 Pt 1): 1370-3.
- 24. Guerette NL, Bena JFDavila GW. Transobturador slings for stress incontinence: using urodynamic parameters to predict outcomes. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19(1): 97-102.
- 25. Clemons JLLaSala CA. The tension-free vaginal tape in women with a non-hypermobility urethra and low maximum urethral closure pressure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18(7): 727-32.
- 26. Haliloglu B, Karateke A, Coksuer H, Peker HCam C. The role of urethral hypermobility and intrinsic sphincteric deficiency on the outcome of transobturador tape procedure: a prospective study with 2-year follow-up. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 21(2): 173-8.
- 27. Calestroupat JP, Triopon G, Soustelle L, Wagner L, Ben Naoum KB, M.Costa P. Traitement de l'incontinence urinaire d'effort féminine par TVT : valeur prédictive de l'examen clinique. *Prog Urol* 2004; 14(5 Suppl): 28A.
- 28. Miller JJ, Botros SM, Akl MN, Aschkenazi SO, Beaumont JL, Goldberg RP, et al. Is transobturador tape as effective as tension-free vaginal tape in patients with borderline maximum urethral closure pressure? *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195(6): 1799-804.
- 29. Jeon MJ, Jung HJ, Chung SM, Kim SKBai SW. Comparison of the treatment outcome of pubovaginal sling, tension-free vaginal tape, and transobturador tape for stress urinary incontinence with intrinsic sphincter deficiency. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199(1): 76 e1-4.
- 30. Schierlitz L, Dwyer PL, Rosamilia A, Murray C, Thomas E, De Souza A, et al. Effectiveness of tension-free vaginal tape compared with transobturador tape in women with stress urinary incontinence and intrinsic sphincter deficiency: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008; 112(6): 1253-61.
- 31. Gungorduk K, Celebi I, Ark C, Celikkol OYildirim G. Which type of mid-urethral sling procedure should be chosen for treatment of stress urinary incontinence with intrinsic sphincter deficiency? Tension-free vaginal tape or transobturador tape. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88(8): 920-6.

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



WCE 2011  
TOWARDS  
EXCELLENCE

Montpellier  
France

11<sup>th</sup> World Congress  
on  
Endometriosis  
4-7 September 2011



se tiendra à Montpellier du 4 au 7 septembre 2011

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

\*1 Thursday 8 September POST CONGRESS : Research day

## SESSION SCGP - DIMANCHE 4 SEPTEMBRE 2011

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

### 14:00 Conférences - Mises au point

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

### 16:00 Communications libres

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

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

### 18:00 Opening ceremony WES 2011

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

AVANT LE 31/5/2011

► CONGRÈS (LUNDI, MARDI, MERCREDI) : ~~490€~~ 400€ PRÉ-CONGRÈS (DIMANCHE) ~~170€~~ 100€

APRÈS LE 31/5/2011

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

INSCRIPTIONS SUR PLACE

► CONGRÈS (LUNDI, MARDI, MERCREDI) : ~~630€~~ 550€ PRÉ-CONGRÈS (DIMANCHE) ~~220€~~ 200€

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



# NovaSure® ?

## Hystérectomie ? Hormones ? Que choisir ?

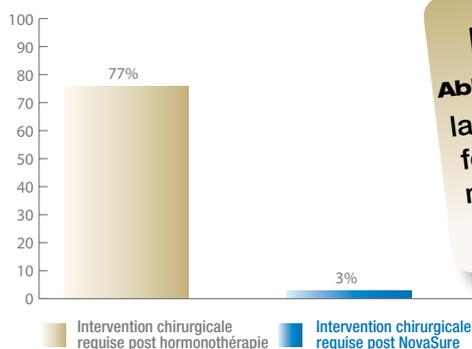
### Thérapie hormonale

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>

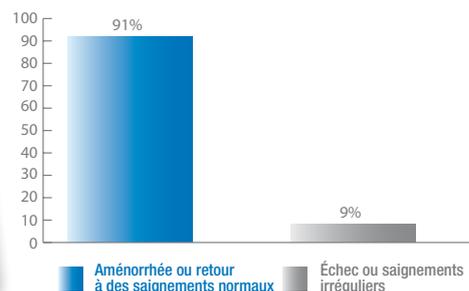


**NovaSure®**  
Ablation de l'Endomètre :  
la solution préférée des  
femmes dans le traite-  
ment des ménorragies  
fonctionnelles.

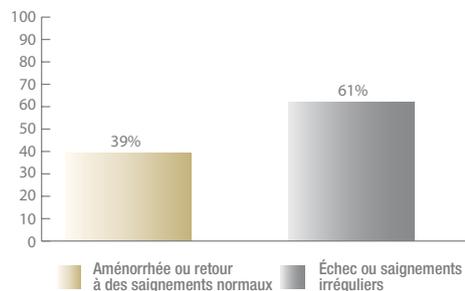
### DIU Hormonaux

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>

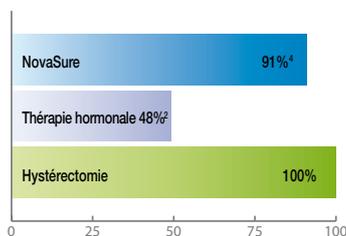
### NovaSure®



### DIU HORMONAUX



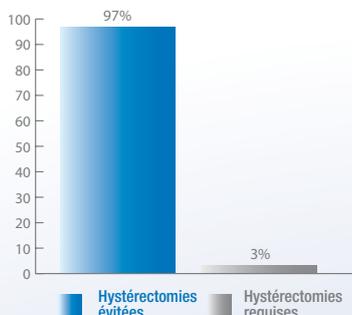
**Taux d'efficacité**  
(réduction des saignements à un niveau normal ou moindre<sup>4</sup>).



#### 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



# La procédure Essure® le contrôle à trois mois : une étape incontournable

La contraception féminine définitive est autorisée en France depuis la loi du 4 juillet 2001.

Jusqu'à cette date, elle était interdite et considérée comme un acte illicite, acte assimilé à une mutilation volontaire tombant, sur le plan juridique, sous le coup de l'article 309 du code pénal (coups et blessures volontaires).

La simplicité, l'efficacité et la rapidité de la méthode Essure® en font aujourd'hui la procédure de choix dans la réalisation de la contraception féminine définitive.

**L**e 31 octobre 2007, la Haute Autorité de Santé élargit les indications de pose d'Essure® : la HAS reconnaît la technique Essure® comme une méthode de contraception définitive pouvant être proposée à toute femme majeure n'ayant plus de désir de maternité.

Depuis l'arrêté de l'UNCAM du 26 mai 2010, applicable à partir du 1er octobre 2010, avant 40 ans, Essure® est réservé aux femmes ayant des contre-indications majeures aux contraceptions hormonales ou dispositifs intra-utérins et ayant des pathologies contre-indiquant la grossesse.

A ce jour, dans le monde, plus de 450 000 femmes ont bénéficié de la méthode Essure®. En France, depuis le premier cas en 2002, 70 000 femmes ont eu recours à cette procédure. Il n'existe pas de cas de grossesse connu dû à un échec des implants.

Cette efficacité est la résultante de plusieurs facteurs :

- La formation des chirurgiens, mise en place par la société Conceptus (Plus de 1000 chirurgiens formés en France).
- La création de centres d'excellence qui font référence pour la technique et qui contribuent au perfectionnement des opérateurs.
- Des protocoles de pose et de contrôle qui sont clairement définis et qui doivent être appliqués en toute rigueur.

Le respect strict des protocoles de pose et de contrôle est le garant de l'efficacité de la méthode.

Le contrôle à 3 mois est l'étape finale et essentielle de la procédure.

post-opératoire à trois mois, une contraception doit être maintenue ou instaurée durant ces 3 mois. Ce contrôle est une étape obligatoire et essentielle de la procédure. La pose doit être réalisée dans la première partie de cycle (idéalement entre le 5<sup>ème</sup> et 10<sup>ème</sup> jour), un test de grossesse est recommandé la veille ou le jour de la pose.

L'analyse des grossesses, rapportées dans le *Journal of Minimally Invasive Gynecology* (2007) 14,271-274 « a summary of reported pregnancies after hysteroscopic sterilisation » <sup>(1)</sup> montre qu'elles sont dues, dans 75% des cas, à la méconnaissance ou au non respect du protocole de pose, à l'absence ou à la mauvaise interprétation du contrôle à trois mois.

**Dans notre expérience (déc. 2003 - oct. 2010), sur 1200 cas, nous avons recensé six grossesses :**

- 1 cas : non respect du protocole, pose en phase lutéale, sans test de grossesse la veille de la pose.
- 1 cas : mauvaise interprétation de l'ASP.
- 1 cas : échec de pose bilatérale où l'HSG montrait une obturation tubaire bilatérale.
- 3 cas : pas de contrôle à 3 mois.

A ce jour, le seul contrôle validé en Europe (Norme CE) est l'ASP centré sur le pelvis, l'HSG venant en complément s'il y a le moindre doute quant à la position des implants et par conséquence, sur l'obturation tubaire.

Aux USA, en Australie, en Nouvelle Zélande, pays où s'est développée cette méthode, seule l'HSG fait loi.

Nous n'envisagerons, dans la stricte application du protocole officiel, que le contrôle

**La méthode validée de contrôle à 3 mois : l'asp**

**L'importance du contrôle à 3 mois**

La procédure Essure® nécessite un contrôle



## La procédure Essure® le contrôle à trois mois : une étape incontournable

par ASP et par HSG quand celle-ci est jugée nécessaire.

### L'importance du compte-rendu opératoire

Tout d'abord, l'ASP doit toujours être interprété par l'opérateur et confronté systématiquement au compte-rendu opératoire.

Ce CRO doit contenir tous les renseignements susceptibles d'aider à l'interprétation de l'ASP.

Il doit mentionner les difficultés rencontrées : mauvaise visibilité, cathétérisme tubaire difficile, malformation utérine et peut être aussi la « mauvaise impression » (suspicion de perforation). Doivent également y figurer le nombre de spires visibles dans la cavité utérine, la position de l'extrémité proximale de l'axe central et la position des fibres de polyéthylène par rapport à l'orifice tubaire ainsi que le temps opératoire.

Une durée d'intervention supérieure à 15 minutes laisse supposer des difficultés à la mise en place. Elle est souvent prémonitrice d'échec avec une lecture de l'ASP difficile.

La douleur excessive lors de la pose ou une douleur qui persiste doit toujours être prise en compte, elle est le plus souvent signe de migration ou de perforation.

### Proposition d'une ordonnance type pour la réalisation de l'asp

Contrôle à 3 mois de la procédure Essure®  
Objectif : vérifier le positionnement des implants tubaires Essure®

CRO : - Les difficultés rencontrées, nombre de spires visibles, position de l'axe central et des fibres de polyéthylène.

ASP : - En position couchée  
- Centré sur le bassin et diaphragmé,

si possible perpendiculaire au plan.

- Sur film argentique, échelle 1/1
- Indiquer la distance entre les 2 parties proximales des implants (inférieure ou égale à 4 cm)
- Si nécessaire  $\frac{3}{4}$  ou profil pour visualiser les 4 marqueurs de chaque implant.
- Si angulation du tube ou rotation de la patiente le signaler sur le compte-rendu.

**La lecture de l'ASP « Il ne se regarde pas entre deux portes à la clarté d'une fenêtre ».**

#### - Aspect des implants

4 repères sont identifiables sur l'ASP. Trois repères solidaires en quelque sorte car situés sur l'axe central et un quatrième repère « le 4<sup>ème</sup> repère du Dr Veersema »<sup>(2)</sup> qui semble indépendant et qui est le repère proximal des spires externes visibles dans la cavité utérine.

#### Examen de l'ASP

La représentation plane d'une image spatiale en fait la difficulté d'interprétation. Nous avons sélectionné les aspects les plus fréquemment observés lors des contrôles. La reconstitution en images 3D de ces différents aspects<sup>(3)</sup> aide à la compréhension de la variété de configuration des implants.

La position et la forme des implants sur l'ASP sont fonction de la position et de la forme de l'utérus. Il peut être antéversé, rétroversé, intermédiaire. Il peut être dévié, sa forme modifiée par un fibrome ou par la pathologie d'un organe voisin (kyste de l'ovaire). Il peut s'agir d'un utérus malformé (bicorne, unicorne, cloisonné). Dans ces cas la position des implants en sera modifiée. Avec un utérus rétroversé les implants

#### UTÉRUS ANTÉVERSÉ



#### UTÉRUS RÉTROVERSÉ



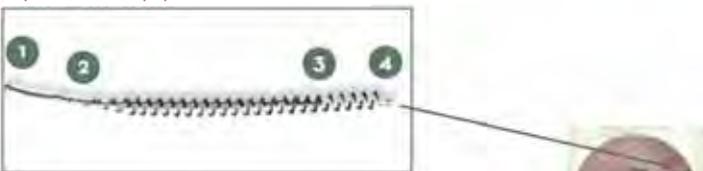
apparaissent symétriques, les 4 repères sont visibles et les implants ont une forme caractéristique avec une concavité tournée vers le haut.

Sur un utérus antéversé la concavité sera tournée vers le bas.

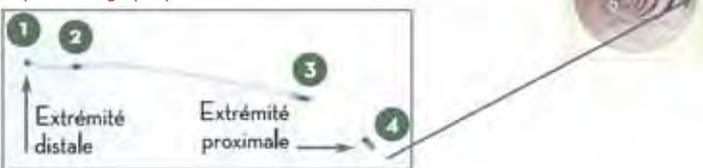
Dans une position intermédiaire les implants seront rectilignes.

Lorsque la position de l'utérus est modifiée,

#### Aspect macroscopique



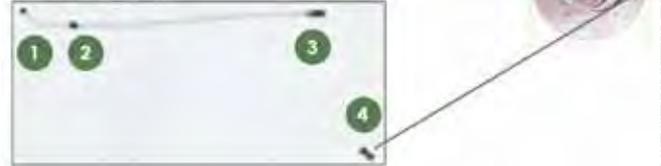
#### Aspect radiographique



#### Aspect macroscopique



#### Aspect radiographique





par exemple, par la présence d'un volumineux kyste de l'ovaire, les 4 repères, la symétrie, l'écartement des implants sont difficilement interprétables. L'HSG est ici indispensable.

Avec un utérus malformé, par exemple un utérus bicorne ou cloisonné, les 4 repères, la symétrie, l'écartement ne sont plus fiables pour juger de la bonne position des implants. Une HSG est également nécessaire.

Le stérilet laissé en place permet de vérifier ces hypothèses

#### 4 critères doivent être vérifiés sur l'ASP :

- La présence des 2 implants : les 2 implants doivent être visibles
- La symétrie de forme : les implants doivent avoir une forme similaire
- La distance entre les 2 parties proximales des implants : elle doit être inférieure à la longueur de l'implant (inférieure ou égale à 4 cm)
- L'alignement des 4 marqueurs<sup>(1,2,3,4)</sup> : l'implant est composé de 4 marqueurs radio-opaques qui suivent une courbe et sont alignés. L'étude de la position des 4 repères des 2 implants doit être minutieuse : l'alignement des repères, leur divergence, leur forme ainsi que la position du repère proximal des spirales externes (4<sup>ème</sup> repère) par rapport aux 3 autres repères. Ce 4<sup>ème</sup> repère est essentiel pour la lecture de l'ASP. Lorsque ce quatrième repère est situé en dehors de l'axe des trois autres, la probabilité d'observer une perforation est importante. Ainsi cette absence de linéarité des quatre marqueurs impose de faire une HSG.

Ces quelques clichés illustrent bien la diversité des formes que peuvent avoir les implants sur l'ASP, le stérilet laissé en place lors de la pose permet de déduire la position de l'utérus et par là même de confirmer la bonne position des implants.

*Remarque : La pose avec le dispositif intra utérin en place est possible avec un peu d'expérience (AAGL 2010), même si elle n'est pas recommandée par Conceptus.*



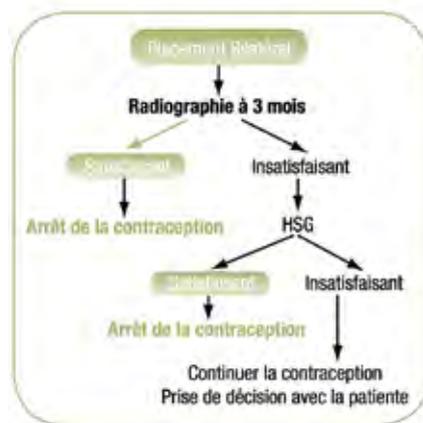
## Cas particuliers pour lesquels une hsg est nécessaire

### PROPOSITION D'UNE ORDONNANCE TYPE POUR LA REALISATION DE L'ASP

Contrôle à 3 mois de la procédure Essure®  
Objectif : vérifier l'obturation tubaire après pose d'implants Essure®

- CRO : - Les difficultés rencontrées, nombre de spires visibles, position de l'axe central et des fibres de polyéthylène.
- HSG : - Contrôle de l'obturation tubaire.
- Sur film argentique.
  - Prendre au moins six clichés pour évaluer le site d'implantation des dispositifs et tubaire (clichés de réplétion, 2 obliques, un profil)
  - Si nécessaire agrandissement des cornes utérines.

### POSE BILATÉRALE



Il faut toujours, dans un premier temps, confronter l'ASP et le CRO.

Quand faut-il demander une hystérosalpingographie ?

- Lorsque le nombre de spires visibles dans la cavité utérine n'est pas conforme : même si aucune corrélation n'a été retrouvée entre le nombre de spires visibles dans la cavité utérine et le risque de perméabilité tubaire<sup>(4)</sup>, il est recommandé d'avoir recours à une HSG quand aucune spire n'est visible dans la cavité utérine, quand il y a plus de 8 spires visibles, quand les fibres de polyéthylène sont visibles.

ASP



HSG



Dans ces deux derniers cas, le risque d'expulsion est important, l'ASP en première intention peut éviter l'HSG en révélant l'expulsion d'un des implants et une deuxième tentative peut être envisagée.

- Lorsque le CRO mentionne des difficultés de pose : mauvaise visibilité, difficulté de cathétérisme, difficulté de repérage des ostia, impression de trajectoire rectiligne après résistance à la cathétérisation (le plus souvent signe de perforation), douleur excessive, temps de pose supérieur à 15 minutes.

ASP



HSG





## La procédure Essure® le contrôle à trois mois : une étape incontournable

**CRO : - Défilé cervical normal, ostium bien visible à droite, masqué à gauche. - Mise en place des implants dans les ostia droit et gauche. 4 spires à gauche, 3 spires à droite. - Difficulté de cathétérisme à gauche.**

Sans le CRO, on pouvait considérer que l'ASP était satisfaisant et valider le contrôle, alors que l'HSG montre une perforation au niveau de la trompe et que celle-ci est perméable.

- Dans les cas de malformations utérines : utérus bicorne, utérus cloisonné.

En effet, dans ces différentes malformations il est difficile de retrouver les critères radiographiques de pose correcte : symétrie, écartement, alignement des repères, position du quatrième repère...

Sur l'ASP, on peut ne pas retrouver tous les critères d'une pose correcte, alors que le CRO n'indique aucune difficulté.



ASP : Utérus cloisonné antéversé, les implants ont une concavité tournée vers le bas.



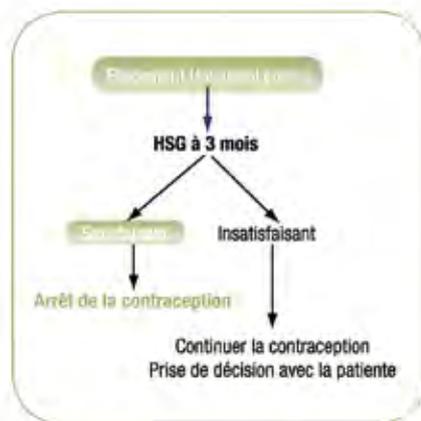
HSG : Lors de l'HSG, on tire sue le col, l'utérus change de position et les implants de forme.

**CRO : - Utérus cloisonné, - Difficulté à cathétériser les trompes, - Cornes étroites.**

*De déc. 2003 à déc. 2004, la première année de notre expérience, nous avons effectué 101 poses. Il a été réalisé 23 HSG : 14 dans des cas de pose bilatérale essentiellement pour un nombre de spires inadéquat, 5 pour des poses unilatérales, 3 pour trompe unique, 1 pour des difficultés opératoires.*

Dans les échecs de pose, le consensus actuel est d'effectuer une deuxième tentative et en cas de nouvel échec, en accord avec la patiente, de réaliser une cœlio LT ou de proposer un autre type de contraception en cas de refus de la coelioscopie. Pour la même période, déc. 2003 à déc. 2004, dans 5 cas d'échecs de pose (bilatérale ou unilatérale), la 2ème tentative a été couronnée de succès. De déc. 2003 à déc. 2009, sur 1097 cas, 119 HSG ont été demandées soit dans 10.84% des cas.

### POSE UNILATERALE



Quand faut-il demander une hystérosalpingographie ?

- Antécédent connu de salpingectomie :

Il est indispensable de disposer du CRO. Si l'on ne dispose pas du CRO, il est nécessaire de réaliser une HSG avant la pose.

L'ostium du côté de la salpingectomie est toujours visible en hystérocopie, rares sont en effet les résections cornuales lors de salpingectomie pour GEU, salpingite ou hydrosalpinx.

La pose du côté de la salpingectomie

expose à la perforation ou à l'expulsion du fait de l'impossibilité de poser correctement l'implant.

Il est formellement déconseillé de poser un implant dans cette trompe.

Toute chirurgie tubaire doit inciter à la prudence : salpingotomie, reperméabilisation tubaire comme d'ailleurs tout antécédent d'infection tubaire reconnue comme telle (CRO cœlio). Toute difficulté de cathétérisme dans ces cas doit faire renoncer et pratiquer une coelioscopie LT en accord avec la patiente.

Le contrôle à 3 mois sera obligatoirement une HSG. Protocole certes lourd, mais il est le garant du succès de la méthode.

*De déc. 2003 à déc. 2009, 24 cas de salpingectomie, 2 ayant nécessité un HSG préalable faute de CRO sur 1097 cas.*

- Pose unilatérale dans un utérus unicorne : une HSG doit être systématiquement demandée.

HSG :

- Aucun antécédent de salpingectomie et impossibilité de cathétériser une des deux trompes :

Cette impossibilité de cathétériser une trompe peut être due à un spasme, à une configuration anatomique particulière de la portion interstitielle de la trompe, ou à une obturation tubaire préexistante. Il est souvent difficile de différencier ces causes, même si le spasme de l'ostium se voit très nettement lors de l'hystérocopie.

L'ASP ainsi que l'HSG sont inutiles : l'ASP ne peut confirmer la bonne position d'un implant unique et l'HSG ne peut affirmer l'obturation d'une trompe et donc l'absence de risque de grossesse, même lorsqu'il n'y a pas de « passage tubaire ».





## CONCLUSION

Une seconde tentative peut être envisagée lors d'un prochain cycle. On propose à la patiente, dans le cas d'un nouvel échec, de réaliser une coelioscopie LT ou de recourir à une autre méthode de contraception.

**Pour la même période, de déc. 2003 à déc. 2009, 46 cas de pose unilatérale, soit 4.19% des cas.**

### - Echec de pose bilatérale :

Une seconde tentative peut être envisagée. On propose à la patiente, dans le cas d'un nouvel échec, de réaliser une coelioscopie LT ou de recourir à une autre méthode de contraception.

L'HSG est également inutile car, même si elle montre une obturation bilatérale, on ne peut affirmer que les trompes soient effectivement obturées et qu'il n'y ait pas de risque de grossesse.

**Pour la même période, de déc. 2003 à déc. 2009, 34 cas d'échecs de pose bilatérale, soit 3.09% des cas.**

Le contrôle à trois mois est une étape essentielle de la procédure Essure®, il est le garant de l'efficacité de la méthode.

7% des patientes ne sont pas revenues pour le contrôle à trois mois (Etude Succès I).

Si la responsabilité du médecin est entière, il n'en reste pas moins que celle de nos patientes est toute aussi importante.

Quels moyens utiliser pour réduire les erreurs et le nombre de patientes qui ne reviennent pas au contrôle ?

### 1/ L'information

- Lors de la première consultation, insister sur le caractère indispensable de ce contrôle en indiquant que seul l'opérateur est en mesure d'interpréter ce dernier.

- Le jour de l'intervention, rappeler l'obligation de poursuivre la contraception et d'effectuer le contrôle à 3 mois, remettre le CRO avec les ordonnances pour le contrôle (ASP et/ou HSG), pour la contraception et le rendez-vous à 3 mois, contrôler les coordonnées enregistrées dans le dossier (adresse, numéro de téléphone fixe et portable).

*Pendant deux ans, nous avons, par courrier, rappelé aux femmes la nécessité du contrôle un mois avant la date puis, en cas d'oubli, un mois après la date prévue pour ce contrôle, nous n'avons pas diminué le nombre de patientes perdues de vue. L'idéal serait donc de pouvoir les relancer directement par téléphone.*

### 2/ Le respect des protocoles de pose

- Tenir compte du moment du cycle,
  - Demander un test de grossesse la veille ou le jour de la pose,
  - Prescrire des AINS en prémédication,
  - Bien positionner les différents repères (noir et or) lors de la pose,
  - Ne poser que lorsque les ostia sont parfaitement visibles même quand l'entourage voit pour vous l'ostium dans le coin de l'écran !!!!
- « Quand on ne voit pas, on ne pose pas ... »

### 3/ L'examen rigoureux du contrôle à 3 mois

Le seul contrôle validé en Europe est l'ASP (Norme CE). Son examen doit être rigoureux et toujours confronté au CRO. En cas de doute, l'HSG est le seul examen qui confirme l'occlusion tubaire.

## Méthodes d'avenir en cours d'évaluation

Une alternative à l'HSG a été proposée par le Dr Connor : une échographie avec injection de produit de contraste<sup>(5)</sup>.

Le Dr Veersema<sup>(6)</sup> a comparé le contrôle à 3 mois par échographie 2D avec l'ASP et l'HSG. La spécificité de l'échographie est de 94,6%.

**Dans notre expérience, l'écho 2D ne nous a jamais permis d'élucider la lecture des ASP d'interprétation difficile.**

L'échographie 3D en cours d'évaluation est vraisemblablement la méthode d'avenir pour l'évaluation de la localisation des implants.

La présentation de l'équipe de Clamart/Kremlin Bicêtre à l'AAGL 2009 a obtenu le *Golden Hysteroscope Award* pour la validation d'une classification en échographie 3D du bon placement du dispositif intra-tubaire<sup>(7)</sup>.

L'utilisation de l'échographie 3D permet de visualiser les dispositifs Essure® et leur localisation par rapport aux tissus musculaires environnants. La reconstruction de la coupe coronale est idéale pour confirmer la bonne position des implants. A partir d'une série prospective comparative avec l'hystérogographie, il est proposé une classification didactique. L'hystérogographie reste néanmoins indispensable dans le cas de mauvais positionnement apparent des implants.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

■ (1) Levy B. et al. A Summary of Reported Pregnancies After Hysteroscopic Sterilization. Abstract/ J. Minim. Invasive Gynecol. 2007; 14 (3): S271-274.

■ (2) Veersema S. et al. Confirmation Test after Essure: « Look for the Fourth Marker ». Abstract/ J. Minim. Invasive Gynecol. 2009; 16 (6): S71

■ (3) Groupe VIRTUO ART' Fx studio - 165 Av.de Bretagne - Euratechnologies - 59000 LILLE

■ (4) Thiel J. et al. Intrauterine Trailing Essure Coils as a Predictor of Successful 3 Month Follow-Up Ultrasound. Abstract/ J. Minim. Invasive Gynecol. 2006; 13 (5S): S19.

■ (5) Connor V. Evaluation of Contrast Infusion Sonogram for Use in the Post Essure Setting. Abstract/ J. Minim. Invasive Gynecol. 2006; 13 (5S): S107.

■ (6) Veersema S. et al. Essure Localization After Successful Placement. Abstract/ J. Minim. Invasive Gynecol. 2006; 13 (5S): S106-S107.

■ (7) Legendre G. et al. Evaluation and Validation of 3D Ultrasound Examination Classification for Assessing Tubal Sterilization Microinsert Position. Abstract/ J. Minim. Invasive Gynecol. 2009; 16 (6): S10

# THE PRINCESS™

*Extrêmement mince !*

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

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

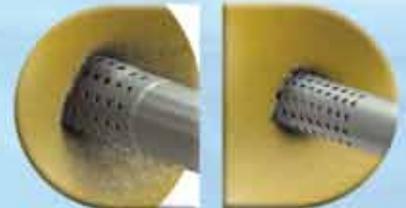
À l'aide d'une chemise intérieure et extérieure optionnelle, le résectoscope Princess peut être agrandi à 8 mm pour recevoir une boucle plus grande si nécessaire. Grâce au verrouillage rapide automatique E-line, les manipulations s'avèrent particulièrement aisées.

La version 8 mm existe également en version tournante.

Les petites dimensions du résectoscope Princess conviennent particulièrement en présence

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

Résectoscope classique THE PRINCESS



### Voici les avantages du résectoscope Princess :

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



Alain Proust

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



## De la pratique à la loi

# Information & consentement : encore et toujours.

**L**e consentement à l'acte médical a toujours été et restera l'élément indispensable à la prise en charge d'un ou d'une patiente par le médecin.

Devoir déontologique (art 35 CDM) de longue date, les règles en ont été renforcées en obligation légale par la Loi du 4 Mars 2002 (art 111.2 CSP) :

*« Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et le consentement peut être retiré à tout moment »*

La simple lecture de cet article suffit à définir le cadre général dans lequel nous devons, chacun d'entre nous, par rapport à notre type d'activité libérale ou public, cancérologique ou non...établir l'information que nous avons à délivrer à nos patientes, le recueil du consentement et la preuve de ces éléments.

Depuis les années 90, le défaut d'information et de preuve du consentement a été utilisé dans les procédures civiles et, depuis sa création, dans les CRCI.

Au fur et à mesure des années, ces éléments factuels sont devenus les premiers points étudiés dans le dossier avec la validité de l'indication opératoire puisque, dans les deux cas, constitutifs d'une « faute » pouvant ouvrir à réparation à partir du moment où ils représentent une perte de chance.

Cela nous a paru intéressant, près de 10 ans après la Loi dite Kouchner, de faire une enquête de pratiques auprès des membres de la SCGP afin de voir si une acculturation de l'information et du consentement faisait partie des valeurs de notre société : 72 réponses, soit 15% des inscrits, nous sont parvenues.

L'analyse primaire des réponses permet de dire en première approche :

- Une quasi totalité confirme « faire de l'information » pour tous les actes, mêmes mineurs
- La preuve de l'information et le recueil du consentement sont très disparates
- Enfin, ce qui apparaît le plus intéressant est l'analyse des réponses en cas de survenue de complications, point le plus fréquent des conflits.

L'analyse de la totalité des réponses sera présentée à Lyon lors du congrès annuel de la SCGP et devrait permettre à notre société de prendre position sur la forme à donner à l'information et au consentement toujours d'actualité.

## Quelque chose de GRAND vous attend au bout de cette courbe



Mors courbés de 40mm pour des prises importantes

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

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

Confort de l'ergonomie pour vos procédures en chirurgie ouverte

mieux **innover** ensemble



**Ethicon**  
Endo-Surgery

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

# GYN2011

Monaco 9-10-11 Juin . Hôtel Fairmont

## Vendredi 10 Juin 2011

SESSION DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
GYNÉCOLOGIQUE ET PELVIENNE

Présidents : François Hacquin - Patrick Madelenat

15h15-16h45

■ Nouvelles énergies intelligentes

*Daniel Raudrant (Lyon)*

■ Nouvelles instrumentations en chirurgie coelioscopique

*Patrick Madelenat (Paris)*

■ Astuces pour l'open coelio

*Bernard Blanc (Marseille)*

■ Nanotechnology & Tissue Repair in Surgery

*Alexander Seifalian (Londres-UK)*

■ Spécificités de l'open coelio chez l'obèse

*François Hacquin (Nice)*

16h45 P A U S E

17h15 – 18h45

■ Endometriose /speritoneale neurolyse sciatique

*Marc Possover (Zurich)*

■ Atteinte et préservation nerveuse viscérale dans la chirurgie  
de l'endométriose profonde

*Pierre Panel (Versailles)*

■ Neurolyse pudendale

*Eric Baurtant (Aix-en-Provence)*

# GYN2011 Monaco



Président  
René FRYDMAN



9-10-11 juin

Monaco

Hotel Fairmont



TRADOTEL  
14 Avenue Miramont  
06000 Nice  
Tél. : 33 (0)4 93 53 00 10  
Fax : 33 (0)4 93 53 00 39  
gyn@tradotel-mirama.com

[www.gyn2011.com](http://www.gyn2011.com)



Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

Secrétariat scientifique :

[nahmano@orange.fr](mailto:nahmano@orange.fr)

Organisation :

Tradotel - Tél. : 04 93 53 00 10

[tradotel.riviera@wanadoo.fr](mailto:tradotel.riviera@wanadoo.fr)

[www.gyn2011.com](http://www.gyn2011.com)

- JEUDI 29 - VENDREDI 30 SEPTEMBRE

- SAMEDI 1<sup>ER</sup> OCTOBRE 2011

25<sup>èmes</sup> Journées INFOGYN

TARBES – PALAIS DES CONGRES

SESSION DE GYNÉCOLOGIE CHIRURGICALE

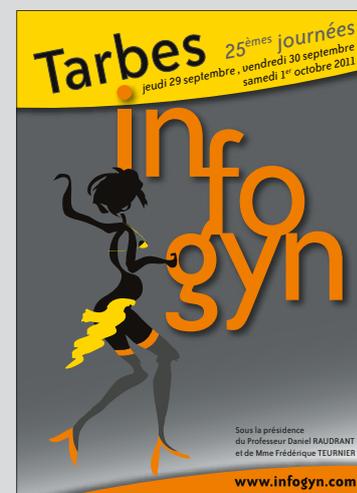
Sous l'égide de la Société de Chirurgie  
Gynécologique et Pelvienne



INFECTIONS GÉNITALES SEXUELLEMENT TRANSMISES (IST)

Président : Philippe Judlin

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



Programme complet, inscriptions sur le site  
[WWW.INFOGYN.COM](http://WWW.INFOGYN.COM)

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

# LES JOURNÉES DE CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE AECG

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

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

## MERCREDI 21 SEPTEMBRE 2011

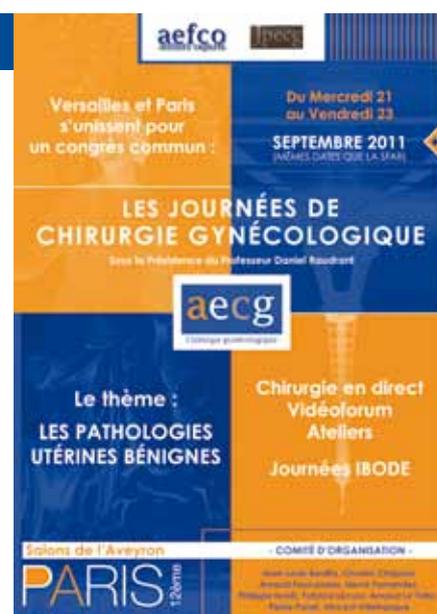
### MATIN

- >> Salle 1 : Plénière IBODE
- >> Salle 2 : Ateliers Internes

### APRES-MIDI

- >> Salle 2 : Ateliers IBODE
- >> Salle 1 : Plénière Médecins Hystérectomies  
Nouveaux matériels, nouvelles techniques, nouvelles indications
  - Les techniques actuelles facilitent-elles le geste ?
  - Bonnes ou mauvaises raisons à l'hystérectomie

Cheese and Wine : séance de présentation des posters en présence du Jury



## JEUDI 22 SEPTEMBRE 2011

**MATIN** : Vidéotransmission en direct du Kremlin-Bicêtre (ouvert aux médecins, Internes et IBODE)

### APRÈS-MIDI

- >> Salle 1 : Plénière IBODE
- >> Salle 2 : Plénière Médecins > Pathologies utérines bénignes et préservation de la fertilité
  - Pathologies utérines intra-cavitaires
  - Adénomyose chez la femme désireuse de grossesse

## VENDREDI 23 SEPTEMBRE 2011

**MATIN** : Vidéotransmission en direct du Kremlin-Bicêtre (ouvert aux médecins, Internes et IBODE)

### APRÈS-MIDI

- >> Salle 1 : Présentation des meilleurs posters  
Traitements conservateurs des ménorragies : petits ou grands progrès ?
  - Traitements conservateurs des ménorragies
  - Simplifier la myomectomie mini-invasive
- >> Salle 2 : Présentation des meilleurs posters  
Programme Internes
  - Prévention des complications opératoires
  - Techniques chirurgicales

[www.congres-aecg.fr](http://www.congres-aecg.fr)

# CONGRES A VENIR

**8-9-10 JUIN 2011**

34<sup>ème</sup> congrès de la SIFUD  
STRASBOURG - Centre des Congrès  
sifud-pp@orange.fr  
- www.sifud-pp.org



**9-10-11 JUIN 2011**

GYN2011 (Cf. page 23)  
MONACO – HOTEL FAIRMONT  
Renseignements : TRADOTEL  
Tél. : 04 93 53 00 10  
www.gyn2011.com



**23-24 JUIN 2011**

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



**4-7 SEPTEMBRE 2011**

11th World Congress on Endometriosis  
Session SCGP le 4 septembre (Cf. page 13)  
MONTPELLIER  
Renseignements : MCI - Anne-France Puech  
Tel. : + 33 (0)4 67 41 65 40 -  
www.wce2011.com  
info@wce2011fr.com  
*Tarif préférentiel pour les membres  
de la SCGP à jour de leur cotisation (Cf page 10)*



**21-22-23 SEPTEMBRE 2011**

Journées de Chirurgie Gynécologique-Association (Cf. page 24)  
AECG - Union entre les JPECG et AEFCO :  
Les pathologies utérines bénignes - Chirurgie  
en direct - Vidéo forum & ateliers - Journée IBODE  
PARIS – LES SALONS DE L'AVEYRON  
Renseignements :  
JP Com 02 31 27 19 18  
& jpcom@wanadoo.fr / www.congres-aecg.fr



# VECTEC

USAGE UNIQUE POUR L'ENDOSCOPIE

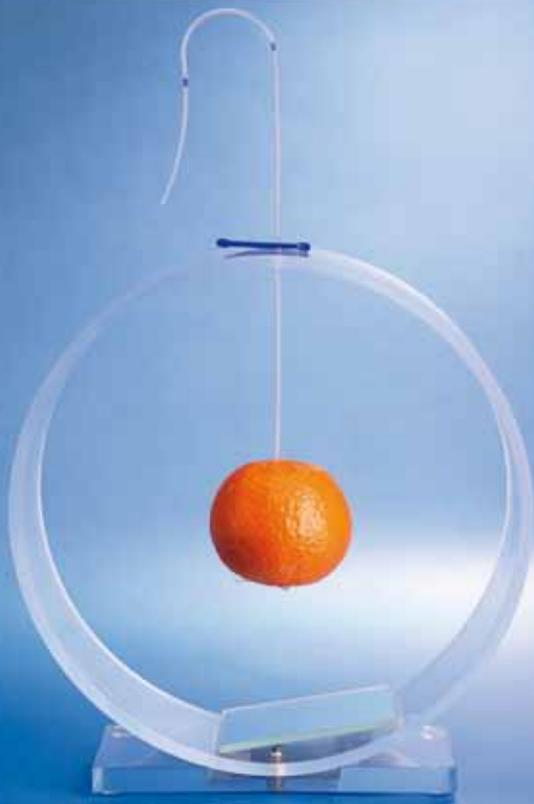
Ecarteur suspenseur  
d'organes pour :

- Libérer un espace
- Maintenir ou présenter un organe

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

www.vectec.fr

T'LIFT



Composition du blister :

- 2 T'LIFT
- 2 damps
- 1 applicateur

# CONGRES A VENIR

## 21-22-23 SEPTEMBRE 2011

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



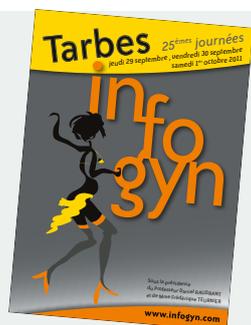
## 21-24 SEPTEMBRE 2011

ESGE 20th Annual Congress  
LONDRES - www.esge.org



## 29-30 SEPTEMBRE ET 1<sup>ER</sup> OCTOBRE 2011

25<sup>èmes</sup> JOURNÉES INFOGYN  
(Cf. page 23)  
TARBES – PALAIS DES CONGRES  
Renseignements :  
Martine Lascoumettes  
05 62 51 91 51  
martine@infogyn.com  
www.infogyn.com



## 4-6 OCTOBRE 2011

8<sup>ème</sup> congrès francophone de cancérologie « Femmes & Cancers »  
BIARRITZ – Centre de Congrès Le Bellevue  
Renseignements, organisation :  
Team 5 communication 01 47 43 22 22  
www.congresmedical-team5.com



## 5-7 OCTOBRE 2011

113<sup>ème</sup> congrès Français de Chirurgie (AFC)  
PARIS – PALAIS DES CONGRÈS  
Renseignements - www.congres-afc.fr

## 20-21 OCTOBRE 2011

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

## 7-9 DECEMBRE 2011

35<sup>èmes</sup> Journées Nationales du CNGOF (Cf. page 3)  
Session SCGP le 8 décembre 2011  
PARIS LA DEFENSE – CNIT  
Renseignements : Colloquium 01 44 64 15 15  
www.cngof.org



**MARSEILLE**  
**FFER>2011**  
Palais du Pharo

16<sup>èmes</sup> Journées  
de la Fédération Française  
de la Reproduction  
21, 22, 23 SEPTEMBRE 2011

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

**MODÉRATEURS :** Hervé Dechaud, Léon Boubli et Marc Gamerre

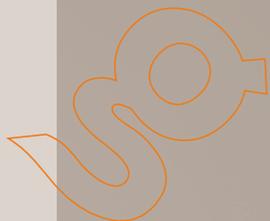
- Peut-on réellement se passer de la coelioscopie en cas d'infertilité à trompes normales en HSG ? *Philippe Merviel, Amiens*
- Chirurgie tubaire et altérations ovariennes ? *Jean-Philippe Estrade, Marseille*
- Plastie tubaire distale : est-ce un choix raisonnable ? *Chadi Yazbec, Paris*
- Hydrosalpinx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

Secrétariat logistique  
ATOUT ORGANISATION

04 96 15 12 50

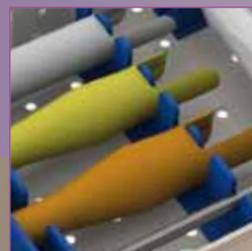
ffer2011@atout-org.com - www.ffer-marseille2011.com





manipulateur utérin du Dr Hourcabie

# HYSTERO- swing®



Maniabilité

Efficacité

Simplicité

*New titanium series !*

**swing**  
TECHNOLOGIES

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

Pour que la fertilité ne soit pas bridée

NEX&COM  
AGENCY  
11/18/0609/015



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

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

Hyaluronan pur réticulé

Anti-adhérentiel indiqué en hystéroscopie,  
laparoscopie et laparotomie

NORDIC  
PHARMA

