

PELVIMAG

Le magazine de la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

n°78

Mai 2012

édito



CONFLITS D'INTÉRÊTS : une maladie émergente

Ah! qu'il devient difficile de participer à un groupe d'expert, à un congrès ou à la rédaction d'une publication sans être aussitôt suspecté de collusion avec la méchante industrie...

La Haute Autorité de Santé a les pires difficultés pour recruter des experts, pour l'évaluation de tel ou tel produit, telle ou telle molécule, qui ne soit pas de près ou de loin en rapport avec l'industrie pour avis, évaluation ou aide au développement. Bien sûr, celui qui est expert a forcément un jour travaillé avec une firme. Le développement coûte cher et un individu ne peut y arriver seul. Il a besoin du concours d'une équipe d'ingénieurs, de techniciens et d'investisseurs. Les experts sollicités doivent pourtant remplir un questionnaire très approfondi relatant tous leurs conflits d'intérêt possibles. Les conflits ne sont pas limités à des gains financiers pour celui qui en bénéficie mais ils s'étendent aux « intérêts secondaires » tels que la reconnaissance professionnelle, la carrière académique, le pouvoir ou la capacité à obtenir des fonds de recherche. Les « bénéfices primaires » ne se limitent eux pas aux seuls gains financiers (honoraires ou prise en charge de frais) mais aussi aux gains en nature (cadeaux, billet(s) d'avions, échantillons).

Plus aucune publication ne peut paraître, plus aucune présentation ne peut être produite publiquement sans que les auteurs ne déclarent leurs conflits d'intérêt.

Pour qui a déjà organisé un congrès, le coût, ne fut-ce que de la location d'un palais des congrès, les tarifs de retransmission d'une intervention chirurgicale en direct, la prise en charge des orateurs..., ne peut être couvert sans l'aide de sponsors sous peine de voir le tarif de l'inscription, déjà suffisamment élevé, flamber.

Pourtant, en ces temps de disette, les « fameux labos », eux aussi doivent se serrer la ceinture. Une solution est de diminuer le nombre des congrès nationaux où, bien souvent les sujets se croisent et font redondance. Mais qui sacrifiera son « bébé » qui fait sa renommée, bien souvent méritée, pour réduire les coûts ? Notre spécialité comporte de nombreuses sous spécialités dans des domaines si différents que sont la médecine foetale, la cancérologie, la PMA, l'urogynécologie... Un congrès par sous spécialité serait l'idéal. Pourtant une grande messe annuelle existe dans d'autres spécialités que sont l'urologie, la chirurgie viscérale ou encore l'anesthésie. Des essais ont été tentés avec plus ou moins de succès ou d'échec car

Rédacteur en chef: Philippe Debodinance

Rédacteur adjoint: Malik Boukerrou

Comité de rédaction:

Pierre Collinet, Philippe Descamps,
Philippe Ferry, Alain Proust

N° ISSN 1266 - 6181

Pour toute correspondance

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

35000 Rennes

Tél / Fax: 0223 40 45 45

E-mail: scgp@wanadoo.fr

www.scgp.asso.fr

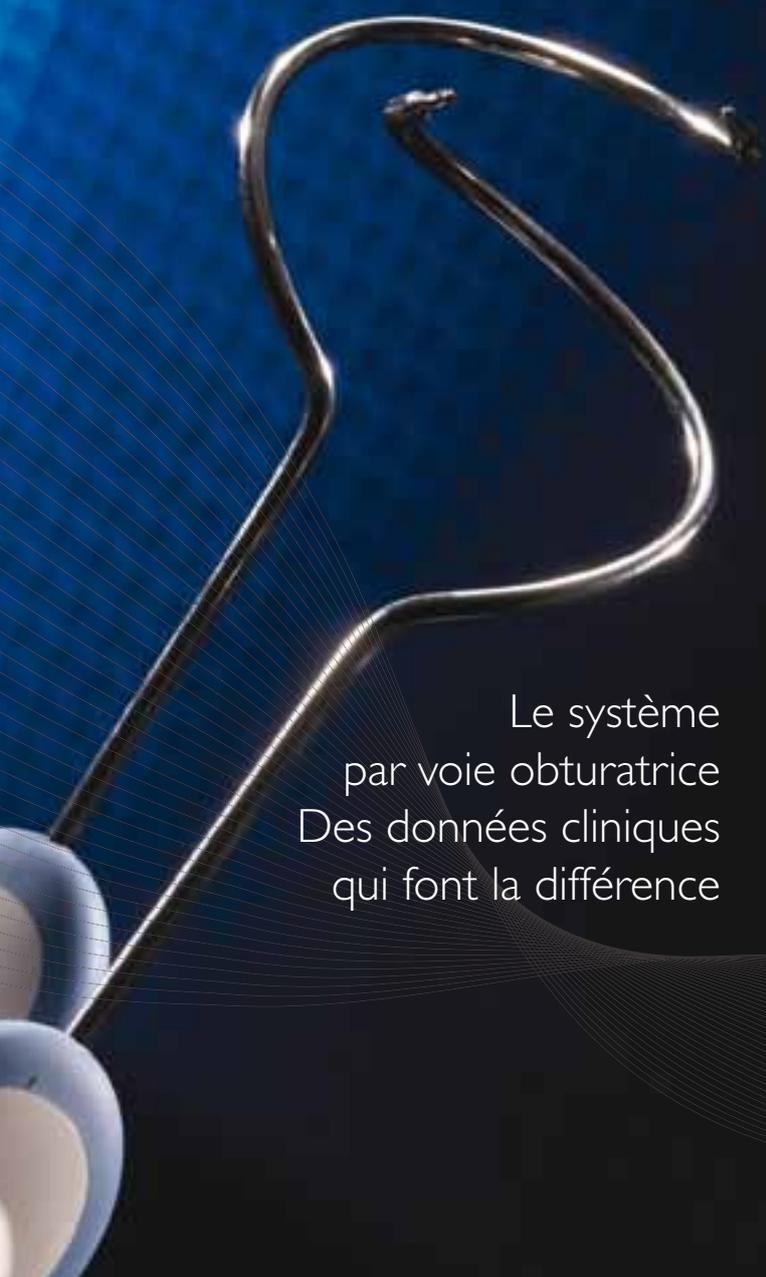


Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

Incontinence féminine, Une solution pour chacune de vos patientes

monarc[®]
subfascial hammock

MINI Arc[®]
precise
single-incision sling system



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



La nouvelle
génération de
bandelette à
incision unique

les égos ne prêtent pas facilement à mariage ou même à pacs. Les journées du CNGOF, qui ont pris une place de plus en plus prononcée ces dernières années grâce aux sujets et recommandations qui y sont traités ainsi qu'à leur fréquentation exponentielle, sont un exemple fédérateur.

Différentes affaires récentes ont pointé le problème des collusions.

Les professionnels de l'industrie s'organisent dorénavant autour d'une charte de déontologie, ce qu'ils appellent « health care compliance », et qui les contraint à limiter leurs participations à de réelles manifestations scientifiques et à supprimer tout ce qui est assimilé à des « cadeaux ». En France, les lois

DMSO obligent les firmes à faire une déclaration au Conseil de l'Ordre des Médecins, garant de la déontologie de ces derniers, pour toute participation individuelle ou collective avec les médecins. Aux États-Unis, connus pour leurs excès, le moindre repas pris dans une « cantine » entre un médecin et un représentant de l'industrie s'assimile presque à de la corruption.

Médecins et industriels ne peuvent s'ignorer et ne peuvent travailler l'un sans l'autre sous peine de voir l'innovation et le développement stagner, voire régresser. Les différentes règles et gardes fous sont nécessaires mais, de grâce, arrêtons de stigmatiser ces duos. Les « ripoux » ne représentent qu'une frange

minime et la grande majorité d'entre nous, même si elle a des rapports avec l'industrie, travaille de façon honnête. Les études menées indépendamment ou en collaboration avec l'industrie ne doivent pas être suspectes sous prétexte d'une déclaration de conflits d'intérêt.

Pour conclure, même notre magazine gratuit PELVIMAG ne peut vivre que grâce au soutien des annonceurs. Ces annonceurs sont sensibles au contenu du journal qui ne dépend que de la qualité de vos écrits. Merci de ne pas l'oublier en nous adressant vos publications.

*Philippe Debodinance**

** Rédacteur en Chef de PELVIMAG*

Sommaire

4 SYMPTÔMES DIGESTIFS DE L'ENDOMÉTRIOSE. UNE ÉTUDE PROSPECTIVE PRÉLIMINAIRE.

14 CURE DE PROLAPSUS PAR VOIE VAGINALE SELON LA TECHNIQUE DU PROLIFT™ : À PROPOS DE 100 CAS RÉPERTORIÉS DANS UN REGISTRE.

22 FIBROMES ET FERTILITÉ : ÉTAT DES CONNAISSANCES EN 2012.

26 DE LA PRATIQUE À LA LOI.

29 CONGRÈS À VENIR

Construire le futur de la chirurgie mini-invasive



www.kymerax.com
www.terumo-europe.com



KYMERAX™

Precision-Drive Articulating Surgical System*

* Système chirurgical articulé de précision

TERUMO®



Julie Ness, MD¹, Horace Roman, MD PhD^{1,2}, Valérie Bridoux, MD³, Guillaume Gourcerol, MD PhD^{4,5}, Anne Marie Leroi, MD PhD^{4,5}, Jean Jacques Tuech, MD PhD⁵, Philippe Ducrotté, MD PhD⁶, Céline Savoye-Collet, MD⁷, Guillaume Savoye, MD PhD^{5,6}.

¹ Département de gynécologie-obstétrique, CHU de Rouen, France, ² Groupe de recherche EA 4308 'Spermatogenèse et qualité des gamètes mâles', CHU de Rouen, France, ³ Département de chirurgie digestive, CHU de Rouen, France, ⁴ Service de physiologie, CHU de Rouen, France, ⁵ Groupe de recherche tube digestif EA3234/IFRMP23, CHU de Rouen, France, ⁶ Département de Gastroentérologie, CHU de Rouen, France, ⁷ Département de radiologie, CHU de Rouen, France. Correspondance : Horace Roman - Clinique Gynécologique et Obstétricale - CHU Charles Nicolle - 1 rue de Germont - 76031 Rouen - Email : horace.roman@gmail.com



Symptômes digestifs de l'endométriose

Les symptômes digestifs des patientes présentant une endométriose sont-ils spécifiques de la localisation des lésions ?
Une étude prospective préliminaire.

Etude présentée au 40^{ème} congrès de l'American Association of Gynecological Laparoscopists, Hollywood, FL, USA, 2011.

L'objectif de cette étude est de comparer les types et la fréquence des symptômes digestifs chez les patientes présentant différentes localisations d'endométriose pelvienne et d'identifier les symptômes spécifiques des sténoses rectales.

Introduction

Les femmes présentant une endométriose pelvienne rapportent souvent des symptômes digestifs augmentant d'intensité pendant les règles (Fauconnier et al, 2002). Cependant, les modifications cataméniales du fonctionnement intestinal ne sont pas nécessairement liées à l'infiltration du rectum par la maladie, comme indiqué par la forte relation entre endométriose et douleurs cataméniales de défécation (Fauconnier et al, 2002). De plus, la suppression des règles pendant plusieurs mois entraîne une diminution significative des symptômes digestifs, tels que le ténesme rectal et la dyschésie (Fedele et al, 2001), ce qui nous pousse à penser que les plaintes digestives sont principalement liées à des micros hémorragies cycliques au sein des foyers d'endométriose.

Bien que Fauconnier et al (2002) aient proposé que les douleurs de défécation soient associées aux différentes localisations de l'endométriose par un phénomène mécanique, il reste toujours à comprendre pourquoi les femmes ayant une endométriose profonde infiltrant le rectum (EPIR) présentent des plaintes digestives principalement pendant les règles. Nous pensons que des micros hémorragies cycliques et l'inflammation du rectum seraient des

facteurs majeurs responsables des plaintes digestives, plus que l'infiltration du rectum par le nodule lui-même (Roman et al, 2011). Les implants d'endométriose sont généralement retrouvés sur le péritoine dans le pelvis postérieur tout près du colon sigmoïde. La sécrétion de prostaglandines locales et l'inflammation des lésions pourraient donc expliquer l'altération des fonctions digestives (Seaman et al, 2008).

Pour étudier cette hypothèse, nous avons réalisé une analyse prospective sur les plaintes digestives rapportées par les femmes présentant trois localisations distinctes d'endométriose. Ceci permet premièrement d'évaluer la relation entre les symptômes digestifs et la localisation de l'endométriose ; et deuxièmement d'identifier les symptômes présentés par des patientes avec une EPIR qui sont liés à la sténose rectale.

Matériels et méthodes

Nous avons réalisé une étude prospective comparant 3 bras chez des patientes opérées d'endométriose entre janvier 2010 et octobre 2011 au CHU de Rouen. Le premier bras (groupe 1) inclut des femmes avec une endométriose superficielle uniquement, localisé sur le péritoine du cul de sac de Douglas et confirmée histologique-



Figure 1. Stade 1 endométriose superficielle du cul de sac de Douglas et des ligaments larges (Groupe 1).



Figure 3. Endométriose profonde infiltrant le rectum (Groupe 3).

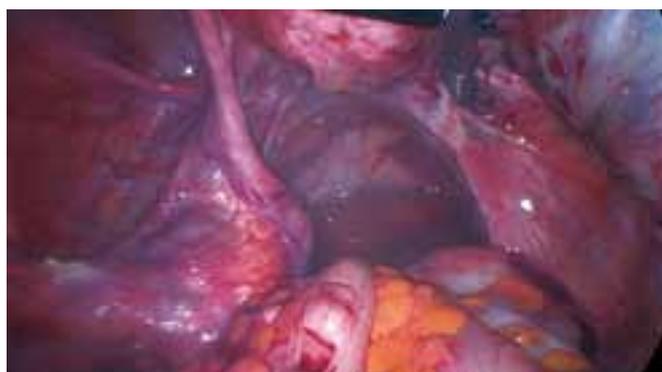


Figure 2. Endométriose profonde sans atteinte colorectale (Groupe 2).

ment. Le score AFSr est inférieur ou égal à 5. L'exploration per opératoire confirme l'absence de lésions profondes (Fig 1). Le second bras (groupe 2) inclut des femmes présentant un nodule profond d'endométriose localisé dans l'espace recto-vaginal postérieur et sur les ligaments utéro-sacrés, sans infiltration du tube digestif (Fig 2). Le troisième bras (groupe 3) inclut des femmes présentant une endométriose profonde infiltrant au moins la musculature du rectum et au moins 15cm au dessus de l'anus (Fig 3). Pour les groupes 2 et 3, le diagnostic a été confirmé par les imageries et l'exploration per opératoire.

L'évaluation pré opératoire de toutes les femmes étiquetées avec de l'endométriose était basée sur l'examen clinique et l'IRM pelvienne. Les femmes présentant une endométriose profonde ont aussi bénéficié d'une échographie endorectale pour

rechercher et évaluer une atteinte rectale. Un coloscanner (CTC) a été réalisé chez les patientes avec une EPIR pour mesurer la hauteur du nodule et détecter une éventuelle sténose rectale (Vassilief et al, 2011). La sténose a été définie grâce au diamètre rectal à un point précis,

mesuré par CTC, inférieur au diamètre rectal en dessous et au dessus de ce point (Fig 4). La prise en charge chirurgicale a été réalisée selon les recommandations et en accord avec le choix éclairé de la patiente. L'enregistrement des données concernant les antécédents, les symptômes cliniques, les résultats des examens cliniques et radiologiques, les procédures chirurgicales et les évaluations postopératoires ont été recueillies à l'aide de la base de données CIRENDO (Cohorte InterRégionale Nord-Ouest des femmes atteintes d'une Endométriose), une cohorte prospective financée par le groupe G4 (Les CHU de Rouen, Caen, Lille et Amiens) et coordonnée par un des auteurs (H.R.). Les informations ont été obtenues à partir des comptes-rendus chirurgicaux et histologiques et les auto-questionnaires complétés avant la chirurgie. Les patientes ont

aussi complété le MOS 36-Item Short-Form Health Survey, utilisé dans l'évaluation de la qualité de vie et de l'état de santé (Ware et al, 1998). L'enregistrement des données, les appels téléphoniques et le suivi ont été effectués par un attaché de recherche clinique. Les femmes ont été incluses dans la base de données CIRENDO seulement lorsque l'endométriose avait été confirmée aisément par l'exploration chirurgicale et les biopsies. Les données des questionnaires ci-dessus complétés 1 à 3 ans après l'intervention ont permis de réaliser le suivi postopératoire.

Les évaluations pré et postopératoires des symptômes digestifs ont été effectuées à l'aide de questionnaires standardisés gastro-intestinaux. Le questionnaire Knowles-Eccersley-Scott-Symptom (KESS) (Knowles et al, 2002) a été utilisé pour le diagnostic de constipation, comprenant 11 items avec un maximum de 39 points, pour lesquels un score faible indique l'absence de constipation. Le Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) (Slim, 1999) inclue 36 questions sur les symptômes digestifs, l'état de santé, l'état psychologique, les retentissements sociaux de la maladie et les effets des traitements médicaux, avec un maximum de 144 points, les plus hauts scores indiquant une absence de plaintes digestives. Le GIQLI mesure également le bien-être physique et psychique, la digestion et la défécation



Figure 4 (a-d). Coloscanner à l'air avec coloscopie virtuelle retrouvant une sténose rectale due à l'endométriose profonde infiltrant la paroi rectale antérieure.



Tableau 1. Caractéristiques des patientes avant la prise en charge chirurgicale par notre équipe

Caractéristiques des patientes	Groupe 1 endométriose superficielle N=21 (%)	Groupe 2 endométriose profonde N=42 (%)	Groupe 3 endométriose profonde infiltrant le rectum N=53 (%)	P
Age	30 ± 6.7	33.7 ± 6.6	34.2 ± 6.5	0.038
IMC (kg/m ²)	23 ± 4.1	23.2 ± 3.6	24.2 ± 5.5	0.46
Tabac	10 (47.6)	15 (35.7)	18 (34)	0.51
Age des premières règles	12.8 ± 1.2	12.7 ± 1.7	12.7 ± 1.5	0.97
Age des premiers rapports sexuels	18 ± 2.4	17.9 ± 2.2	17.8 ± 1.5	0.97
Antécédents familiaux d'endométriose	6 (28.6)	8 (20.5)	10 (19.2)	0.69
Antécédents gynécologiques chirurgicaux	9 (42.9)	19 (46.3)	34 (64.2)	0.13
Indications:				
- douleurs pelviennes	6 (28.6)	12 (28.6)	22 (41.5)	0.38
- infertilité	0	3 (7.4)	6 (11.3)	0.34
- endométriose pelvienne	4 (19.1)	9 (21.4)	21 (39.6)	0.09
Procédures chirurgicales:				
- ovariectomie droite	0	1 (2.4)	4 (7.6)	0.41
- ovariectomie gauche	0	0	2 (3.8)	0.67
- salpingectomie droite	0	2 (4.8)	3 (5.7)	0.72
- salpingectomie gauche	1 (4.8)	0	3 (5.7)	0.31
- adhésiolyse	1 (4.8)	3 (7.1)	5 (9.4)	0.91
Antécédents obstétricaux				
- grossesses	12 (57.1)	20 (47.6)	29 (54.7)	0.71
- fausses couches	7 (33.3)	3 (7.1)	9 (17)	0.05
- grossesse extra-utérine	3 (14.3)	2 (4.8)	0	0.017
- accouchements	12 (57.1)	15 (35.7)	20 (37.7)	0.26
- césarienne	5 (23.8)	7 (16.7)	9 (17)	0.86
Utilisation récente de contraception	16 (76.2)	26 (66.7)	35 (70)	0.62
- pilule	16 (76.1)	24 (57.1)	30 (56.6)	0.26
Désir de grossesse au moment de la chirurgie	7 (36.6)	18 (52.9)	23 (51.1)	0.54
Infertilité	2 (9.5)	18 (43.9)	21 (39.6)	0.013
Antécédents de prise en charge d'infertilité	2 (9.5)	8 (19)	14 (26.4)	0.28
Antécédents de troubles psychologiques	10 (47.6)	15 (35.7)	19 (35.9)	0.61
- anxiété	7 (33.3)	12 (28.6)	13 (24.5)	0.73
- dépression	5 (23.8)	6 (14.3)	7 (13.2)	0.55
- troubles du sommeil	5 (23.8)	6 (14.3)	12 (22.7)	0.56
- troubles paniques	4 (19.1)	4 (9.5)	2 (3.4)	0.10
Questionnaire MOS SF-36				
Activité Physique (PF)	65.5 ± 31.9	74.1 ± 23.8	68.8 ± 27.7	0.46
Limitations dues à l'état physique (RP)	40.5 ± 42.9	40.6 ± 42.6	40.1 ± 36.1	0.99
Douleurs physiques (BP)	54.3 ± 24.6	51 ± 25.5	49 ± 23.6	0.71
Santé perçue (GH)	57.5 ± 9.2	59.1 ± 11.2	60.1 ± 10.7	0.65
Vitalité (VT)	47.9 ± 15	46.9 ± 10.7	50.5 ± 9.1	0.27
Vie et relations avec les autres (SF)	44.6 ± 11.6	46.3 ± 6.4	47.8 ± 9.6	0.45
Limitations dues à l'état psychique (RE)	46 ± 44.1	47.2 ± 41.5	41.7 ± 39.5	0.80
Santé psychique (MH)	48.2 ± 7.2	41.6 ± 13.9	41.5 ± 11.1	0.07
Evolution des la santé perçue (HT)	3.7 ± 0.85	3.7 ± 0.74	3.6 ± 0.88	0.96
Score résumé physique (PCS)	43.9 ± 5.7	46.1 ± 5.3	45 ± 5.6	0.37
Score résumé psychique (MCS)	36.4 ± 6.4	34 ± 7	35.2 ± 6.1	0.40

(Nieveen van Dijkum et al, 2000). La gestion des données a été approuvée par l'autorité française de CCTIRS et le CNIL (Comité Consultatif pour le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé, et Conseil National d'Informatique et Libertés).

Les symptômes digestifs, les douleurs pelviennes et les résultats des questionnaires ont été comparés selon les 3 localisations distinctes d'endométriose. Les données du CTC préopératoire ont permis la comparaison des groupes avec et sans sténose rectale. Sur la base des résultats d'une analyse uni variée, les variables montrant une relation statistiquement significative avec la localisation de l'endométriose ont été sélectionnées pour une analyse multi variée ultérieure. Les variables à 4 et 5 classes ont

été transformées en variables à 2 classes, et un modèle de régression logistique multimodal (MRLM) a été utilisé pour estimer l'OR ajusté, qui correspond à la présence probable d'un nodule rectal profond. Le modèle de régression logistique multimodal est fréquemment utilisé pour étudier la relation entre des variables de plus de 2 catégories (dans ce cas, plusieurs localisations distinctes d'endométriose) et des covariables ou des facteurs de risque (caractéristiques des patientes et réponses aux questionnaires) (AnceI, 1999). Les ORs ajustés étaient ainsi comparés en utilisant le test de Wald.

L'analyse statistique a été faite en utilisant Stata 9.0 Software (Stata Corporation, 4905 Lakeway Drive, Tx, USA). Les valeurs médianes, les percentiles, les valeurs

moyennes et SD ont été calculés pour des variables quantitatives, et les pourcentages pour des variables qualitatives. Les distributions variables selon les groupes ont été comparées par l'analyse univariée (test exact de Fischer pour les paramètres qualitatifs et les tests de ANOVA, Kruskal-Wallis et Mann et Whitney pour les variables quantitatives). P<0.05 a été considéré comme statistiquement significatif.

Résultats

Caractéristiques de la population

De janvier 2010 à octobre 2011, 212 femmes ont été opérées d'endométriose dans notre département et incluses dans la base de données CIRENDO. Parmi elles, 21, 42 et 53 ont rempli les critères d'inclusion dans



Tableau 2. Principaux symptômes douloureux présents dans l'endométriose pelvienne

Symptômes	Groupe 1 Stade 1 endométriose superficielle N=21 (%)	Groupe 2 endométriose profonde N=42 (%)	Groupe 3 endométriose profonde infiltrant le rectum N=53 (%)	P
Dysménorrhées*				
Dysménorrhée	18 (85.7)	40 (95.2)	50 (96.2)	0.39
Première dysménorrhée	11 (61.1)	22 (57.9)	33 (66)	0.75
Score de dysménorrhée de Biberoglou & Behrman	1.4 ± 0.7	1.7 ± 0.7	2 ± 0.7	0.007
Score VAS de dysménorrhée	7.1 ± 2.4	7.9 ± 1.4	8.1 ± 1.7	0.09
Evolution récente des douleurs cycliques:				0.62
- diminution	3 (17.6)	2 (5.4)	4 (8)	
- pas de changement	3 (17.6)	10 (27)	10 (20)	
- augmentation	11 (64.7)	25 (67.6)	36 (72)	
Durée des dysménorrhées (jours)	5.7 ± 4.4	4 ± 2	5.8 ± 3.5	0.003
Début des dysménorrhées				0.13
- 1 ou 2 jours avant les règles	14 (82.5)	22 (59.5)	30 (60)	
- 1er jour des règles	0	11 (29.7)	10 (20)	
- 2ème ou 3ème jour des règles	3 (17.6)	4 (10.8)	9 (18)	
- 1 ou 2 jours après la fin des règles	0	0	1 (2)	
Nombre de médecins consultés pour douleur pelvienne	2.9 ± 2.2	2.5 ± 1.8	3.4 ± 2.1	0.13
Dyspareunies profondes**				
Ayant des rapports sexuels	19 (90.5)	34 (81)	46 (86.8)	0.68
Ayant des dyspareunies profondes	19 (100)	27 (79)	44 (95.7)	0.04
Score de dyspareunie profonde de Biberoglou & Behrman	2.4 ± 0.8	1.5 ± 1.2	1.8 ± 1.2	0.015
Score EVA de dyspareunie profonde	7.6 ± 2.1	6.2 ± 2.1	5.4 ± 2.2	0.001
Liées aux positions	16 (84.2)	24 (70.6)	37 (80.4)	0.52
Fréquence des rapports sexuels le mois précédent				0.53
- >=5 fois	3 (15)	4 (14.8)	6 (13.3)	
- 3 à 4 fois	2 (10)	6 (22.2)	11 (24.4)	
- 1 à 2 fois	4 (20)	9 (33.3)	15 (33.3)	
- pas du tout	11 (55)	8 (29.6)	13 (28.9)	
Satisfaites par leur vie sexuelle le mois précédent				0.89
- beaucoup	4 (20)	8 (30.8)	9 (21.4)	
- assez	8 (40)	6 (23.1)	11 (26.2)	
- pas vraiment	7 (35)	10 (38.5)	18 (42.9)	
- pas du tout	1 (5)	2 (7.7)	4 (9.5)	

* Les pourcentages et les valeurs de P sont calculés respectivement chez 18,40 et 50 femmes présentant des dysménorrhées. ;

** Les pourcentages et les valeurs de P sont calculés respectivement chez 19,34 et 46 femmes rapportant une activité sexuelle durant l'année passée

1 des 3 groupes. Le tableau 1 présente les principales caractéristiques des patientes. Celles-ci étaient comparables à l'exception de l'âge et des antécédents notamment les fausses couches, les grossesses extra-utérines et l'infertilité.

Le tableau 2 présente les symptômes douloureux d'endométriose, notamment les dyspareunies profondes et les dysménorrhées, et leur impact sur le comportement sexuel et social des patientes et leur qualité de vie. Les femmes présentant une EPIR ont rapporté une augmentation significative de l'intensité et de la durée des dysménorrhées, tandis que les dyspareunies profondes semblent être plus intenses chez les femmes avec une endométriose superficielle. Dans les 3 groupes, les dyspareunies profondes avaient un impact sévère sur l'activité sexuelle, 40 à 52.4% des femmes rapportaient une insatisfaction concernant leur activité sexuelle dans le mois précédent.

Le tableau 3 présente les localisations de la maladie, les valeurs du score AFSr et les procédures chirurgicales employées.

Localisation de l'endométriose et type et fréquence des symptômes digestifs

Comme résumé dans le tableau 4, les femmes présentant une EPIR présentaient plus souvent des douleurs cycliques de défécation (67.9%), une constipation cyclique (54.7%) et une durée d'évacuation des selles plus longue. Cependant, ces plaintes étaient aussi très fréquentes dans les autres groupes (respectivement 38.1, 33.3% pour le groupe 1 et 42.9, 26.2% pour le groupe 2). Les femmes présentant une EPIR présentaient aussi plus de troubles alimentaires. Les résultats des 2 questionnaires standardisés (11 et 36 items) et leur comparaison sont disponibles sur demande.

Sténose rectale et symptômes digestifs

Le CTC préopératoire retrouvait une sténose rectale chez 14 femmes sur 53 pré-

sentant une EPIR (26.4%). Les résultats les plus significatifs des questionnaires gastro-intestinaux sont présentés dans le tableau 6. Le groupe 3 était divisé en 2 groupes selon la présence ou non d'une sténose rectale. Les femmes avec une sténose rectale rapportaient significativement plus de constipation, de douleurs de défécation, de troubles alimentaires, de durée d'évacuation des selles plus longue et une consistance des selles plus dure en l'absence de prise de laxatifs, et présentaient une tendance accrue de sensation d'évacuation incomplète des selles (P=0.06). Le modèle de régression logistique multimodal montrait que les échecs de tentative d'évacuation des selles était le seul symptôme lié à la sténose rectale (P=0.013) (Tableau 6). Le test de Wald permettait la comparaison de l'OR ajusté, fourni par le modèle de régression logistique multimodal, et montrait que les patientes présentant une sténose rectale rapportaient plus souvent des échecs de tentative d'évacuation des selles et de



Tableau 3. Données peropératoires et techniques chirurgicales.

Résultats peropératoires et technique chirurgicale	Groupe 1 Stade 1 endométriose superficielle N=21 (%)	Groupe 2 endométriose profonde N=42 (%)	Groupe 3 endométriose profonde infiltrant le rectum N=53 (%)	P
Abord chirurgical				0.41
- coelioscopie	21 (100)	41 (97.6)	49 (92.4)	
- laparotomie	0	1 (2.4)	4 (7.6)	
Score AFSr	1.9 ± 0.9	46 ± 43	73 ± 38	<0.001
Nodule d'endométriose profonde				
- ligament gauche utérosacré		10 (23.8)	6 (11.3)	0.16
- ligament droit utérosacré		5 (11.9)	2 (3.8)	0.24
- ligaments utérosacrés droit et gauche		9 (21.4)	1 (1.9)	0.04
- espace rectovaginal		8 (19)	16 (30.2)	0.24
- ligaments utérosacrés et espace rectovaginal		9 (21.4)	26 (49.1)	0.01
- vessie		1 (2.4)	1 (1.9)	1
Autres localisations d'endométriose				
- ovaire droit	0	21 (50)	35 (66)	<0.001
- ovaire gauche	0	25 (64)	39 (73.6)	<0.001
- colon sigmoïde	0	0	20 (37.7)	<0.001
- diaphragme	0	4 (9.8)	6 (11.3)	<0.001
Oblitération du cul de sac de Douglas				
- partielle	0	14 (33.3)	10 (18.9)	<0.001
- complète	0	11 (26.2)	37 (69.8)	
Procédure chirurgicale réalisée sur le nodule rectal				
- shaving			31 (58.5)	
- excision			10 (18.9)	
- résection rectale segmentaire			12 (22.6)	
Excision/ablation des implants d'endométriose				
- complète	9 (42.9)	15 (36.6)	31 (62)	0.054
- incomplète (plusieurs petits implants n'ont pas été traités)	12 (57.1)	27 (64.3)	22 (38)	
Hystérectomie				0.027
- non réalisée	18 (85.7)	34 (81)	38 (71.7)	
- hystérectomie totale	3 (14.3)	4 (9.5)	2 (3.8)	
- hystérectomie totale et large colpectomie		4 (9.5)	13 (24.5)	
Utilisation de produits anti adhérentiels	10 (47.6)	30 (73.2)	21 (39.6)	0.004
Temps opératoire (min)	65 ± 46	122 ± 52	223 ± 101	<0.001

troubles alimentaires cataméniaux, comparé aux autres femmes ayant de l'endométriose profonde.

Discussion

La forte prévalence des symptômes digestifs dans chaque groupe confirme l'hypothèse que la majorité des plaintes digestives rapportées par les femmes présentant une EPIR peuvent ne pas être liées à des conséquences mécaniques de l'infiltration du rectum, mais plutôt à des phénomènes inflammatoires cycliques après micro hémorragies dans et autour des foyers d'endométriose (Roman et al, 2011). Cette hypothèse peut expliquer aussi bien l'augmentation de l'intensité des symptômes digestifs pendant les règles et leur amélioration après traitement hormonal suppressif.

Chez les patientes présentant une EPIR avec sténose rectale, certaines plaintes digestives sont significativement plus impor-

tantes que dans les autres groupes. Une diminution significative du diamètre rectal semble concerner une minorité de femmes avec des nodules rectaux (Mabrouk et al, 2012). Ce facteur est souvent oublié par beaucoup de médecins qui effectuent des échographies vaginales et endorectales, afin de vérifier la profondeur de l'infiltration de la paroi rectale, alors que ces données sont nécessaires par la suite pour décider d'une résection colorectale. Dans notre département, toutes les évaluations préopératoires des EPIR incluent systématiquement un CTC (Vassilieff et al, 2011) et ainsi les résections colorectales sont généralement réservées aux femmes ayant une diminution objective du diamètre du rectum colorectal (20 à 25% dans nos séries).

La fréquence élevée des plaintes digestives chez les femmes présentant uniquement des implants superficiels dans le cul-de-sac de Douglas est probablement liée au fait

que nous incluons uniquement celles qui ont été opérées. Les femmes du groupe 1 peuvent donc ne pas représenter la population générale des femmes avec une endométriose stade 1. Dans notre département, les suspicions d'endométriose superficielle reçoivent en première ligne un traitement hormonal. Celles qui n'ont pas une amélioration complète de leurs symptômes requièrent alors une exploration chirurgicale et ce sont celles-ci qui font partie de la cohorte. Le but de cette étude est de démontrer que les plaintes digestives ne sont pas exclusivement liées à l'infiltration du rectum par l'endométriose, nous ne croyons donc pas que le biais de sélection affaiblisse l'étude. D'autre part, aucun biais de sélection n'est présent dans le groupe 2, car dans notre département les localisations profondes d'endométriose sont rarement exclusivement traitées par un traitement hormonal suppressif.



Tableau 4. Symptômes digestifs et résultats les plus pertinents des questionnaires.

Plaintes digestives	Groupe 1 Stade 1 endométriose superficielle N=21 (%)	Groupe 2 endométriose profonde N=42 (%)	Groupe 3 endométriose profonde infiltrant le rectum N=53 (%)	P
Auto-questionnaire CIRENDO				
Symptômes associés à des douleurs pelviennes cataméniales :				
- douleur de défécation	8 (38.1)	18 (42.9)	36 (67.9)	0.016*
- nausée	8 (38.1)	8 (19.1)	19 (35.9)	0.13
- sang dans les selles	1 (4.8)	3 (7.1)	8 (15.1)	0.43
- constipation	7 (33.3)	11 (26.2)	29 (54.7)	0.013*
- diarrhée	8 (38.1)	18 (42.9)	25 (47.2)	0.75
- ballonnements	9 (42.9)	25 (59.5)	27 (50.1)	0.43
- troubles alimentaires	4 (19.1)	3 (7.1)	18 (34)	0.005*
- asthénie	14 (66.7)	31 (73.8)	41 (77.4)	0.62
- céphalées	11 (52.4)	16 (38.1)	23 (43.4)	0.55
Score de KESS				
Score total de KESS (N=105 femmes, test ANOVA)	11.7±7.9	10.4±5.3	13.1±6.6	0.15
Score de KESS anormal (>6)	13 (65)	28 (73.7)	39 (83)	0.26
Item 1. Durée de constipation	0.95±1.23	0.89±1.29	1.19±1.51	0.58
Item 2. Utilisation de laxatifs	0.5±0.76	0.29±0.57	0.49±0.62	0.29
Item 3 Fréquence des selles	0.42±0.77	0.29±0.52	0.48±0.75	0.44
Item 4. Echec de tentative d'élimination des selles	0.65±0.75	0.56±0.73	0.83±0.92	0.24
Item 5. Sensation d'évacuation incomplète	1.7±1.22	1.63±1.08	1.77±1.14	0.86
Item 6. Douleur abdominale	2.35±1.31	2.29±1.18	2.4±1.12	0.91
Item 7. Ballonnements	1.5±1.1	1.42±0.76	1.51±0.83	0.88
Item 8. Utilisation de suppositoires/manœuvres digitales	0.4±0.82	0.26±0.60	0.38±0.82	0.71
Item 9. Durée de la défécation	0.85±0.93	0.53±0.65	1.06±0.87	0.01*
Item 10. Difficulté d'évacuation avec des douleurs du bas ventre	1.8±1.24	1.55±1.11	2.1±1.21	0.12
Item 11. Consistance des selles sans laxatifs	0.55±0.76	0.71±0.84	0.96±0.91	0.16
Score de GIQLI				
Score total de GIQLI (N=115 femmes, test ANOVA)	87.8±27.3	90.5±23.3	87.7±22.1	0.83
Score de GIQLI anormal (<125)	19 (90.5)	37 (90.2)	50 (94.3)	0.73
Item 7. Fréquence des selles	2.81±1.12	2.76±1.3	2.6±1.26	0.76
Item 30. Besoins impérieux d'aller à la selle	2.48±0.98	2.46±1.1	2.57±0.99	0.87
Item 31. Diarrhée	2.86±1.24	3.02±1.06	3.02±1.13	0.83
Item 32. Constipation	2.7±1.45	2.44±1.18	2.58±1.2	0.72
Item 34. Sang dans les selles	3.85±0.49	3.88±0.4	3.72±0.69	0.36
Item 36. Incontinence anale	3.86±0.48	3.73±0.72	3.58±0.93	0.38
Echelle de bien-être mental (Items 10-14)	12.33±4.41	10.56±5.25	10.13±3.81	0.16
Echelle de défécation (Items 7,26,30,31,34,36)	17.35±3.5	17.66±3.81	17.1±4.1	0.79
Echelle de digestion (Items 1-6,27,28,32,35)	24.53±9.84	26.05±7.31	25.15±6.79	0.75
Echelle de bien-être physique (Items 8,15,16,18-23,33)	20.95±9.19	22.12±8.32	22.37±8.43	0.81

Il a été démontré que les femmes avec une endométriose pelvienne présentent probablement d'autres douleurs abdominales « cachées » et des pathologies pelviennes, liées à une hypersensibilité viscérale pelvienne (Berkley et al, 2005, Chung et al, 2005). L'interprétation précise des symptômes digestifs chez les femmes avec une endométriose pelvienne est intéressante, car de nouvelles données suggèrent une comorbidité entre l'endométriose (de minime à sévère) et les maladies fonctionnelles digestives comme le syndrome d'intestin irritable (SIR) (Issa et al, 2011, Seaman et al, 2008). Il a été montré que le SIR est diagnostiqué 2.5 à 3.5 fois plus fréquemment chez les femmes avec une endométriose (Seaman et al, 2008). De même, il a été démontré que les patientes avec une

endométriose minime à légère, et modérée à sévère, rapportent une prévalence élevée de symptômes présents dans le SIR (respectivement 65% et 50%) (Issa et al, 2011). Cette prévalence élevée des symptômes digestifs dus à l'hypersensibilité viscérale existe probablement aussi dans notre série et concerne les femmes de chaque groupe. Comme cette étude se concentre sur le manque de spécificité des plaintes digestives des EPIR, nous croyons que ceci ne compromet pas les résultats, mais au contraire que ces résultats soulignent l'attention à avoir avant d'attribuer définitivement tous les symptômes digestifs aux nodules d'endométriose envahissant le tube digestif et l'importance de prendre ceci en considération dans les décisions impliquant la chirurgie colorectale radicale.

Nous suggérons ainsi que les plaintes digestives rapportées par les femmes présentant une EPIR peuvent être expliquées par trois conséquences du développement de la maladie: les micro hémorragies cycliques et l'inflammation du rectum, la fixation antérieure du rectum au col de l'utérus ou au fornix vaginal et la sténose rectale (Roman et al 2011). La fixation rectale au col de l'utérus ou au fornix vaginal est due au développement en arrière de nodules profonds recto vaginaux de type II et III (Squifflet et al, 2002), et peut entraîner des angulations anormales du tube digestif, perturbant la progression des selles et entraînant des douleurs de défécation ou une constipation. La sténose rectale est habituellement due à la protrusion du nodule dans le rectum et peut être détectée par une encoche au lave-



Tableau 5. Plaintes digestives et résultats les plus importants des questionnaires standardisés, en tenant compte de la sténose du rectum due à l'infiltration profonde par l'endométriose. La comparaison des variables qualitatives et continues a été réalisée en utilisant respectivement le test exact de Fischer, le test ANOVA et le test Kruskal Wallis.

Plaintes digestives	Groupe 1 Stade 1 endométriose superficielle N=21 (%)	Groupe 2 endométriose profonde N=42 (%)	Groupe 3 Endométriose profonde infiltrant le rectum		P
			Sans sténose N=39 (%)	Avec sténose N=14 (%)	
Auto-questionnaire CIRENDO					
Symptômes associés aux douleurs cycliques cataméniales:					
- Douleur de défécation	8 (38.1)	18 (42.9)	26 (66.7)	10 (71.4)	0.039*
- Nausée	8 (38.1)	8 (19.1)	14 (35.9)	5 (35.7)	0.26
- Sang dans les selles	1 (4.8)	3 (7.1)	7 (18)	1 (7.1)	0.37
- Constipation	7 (33.3)	11 (26.2)	18 (46.2)	11 (78.6)	0.005*
- Diarrhée	8 (38.1)	18 (42.9)	21 (53.9)	4 (28.6)	0.38
- Ballonnements	9 (42.9)	25 (59.5)	23 (59)	4 (28.6)	0.14
- Troubles alimentaires	4 (19.1)	3 (7.1)	13 (33.3)	5 (35.7)	0.011*
- Asthénie	14 (66.7)	31 (73.8)	30 (77)	11 (78.6)	0.85
- Céphalées	11 (52.4)	16 (38.1)	17 (43.6)	6 (42.9)	0.76
Score de KESS					
Score total de KESS (N=105 femmes, test ANOVA)	11.7±7.9	10.4±5.3	12.4±5.8	15.8±8.6	0.11
1. Durée de la constipation	0.95±1.23	0.89±1.29	1.2±1.5	1.2±1.6	0.78
2. Utilisations de laxatifs	0.5±0.76	0.29±0.57	0.41±0.59	0.8±0.63	0.13
3. Fréquence des selles	0.42±0.77	0.29±0.52	0.39±0.69	0.8±0.91	0.21
4. Echec de tentative d'évacuation des selles	0.65±0.75	0.56±0.73	0.65±0.79	1.5±1.1	0.24
5. Sensation d'évacuation incomplète	1.7±1.22	1.63±1.08	1.5±1	2.6±1.3	0.06
6. Douleur abdominale	2.35±1.31	2.29±1.18	2.5±1	2.1±1.4	0.79
7. Ballonnements	1.5±1.1	1.42±0.76	1.1±0.8	0.9±0.6	0.08
8. Utilisation de suppositoires/manœuvres digitales	0.4±0.82	0.26±0.60	0.3±0.8	0.6±1.1	0.63
9. Durée de la défécation	0.85±0.93	0.53±0.65	1±0.8	1.5±1.1	0.006*
10. Difficultés d'évacuation des selles avec douleurs du bas ventre	1.8±1.24	1.55±1.11	2±1.2	2.4±1.2	0.17
11. Consistance des selles sans laxatifs	0.55±0.76	0.71±0.84	0.8±0.7	1.5±1.4	0.032*
Score de KESS anormal (>6)	13 (65)	28 (73.7)	30 (81)	9 (90)	0.42
Score de GIQLI					
Score total de GIQLI (N=115 femmes, test ANOVA)	87.8±27.3	90.5±23.3	85.9±22.1	92.9±21.9	0.74
Score de GIQLI anormal (<125)	19 (90.5)	37 (90.2)	38 (97.4)	12 (85.7)	0.36
Item 7. Fréquence des selles	2.81±1.12	2.76±1.3	2.5±1.3	2.9±1.2	0.72
Item 30. Besoins impérieux d'aller à la selle	2.48±0.98	2.46±1.1	2.6±1	2.6±1	0.97
Item 31. Diarrhée	2.86±1.24	3.02±1.06	2.9±1.2	3.4±0.9	0.56
Item 32. Constipation	2.7±1.45	2.44±1.18	2.8±1.1	1.9±1.1	0.11
Item 34. Sang dans les selles	3.85±0.49	3.88±0.4	3.7±0.7	3.6±0.7	0.50
Item 36. Incontinence anale	3.86±0.48	3.73±0.72	3.6±1	3.6±0.7	0.57
Echelle de bien-être mental (Items 10-14)	12.33±4.41	10.56±5.25	10±4	10.6±3.2	0.29
Echelle de défécation (Items 7,26,30,31,34,36)	17.35±3.5	17.66±3.81	16.7±4.1	18.1±4	0.64
Echelle de digestion (Items 1-6,27,28,32,35)	24.53±9.84	26.05±7.31	24.9±6.7	25.8±7.2	0.87
Echelle de bien-être physique (Items 8,15,16,18-23,33)	20.95±9.19	22.12±8.32	21.6±8.4	24.2±8.6	0.67

Tableau 6. La relation ajustée entre les symptômes cliniques révélés par les réponses aux questionnaires et l'endométriose profonde, respectivement épargnant et infiltrant le rectum. Résultats du modèle de régression logistique multinomial (les OR sont estimés en utilisant comme référence le groupe 1, après ajustement sur: les sensations d'évacuation incomplète, le temps pour évacuer les selles, la consistance des selles sans laxatifs, les douleurs cataméniales de défécation et la constipation cataméniale).

	Endométriose profonde (Groupe 2)		Endométriose rectale sans sténose (Groupe 3)		Endométriose rectale avec sténose (Groupe 3)		P ^a
	ORa (IC95%)	P	ORa (IC95%)		ORa (IC95%)	P	
Echec de tentative d'évacuation des selles		0.99		0.75		0.013*	0.02*
"jamais/rarement" ou "occasionnellement"	1		1		1		
"souvent" ou "toujours=évacuation manuelle"	1 (0.11, 8.7)		0.71 (0.09-5.8)		63.5 (2.4-1665)		
Troubles alimentaires cataméniiaux		0.08		0.60		0.13	0.013*
Non	1		1		1		
Oui	0.08 (0.03, 1.2)		1.5 (0.34-6.5)		6.5 (0.59-71.8)		

^aP représentent les comparaisons des OR ajustés utilisant le test de Wald.



ment baryté ou au CTC (Fig 4) (Vassilieff et al, 2011). Cependant la découverte d'une saillie intra rectale ne signifie pas qu'un nodule se développe dans toute la paroi du rectum, mais il peut infiltrer simultanément la musculature rectale et repousser les couches rectales à l'intérieur. Bien que les femmes présentant des nodules profonds responsables de sténose rectale rapportent significativement plus de plaintes digestives telles qu'une constipation sévère, elles représentent apparemment une minorité des patientes avec une EPIR (26% dans nos séries et 12% dans l'étude de Mabrouk et al, 2012).

La nature inflammatoire des implants d'endométriose localisés à proximité du sigmoïde et la sécrétion locale de prostaglandines peuvent expliquer l'altération des fonctions digestives (Seaman et al, 2008). Les plaintes digestives (diarrhée, constipation, dyschésie, ténésme, douleur de défécation) surtout ou exclusivement pendant les règles peuvent donc être expliquées par l'irritation cyclique du rectum, l'inflamma-

tion agissant comme un facteur irritant et entraînant une augmentation du nombre de selles (habituellement décrit comme une « diarrhée » et des selles liquides ou lisses), des douleurs de défécation et une sensation de vidange incomplète du rectum. Ces symptômes sont identiques à ceux rencontrés chez les femmes ayant des maladies inflammatoires du colon et du rectum ou ayant des abcès du cul-de-sac de Douglas. Ces symptômes sont de nature cyclique et leur amélioration peut être obtenue à l'aide d'un traitement hormonal suppressif.

Cependant, les plaintes digestives ne sont pas toutes liées à un phénomène inflammatoire cyclique. Les douleurs de défécation quoique significativement plus fréquentes chez les femmes présentant des nodules rectaux (67.9%), sont aussi présentes dans les groupes 1 et 2 et concernent respectivement 38% et 43% des femmes avec une endométriose sans infiltration du rectum. Fauconnier (2002) a porté son attention sur le manque de spécificité forte des douleurs de défécation des EPIR et pointe le méca-

nisme particulièrement complexe de cette plainte spécifique.

Dans une étude récente, Mabrouk et al a rapporté la fréquence et les mécanismes de symptômes digestifs retrouvés chez les femmes présentant une EPIR sans traitement hormonal (Mabrouk et al, 2012). Bien que 84% des patientes incluses dans l'étude avaient des nodules profonds infiltrant le rectum moyen (5 à 8 cm de l'anus), seulement 12% des nodules étaient responsables de sténose rectale. Les questionnaires étaient complétés pendant la période post-menstruelle et traitaient des plaintes digestives perçues pendant les 24 heures précédentes. Les résultats ont révélé que les plaintes les plus fréquentes étaient la constipation (40%), la sensation d'évacuation incomplète des selles (36%) et une fragmentation des selles (52%), tandis que la dyschésie a été évaluée à 7.1 ± 3.6 en utilisant une échelle visuelle analogique à 10 points. La manométrie anorectale réalisée dans la phase post menstruelle retrouve une inhibition reflexe rectoanale normale,

3 au 5 octobre 2012

PORTE MAILLOT

PALAIS DES CONGRES DE PARIS

114^e Congrès Français de Chirurgie



SECRÉTARIAT D'ORGANISATION

www.lepublicsystemepco.com

Inscriptions : jbhert@lepublicsysteme.fr

www.congres-afc.fr

SESSIONS SCGP À L' AFC

Judi 4 Octobre 2012 – 16h à 17h30

CANCER DE L'OVAIRE :

Les bonnes pratiques en 2012

1. Pourquoi le concept de chirurgie complète s'est-il imposé ?
2. Chirurgie immédiate ou d'intervalle : les critères de choix.
3. Morbidité de la chirurgie avancée des cancers ovariens.
4. Quelle place pour les traitements conservateurs ?
5. Quelle prise en charge pour les récidives ?

Vendredi 5 Octobre 2012 – 16h à 17h30

SESSION FMC : ACTUALITÉS EN CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

1. Quelles voies d'abord pour l'hystérectomie en 2012 ?
2. Où en est-on de la chirurgie ambulatoire ?
3. Embolisation utérine : une alternative réelle à la chirurgie ?
4. Conséquences de l'hystérectomie.
5. Faut-il conserver les ovaires lors de l'hystérectomie pour lésion bénigne ?



suggérant qu'aucune patiente n'avait de mobilité intestinale anormale, de désordres fonctionnels rectaux ou de dysfonction des plexus nerveux au moment de l'évaluation. Cependant, l'altération la plus importante était l'augmentation des pressions restantes du sphincter interne de l'anus chez 80% des femmes, qui était plus probablement la conséquence de l'inflammation chronique résultant des douleurs et des spasmes musculaires, comme précédemment observé dans d'autres maladies inflammatoires (Andersson et al, 2003). Ces résultats confirment notre hypothèse que l'inflammation cyclique est un facteur important dans les plaintes digestives et de plus, elle peut expliquer pourquoi la résection colorectale n'aboutit pas au soulagement de la constipation préopératoire. Aucune diminution de la capacité rectale ne peut augmenter autant le nombre de selles et le tonus du sphincter interne de l'anus.

Cette étude peut conduire à certains changements dans la prise en charge des EPIR. Le fait que certaines plaintes digestives chez les patientes présentant une EPIR puissent être dûes au phénomène inflammatoire, confirme l'argument qu'une thérapie hormonale suppressive peut constituer une alternative valable à la chirurgie dans la prise en charge de cette maladie complexe. Les arguments pour ou contre une intervention ne sont pas seulement la taille et la profondeur de l'infiltration du rectum, mais également la présence d'une sténose rectale et certains facteurs qui permettent la suppression de la fonction ovarienne cyclique au long terme, comme l'âge, le désir de grossesse, l'acceptation de certains effets adverses du traitement hormonal et la réalisation de l'ovariectomie bilatérale. La résection colorectale peut être seulement retenue pour les patientes chez qui le traitement hormonal suppressif n'a pas amélioré

les plaintes digestives, et dans les cas où les nodules fibreux d'endométriose sont responsables d'une sténose rectale.

Remerciements à Amélie Bréant, l'attachée de recherche clinique de la Cohorte InterRégionale Nord-Ouest des Patientes atteintes d'une Endométriose (CIRENDO), pour son management de la base de données utilisée dans notre étude.

Conflits d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ancel PY. [Value of multinomial model in epidemiology: application to the comparison of risk factors for severely and moderately preterm births]. Rev Epidemiol Sante Publique 1999; 47: 563-9.
- Andersson P, Olaison G, Hallböök O, Boeryd B, Sjödal R. Increased anal resting pressure and rectal sensitivity in Crohn's disease. Dis Colon Rectum 2003; 46: 1685-9.
- Berkley KJ, Rapkin AJ, Papka RE. The pains of endometriosis. Science 2005; 308: 1587-9.
- Chung MK, Chung RP, Gordon D. Interstitial cystitis and endometriosis in patients with chronic pelvic pain: The «Evil Twins» syndrome. JSLs 2005; 9: 25-9.
- Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, Vieira M, Dousset B, Bréart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. Fertil Steril 2002; 78: 719-26.
- Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Portuese A, Raffaelli R. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. Fertil Steril 2001; 75: 485-8.
- Issa B, Onon TS, Agrawal A, Shekhar C, Morris J, Hamdy S, Whorwell PJ. Visceral hypersensitivity in endometriosis: a new target for treatment? Gut 2011. doi: 10.1136/gutjnl-2011-300306.
- Knowles CH, Eccersley AJ, Scott SM, Walker SM, Reeves B, Lunniss PJ. Linear discriminant analysis of symptoms in patients with chronic constipation. Validation of a new scoring system (KESS). Dis Colon Rectum 2000; 43: 1419-26.
- Mabrouk M, Ferrini G, Montanari G, Di Donato N, Raimondo D, Stanghellini V, Corinaldesi R, Seracchioli R. Does colo-rectal endometriosis alter intestinal functions? A prospective manometric and questionnaire-based study. Fertil Steril 2012; doi:10.1016/j.fertnstert.2011.12.019
- Nieveen van Dijkum EJM, Terwee CB, Oosterveld P, van der Meulen JHP, Gouma DJ, de Haes JCJM. Validation of the gastrointestinal quality of life index for patients with potentially operable periampullary carcinoma. Br J Surg 2000; 87: 110-5.
- Roman H, Vassilief M, Gourcerol G, Savoye G, Leroi AM, Marpeau L, Michot F, Tuech JJ. Surgical management of deep infiltrating endometriosis of the rectum: pleading for a symptom-guided approach. Hum Reprod 2011; 26: 274-81.
- Seaman HE, Ballard KD, Wright JT, de Vries CS. Endometriosis and its coexistence with irritable bowel syndrome and pelvic inflammatory disease: findings from a national case-controls study – Part 2. BJOG 2008; 115: 1392-6.
- Slim K. First validation of the French version of the Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI). Gastroenterol Biol Clin 1999; 23: 25-31
- Squifflet J, Feger C, Donnez J. Diagnosis and imaging of adenomyotic disease of the retroperitoneal space. Gynecol Obstet Invest 2002; 54: 43-51.
- Vassilief M, Suaud O, Savoye-Collet C, Da Costa C, Marouteau-Pasquier N, Belhiba H, Tuech JJ, Marpeau L, Roman H. Computed tomography-based virtual colonoscopy: an examination useful for the choice of the surgical management of colorectal endometriosis. Gynecol Obstet Fertil 2011; 39: 339-40.
- Ware JE, Gandek B, Kosinski M, Aaronson NK, Apolone G, Brazier J, Bullinger M, Kaasa S, Leplege A, Prieto L, Sullivan M et al. the equivalence of SF-36 Summary health Scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: Results from the IQOLA Project. J Clin Epidemiol 1998; 51: 1167-70.

NovaSure® ?

Hystérectomie ? Hormones ? Que choisir ?

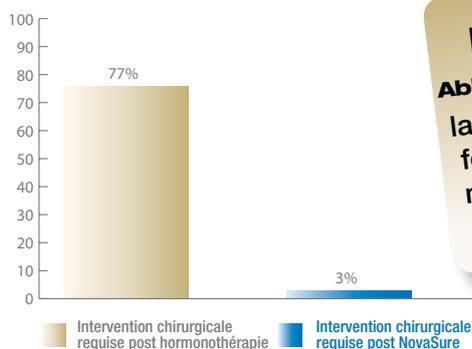
Thérapie hormonale

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

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

Résultats à long terme de la thérapie hormonale.

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

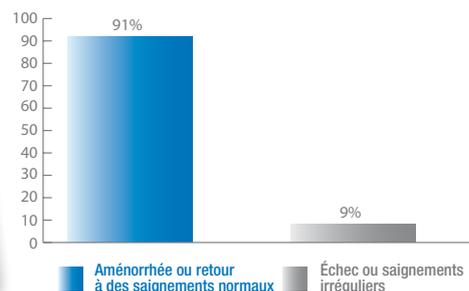


NovaSure®
Ablation de l'Endomètre :
la solution préférée des
femmes dans le traite-
ment des ménorragies
fonctionnelles.

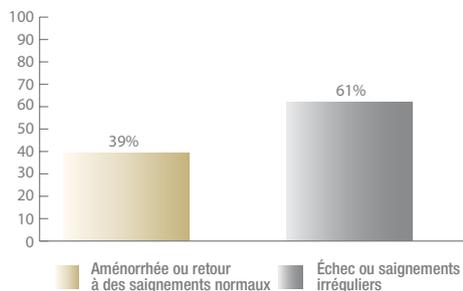
DIU Hormonaux

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

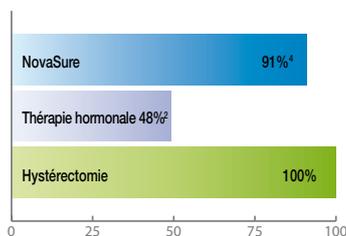
NovaSure®



DIU HORMONAUX



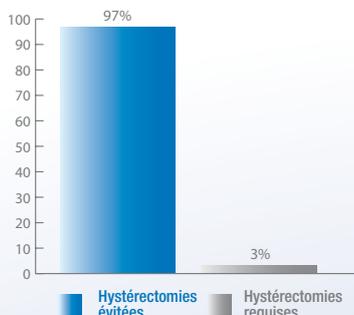
Taux d'efficacité
(réduction des saignements à un niveau normal ou moindre⁴).



NovaSure®

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

Hystérectomie



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

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

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

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

HOLOGIC™
The Women's Health Company



Cure de Prolapsus par voie vaginale selon la technique du Prolift™ :

à propos de 100 cas répertoriés dans un registre

Les prolapsus génitaux, représentent l'anomalie la plus fréquente des troubles de la statistique pelvienne. Leur prévalence est de 30.8% dont 21% sont au stade 3 à 70 ans⁽¹⁾. Bien que rarement responsables de morbidité sévère, ils affectent directement la qualité de vie des patientes.

Introduction

En raison du vieillissement de la population dans les pays industrialisés, la prise en charge de ces derniers représente un enjeu en terme de santé public. *Olsen et al*⁽²⁾ ont ainsi estimé que 11% des femmes âgées de 70 à 79 ans subiraient une cure de prolapsus ou d'incontinence urinaire d'effort et *Subak et al.* ont estimé que la prise en charge du prolapsus coûte plus d'1 million de dollars par an aux Etats-Unis⁽³⁾. Concernant leur prise en charge, de nombreuses techniques chirurgicales existent, mais aucune ne peut prévaloir d'un succès à 100%. Ainsi, par voie abdominale, la classique sacrocolpopexie fait état d'un taux de récurrence de 26% à 13 ans⁽⁴⁾ et d'une ré-intervention de 10%. Par voie vaginale, la spinofixation de Richter offre des résultats identiques, mais la cure de cystocèle reste problématique⁽⁴⁾. Certains auteurs ont proposé l'utilisation de renforcement prothétique afin d'améliorer ces résultats notamment *Fatton et al.* qui ont proposé une technique de renfort prothétique en polypropylène utilisant le kit Prolift™ selon la technique TVM⁽⁵⁾. Néanmoins, l'emploi de ces renforts par voie vaginale fait l'objet de controverse en raison des complications qui lui sont généralement associées. Le but de ce travail était de juger les résultats anatomiques et fonctionnels de la cure de prolapsus par Prolift™ ainsi que de relever les complications inhérentes à l'utilisation de ce matériel prothétique.

Matériel et Méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle, monocentrique, avec enregistrement des données dans un registre, d'une série continue de 100 patientes ayant bénéficié d'une cure de prolapsus par voie vaginale avec mise en place d'un renfort prothétique en polypropylène, utilisant le kit Prolift™ (Gynecare, Somerville, NJ) composé d'un treillis prédécoupé en Prolène Soft Gynecare Gynemesh PS, d'une aiguille avec courbure anatomique, de canules pour le passage des bras de prothèse et d'un dispositif de récupération pour leur récupération, selon la technique TVM.

L'objectif de ce registre était de juger les résultats anatomiques et fonctionnels de la technique ainsi que de relever les complications inhérentes à l'utilisation de ce matériel prothétique.

Toutes les patientes ont été opérées par le même opérateur, lui-même un des promoteurs de la technique du groupe français TVM, qui a également effectué l'évaluation pré et post opératoire. Toutes les patientes étaient convoquées pour un contrôle clinique à 2 mois, 6 mois et 12 mois.

L'évaluation préopératoire des patientes comportait dans un premier temps, un interrogatoire détaillé sur leurs données anthropométriques, leurs antécédents médico-chirurgicaux et obstétricaux, la présence ou non de troubles fonctionnels urinaires et colo rectaux, le retentissement du prolapsus sur la vie quotidienne et notamment sexuel. Dans un second temps, les patientes



avaient une évaluation clinique de leur prolapsus selon la classification ICS du POP-Q^[6]. Elles réalisaient enfin un bilan urodynamique complet incluant une débitmétrie, une urétrocystomométrie et une profilométrie.

Ainsi, ont été incluses toutes les patientes consultant pour un prolapsus génital au moins égal au stade 2, symptomatique, ayant été averties de l'enregistrement sur un registre de leur suivi, de la technique utilisée et acceptant après information une surveillance régulière pendant un an.

La technique opératoire, du TVM a été décrite par les promoteurs^[7] avec l'utilisation du kit Prolift™ par ailleurs déjà décrit^[8]. La colpotomie antérieure était soit circulaire avec dissection rétrograde, soit longitudinale. La colpotomie postérieure était longitudinale. Une hystérectomie pouvait être associée si la patiente présentait une indication à la réalisation de cette dernière, après bilan carcinologique négatif (frottis cervico-vaginal, biopsie d'endomètre, échographie pelvienne). En cas d'incontinence urinaire d'effort associée, la mise en place d'une bandelette sous urétrale était effectuée dans le même temps opératoire (incontinence patente ou occulte) par la voie trans obturatrice de dedans en dehors. L'anesthésie était soit générale, soit locorégionale. Une antibioprophyllaxie était administrée en début d'intervention (Céfalozone 1 g). L'intervention débutait après une infiltration des espaces sous vaginaux par une solution vasoconstrictrice diluée (sérum salé adrénaliné). En fin d'intervention, une sonde vésicale et une mèche vaginale étaient laissées en place pendant 24 heures. Une évaluation du résidu post-mictionnel (RPM) était réalisée, dès l'ablation de la sonde urinaire, par Bladder-scann.

Les consultations de suivi à 2, 6 et 12 mois étaient identiques et consistaient en :

- un interrogatoire à la recherche de signes fonctionnels indésirables, d'une mauvaise tolérance de la prothèse, de troubles urinaires ou digestif de novo ou non améliorés, du degré de satisfaction et de l'impact sur la vie sexuelle.
- un examen clinique, à la recherche de défaut de cicatrisation, d'infection locale, de l'érosion à travers un organe de voi-

sinage et de rétraction classées selon les quatre grades de la classification proposée par *Michel Cosson*^[9].

- un contrôle anatomique avec recherche d'une récurrence (\geq au stade II).

Toutes les données étaient enregistrées sur un questionnaire informatisé (en annexe) au fur et à mesure. L'analyse a porté sur les jugements suivants :

- Les caractéristiques opératoires
- L'incidence des complications per opératoires et post-opératoires précoces
- L'incidence des complications tardives
- L'incidence des récurrences du prolapsus définie par un stade POP-Q supérieur ou égal à 2 (partie la plus proéminente du prolapsus \geq -1 cm)
- L'incidence des troubles urinaires ou digestifs de novo
- L'impact sur la vie sexuelle

La présente étude a été soumise au CEROG (Comité d'Éthique et de Recherche en Obstétrique et Gynécologie). Les données ont ensuite été anonymisées selon les recommandations du CNIL (Comité National Informatique et Liberté) et enregistrées sur un tableur EXCEL (Microsoft 2007), après extraction des données du logiciel de saisie. L'analyse a été faite grâce au logiciel EpiInfo 6.04 (Epi Info Software, Atlanta, USA). Les comparaisons quantitatives ont fait appel au test de Kruskal et Wallis et les comparaisons qualitatives au test exact de Fischer. Tous les tests étaient bilatéraux. Les pourcentages figurent entre parenthèse, les moyennes sont données avec l'écart type de distribution.

Résultats

L'inclusion des patientes s'est déroulée du 30 octobre 2006 au 18 mars 2009 au Centre hospitalier de Dunkerque, période durant laquelle 100 patientes ont bénéficié d'une cure de prolapsus par renfort prothétique de type Prolift™. Toutes les patientes se sont présentées à la consultation post-opératoire du 2^{ème} mois, mais nous avons dénombré respectivement 8% et 12% de pertues de vue à 6 et 12 mois (figure 1).

Les caractéristiques démographiques des patientes sont représentées dans le tableau 1. On peut ainsi observer que les patientes ont en moyenne 66.7 ans, présentent une surcharge pondérale (BMI à 27.7) et un tabagisme actif ou ancien dans 8% des cas.

Concernant les antécédents obstétricaux, la notion de macrosomie fœtale (poids de naissance \geq 4000g) est retrouvée chez 22% des patientes et le recours à une extraction instrumentale est noté chez 6% des patientes.

Concernant les antécédents chirurgicaux, 13% ont déjà bénéficié d'un traitement de l'incontinence urinaire d'effort et 15% d'une cure de prolapsus sur l'un des étages (antérieur ou postérieur). Dix pour cent des patientes étaient hystérectomisées. La majorité des patientes était ménopausée (95%), mais seulement 13% ont pris un traitement hormonal de la ménopause. Sur les 43 femmes ayant une activité sexuelle régulière, deux se plaignaient d'une gêne liée au prolapsus et cinq de dyspareunie (figure 2). D'autre part, on notait que 53 patientes présentaient une incontinence urinaire d'effort, 13 une incontinence urinaire par urgenturies et neuf une incontinence mixte. Enfin, 44% des patientes souffraient de constipation et 13% d'une incontinence anale (aux matières ou aux gaz).

Les caractéristiques opératoires ainsi que les complications sont décrites dans le tableau 2. La localisation des prothèses a été la suivante : Prolift™ antérieur seul : 32 patientes ; Prolift™ postérieur seul : 14 patientes ; Prolift™ total : 54 patientes. Les gestes associés étaient le trai-

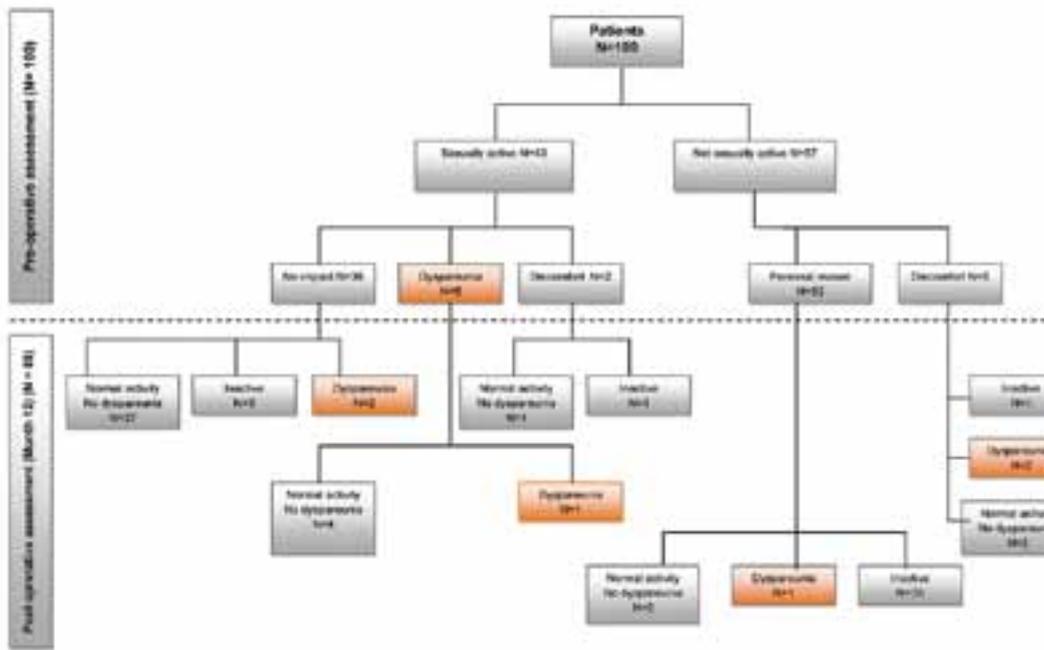


Figure 1. Diagramme des flux



Cure de Prolapsus par voie vaginale selon la technique du Prolift™ :

Figure 2 : Statut sexuel



tement d'une incontinence urinaire d'effort par TVT-O® (53 patientes) ; une hystérectomie (2 patientes) ; cinq trachélectomies pour allongement hypertrophique du col et deux douglassectomies. L'anesthésie a été locorégionale dans 87% des cas. Le temps moyen d'intervention était de 39.8 minutes, incluant tous les temps opératoires (y compris une éventuelle hystérectomie et une cure d'incontinence urinaire) et celui de l'hospitalisation de 2.6 jours.

Concernant les complications per-opératoires : trois patientes ont présenté une hémorragie > 300 ml n'ayant pas nécessité de transfusion sanguine. Aucune plaie vésicale ou rectale n'a été rapportée. Concernant les complications post-opératoires immédiates : une patiente a présenté un hématome du retzius nécessitant une reprise chirurgicale avec décaillotage et ablation de la prothèse, deux patientes opérées d'un prolapsus et d'une incontinence urinaire d'effort ont eu une rétention aigue d'urine mais seulement une a nécessité des auto-sondage à domicile.

L'évaluation pré et post chirurgicale du prolapsus selon le POP-Q est décrite dans le tableau 3. Sur l'effectif global, on observe respectivement 23%, 69% et 8% de stade II, III et IV. Les patientes opérées d'un Prolift™ antérieur isolé avaient une cystocèle grade III dans 59.4% et un grade IV dans 6.3%. Six patientes opérées d'un Prolift™ postérieur seul avaient une rectocèle grade II et 8 une rectocèle grade III.

Sur les 54 patientes bénéficiant une cure de prolapsus par Prolift™ total, 42 présentaient un stade III et 6 un stade IV.

Concernant l'évaluation post-chirurgicale à deux mois, on observait sur les 100 patientes opérées, 3 patientes au stade II. Respectivement 21% et 76% étaient stade 0 et I.

A 6 mois, malgré les 8% de pertues de vue (deux Prolift™ antérieurs seuls, un postérieur seul et cinq Prolift™ Total), la répartition des patientes selon le stade POP-Q restait semblable, 3.2% de stade II contre 17.2% de stade 0 et 79.6% de stade I.

A 12 mois, sur les 88 patientes restantes, le taux de récurrence défini par un stade POP-Q ≥ II était de 10.2% (aucun stade III et IV retrouvés). Les comparaisons pré et post-opératoires du score médian des différents points du POP-Q figurent dans le tableau 4. On observe, au cours du temps, une amélioration significative ($p < 0.05$) des différentes valeurs moyenne en centimètre. L'étage de la récurrence en fonction du Prolift™ réalisé figure dans le tableau 6. Ce tableau permet de différencier les récurrences directes de l'étage opéré des récurrences indirectes de l'étage décompensé. On observe à 12 mois que la récurrence en cas de Prolift™ antérieur isolé touche l'étage non traité (postérieur), en cas de Prolift™ postérieur, l'étage traité et en cas de prolift Total, la récurrence est mixte respectant toujours l'étage moyen.

L'évaluation post-chirurgicale des différents troubles fonctionnels, de la dou-

leur et de la tolérance de la prothèse est exposée dans le tableau 5. Nous avons vu que les 53 patientes souffrant d'une incontinence urinaire d'effort ont bénéficié d'une bandelette sous urétrale. Les résultats à deux mois sont les suivants : les patientes étaient guéries de leur incontinence à l'effort pour 88.7%, 91.8% et 91.8% à 2, 6 et 12 mois et l'on notait une incontinence à l'effort de novo pour respectivement 17%, 16.3% et 7.7%. L'incontinence par urgences avait disparues pour 84.6% à 2, 6 et 12 mois avec une présence de novo dans 3.5% à 2 mois et 2.7% à 1 an. Les troubles fonctionnels (constipation, incontinence anale) sont également diminués.

Concernant la tolérance de la prothèse, à deux mois, nous avons relevé deux patientes ayant un défaut de cicatrisation de stade 1A (la première corrigée par le traitement médical et la seconde par une excision minima de la partie exposée) et deux de stade 1B (granulome, synéchies). En ce qui concerne la rétraction du treillis au cours du temps : à 2 mois 79% des patientes sont grade 0-1, 20% grade 2 et 1% grade 3. A 12 mois, 63.6% patientes présentent une rétraction de grade 0 ou 1 mais 7 patientes soit 8.0% présente une rétraction importante ou symptomatique. Enfin, à 2, 6 et 12 mois, six patientes présentent des douleurs résiduelles (1/3 spontanées, 2/3 provoquées lors de l'examen).

Sur les 43 patientes sexuellement active avant l'opération, cinq présentaient une dyspareunie, deux sont gênées par leur prolapsus. Six sont devenues inactives à 12 mois pour des raisons personnelles notamment de conjoint.

A 12 mois (sur 88 patientes), 45 (51%) patientes étaient sexuellement actives. On notait deux dyspareunies de novo en rapport avec l'intervention. Sur les cinq patientes dyspareuniques en pré opératoire, quatre ne présentaient plus de douleur. Parmi les patientes non sexuellement actives en pré opératoire, dix ont repris cette activité à 12 mois et trois d'entre elles

**Tableau 1. Caractéristiques démographiques des patientes**

	N= 100
Age	66.7 ± 10.4
BMI *	27.7 ± 3.5
Tabac	8
Antécédents obstétricaux	
Parité	2.9 ± 1.8
Poids Moyen des enfants à la naissance (g)	3293.2 ± 992
≥ 4000 g	22
≥ 4500 g	6
Extraction instrumentale	6
Antécédents chirurgicaux	
Incontinence urinaire d'effort	13
Cure de prolapsus	15
Hystérectomie	10
Chirurgie pelvienne autre	7
Données Gynécologiques	
Ménopause	95
THM**	13
Troubles fonctionnels	
IUE***	53
patente	42
occulte	11
IUU****	13
Incontinence mixte	9
Urgenturies	36
Constipation	44
Incontinence Anale (gaz ou matière)	13

* Body Mass Index ** Traitement Hormonal de la ménopause
 *** Incontinence urinaire d'effort
 **** Incontinence urinaire par urgenturie

Tableau 2. Caractéristiques opératoires et complications

	N= 100
Prolapsus antérieur isolé	32
Prolapsus postérieur isolé	14
Prolapsus total	54
2 parties	46
Monobloc	8
Gestes chirurgical concomitant	
IUE*	53
Hystérectomie	2
Autre**	7
Mode d'anesthésie	
Anesthésie générale	13
Anesthésie loco régionale	87
Durée moyenne d'intervention (min)	39.8 ± 14.8
Prolapsus antérieur	28.4 ± 8.4
Prolapsus postérieur	25.1 ± 7.3
Prolapsus total	48.4 ± 11.9
Durée moyenne d'hospitalisation (jour)	2.6
Complications per-opératoires	
Hémorragie (>300 ml)	3
Plaie vésicale ou rectale	0
Complications post-opératoires précoces	
Hématome, ecchymose	3
Infection urinaire	4
Rétention aigue d'urine	2
Réintervention	1

*Incontinence Urinaire d'Effort
 ** Dont 2 douglassectomies associées à la cure totale de prolapsus, et 5 colpectomies

avaient des dyspareunies. Les dyspareunies de novo à mettre sur le compte de l'intervention représentent un taux global de 11.1%.

Discussion

Cette étude montre l'efficacité anatomique et fonctionnelle des renforts prothétiques utilisant le kit Prolift™ dans la cure de prolapsus par voie vaginale. Elle confirme également la faible morbidité per et post-opératoire, la faisabilité de la technique et le raccourcissement du délai d'hospitalisation (2.6 jours en moyenne).

Notre étude, observationnelle, se veut expérimentale et le recueil des données fut prospectif à partir d'un questionnaire préétabli. D'autre part, concernant le sujet, la littérature ne révèle qu'une gamme peu étendue d'étude ayant un niveau de preuve élevé^[10, 11, 12, 13]. Nous sommes conscients que la médiane de suivi n'est que de un an et mérite d'être poursuivie afin d'évaluer au long cours l'utilisation de ces prothèses. La prise en charge des prolapsus représente un enjeu en terme de santé publique, l'utilisation de renforts prothétique représente encore un sujet tabou dans la communauté

scientifique et est source de discussions controversées en raison des complications spécifiques qui lui sont associées (infection, érosion, incontinence urinaire de novo, dyspareunies)^[14]. Ainsi, remarquons l'étude randomisée multicentrique en double aveugle d'Iglésia^[12]. Elle compare l'utilisation du kit Prolift™ dans la cure de prolapsus versus les techniques chirurgicales traditionnelles par voie vaginale. Iglésia a arrêté son étude après une médiane de suivi de 9.7 mois (72% des inclusions prévues réalisées) en raison d'un taux élevé d'érosion de prothèse pour lequel elle avait décidé d'arrêter arbitrairement à 15%. Par ailleurs, il existait d'autres biais dont, à l'évidence le peu d'expérience des opérateurs et des modifications de la technique originale. Bien que l'érosion de la prothèse soit la complication la plus fréquemment rapportée et facilement accessible aux traitements locaux, le taux élevé d'érosion retrouvé par Iglésia diffère des données de la littérature. Ainsi Feiner et ses collaborateurs^[15] retrouvent dans leur méta-analyse des taux d'érosion variant de 4.6% à 10.7% et N.Guyen en 2008 retrouve 5% d'érosion à 12 mois^[10]. Dwyer et ses collaborateurs ont d'ailleurs montré l'importance de la courbe d'apprentissage dans le cadre de la prévention des expositions

prothétiques (19% à un an contre 4% à 3 ans)^[16]. D'autre part, concernant les résultats anatomiques (récidive, stade POP-Q) ou fonctionnels (dyspareunie, douleur de novo), Iglésia ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes alors que Carey en 2009^[17] sur 139 patientes retrouve 80% de succès dans le groupe prothèse versus 65.6% dans le groupe sans et 5.6% d'érosion. Hiltunen en 2007 réalise une étude randomisée comparant 105 renforcements prothétiques en polypropylène versus 99 colporaphies antérieures. Sur 204 patientes, il rapporte un meilleur résultat anatomique (stade POP-Q < 2) dans le groupe prothèse : 93.3% versus 61.5%^[11].

Concernant les complications per-opératoires, nous n'avons pas eu de plaies vésicale ou rectale mais trois hémorragies de plus de 300 ml n'ayant nécessitées aucune transfusion. Pour nous, une plaie vésicale ne contre-indique pas la poursuite de l'intervention alors que la plaie rectale oblige à l'arrêter en raison de la majoration du risque infectieux et de fistule. Nos résultats sur les complications per et post-opératoires sont à comparer à ceux décrits par B. Jacquetin^[18]. Ce dernier rassemble les complications de différentes séries : une



Cure de Prolapsus par voie vaginale selon la technique du Prolift™ :

Tableau 3. Evaluation anatomique des prolapsus selon le POP-Q

	Effectif global	Prolift® Antérieur isolé	Prolift® Postérieur isolé	Prolift® Total 2 parties	Prolift Total® monobloc
Stade pré-chirurgical N(%)	100	32	14	46	8
I	0	0	0	0	0
II	23	11 (34.4)	6 (42.9)	6 (13.0)	0
III	69	19 (59.4)	8 (57.1)	36 (78.3)	6 (75)
IV	8	2 (6.3)	0	4 (8.7)	2 (25)
Stade post-chirurgical N(%)					
2 mois	100	32	14	46	8
0	21	2 (6.3)	3 (21.4)	12 (26.1)	4 (50)
I	76	29 (90.6)	11 (78.6)	33 (71.7)	3 (37.5)
II	3	1 (3.1)	0	1 (2.2)	1 (12.5)
III-IV	0	0	0	0	0
6 mois	92	30	13	42	7
0	16 (17.2)	2 (6.4)	1 (7.7)	10 (23.8)	3 (42.9)
I	73 (79.6)	27 (90.3)	12 (92.3)	30 (71.4)	4 (57.1)
II	3 (3.2)	1 (3.2)	0	2 (4.8)	0
III-IV	0	0	0	0	0
12 mois	88	29	11	41	7
0	15 (17.1)	2 (6.9)	0	11 (26.8)	2 (28.6)
I	64 (72.7)	23 (79.3)	10 (90.9)	26 (63.4)	5 (71.5)
II	9 (10.2)	4 (13.8)	1 (9.1)	4 (9.6)	0
III-IV	0	0	0	0	0

écossaise (289 patientes), une scandinave (148 patientes) et celle du groupe TVM (1541 patientes, résultats non publiés). Ainsi, sur 2078 patientes, 55 complications sévères ont été rapportées (2.6%) : hémorragies de plus de 500ml ou hématome important (1.2%), infection (0.9%), érosion viscérale (0.1%) et 0.9% de réopération pour douleurs, dyspareunies ou autres sévères complications. Les complications sévères ne sont pas spécifiques des prothèses. *Diwadkar* a montré en 2009 que la réparation traditionnelle exposait également au risque de plaie viscérale (1%), vésicale ou urétrale (0.7%) et digestive (0.4%)^[19].

Pour les résultats anatomiques, nous retrouvons un taux de récurrence de 10.2% à un an et une amélioration significative ($p < 0.05$) des différentes valeurs moyennes en centimètre des points du POP-Q. *Sanses et ses collaborateurs* ont évalué en 2009 les résultats anatomiques de l'utilisation du kit Prolift™ versus techniques traditionnelles (promontofixation et suspension utéro-sacrée) dans une étude multicentrique rétrospective^[20]. Sur 742 patientes (206 prothèses, 231 suspensions utéro-sacrée, 305 promontofixation), elle retrouve d'un point de vue anatomique selon le stade POP-Q la même efficacité entre les différentes techniques (98.8% versus 99.1% et 99.3%).

Hinoué^[21] a évalué en 2008 dans une étude

rétrospective multicentrique la cure de cystocèle par Prolift™ antérieur. Il retrouve sur 48 patientes après 14 mois de suivi, une efficacité de la technique chez 95.8% des patientes, 13% d'incontinence urinaire de novo, la persistance des urgences chez 14% des patientes. Ces données sont comparables avec nos résultats alors qu'*Aungst* a rapporté en 2008 dans son étude rétrospective sur 335 patientes, 24.3% d'incontinence urinaire de novo^[22].

Au sujet de l'impact sur la vie sexuelle, nous sommes conscients des limites de notre évaluation puisque nous n'avons pas utilisé de questionnaire spécifique, néanmoins nous avons relevé 11.1% de dyspareunie de novo. *Lowman*^[23] a étudié l'impact sur la vie sexuelle de 129 patientes bénéficiant d'une cure de prolapsus par Prolift™. Sur 57 patientes sexuellement actives, 8% présentait une dyspareunie en pré-opératoire et 16.7% de novo ont été rapportées en post opératoire. Ce taux est d'ailleurs inférieur aux taux rapportés par des techniques traditionnelles (36.1% de dyspareunie de novo en cas de promontofixation, 25.9% en cas de suspension utéro-sacrée)^[23]. *Lowman* montre que l'absence d'activité sexuelle des patientes initialement active avant l'intervention résulte d'une absence de partenaire dans 36%, d'un mari « inapte » dans 25% et de l'absence de libido dans 35%. *Sivasioglu*^[24] rapporte en 2008 dans une étude randomisée sur 90 patientes une incidence de dyspareunie de novo de 4.6%.

Enfin, *Altman*^[25] a évalué l'impact à un an de l'utilisation du kit Prolift™ sur la fonction sexuelle chez 105 patientes à l'aide du questionnaire PISQ-12. Il retrouve une amélioration significative ($p < 0.001$) de l'activité sexuelle (score 15.5 ± 8.0 à un an versus 11.7 en pré-opératoire).

Tableau 4. Comparaison du score médian POP-Q pré et post opératoire

	Données pré opératoires	Valeurs moyennes en cm du POP-Q (écarts)		
		2 mois	6 mois	12 mois
Ba	2 (-3, 13)	-3 (-6, 0)*	-2 (-3, 0)*	-3 (-6, 1)*
C	2 (-7, 11)	-7 (-10, -1)*	-7 (-10, -1)*	-7 (-10, -2)*
Bp	0 (-4, 12)	-3 (-7, -1)*	-3 (-3, 0)*	-3 (-6, 0)*
TVL	8 (4, 13)	8 (6, 10)*	8 (6, 10)*	8 (6, 11)*
GH	5 (3, 10)	5 (1, 8)*	5 (2, 8)*	5 (2, 7)*
PB	3 (0, 9)	3 (0, 7)	3 (0, 6)	3 (0, 8)

* $p < 0.05$ par rapport à la base de données

Tableau 5. Etage du prolapsus récidivant en fonction du Prolift™ effectué

	Prolift™ Antérieur isolé			Prolift™ Postérieur isolé			Prolift™ Total		
	2	6	12	2	6	12	2	6	12
Suivi (en mois)	2	6	12	2	6	12	2	6	12
Récidive	1	1	4	0	0	1	2	2	4
Etage antérieur	1	0	1	0	0	0	1	1	2
Etage moyen	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Etage postérieur	0	1	3	0	0	1	0	1	2



Tableau 6. Evaluation post-chirurgicale des troubles fonctionnels et de la tolérance de la prothèse

Suivi (en mois)	Effectif global			Prolift™ antérieur			Prolift™ postérieur			Prolift™ Total		
	2	6	12	2	6	12	2	6	12	2	6	12
Troubles fonctionnels urinaires												
IUE*	n=53 (%)	n= 49(%)	n=49 (%)									
de novo	8/47 (17)	7/43 (16.3)	3/39 (7.7)	2	3	2	1	-	-	5	4	1
Aggravée / récidivée	0	0	2 (4.1)	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Améliorée	6 (11.3)	4 (8.2)	2 (4.1)	3	2	-	1	-	-	2	2	2
Guérie	47 (88.7)	45 (91.8)	45(91.8)	17	16	16	1	2	2	29	27	27
IUU**	n=13	n=13	n=13									
de novo	3/87 (3.5)	0	2/75 (2.7)	-	-	-	2	-	-	1	-	2
aggravée	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Améliorée	2(15.4)	2 (15.4)	2 (15.4)	1	1	1	-	-	-	1	1	1
Guérie	11(84.6)	11(84.6)	11(84.6)	3	3	3	3	3	3	5	5	5
Urgenturies												
persistantes	5/36 (13.9)	5/34 (14.7)	3/32 (9.4)	2	2	1	-	-	-	3	3	2
de novo	4/64 (6.2)	1/58 (1.7)	2/56 (5.7)	2	1	2	-	-	-	2	-	-
Troubles fonctionnels digestif												
Constipation persistante	18/44(40,9)	16/41 (39)	13/39 (33.3)	2	4	3	3	1	-	13	11	10
de novo	5/56(8.9)	4/51 (7.8)	4/49 (8.2)	2	2	1	1	-	1	2	2	2
Incontinence Anale (gaz et matières)	2/13(15.4)	1/12 (8.3)	1/12(8.3)	-	-	-	-	-	-	2	1	1
Prothèse												
Défaut de cicatrisation	4 (4)	3 (3.3)	1 (1.1)	2	-	-	-	-	-	2	3	1
Stade 1A : exposition de prothèse	2 (2)	1(1.1)	1 (1.1)	1	-	-	-	-	-	1	1	1
Traitement médical	1	0	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Traitement chirurgical	1	0	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-
Stade 1B : trouble de cicatrisation (polype, synéchie, granulome)	2 (2)	2 (2.2)	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-
Infection matériel prothétique***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rétraction du treillis****	n=100	n=92	n=88									
Grade 0	24	10(10.8)	11(12.5)	8	3	3	4	5	5	12	2	3
Grade 1	55	51(55.4)	45(51.1)	14	14	12	9	7	5	22	30	28
Grade 2	20	25(27.2)	25(28.4)	10	12	13	1	-	-	9	13	12
Grade 3	1	6(6.5)	7(7.9)	-	1	1	-	1	1	1	4	5
Grade 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erosion d'un organe	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Douleurs	6 (6)	5 (5.4)	6 (6.8)	1	1	1	2	2	2	3	2	3
Spontanées	1	-	2	-	-	-	-	-	1	1	-	1
Provoquées	5	5	4	1	1	1	2	2	1	2	2	2

* Incontinence urinaire d'effort

** incontinence urinaire par urgenturies

*** correspondant à une érosion vaginale (type 2A)

**** grade 0 : implant non palpable, grade 1 : implant palpable, grade 2 : rétraction modérée et /ou peu symptomatique, grade 3 : rétraction importante et/ou symptomatique, grade 4 implant douloureux ++ au contact



CONCLUSION

A court terme, l'emploi du kit Prolift™ dans la cure de prolapsus par voie vaginale semble une option satisfaisante et intéressante en terme de faisabilité, de complications per et post-opératoires, de résultats anatomiques ou fonctionnels. Néanmoins,

l'emploi de ces renforts nécessite une évaluation à long terme et la réalisation d'études comparatives. Récemment, le kit Prolift™ a évolué en devenant le Prolift+M^T composé à parts égales de monofilaments résorbables de Polyglecaprone-25 et de monofilaments non résorbables de polypro-

pylène. Il semble, après 12 mois de suivi que cette nouvelle version permet de diminuer le taux de rétraction grâce à la moindre densité du treillis après résorption et à sa plus grande élasticité. Un suivi au long court sera également nécessaire



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Lousquy R, Costa P, Delmas V, Haab F. [Update on the epidemiology of genital prolapse]. *Prog Urol*. 2009 Dec;19(13):907-15.
- 2. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1997 Apr;89(4):501-6.
- 3. Subak LL, Waetjen LE, van den Eeden S, Thom DH, Vittinghoff E, Brown JS. Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States. *Obstet Gynecol*. 2001 Oct;98(4):646-51.
- 4. Bafghi A, Iannelli A, Verger S, Novelas S, Amiel J, Gugenheim J, et al. [Transvaginal repair of genital prolapse with Prolift: evaluation of safety and learning curve]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2009 Feb;38(1):77-82.
- 5. Fotton B, Amblard J, Debodinance P, Cosson M, Jacquetin B. Transvaginal repair of genital prolapse: preliminary results of a new tension-free vaginal mesh (Prolift technique)—a case series multicentric study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007 Jul;18(7):743-52.
- 6. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Jul;175(1):10-7.
- 7. Debodinance P, Berrocal J, Clave H, Cosson M, Garbin O, Jacquetin B, et al. [Changing attitudes on the surgical treatment of urogenital prolapse: birth of the tension-free vaginal mesh]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2004 Nov;33(7):577-88.
- 8. Amblard J, Cosson M, Dabadies-Louasil, Debodinance P, Fotton B, Jacquetin B. Du TVM au Prolift® (Gynecare) : évolution d'une technique de renfort prothétique pour la cure de prolapsus par voie vaginale à propos d'une série multicentrique rétrospective de 794 patientes (684 TVM/110 Prolift). *Pel Perineol*. 2007 ;1 :1-9.
- 9. Debodinance P, Cosson M, Collinet P, Boukerrou M, Lucot JP, Madi N. [Synthetic meshes for transvaginal surgical cure of genital prolapse: evaluation in 2005]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2006 Sep;35(5 Pt 1):429-54.
- 10. Nguyen JN, Burchette RJ. Outcome after anterior vaginal prolapse repair: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2008 Apr;111(4):891-8.
- 11. Hiltunen R, Nieminen K, Takala T, Heiskanen E, Merikari M, Niemi K, et al. Low-weight polypropylene mesh for anterior vaginal wall prolapse: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2007 Aug;110(2 Pt 2):455-62.
- 12. Iglesia CB, Sokol AI, Sokol ER, Kudish BI, Gutman RE, Peterson JL, et al. Vaginal mesh for prolapse: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. Aug;116(2 Pt 1):293-303.
- 13. Paraiso MF, Barber MD, Muir TW, Walters MD. Rectocele repair: a randomized trial of three surgical techniques including graft augmentation. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Dec;195(6):1762-71.
- 14. Freeman RM, Lose G. The great mesh debate. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009 Aug;20(8):889-91.
- 15. Feiner B, Jelovsek JE, Maher C. Efficacy and safety of transvaginal mesh kits in the treatment of prolapse of the vaginal apex: a systematic review. *BJOG*. 2009 Jan;116(1):15-24.
- 16. Dwyer PL, O'Reilly B. Dyspareunia following vaginal surgery for prolapse using polypropylene mesh. Re: paper by Milani et al. *BJOG*. 2005 Aug;112(8):1164.
- 17. Carey M, Higgs P, Goh J, Lim J, Leong A, Krause H, et al. Vaginal repair with mesh versus colporrhaphy for prolapse: a randomised controlled trial. *BJOG*. 2009 Sep;116(10):1380-6.
- 18. Jacquetin B, Cosson M. Complications of vaginal mesh: our experience. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009 Aug;20(8):893-6.
- 19. Diwadkar GB, Barber MD, Feiner B, Maher C, Jelovsek JE. Complication and reoperation rates after apical vaginal prolapse surgical repair: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2009 Feb;113 (2 Pt 1):367-73.
- 20. Sanses TV, Shahryarnejad A, Molden S, Hoskey KA, Abbasy S, Patterson D, et al. Anatomic outcomes of vaginal mesh procedure (Prolift) compared with uterosacral ligament suspension and abdominal sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse: a Fellows' Pelvic Research Network study. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 Nov;201(5):519 e1-8.
- 21. Hinoul P, Ombelet WU, Burger MP, Roovers JP. A prospective study to evaluate the anatomic and functional outcome of a transobturator mesh kit (prolift anterior) for symptomatic cystocele repair. *J Minim Invasive Gynecol*. 2008 Sep-Oct;15(5):615-20.
- 22. Aungst MJ, Friedman EB, von Pechmann WS, Horbach NS, Welgoss JA. De novo stress incontinence and pelvic muscle symptoms after transvaginal mesh repair. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 Jul;201(1):73 e1-7.
- 23. Lowman JK, Jones LA, Woodman PJ, Hale DS. Does the Prolift system cause dyspareunia? *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Dec;199(6):707 e1-6.
- 24. Sivaslioglu AA, Unlubilgin E, Dolen I. A randomized comparison of polypropylene mesh surgery with site-specific surgery in the treatment of cystocele. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008 Apr;19(4):467-71.
- 25. Altman D, Elmer C, Kiiholma P, Kinne I, Tegerstedt G, Falconer C. Sexual dysfunction after trocar-guided transvaginal mesh repair of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2009 Jan;113(1):127-33.

CONGRÈS SCGP 2012



PROGRAMME

JEUDI 8 NOVEMBRE 2012

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

Pause café et visite de l'exposition

12h40 - Quelle place pour la chirurgie en gynécologie obstétrique ? *Jacques Lansac*

APRES MIDI :

14h - «1/2 d'heure de l'industrie »

14h30 - ADENOMYOSE : ETAT DE L'ART

Modérateurs : **Bernard Blanc - Hugues Barletta**

- Imagerie : IRM versus Echographie : Antoine Maubon
- L'adénomyose est-elle un facteur de gravité dans l'endométriose ? Charles Chapron
- Hémorragie et douleurs : Comment éviter l'hystérectomie ? : Emile Daraï
- Adénomyose & Infertilité : Jean-Luc Pouly

16h - Pause café et visite de l'exposition

16h30 - Communications libres + Posters

17h30 - 18h00 : LES CURES DE CYSTOCELE PAR VOIE BASSE

- Quelle place pour les prothèses ? : Peter von Theobald
- Quelle place pour les tissus autologues et les sutures ? : Daniel Raudrant

VENDREDI 9 NOVEMBRE 2012

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

APRES MIDI :

14h - «1/2 d'heure de l'industrie »

14h30 - LA CHIRURGIE ROBOTIQUE EN GYNÉCOLOGIE : MYTHE OU RÉALITÉ ?

Modérateurs : **Bernard Blanc - Hugues Barletta**

- Pour : Fabrice Lecuru
- Contre : Patrick Madelenat

15h15 - Communications libres + Posters

16h - Pause café et visite de l'exposition

16h30 - Annexectomie prophylactique en péri-ménopause

- Pour : Eric Leblanc
- Contre : Pierre Panel

17h15 - LA CHIRURGIE DU CANCER DE LA VULVE

- pour une chirurgie raisonnable : Patrice Lopes
- pour une chirurgie extensive : François Golfier

18h00 : Assemblée Générale de la SCGP (Auditorium Pasteur)

SAMEDI 10 NOVEMBRE 2012

9h - CANCER DE L'ENDOMÈTRE

- Les prédispositions héréditaires : Yves-Jean Bignon
- L'imagerie optimale : Jean-Noël Buy
- Pourquoi si peu de cœliochirurgie en France ? J. Philippe Estrade
- Techniques et modalités des curages lombo-aortiques : Patrice Mathevet

10h30 - Pause café et visite de l'exposition

11h - L'endometriome ovarien doit-il être considéré comme un simple kyste ?
Charles Chapron

11h30 - Remise des prix Daniel Dargent
Clôture du congrès : take home messages



Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

RENSEIGNEMENTS : Secrétariat Universitaire Pr Daniel Raudrant

Madame Dominique Simao de Souza - dominique.simao-de-souza@chu-lyon.fr

Tél. : 04 78 86 65 96 – 04 78 86 65 58

www.journees-daniel-dargent.com & www.scgp.asso.fr

Huitièmes Journées
Daniel Dargent

Chirurgie Gynécologique et Mammaire

Neuvième Congrès
de la S.C.G.P.

Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne



sous la présidence du Professeur Jacques Lansac

Jeudi 8 novembre
Vendredi 9 novembre
Samedi 10 novembre matin
2012

Centre de Congrès de Lyon
Cité Internationale
vidéo-transmission en direct et duplex
les jeudi matin et vendredi matin

Comité scientifique
Charles Chapron, président
et tous les membres du CA

Comité d'Organisation
Daniel Raudrant* - Patrice Mathivet**
François Golfier* - Hugues Barletta***

APPEL À COMMUNICATIONS LIBRES & POSTERS

Prix Daniel Dargent décernés aux meilleurs
communications

Thèmes retenus

- UROGYNÉCOLOGIE/PROCTOLOGIE
- ONCOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE
- INFERTILITÉ
- ENDOMÉTRIOSE
- CHIRURGIE DU SEIN

Résumés à envoyer avant le

30 Septembre 2012

au Professeur Daniel RAUDRANT

- daniel.raudrant@chu-lyon.fr

RENSEIGNEMENTS :

Mme Florence Léo - florence.leo@chu-lyon.fr



Guillaume LEGENDRE¹, Sofiane BENDIFALLAH¹, Jean-Marc LEVAILLANT¹,
Perrine CAPMAS¹, Magali LESAVRE¹, Hervé FERNANDEZ¹

1Hôpital de Bicêtre – APHP, Le Kremlin Bicêtre -78 rue du Général de Gaulle - 94270 Le Kremlin Bicêtre
Email : herve.fernandez@bct.aphp.fr



Fibromes et fertilité : Etat des connaissances en 2012

Les myomes utérins sont présents chez 20 à 50% des femmes en âge de procréer. Leur prévalence varie en fonction de l'ethnie et de l'âge des patientes, mais également des techniques mises en œuvre pour les détecter.

Introduction

Le fibrome peut avoir des conséquences à tous les niveaux du développement fœtal. En effet, les myomes sont susceptibles d'interférer avec la fertilité à toutes les étapes qui aboutissent à une grossesse clinique (transfert des gamètes, fécondation, implantation,...). Le fibrome peut également compliquer l'évolution de la grossesse, l'accouchement et le post-partum. La découverte, dans le bilan d'infertilité, d'un myome isolé ou associé à d'autres facteurs est ainsi devenue une situation fréquente en pratique clinique qui suscite deux questions principales : Les myomes utérins (en fonction de leur symptomatologie, de leur situation et/ou de leur taille) diminuent-ils les chances de procréation du couple ? L'ablation de ces myomes restaure-t-elle la fertilité ?

Données épidémiologiques de la relation myome et infertilité

Prévalence des myomes en population générale

Une large étude de cohorte, menée aux Etats-Unis sur 1367 femmes âgées de 35 à 49 ans, retrouve une incidence cumulée supérieure à 66% chez des patientes examinées systématiquement par échographie¹. La prévalence des myomes symptomatiques est de 50% chez les patientes afro-caribéennes et de 35% chez les populations caucasiennes selon les mêmes auteurs¹. La prévalence des myomes en Europe est plus faible, ainsi une étude de cohorte italienne basée sur 635

femmes retrouve une prévalence de 15%² et une étude suédoise de 335 femmes retrouve une prévalence de 3% chez les femmes de 25-32 ans et de 8% chez celles de 33-40 ans³.

Prévalence de l'infertilité chez les femmes porteuses de myome

En population générale la prévalence de l'infertilité, définie comme au moins un an de désir de grossesse sans conception, est estimée entre 10 et 15%⁴.

Pour les femmes porteuses de myomes ayant nécessité une intervention chirurgicale, l'analyse de plusieurs études montre l'existence d'un excès de risque d'infertilité. Rubin retrouve 40% d'infertilité sur une série rétrospective de patientes opérées pour myome utérin⁵. Buttram dans sa méta-analyse portant sur 1698 patientes opérées retrouve 27% d'infertilité⁶. Il convient cependant d'être prudent dans l'interprétation de ces chiffres. En effet, les promoteurs de la myomectomie présentent cette technique comme préservant ou améliorant la fonction reproductrice des patientes. Ceci peut-être à l'origine d'un biais de publication. Hasan retrouve sur une population de 60 femmes enceintes porteuses de myomes non opérés 43% d'infertilité supérieure à 2 ans⁷. L'association entre myome et infertilité peut, au moins partiellement, s'expliquer par l'âge des femmes au moment de la conception. En effet l'incidence des myomes et de l'infertilité augmente avec l'âge⁸.



Figure 1.
Echographie 3D. Coupe coronale de l'utérus.
Myome sous-muqueux type 2.

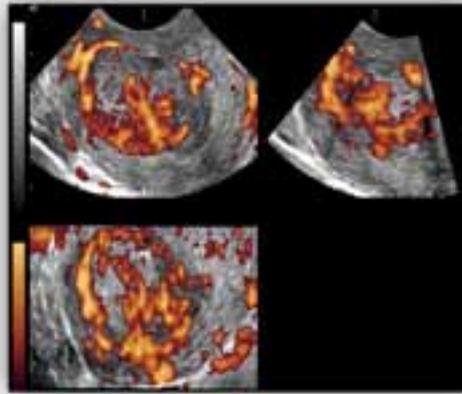


Figure 2.
Echographie-Doppler. Aspect typique de la vascularisation du myome : « Signe de l'encorbellement ».

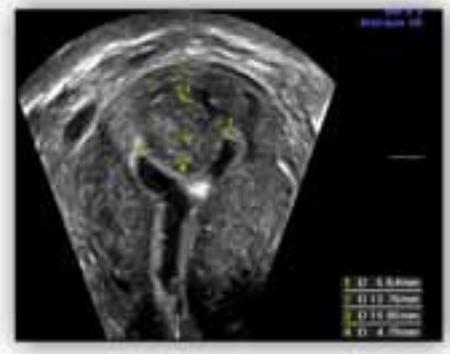


Figure 3
Hystérosonographie. Myome sous-muqueux type 2.

Impact des myomes sur la fertilité

Si une association entre infertilité et fibrome existe, la responsabilité des myomes reste à démontrer. Les modifications anatomiques et physiologiques induites par la présence d'un myome sont susceptibles de retentir sur la fertilité à toutes les étapes aboutissant à une grossesse (transfert des gamètes, fécondation, implantation, grossesse clinique). Les fibromes sont associés à un taux accru de complications obstétricales : fausses couches spontanées, douleurs, troubles de la placentation, retards de croissance intra-utérin, accouchements prématurés, hématomes rétro-placentaires, présentations dystociques, hémorragies du post-partum. Cependant il n'est pas possible de mentionner un seuil de nombre ou de taille à partir duquel ce risque est significatif⁹.

Impact des myomes sur la fertilité en procréation spontanée

L'impact des myomes sur la fertilité peut être approché soit en comparant des femmes porteuses de myomes à des femmes indemnes de toute pathologie fibromateuse consultant pour désir de grossesse, soit en comparant les résultats de la myomectomie vis-à-vis de l'abstention thérapeutiques chez des patientes en désir de grossesse.

Une seule étude prospective comparant une population de 106 femmes infertiles porteuses de myomes à une population de 106 femmes infertiles sans myome retrouve un

taux de conception significativement diminué en présence de myomes (11% vs 25% ; $p=0,02$)¹⁰. Cette étude manque de précision sur la taille, le nombre et la localisation des myomes, mais permet de démontrer la responsabilité des myomes sur la fertilité en cas de procréation spontanée.

Impact des myomes sur la fertilité en procréation médicalement assistée

Les techniques de PMA sont des modèles très utiles pour mettre en évidence l'impact des myomes sur l'infertilité. En effet, les techniques de fécondation in vitro (FIV et/ou ICSI) qui s'affranchissent des problèmes de stérilité tubaire, des problèmes endocriniens et d'interaction avec la glaire cervicale, peuvent permettre d'approcher l'influence des myomes sur le taux d'implantation. En revanche, le modèle de la FIV ne permet pas d'évaluer l'impact des myomes sur la migration spermatique et le transport embryonnaire.

Ainsi, depuis l'étude quasi-expérimentale « historique » de *Stovall*¹¹ qui retrouve une diminution du taux d'implantation, du taux de grossesse clinique et du taux de grossesse viable chez les patientes porteuses de myomes, l'hypothèse de la causalité de certains myomes dans l'infertilité est fortement suggérée.

L'influence des myomes sur la fertilité est soulignée par la méta-analyse récente de *Pritts* qui regroupe 23 séries et qui retrouve une diminution significative du taux de gros-

sesse, du taux d'implantation et un taux plus important de fausse couche spontanée en présence de myomes (toutes localisations et tailles confondues)¹². La baisse du taux d'implantation est retrouvée dans le sous-groupe myomes sous-muqueux, mais également dans le sous-groupe des myomes ne retentissant pas sur la cavité utérine en comparaison avec une population de patientes sans myome¹². En revanche, les patientes porteuses de myomes sous-séreux ne présentent pas de différence significative en termes de fertilité par rapport à la population témoin¹². Ces résultats sont confirmés par une autre méta-analyse, celle de *Sunkara*, qui retrouve un impact des myomes intra-muraux sur la fertilité même en l'absence de retentissement intra-cavitaire¹³.

Impact de la myomectomie

Influence de la myomectomie sur la fertilité

Le traitement hystéroscopique des myomes sous-muqueux de type 0 et de type 1 augmente le taux de grossesse en dehors de toute prise en charge en assistance médicale à la procréation (AMP). La présence d'un myome intra-mural a un effet délétère sur le taux de grossesses chez une patiente infertile en conception spontanée¹⁴. Le traitement chirurgical d'un fibrome intra-mural par cœlioscopie ou laparotomie n'a globalement pas d'influence sur la fertilité des femmes en conception spontanée. L'impact du nombre de fibrome ne peut être défini du fait du manque de données existant à ce sujet dans la littérature. Aucune donnée



n'existe concernant les myomes sous-séreux, néanmoins leur impact sur la fertilité semble négligeable¹⁴.

Dans le cadre de la prise en charge d'une patiente infertile en AMP, les myomes toutes localisations confondues ont un effet délétère sur l'ensemble des paramètres de fertilité avec une diminution des taux de grossesses, d'implantation, de naissances vivantes et une augmentation du taux de pertes fœtales. Les myomes sous-muqueux ont un impact négatif net sur les paramètres de fertilité. Les myomes intra-muraux même sans retentissement sur la cavité altèrent les taux de grossesse et d'implantation avec des résultats d'AMP moins bons lorsque la taille du myome est > 4 cm. Les myomes sous-séreux sont, en revanche, sans conséquence sur les paramètres de fertilité. Ainsi dans le cadre de l'AMP, le traitement chirurgical par hystérocopie améliore le taux de grossesse en cas myome sous-muqueux. Le traitement chirurgical d'un myome intra-mural chez une patiente infertile suivie en AMP n'améliore pas les paramètres de fertilité. L'impact du traitement chirurgical d'un myome sous-séreux chez une patiente infertile n'a pas été évalué mais semble nul¹⁵.

Conséquences de la myomectomie

Le risque adhérentiel est la principale complication de la myomectomie. Les techniques endoscopiques (hystérocopie ou coe-

lioscopique) sont moins pourvoyeuses d'adhérences. Pour les myomes sous-muqueux, l'utilisation de l'énergie bipolaire permet de diminuer le taux de synéchie post-opératoire. L'hystérocopie de contrôle précoce après myomectomie permet de dépister et de lever dans le même temps les synéchies post-opératoires. L'utilisation de barrières anti-adhérentielles après myomectomie par voie haute permet de diminuer la formation d'adhérences. Le risque de rupture après myomectomie par hystérocopie est quasi nul et faible après myomectomie par voie haute (cœlioscopie ou laparotomie) (<1%)¹⁴.



CONCLUSION

La découverte d'un myome utérin dans le bilan d'une infertilité est une situation clinique fréquente qui nécessite non seulement de faire la part de la responsabilité du myome dans l'infertilité, mais également d'envisager son impact sur une grossesse future. La prise en charge thérapeutique repose essentiellement sur la chirurgie. En effet, le traitement médical n'est absolument pas licite et l'embolisation du fait des incertitudes quant aux conséquences possibles sur la fertilité immédiate ne peut se concevoir que dans le cadre d'essais thé-

rapeutiques.

Les bénéfices attendus de la myomectomie doivent néanmoins être mis en balance avec les risques éventuels (hémorragies, adhérences, rupture utérine). Ainsi, le recours aux techniques à invasion réduite (hystérocopie ou laparoscopie) doit être privilégié du fait de leurs bénéfices en termes de convalescence et d'adhérences post-opératoires par rapport à la laparotomie.

L'exploration de la cavité utérine, par le couple échographie-hystérocopie ou par hystérosonographie en première intention, permet de mettre en évidence les myomes déformants la cavité dont l'ablation permet d'améliorer la fertilité des patientes (en procréation spontanée comme en PMA).

En l'absence de facteurs associés majeurs, la responsabilité du myome dans l'infertilité est d'autant plus probable que celui-ci pénètre en profondeur le myomètre et qu'il s'accompagne de méno-métrorragies.

Quand le bilan préopératoire révèle un facteur d'infertilité majeur (masculin, tubaire ou ovulatoire) associé à la présence du myome, la responsabilité de ce dernier est en revanche plus difficile à mettre en évidence et l'intérêt de la myomectomie beaucoup plus discutabile.

Tableau 1 : Effet des myomes sur la fertilité selon la localisation

Critères	Tous les myomes			Myomes sous-muqueux			Myomes intra-muraux		
	Nombre d'études	Risque relatif (IC à 95 %)	P	Nombre d'études	Risque relatif (IC à 95 %)	P	Nombre d'études	Risque relatif (IC à 95 %)	P
Taux de grossesses	18	0.8 (0.7-0.9)	0.029	4	0.4 (0.2-0.7)	0.005	12	0.8 (0.7-0.9)	0.006
Taux d'implantation	14	0.8 (0.7-0.9)	0.002	2	0.3(0.1-0.6)	0.003	7	0.7 (0.6-0.8)	<0.001
Taux de naissances vivantes	17	0.7 (0.5-0.8)	<0.001	2	0.3 (0.1-0.8)	<0.001	8	0.7 (0.6-0.8)	<0.001
Taux de pertes fœtales	18	1.7 (1.4-2.0)	<0.001	2	1.7 (1.4-2.0)	<0.022	8	1.7 (1.2-0.8)	0.002
Taux d'accouchements prématurés	3	1.4 (0.6-3.0)	NS	0	-	-	1	6.0 (0.3-116.6)	NS

NS : non significatif ; IC : intervalle de confiance

**Tableau 2 : Résultats sur les paramètres de fertilité du traitement chirurgical selon la localisation du myome**

Critères	Myomes sous-muqueux						Myomes intra-muraux et sous-séreux		
	Contrôle : Myome sans chirurgie			Contrôle : patientes infertiles sans myome			Nombre d'études	Risque relatif (IC à 95 %)	P
	Nombre d'études	Risque relatif (IC à 95 %)	P	Nombre d'études	Risque relatif (IC à 95 %)	P			
Taux de grossesses	2	2.0 (1.01-3.8)	0.028	2	1.5 (0.9-2.4)	NS	2	3.8 (0.5-30.1)	NS
Taux d'implantation	0	-	-	2	1.1 (0.9-1.4)	NS	0	-	-
Taux de naissances vivantes	1	2.6 (0.9-7.7)	NS	3	1.1 (0.9-1.3)	NS	1	1.7 (0.7-3.7)	NS
Taux de pertes fœtales	1	0.8 (0.4-1.7)	NS	2	1.2 (0.5-3.2)	NS	1	0.7 (0.3-1.9)	NS
Taux d'accouchements prématurés	0	-	-	0	-	-	0	-	-

NS : non significatif

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Day Baird D, Dunson DB, Hill MC, Cousins D, Schectman JM. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *American journal of obstetrics and gynecology* 2003;188:100-7.
- Lippman SA, Warner M, Samuels S, Olive D, Vercellini P, Eskenazi B. Uterine fibroids and gynecologic pain symptoms in a population-based study. *Fertility and sterility* 2003;80:1488-94.
- Borgfeldt C, Andolf E. Transvaginal ultrasonographic findings in the uterus and the endometrium: low prevalence of leiomyoma in a random sample of women age 25-40 years. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2000;79:202-7.
- Cramer DW, Walker AM, Schiff I. Statistical methods in evaluating the outcome of infertility therapy. *Fertility and sterility* 1979;32:80-6.
- Rubin IC. Uterine fibromyomas and sterility. *Clinical obstetrics and gynecology* 1958;1:501-18.
- Buttram VC, Jr., Reiter RC. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology, and management. *Fertility and sterility* 1981;36:433-45.
- Hasan F, Arumugam K, Sivanesaratnam V. Uterine leiomyomata in pregnancy. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 1991;34:45-8.
- Stevenson CS. Myomectomy for Improvement of Fertility. *Fertility and sterility* 1964;15:367-84.
- Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *American journal of obstetrics and gynecology* 2008;198:357-66.
- Bulletti C, De Ziegler D, Polli V, Flamigni C. The role of leiomyomas in infertility. *The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists* 1999;6:441-5.
- Stovall DW, Parrish SB, Van Voorhis BJ, Hahn SJ, Sparks AE, Syrop CH. Uterine leiomyomas reduce the efficacy of assisted reproduction cycles: results of a matched follow-up study. *Human reproduction (Oxford, England)* 1998;13:192-7.
- Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertility and sterility* 2009;91:1215-23.
- Sunkara SK, Khairy M, El-Toukhy T, Khalaf Y, Coomarasamy A. The effect of intramural fibroids without uterine cavity involvement on the outcome of IVF treatment: a systematic review and meta-analysis. *Human reproduction (Oxford, England)* 2010;25:418-29.
- Legendre G, Brun JL, Fernandez H. Place des myomectomies en situation de conception spontanée ou chez la femme désireuse de préserver sa fertilité. *J Gynecol Obstet Bio Reprod* 2011; 40; 875-884.
- Bendifallah, Brun JL, Fernandez H. Place de la myomectomie chez une patiente en situation d'infertilité. *J Gynecol Obstet Bio Reprod* 2011; 40; 885-901.



Alain Proust¹, Bertrand de Rochambeau², Georges Eglin³

¹Maternité Les Vallées – Hôpital privé d'Antony – Service de Gynécologie-Obstétrique – 92160 Antony

²Clinique Chanteraine – 77177 Brou sur Chanteraine - ³62 Avenue Jean Moulin – 34500 Beziers



De la pratique à la loi

Prévention des dommages liés aux soins : le rôle des alertes de Gynerisq

Les événements associés aux soins et la gestion des risques médicaux (événements indésirables) sont classés en fonction de leur degré de gravité :

- Les événements porteurs de risques (EPR) sans conséquences graves ou appelés aussi « presque accident »
- Les événements indésirables graves (EIG) à partir du moment où existent des conséquences en terme de coût de récupération ou de séquelles.

Si les conséquences entre ces deux types d'événement ne sont pas les mêmes, les causes sont souvent identiques ou superposables et le recensement des EPR par les organismes agréés par l'HAS, fait dans le cadre de l'accréditation des médecins de spécialités à risques, devrait permettre de dégager des thèmes récurrents et améliorer de façon significative la prévention des événements indésirables associés aux soins. La fréquence des EPR est très supérieure à celle des EIG et leur analyse est « psychologiquement » facilitée par leur implication médico-légale ; L'étude de ces EPR permet donc plus rapidement de dégager les causes de ces situations à risque, et de proposer des actions préventives ou correctrices pour améliorer la sécurité des patients.

Pour notre spécialité, c'est l'association professionnelle Gynérisq, créée sous l'impulsion du CNGOF et du SYNGOF en septembre 2007, qui a la charge d'analyser

les Evènements Porteurs de Risques. Ce travail sur les EPR constitue le pilier réglementaire permettant l'accréditation individuelle des médecins. Les données résultant de cette analyse sont stockées dans une base de retour d'expérience dans le but d'identifier des facteurs favorisant de l'EPR : procédures non conformes aux recommandations professionnelles en vigueur, difficultés organisationnelles ou de communication entre différents professionnels...

Les EPR peuvent être analysés de 2 manières : une analyse standard commune à toutes les spécialités mais se révélant à l'usage et pour l'instant peu productive ou une analyse par questionnaire ciblé sur une complication (pour l'instant, hémorragie de la délivrance, rupture utérine, complications urologiques de la chirurgie gynécologique).

Gynerisq a également proposé à l'HAS de réaliser des analyses d'activité par registre dont les chirurgiens sont plus familiers, ce principe a été accepté par la tutelle et a permis l'ouverture d'un registre sur les complications de la chirurgie des prolapsus. A ce jour, ces démarches ont permis d'identifier deux types de complications chirurgicales inédites donnant lieu à une diffusion d'une part sur le site Internet de Gynerisq (www.gynerisq.fr) et d'autre part par mails.





Ces deux messages d'alerte sont destinés à être diffusés sur le site de Gynerisq.

Message d'alerte de Gynerisq provenant de l'analyse des EPR portant sur l'utilisation par voie vaginale des pinces de thermo fusion auto régulées.

L'analyse de la base de retour d'expérience (base REX) alimentée par les EPR déclarés à Gynerisq a révélé la survenue de complications inattendues liées à l'utilisation par voie vaginale des pinces de thermo fusion auto régulées de type Biclamp® (Erbe) ou Ligasure® (Valley lab Tyco). Ces pinces sont annoncées comme un facteur de rapidité des procédures, de

moindres douleurs et de suites plus simples. Il s'agit de la survenue de fistules et sténoses urétérales. La révélation de ces fistules est toujours différée et les sténoses peuvent être muettes avec un risque de perte du rein.

De même, des fistules vésicales de survenue différée sont signalées.

Ces complications surviennent quelle que soit l'expérience chirurgicale de l'opérateur.

Gynerisq conseille :

1. la prudence dans l'utilisation de ce type de matériel par voie vaginale.
2. une information préopératoire adaptée à la survenue de ce type de complication qui survient après la sortie de la patiente.

3. l'adaptation à ce type de complication de la surveillance post opératoire.

Gynerisq met en place un EPR ciblé avec une analyse poussée de chaque complication déclarée dans le but de mieux analyser les facteurs de risque de survenue de ces accidents et leur modalité de traitement.

Gynerisq sollicite de la part des sociétés qui produisent ce type de matériel :

1. des recommandations du bon usage de celui-ci par voie vaginale, appuyées sur des études appropriées.
2. En l'absence de telles études, une mise en garde claire des risques liés à l'utilisation, par voie vaginale de ces matériels.

Message d'alerte de Gynerisq provenant des résultats d'analyse intermédiaire du Registre des prolapsus portant sur le risque occlusif après promontofixation

Les résultats d'une extraction intermédiaire effectuée au 31/12/2011 sur la base de données du registre « prolapsus » a montré une incidence particulièrement élevée d'occlusions intestinales après promontofixation.

Cette étude intermédiaire a été effectuée 18 mois après l'ouverture du registre et porte sur 3319 inclusions de prolapsus dont 764 promontofixations.

Il s'agit d'occlusions du grêle survenant entre J3 et J30 et justifiant une réintervention en urgence. Leur incidence (12 cas, 1.6%) dépasse largement celle relevée dans la littérature et elles apparaissent toujours liées à l'utilisation d'une suture crantée de type V-Lock. Ce fil a été mis sur le marché en 2009 dans le but de faciliter les sutures coelioscopiques. Les constatations opératoires font état de processus

adhérentiel précoce entre le grêle et une portion intrapéritonéale de la suture.

Ces constatations semblent suffisamment alarmantes pour conduire Gynerisq à émettre une alerte.

Gynerisq conseille la plus grande prudence dans l'utilisation de ce type de suture lors de la péritonisation et en particulier à veiller à un enfouissement parfait du fil si l'on doit continuer à l'utiliser.



SESSION SCGP
le Jeudi 20
Septembre
2012

Secrétariat logistique
ATOUT ORGANISATION
04 96 15 12 50
et ffer2012@atout-org.com

www.ffer-paris2012.com

La synéchie utérine

- Moyens diagnostiques.
- Nouvelles étiologies.
- Traitement hystérocopique : intérêt de l'échographie per-opératoire.
- Existe-t-il une prévention ?



PETITES ANNONCES

CENTRE HOSPITALIER DÉPARTEMENTAL (CHD) DE LA VENDÉE

Etablissement de 1500 lits et places situé à La Roche-sur-Yon (85000)
Etablissement certifié sans réserve par l'HAS en 2010
Proche de Nantes (45 min) et situé à 30 km de l'Océan
Maternité niveau IIB - 2550 naissances/ an
Pavillon Mère-Enfant neuf (09/2011)

RECRUTE

Un PH chirurgien gynécologue

Pour compléter son équipe de 9 praticiens (Service agréé en cancérologie gynécologique pelvienne et en sénologie)

Praticien expérimenté en chirurgie gynécologique et sénologique, si possible avec la compétence en reconstruction mammaire

Implication importante dans la RCP Gynécologie-Sénologie en collaboration avec le Réseau Onco-Pays de Loire



Un PH gynécologue obstétricien

Spécialisé en AMP pour compléter son équipe de 9 praticiens
Praticien expérimenté en AMP, si possible détenteur du DESC de Médecine de la Reproduction.

Il devra s'investir de façon importante dans la constitution d'une unité d'AMP (agrément FIV-ICSI obtenu dans le cadre du SROS 2012), tout en participant à l'activité gynécologique et obstétricale du service.

Contact : Dr Guillaume DUCARME

Praticien Hospitalier - Chef de Service - Service de Gynécologie Obstétrique
Centre Hospitalier Départemental - 85000 La Roche sur Yon
02 51 44 65 70 & g.ducarme@gmail.com

TECHNIQUES CHIRURGICALES ET OBSTÉTRICALES

Session organisée en collaboration avec la SCGP le jeudi 6 décembre 2012



Société de Chirurgie Gynécologique et Pélienne

1^{RE} SESSION COMMUNE SCGP/CNGOF - CHIRURGIE DE L'INFERTILITÉ

- Comment préserver la fertilité tubaire
- Myomectomies : techniques pour optimiser la fertilité
- Le chirurgien en staff d'AMP : poser les bonnes indications d'explorations chirurgicales
- Produits anti-adhérences

2^{RE} SESSION COMMUNE SCGP/CNGOF - PROLAPSUS GÉNITAL

- Chirurgie de la cystocèle par voie vaginale : techniques avec prothèse
- Chirurgie de la cystocèle par voie vaginale : techniques sans prothèse
- Promontofixation percoelioscopique : comment gérer les temps difficiles ?
- Indications respectives des différentes techniques de cure de prolapsus à la lumière de Gynerisq

3^{RE} SESSION COMMUNE SCGP/SFOG/CNGOF

- Nouvelles recommandations de l'INCA pour le traitement du cancer de l'ovaire
- La paramétrectomie est-elle nécessaire dans les stades précoces du cancer du col ?
- Indications et résultats de la chimiothérapie néoadjuvante pour cancer du col utérin
- Hystérectomie de clôture après radiochimiothérapie ? Quel type d'hystérectomie ?

4^{RE} SESSION CNGOF - TECHNIQUES CHIRURGICALES EN OBSTÉTRIQUE

- Chirurgie annexielle et grossesse
- Chirurgie du col et grossesse
- Techniques de cerclage
- Amniopatch : indications, technique, résultats



**5-7 DÉCEMBRE
2012**

www.cngof.org

LES JOURNÉES DE CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE PARIS – STADE ROLAND GARROS 19-20-21 SEPTEMBRE 2012

MERCREDI 19/9/2012

- 9h-12h30 Séance plénière IBODE
Ateliers Internes et Médecins
- 14h-18h Ateliers IBODE
Séance plénière Médecins
- Faut-il opérer tous les kystes de l'ovaire ?
 - Les bonnes pratiques de la chirurgie de l'ovaire
- 18h-19h30 Cheese & Wine – Session Poster

JEUDI 20/9/2012

- 8h30-13h Vidéo transmission en direct de l'Hôpital Trousseau
(ouverte aux Médecins, Internes et IBODE)
- 14h-18h15 Séance plénière Médecins
- Kystes ovariens : urgences et situations particulières fréquentes
 - Carte blanche au Président
 - Lecture : les tumeurs rares de l'ovaire
 - Que change l'âge dans le diagnostic des kystes ovariens ?
- 14h-18h15 Séance plénière IBODE

VENREDI 21/9/2012

- 8h30-13h Vidéo transmission en direct de l'Hôpital Trousseau
(ouverte aux Médecins, Internes et IBODE)
- 14h-15h Présentation meilleurs posters/Prix meilleure communication
- 15h-18h Séance Plénière Médecins
- Ovaire et cancer
 - Pathologies ovariennes bénignes et fertilité
 - Kyste de l'ovaire et AMP
- 14h-15h Session Vidéoforum
(ouverte aux Médecins, Internes et IBODE)

50% de remise sur les frais d'inscription
(pour les membres AGOF à jour de leur cotisation)

Inscription offerte pour toute communication retenue

Prix sanofi aventis de 2.000€ décerné au(x) meilleur(s) poster(s)

APPEL À COMMUNICATIONS LIBRES

Appel à communications libres sous forme de posters communiqués

Chaque poster sélectionné fera l'objet d'une présentation par affichage lors de la session « Cheese & Wine » du Mercredi Soir. Les meilleurs posters évalués lors de la soirée feront l'objet d'une communication courte de 3 minutes avec un support de 3 diapositives en session plénière le vendredi après-midi avec discussion de 2 minutes avec la salle.

A l'issue de la présentation et avec le soutien de **sanofi aventis** le prix d'un montant de 2.000€ sera décerné aux meilleurs posters qui feront l'objet d'une publication dans *Pelvimag*.

LES THÈMES RETENUS CONCERNENT :

- Application de l'anatomie à la chirurgie pévienne et cancérologique
- Biologie fondamentale et pathologie gynécologique bénigne
- Évaluation des stratégies de prise en charge médico-chirurgicale des pathologies gynécologiques bénignes (ovaires, endométrium, utérus, endométriose)
- Risques et sécurité en chirurgie gynécologique
- Méthodes d'évaluation en chirurgie pévienne et en pévi-périnéologie
- Nouvelles méthodes d'imagerie préopératoire
- Innovations thérapeutiques en chirurgie pévienne et en pévi-périnéologie
- Application de la robotique en chirurgie gynécologique
- Aide à la décision clinique en chirurgie gynécologique

LES JOURNÉES
DE CHIRURGIE
GYNÉCOLOGIQUE

Du Mercredi 19 au Vendredi 21 Septembre 2012
Stade Roland Garros - Paris

Les résumés sont à adresser par mail
avant le 17 Juillet 2012
à Arnaud Fouconnier

adeline.duclos@gmail.com



RENSEIGNEMENTS :
Séverine Le Tohic
06 61 22 24 03
sletohic@orange.fr

www.congres-aecg.fr

CONGRES A VENIR

13-15 JUN 2012

4th annual SERGS Meeting
on Robotic Gynaecological
3rd French annual Meeting
of the French Speaking Surgery Group
in Robotic Gynaecological Surgery
MARSEILLE – CERCLE MILITAIRE GARNISON
Renseignements : Com&Co Events ejarry@comnco.com
www.sergs2012.org



11-14 SEPTEMBRE 2012

21st ESGE congress / PARIS – CNIT
Renseignements www.esge.org



19-21 SEPTEMBRE 2012

17^{èmes} Journées de la FFER
PARIS LA DEFENSE - CNIT
Renseignements : ffer2012@atout-org.com
www.ffer-paris2012.com
>> Session SCGP le 20/09/12 (Cf p. 27)



19-21 SEPTEMBRE 2012 (Cf. p29)

Les Journées de Chirurgie Gynécologique AECG
Pathologie ovarienne bénigne : la juste attitude
PARIS – STADE ROLAND GARROS
Renseignements : sletohic@orange.fr
www.congres-aecg.fr



20-21 SEPTEMBRE 2012

Journées Henri PIGEAUD
LYON – Centre de Congrès de Champfleuri
*Mise à jour des connaissances sur les problèmes cliniques, la
recherche et les nouvelles techniques en Gynécologie-Obstétrique*
Renseignements : Secrétariat Pr Mellier
Evelyne.da-costa@chu-lyon.fr et 04 72 11 05 05 / 77 65

3-5 OCTOBRE 2012

114^{ème} Congrès Français de Chirurgie (AFC)
PARIS – PALAIS DES CONGRES
Inscriptions : jbonhert@lepublicsysteme.fr
Renseignements : www.congres-afc.fr
>> Session SCGP le 4/10/12 (Cf p.11)



4-6 OCTOBRE 2012

26^{èmes} Journées INFOGYN
TARBES – PALAIS DES CONGRES
Renseignements : Martine Lascouettes 05 62 51 91 51
& martine@infogyn.com / www.infogyn.com

8-10 NOVEMBRE 2012 (Cf. p21)

8^{èmes} Journées Daniel Dargent
de Chirurgie Gynécologique et Mammaire
9^{ème} Congrès de la SCGP
LYON - Centre de Congrès - Cité Internationale
Renseignements : Secrétariat Pr Daniel Raudrant
- 04 78 86 65 96
& dominique.simao-de-souza@chu-lyon.fr
www.journees-daniel-dargent.com



23-24 NOVEMBRE 2012

3^{ème} congrès du groupe d'Etude sur la Ménopause
et le Vieillissement Hormonal
LYON – ESPACE DE LA TÊTE D'OR
Renseignements : JP Com 02 31 27 19 18 et jp-com@wanadoo.fr
www.jpcom.fr et www.gemvi.org



29-30 NOVEMBRE 2012

23^{ème} congrès de la Société Française
d'Oncologie Gynécologique (SFOG)
TOURS - Université François Rabelais
Renseignements : ejarry@comnco.com
www.sfog.fr



5-7 DÉCEMBRE 2012

36^{èmes} Journées Nationales du CNGOF
PARIS LA DEFENSE - CNIT
Renseignements :
Colloquium 01 44 64 15 15
www.cngof.org

>> Session SCGP le 6 décembre 2012
(Cf. p.28)



manipulateur utérin de Hourcacie

HYSTERO- swing®



Maniabilité

Simplicité

Efficacité

New body series!

Qlaira

Valérate d'Estradiol & Diénogest, comprimé pelliculé

e2^v

1^{ère} pilule au valérate d'estradiol*⁽¹⁾

Prise
en continu



Enfin,
une pilule qui
me ressemble !



DENOMINATION DU MEDICAMENT : QLAIIRA, comprimé pelliculé. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE*** : Chaque plaquette (de 28 comprimés pelliculés) contient, dans l'ordre suivant : 2 comprimés jaune foncé contenant chacun 3 mg de valérate d'estradiol, 5 comprimés rouges contenant chacun 2 mg de valérate d'estradiol et 2 mg de diénogest, 17 comprimés jaune clair contenant chacun 2 mg de valérate d'estradiol et 3 mg de diénogest, 2 comprimés rouge foncé contenant chacun 1 mg de valérate d'estradiol, 2 comprimés blancs de placebo. Excipient : lactose (pas plus de 50 mg par comprimé) **FORME PHARMACEUTIQUE*** : Comprimé pelliculé. **DONNÉES CLINIQUES*** : **Indications thérapeutiques.** Contraception orale. Traitement des saignements menstruels abondants chez les femmes sans pathologie organique désirant une contraception orale. **Posologie et mode d'administration*** : Les comprimés doivent être pris chaque jour, au même moment de la journée, éventuellement avec un peu de liquide, en respectant l'ordre indiqué sur la plaquette. La prise des comprimés doit se faire de façon continue. Prendre un comprimé, dans l'ordre, pendant 28 jours consécutifs. **Contre-indications :** Ne pas utiliser une contraception orale combinée (COC) si une femme présente l'une des pathologies décrites ci-dessous. En cas de survenue pour la première fois de l'une de ces pathologies lors de la prise d'un contraceptif oral combiné, interrompre immédiatement le traitement : • thrombose veineuse ou antécédent de thrombose veineuse (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire) ; • thrombose artérielle ou antécédent de thrombose artérielle (par exemple infarctus du myocarde), ou signes précurseurs de thrombose (par exemple : angor et accident ischémique transitoire) ; • accident vasculaire cérébral (AVC) ou antécédent d'AVC ; • présence d'un facteur de risque sévère ou de plusieurs facteurs de risque de thrombose veineuse (voir rubrique 4.4) ou artérielle tels que : • diabète sucré avec complications vasculaires ; • hypertension artérielle sévère ; • dyslipoprotéïnémie sévère ; • prédisposition héréditaire ou acquise à la thrombose veineuse ou artérielle (résistance à la protéine C activée (APC), déficit en antithrombine-III, déficit en protéine C, déficit en protéine S, hyperhomocystéinémie et anticorps anti-phospholipides (anticorps anti-cardiolipine, anticoagulant lupique)) ; • pancréatite ou antécédent de pancréatite associée à une hypertriglycéridémie sévère ; • affection hépatique sévère ou antécédent d'affection hépatique sévère, en l'absence de normalisation des tests fonctionnels hépatiques ; • tumeur hépatique (bénigne ou maligne) évolutive ou ancienne ; • tumeur maligne hormono-dépendante connue ou suspectée (exemple : tumeur des organes génitaux ou des seins) ; • saignements vaginaux d'origine inconnue ; • antécédent de migraine avec signes neurologiques focalisés ; • hypersensibilité à l'un des composants actifs ou à l'un des excipients. **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi*** : **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions*** : **Grossesse et allaitement*** : Contre-indiqué en cas de grossesse et déconseillé pendant l'allaitement. **Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines*** : **Effets indésirables*** : **Surdosage*** : **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES*** : **Propriétés pharmacodynamiques*** : Classe pharmacothérapeutique : Progestatifs et Estrogènes, préparations séquentielles. Code ATC : G03AB. Indice de Pearl (18 - 50 ans) : Echec de la méthode : 0,42 (limite supérieure 95% CI 0,77) - Echec de la patiente + échec de la méthode : 0,79 (limite supérieure 95% CI 1,23) Indice de Pearl (18 - 35 ans) : Echec de la méthode : 0,51 (limite supérieure 95% CI 0,97) - Echec de la patiente + échec de la méthode : 1,01 (limite supérieure 95% CI 1,59) **Propriétés pharmacocinétiques*** : **Données de sécurité préclinique*** : **DONNÉES PHARMACEUTIQUES*** : **Durée de conservation :** 5 ans. **Nature et contenu de l'emballage extérieur.** Plaquettes thermoformées en PVC transparent / Aluminium dans une pochette en carton. Présentation : 1 x 28 comprimés pelliculés, 3 x 28 comprimés pelliculés. Chaque plaquette (28 comprimés pelliculés) contient dans l'ordre : 2 comprimés jaune foncé, 5 comprimés rouges, 17 comprimés jaune clair, 2 comprimés rouge foncé et 2 comprimés blancs. **Précautions particulières d'élimination et de manipulation***. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** BAYER SANTÉ - 220 avenue de la recherche - 59120 Loos. www.bayerhealthcare.fr. Standard : 0328163400. Pharmacovigilance (N°vert) : 0800 87 54 54. **NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** 390 948.4 ou 34009 390 948 4 7 ; 28 comprimés sous plaquettes thermoformées (PVC transparent/Aluminium) ; boîte de 1 plaquette. 390 949.0 ou 34009 390 949 0 8 ; 28 comprimés sous plaquettes thermoformées (PVC transparent/Aluminium) ; boîte de 3 plaquettes. **DATE DE PREMIERE AUTORISATION/DE RENOUELEMENT DE L'AUTORISATION :** 10 décembre 2008. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE :** 25 janvier 2011. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Médicament soumis à prescription médicale. Liste I. Non remboursé Séc. Soc. * Pour une information plus complète, consulter le Résumé des Caractéristiques du Produit disponible sur le site internet de l'Assaps ou sur demande auprès de notre laboratoire. VO2/11

* A avoir l'AMM (10 Décembre 2008) - e2^v = Valérate d'estradiol - (1) RCP Qlaira