

# PELVIMAG

Le magazine de la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

n°83

Septembre 2013

édito



## Préservation nerveuse en chirurgie gynécologique : Mythe ou réalité ?

La chirurgie pelvienne, essentiellement la chirurgie du cancer du col utérin et la chirurgie de l'endométriose pelvienne profonde, est à risque de séquelles fonctionnelles urinaires, sexuelles et digestives. Des stratégies chirurgicales de préservation nerveuse ont été développées afin de réduire ce risque<sup>(1)(2)</sup>. L'« onco-neuro-préservation » ou « préservation nerveuse » ou encore « nerve sparing » en chirurgie pelvienne pose le problème de la reproductibilité. En effet, ces techniques chirurgicales sont complexes, défendues par les équipes promotrices mais peu généralisées en clinique. Se pose la question du caractère opposable ou non de ces techniques de préservation nerveuse ? Existe-t-il à ce jour des niveaux de preuve suffisants sur la réduction de la morbidité urinaire, sexuelle et digestive pour recommander ces techniques en pratique chirurgicale courante ?

portée dans de nombreuses études (cancer du col utérin et endométriose profonde). L'hystérectomie élargie est à l'origine d'une augmentation significative des troubles urinaires et digestifs persistant 5 ans : Miction incomplète (RR=8.9) ; Effort à la miction (RR=21.8) ; Constipation (RR=2.6)<sup>(3)</sup>. Globalement, il faut considérer que 50-60% des patientes présenteront des troubles mictionnels au bilan urodynamique post-opératoire 6 mois après l'intervention<sup>(4)(5)</sup>.

Parallèlement aux troubles urinaires, ce type d'intervention est à l'origine d'effets secondaires d'ordre sexuel pour 15-20% des patientes<sup>(6)</sup>. Enfin, cette morbidité urinaire et sexuelle est également à considérer dans le cadre de la chirurgie de l'endométriose profonde (résection colrectale, résection uni ou bilatérale du (des) ligament(s) utéro-sacré(s)) : dysurie postopératoire transitoire (20-25%), mais aussi dysurie persistante à long terme avec nécessité d'auto-sondage (<5%)<sup>(7)(8)</sup>.

Comme le suggèrent ces données, ces risques

L'incidence des dysfonctions urinaires et sexuelles après chirurgie élargie est rap-

Rédacteur en chef: Philippe Debodin

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

de séquelles fonctionnelles urinaires et sexuelles sont importants. De manière systématique, ce risque doit être clairement exposé aux patientes en préopératoire par tout chirurgien proposant ce type d'intervention.

Sur le plan physiopathologique, ces complications fonctionnelles peuvent être rattachées à des lésions traumatiques nerveuses touchant le système nerveux végétatif ou autonome : nerfs hypogastriques, nerfs splanchniques pelviens, plexus hypogastrique inférieur et ses branches vésicales. Une connaissance approfondie de la neuro-anatomie pelvienne paraît donc indispensable, notamment pour établir un compromis entre marge d'exérèse suffisante et préservation nerveuse, ce d'autant qu'il existe de nombreuses variations anatomiques. Par exemple, des branches vésicales directes du nerf hypogastrique longeant l'uretère (sans passage par le plexus hypogastrique inférieur) ont été décrites<sup>(9)</sup>.

La préservation du nerf hypogastrique, des nerfs splanchniques, du plexus hypogastrique inférieur et de ses branches vésicales permettrait donc de diminuer nettement la morbidité urinaire. De manière synthétique, toute chirurgie d'exérèse du ligament utéro-sacré est à risque de lésion du nerf hypogastrique inférieur. Pour les nerfs splanchniques et le plexus hypogastrique inférieur, le risque de lésion nerveuse débute non pas au niveau du paramètre (au dessus de l'uretère), mais au niveau de l'artère utérine profonde et donc du paracervix (au dessous de l'uretère). La veine utérine profonde représente donc un très bon repère lors d'une chirurgie « nerve sparing ». La préservation du nerf hypogastrique et des nerfs splanchniques ne pose pas de réel pro-

blème technique en chirurgie en particulier grâce aux avantages des approches endoscopiques. Par contre, la préservation du plexus nerveux hypogastrique et de ses afférences reste un réel challenge chirurgical du fait de la complexité architecturale et des variations anatomiques possibles et ce quelque soit l'approche chirurgicale par laparotomie : laparoscopie standard ou laparoscopie avec assistance robotique.

Même si ce sujet connaît actuellement un regain d'intérêt, le concept de préservation nerveuse en chirurgie gynécologique est ancien<sup>(10)</sup>. Depuis, de nombreuses descriptions chirurgicales de techniques de préservation ont été publiées<sup>(11)(12)(13)(14)</sup>. Schématiquement on distingue 3 temps opératoires :

- dissection du ligament utéro-sacré et du ligament recto-vaginal permettant l'exposition du nerf hypogastrique,
- dissection de la veine utérine profonde et mise en évidence des nerfs splanchniques pelviens et du plexus hypogastrique inférieur,
- dissection de l'uretère terminal avec section du ligament utéro-vésical et respect des branches vésicales du plexus hypogastrique.

En oncologie, le risque de séquelles est corrélé au degré d'élargissement aux paramètres<sup>(15)</sup>. Préservation nerveuse et élargissement aux paramètres sont anatomiquement et cliniquement corrélés. Dans les études actuellement publiées (cf infra), ces 2 informations sont parfois manquantes ou énoncées de manière incomplète. La classification de *Querleu-Morrow* prend en compte ces 2 points de technique chirurgicale<sup>(16)</sup>. L'hystérectomie de classe B laisse en place la partie caudale du paracervix (en dessous de la veine utérine profonde) qui contient

notamment le plexus hypogastrique inférieur. L'hystérectomie de classe C impose la résection de ce tissu et expose donc aux lésions nerveuses. Cette classification distingue les types C1 (avec préservation nerveuse) et C2 (sans préservation nerveuse). Cette classification apporte des précisions que ce soit sur le degré d'élargissement aux paramètres et sur la réalisation ou non d'une préservation nerveuse, précisions nécessaires à un compte-rendu opératoire de qualité.

Plusieurs études descriptives mettant en évidence des bénéfices cliniques sont actuellement disponibles en oncologie pelvienne. Dans le cadre d'hystérectomies élargies, ces différentes études sont pour la plupart rétrospectives non comparatives (NP4). Pour des hystérectomies élargies de type Piver III, ces études ont pour point commun de mettre en évidence une morbidité urinaire faible sous forme de dysfonctions urinaires transitoires spontanément résolutive dans les 15 jours<sup>(17)(18)</sup>. D'autres études prospectives cas-témoins non randomisées (NP3) montrent une diminution du temps moyen en postopératoire pour obtenir un résidu post mictionnel (RPM) < 50 ml, une réduction de l'incidence d'atonie vésicale (RPM > 100 ml) et enfin une plus grande satisfaction des patientes sur le plan mictionnel<sup>(19)(20)</sup>. Ces différences sont significatives sur le plan statistique sur les 2 études précédemment citées. La préservation nerveuse semble également avoir des bénéfices sur le plan digestif (réduction du taux de constipation et d'incontinence anale en postopératoire), mais également sexuel<sup>(21)</sup>.

A ce jour, seuls 2 essais contrôlés randomisés (Hystérectomie élargie nerve sparing

## Sommaire

### NOUVEAUX INSCRITS

- Dr François MUET (Grenoble)
- Dr Hassan ALZIANAT (Sarlat)

**5** QUELLES VOIES D'ABORD POUR L'HYSTÉRECTOMIE EN 2013 ?

**9** CANCER DE L'OVAIRE : CHIRURGIE IMMÉDIATE OU D'INTERVALLE

**14** PROMONTOFIXATION CÉLIOSCOPIQUE : APPROCHE MÉCANIQUE DES MOYENS DE FIXATION

**20** AJUST® : SUIVI À UN AN D'UNE SÉRIE DE 60 PATIENTES.

**25** DE LA PRATIQUE À LA LOI « A QUI LA FAUTE ? »

**27** CONGRÈS À VENIR

versus Hystérectomie élargie sans nerve sparing) sont disponibles (NP2). L'étude de *Chen* met en évidence, de manière significative, une reprise plus rapide d'une miction complète (RPM < 50 ml), de la reprise également plus rapide du transit intestinal<sup>(22)</sup>. L'étude de *Cibula*, basée sur une évaluation de la qualité de vie avant et après chirurgie par questionnaire, met en évidence des différences significatives en faveur du nerve sparing pour les paramètres suivants : incontinence urinaire, dysurie, constipation, qualité de la vie sexuelle<sup>(23)</sup>. Enfin, d'autres études relatent l'apport d'une assistance robotique en laparoscopie dans le cadre d'hystérectomies élargies de type C1 Nerve sparing<sup>(24)(25)</sup>. De manière subjective les auteurs rapportent une plus grande facilité de réalisation de par les bénéfices technologiques offerts par l'assistance robotisée (ergonomie chirurgicale, dextérité, vision 3D). Une seule étude est prospective comparative non randomisée (cœlioscopie standard sans nerve sparing versus cœlioscopie avec assistance robotisée avec nerve sparing)<sup>(26)</sup>. Cette étude met en évidence une réduction de la morbidité urinaire sans différence significative entre les 2 groupes.

Dans le cadre de l'endométriose profonde, la mise en place de techniques nerve sparing, pourrait également permettre de réduire l'incidence des séquelles fonctionnelles urinaires. Les études disponibles sont peu nombreuses, la plupart rétrospectives non comparatives. Aucun essai randomisé n'est à ce jour publié. Une revue de la littérature (16 études) portant sur les complications urinaires après chirurgie de la cloison rectovaginale, mettait en évidence que l'identification du IPH n'était réalisée que dans une minorité des études. Par ailleurs, aucun cas d'autosondage à long-terme n'avait été nécessaire lorsqu'une procédure de nerve-sparing avait été mise en œuvre<sup>(27)</sup>. *Minelli et al.* rapportent un taux de 9,5% de rétention urinaire à 30 jours de l'intervention en l'absence de technique de conservation nerveuse contre 5,8% dans le cas contraire (NP4)<sup>(28)</sup>. *Landi et al.* ont montré une diminution de la durée nécessaire d'autosondage pour les patientes qui avaient bénéficié d'une technique de nerve-sparing (12.5 vs 3.0 jours;  $p < 0.001$ ) (NP4)<sup>(29)</sup>. Récemment, *Ceccaroni et al.* ont

publié les résultats d'une étude prospective comparant deux groupes de patientes ayant bénéficié d'une laparoscopie pour le traitement d'une endométriose pelvienne profonde avec ou sans réalisation d'une technique de nerve-sparing. Une résection rectale et paramétriale a été effectuée dans tous les cas. Les auteurs ont ainsi mis en évidence la survenue plus fréquente d'atonie vésicale postopératoire et un recours aux autosondages pour des périodes plus longues dans le groupe n'ayant pas bénéficié de cette procédure. Cette technique apporterait, selon les auteurs, une diminution de l'incidence des dysfonctions neurologiques pelviennes sévères (urinaires, digestives et génitosexuelles) (NP3). Par ailleurs, aucune différence significative n'est observée pour le risque de récurrence endométriosique à 12 mois (7.7% VS 4.9%)<sup>(30)</sup>.

En conclusion, il existe à ce jour des preuves scientifiques suffisamment établies pour mettre en œuvre ces techniques chirurgicales de manière systématique. Sur le plan digestif et sexuel, l'évaluation est par contre moins étoffée.

Une distinction doit être néanmoins faite entre chirurgie oncologique et chirurgie de l'endométriose.

En oncologie, il s'agit d'une chirurgie d'exérèse des cancers du col utérin de stade précoce avec présence de tissus de voisinage sains.

Par contre, en endométriose profonde, les lésions sont extensives, les tissus avoisinants le plus souvent pathologiques et les nerfs le plus souvent au contact voir au sein des lésions. A contrario, les lésions endométriosiques sont le plus souvent latéralisées. Les possibilités de préservation nerveuse, qu'elles soient uni ou bilatérales, sont très différentes entre ces 2 indications.

Même si les possibilités de préservation nerveuse sont variables et l'architecture complexe, ce concept s'intègre dans une démarche chirurgicale moderne de réduction des séquelles post thérapeutiques. Tout chirurgien gynécologue doit, en 2013, posséder des connaissances théoriques minimales en neuro-anatomie pelvienne. Dans ce cadre, ce concept de préservation nerveuse doit être pris en considération à chaque abord sous péritonéal ou péri urétéral. Cette démarche doit être stipulée dans le compte-

rendu opératoire en précisant le caractère bilatéral ou non de la préservation nerveuse. Au même titre que le nerf obturateur au cours des curages ganglionnaires pelviens, l'identification des nerfs hypogastriques doit être systématique et leur respect uni ou bilatéral doit être précisé pour toute chirurgie d'exérèse. Concernant les parties paracervicale et paramétriale de la préservation nerveuse, en particulier en oncologie pelvienne, cette démarche doit avant tout être centrée sur le choix du type d'élargissement aux paramètres. En effet, même si l'élargissement aux paramètres reste un standard de prise en charge des cancers du col de stades précoces, des approches chirurgicales moins radicales (colpohystérectomies type B) sont à promouvoir du fait du faible risque d'invasion paramétriale<sup>(31)(32)</sup>, mais aussi du risque faible de séquelles fonctionnelles.

Même si les preuves scientifiques qu'offre la littérature médicale sont significatives, modestie et humilité doivent rester de mise. En effet, aucune garantie complète ne peut être avancée en préopératoire sur l'absence de séquelles. La complexité architecturale, la possibilité de lésions nerveuses préexistantes, des lésions traumatiques liées à la dissection des nerfs, sont des facteurs limitant. Une information préopératoire sur les risques de dysfonction urinaire, digestif et sexuel et sur des démarches chirurgicales de préservation nerveuse employée, est à recommander. Enfin la préservation nerveuse en chirurgie pelvienne ne doit compromettre ni la qualité des gestes d'exérèse, ni l'efficacité thérapeutique qui en dépend, en particulier en cancérologie.

**Professeur Pierre Collinet**

*Remerciements au Pr Benoit Rabischong pour son enseignement en neuro anatomie pelvienne, aux Dr Benjamin Merlot et Henri Azais pour leur contribution à la mise à jour de la littérature sur ce sujet.*

**Bibliographie disponible sur [www.scgp.asso.fr](http://www.scgp.asso.fr)**

**Rubrique : PELVIMAG > Le magazine**