

Promontofixation sous cœlioscopie Trucs et astuces

O Garbin

Pole de Gynécologie-Obstétrique

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

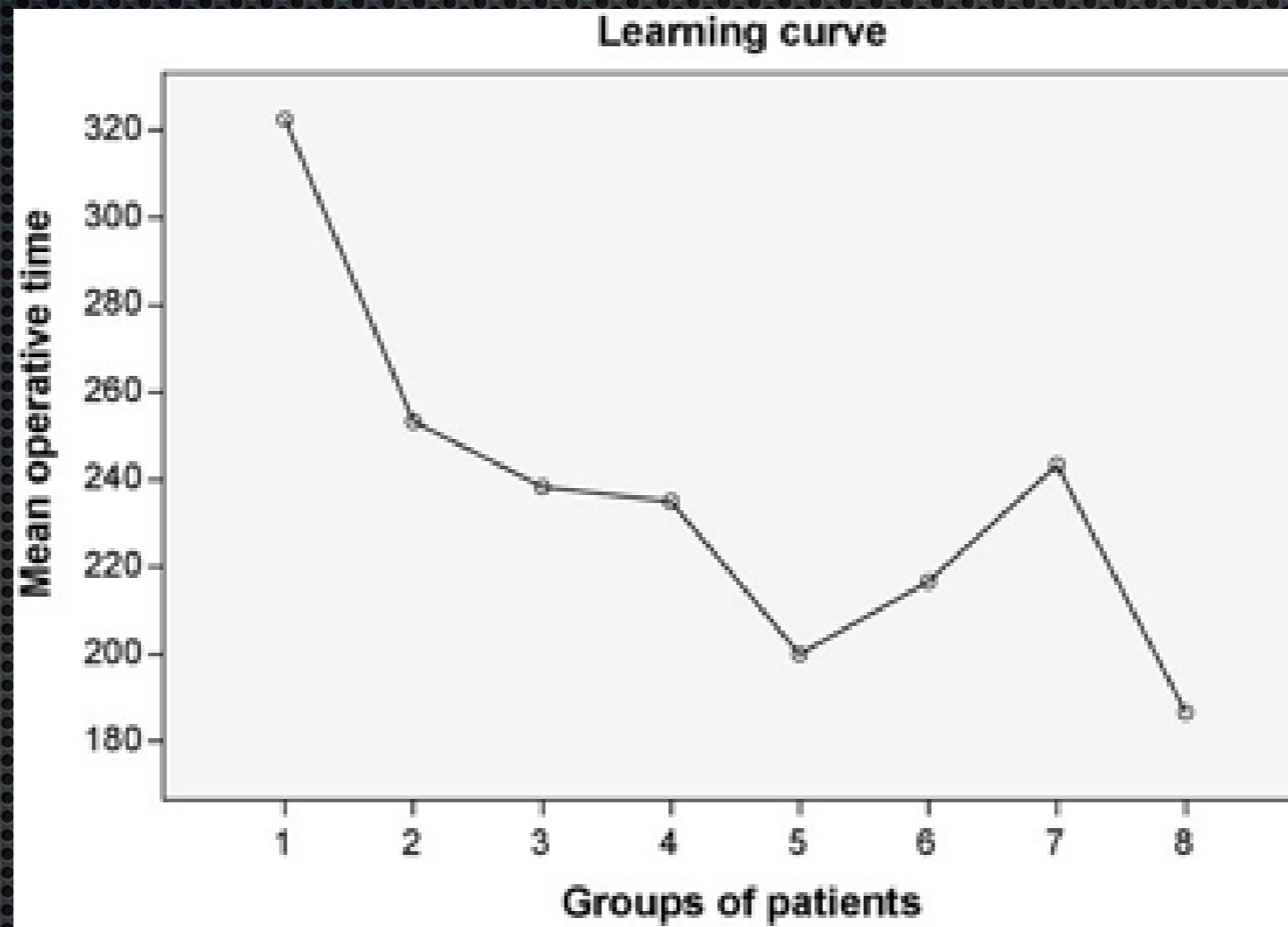
France

La promontofixation

- Technique complexe qui nécessite
 - une bonne connaissance de l'anatomie
 - une maîtrise de la technique
 - une maîtrise des sutures
 - une courbe d'apprentissage

Laparoscopic sacrocolpopexy for female genital organ prolapse: establishment of a learning curve

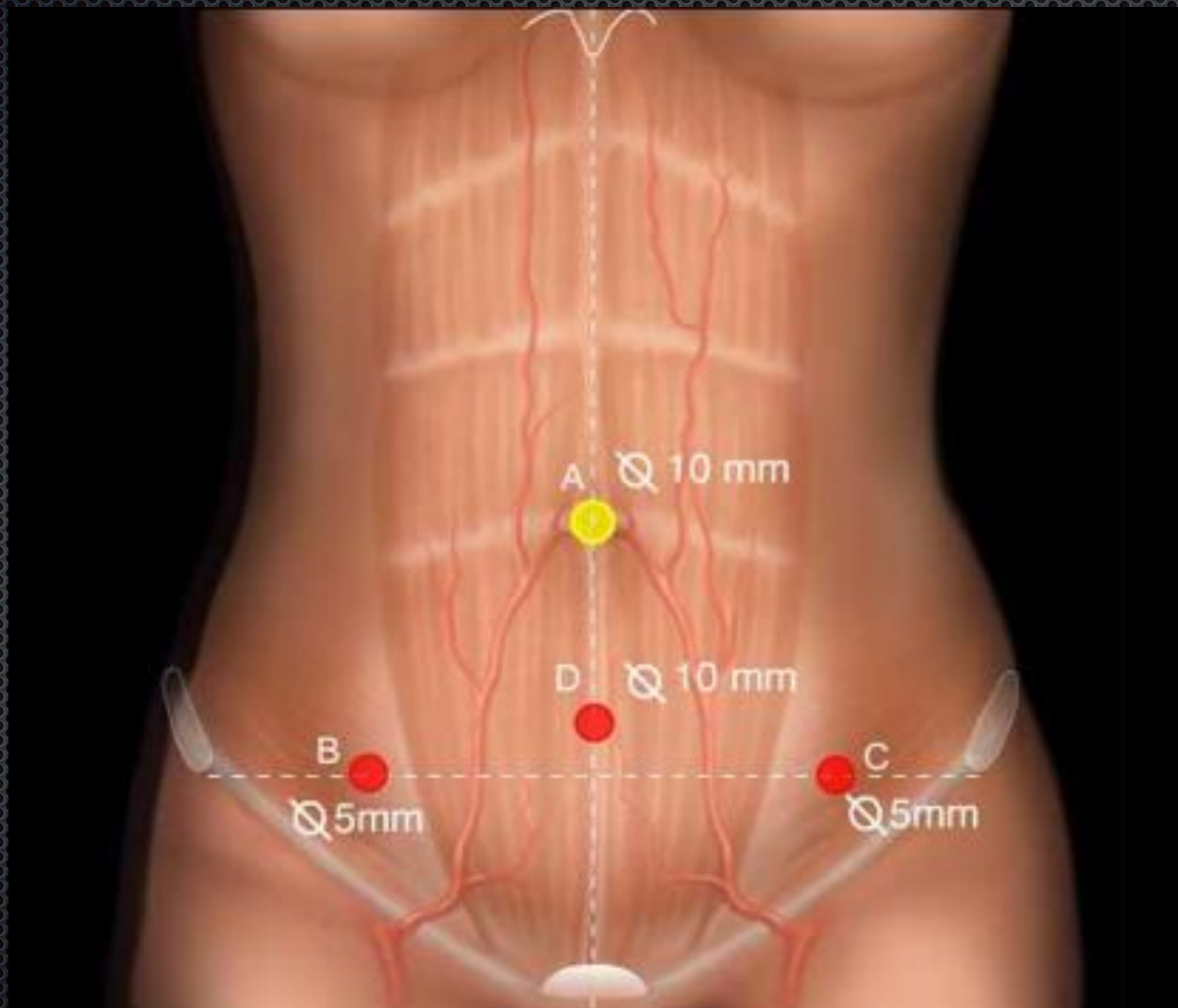
Cherif Y. Akladios^{a,*}, Daphné Dautun^a, Christian Saussine^b, Jean Jaques Baldauf^a, Carole Mathelin^c, Arnaud Wattiez^a



The learning curve of laparoscopic sacrocolpopexy shows a steady decrease in the duration of surgery.

A turning point is observed after 18-24 procedures.

Mise en place trocart



Exposition

- Excavation pelvienne
 - Courbure sacrée
 - Anses comblent pelvis
 - Utérus recouvre annexes et charnière recto-sigmoïdienne
- Si assistant sert à exposition, perte de l'assistant

Différents moyens d'exposition en coélioscopie

- Le Trendelenbourg
- La canulation utérine
- Refoulement de l'épiploon et des anses
- Le décollement sigmoïdien
- Les suspensions

Refoulement des anses

1. régime sans résidu pré-op
2. adhésiolyse
2. épiploon
3. caecum
4. dernière anse

Décollement sigmoïde

- libération adhérences congénitales

permet de mobiliser le sigmoïde

de libérer le Douglas

- suivre la ligne blanche

sans la franchir (passage en rétro-péritonéal)



Les suspensions

- Libère la main de l'assistant
- Dans la promonto-fixation
 - \pm ovaire droit
 - sigmoïde
 - col utérin
- avec
 - aiguilles droites
 - T-Lift®

Préparation du promontoire

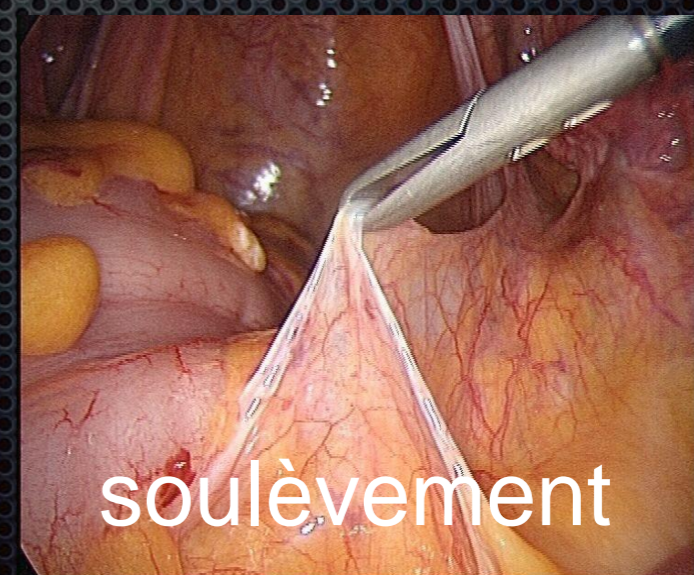
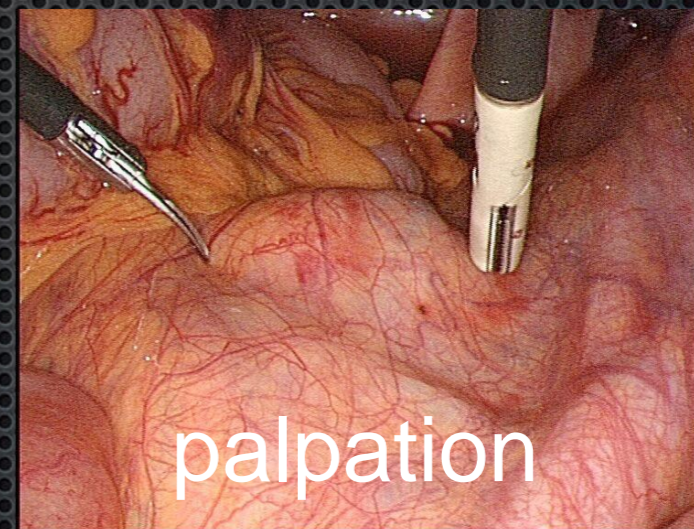
- les structures vulnérables sont attachées à la paroi postérieure

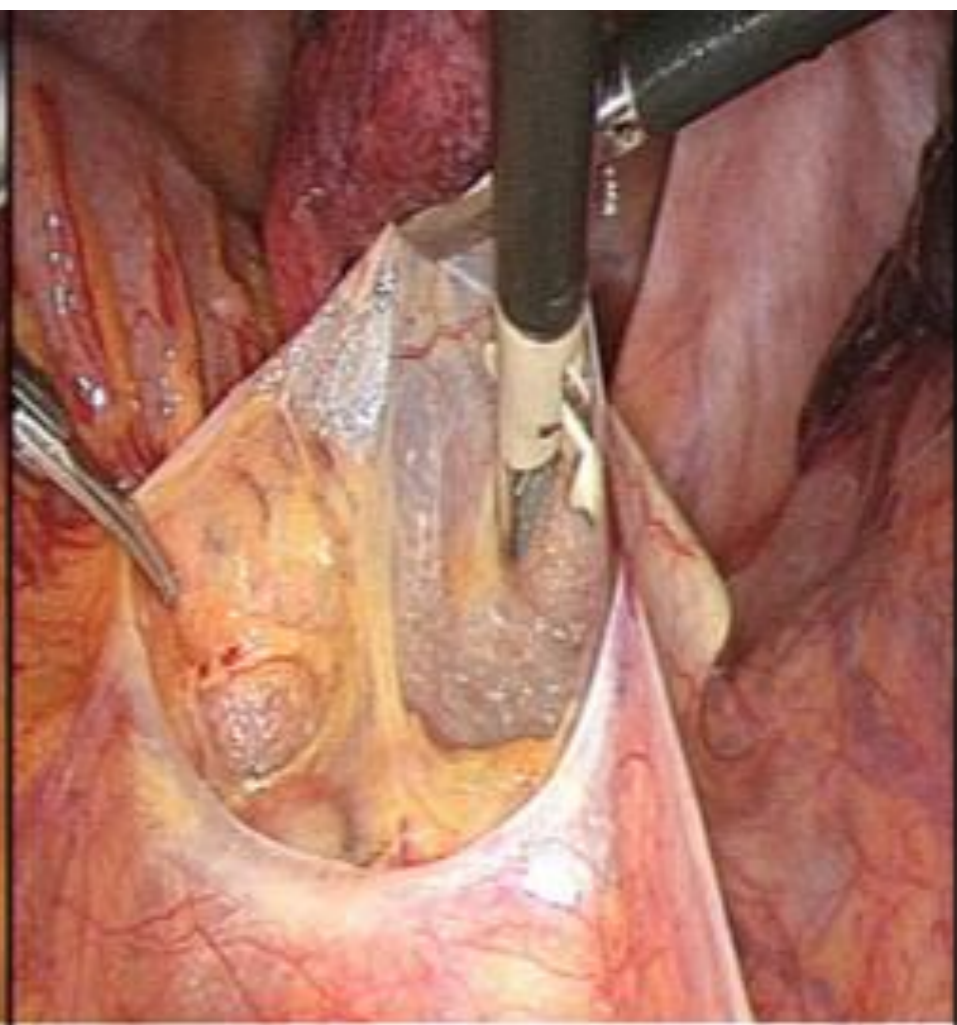
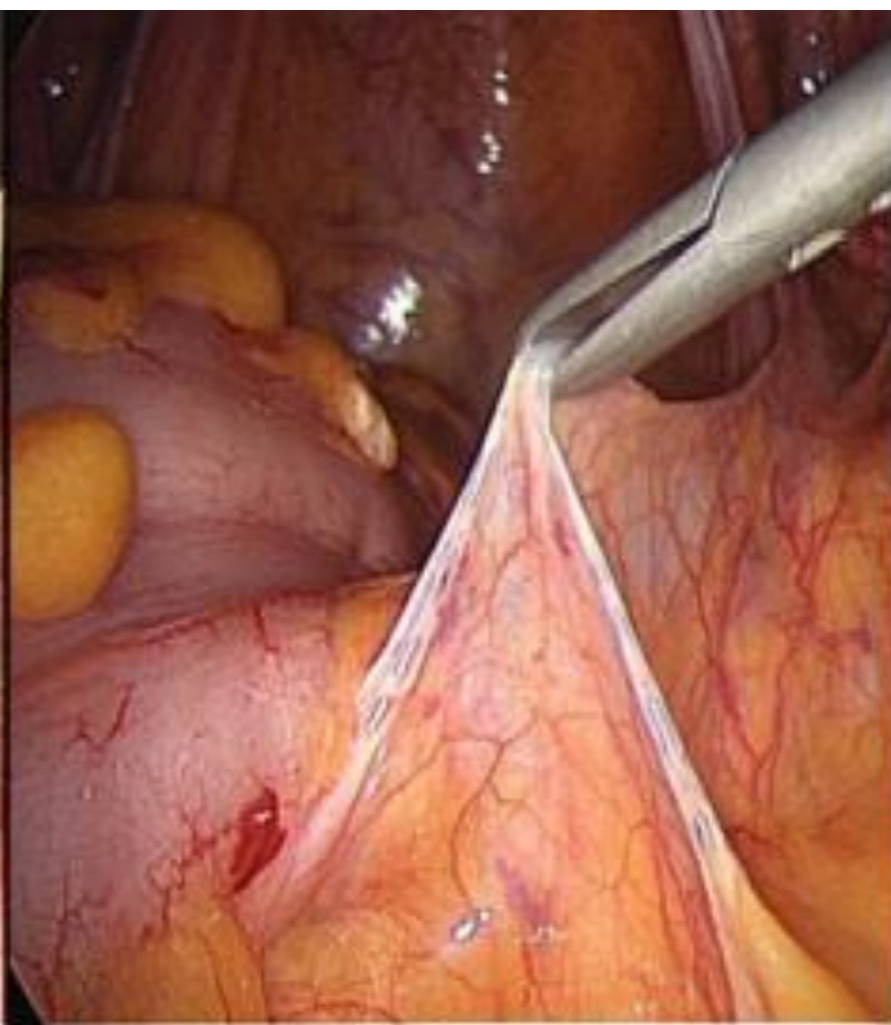
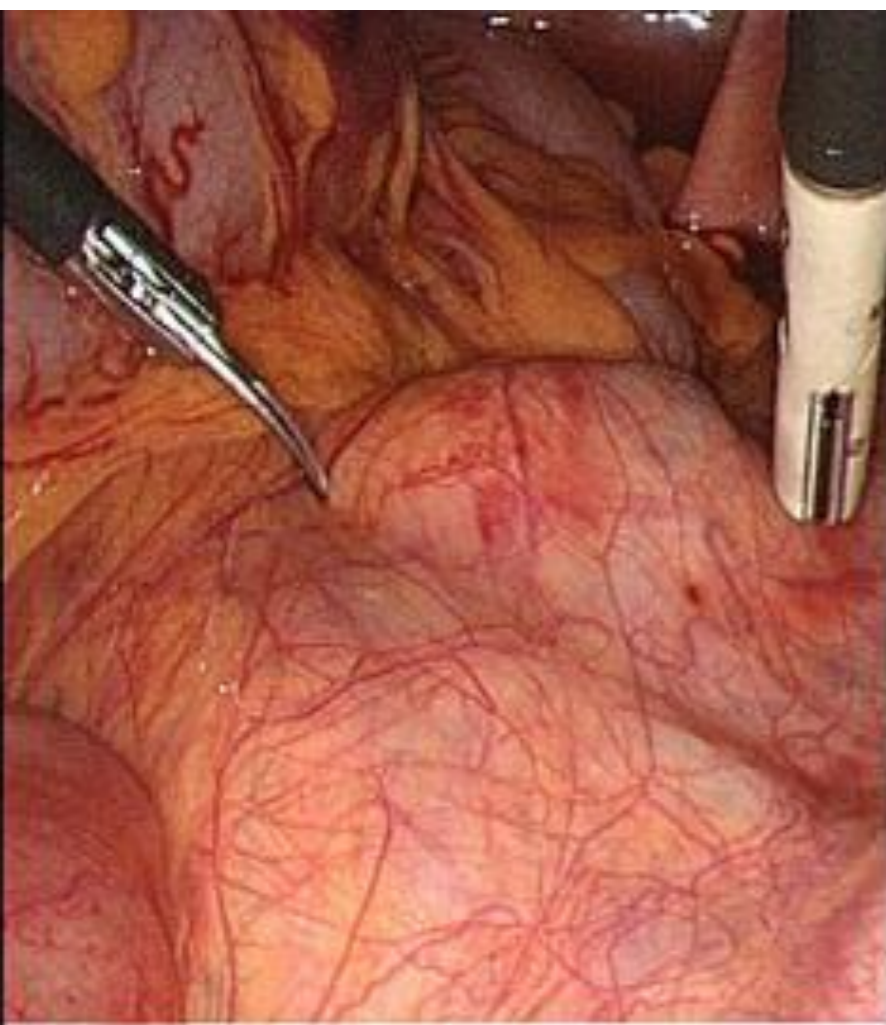
1 Inspecter

2 Palper

3 Soulever

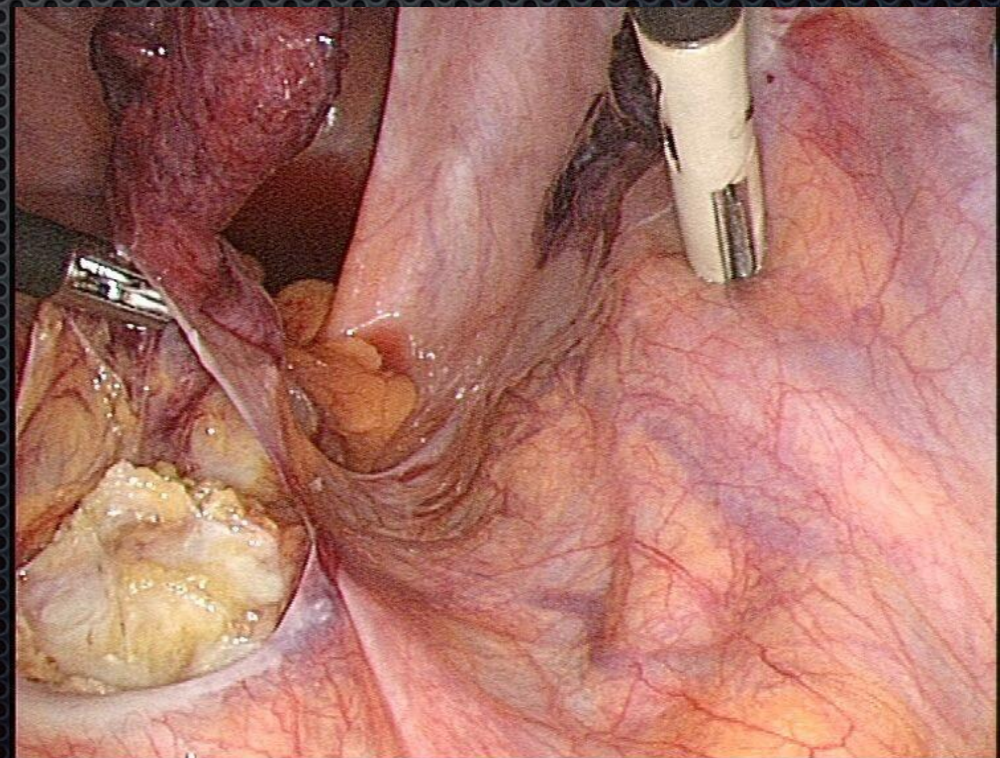
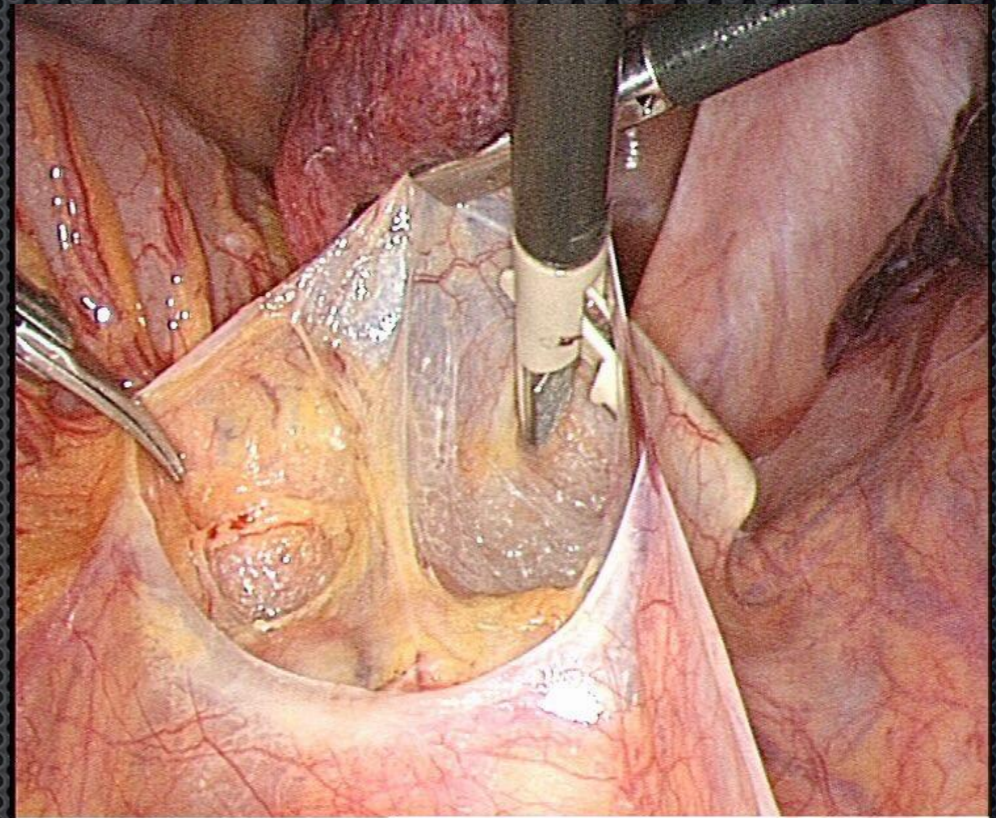
– NON au péritoine





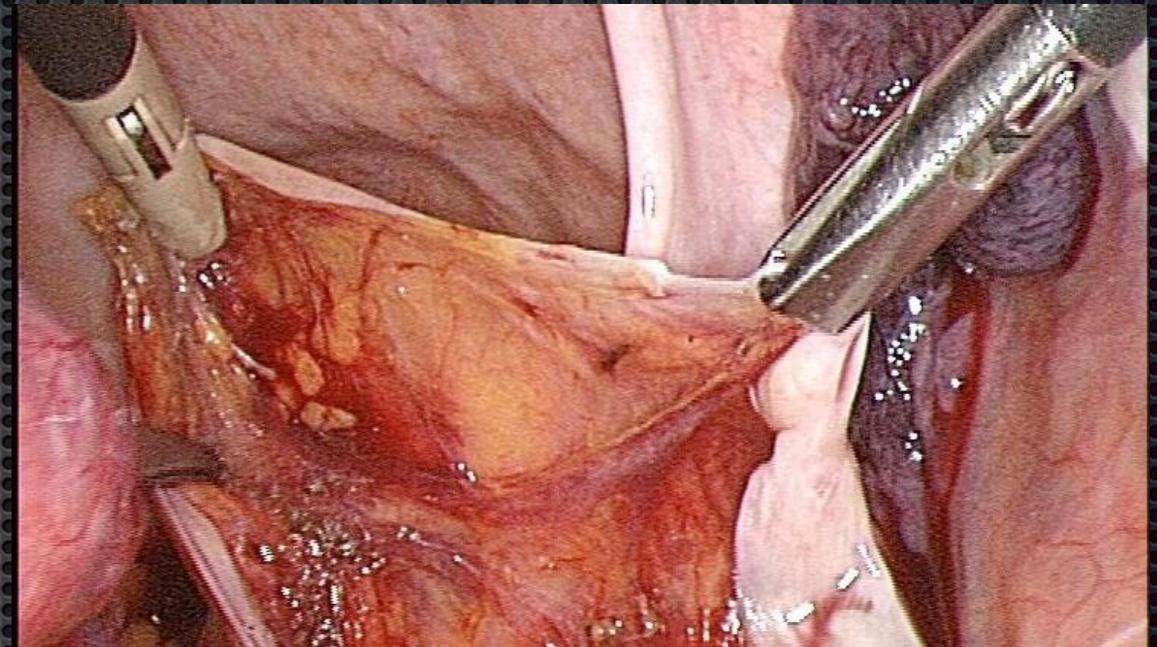
Incision péritoine pelvien lat droit

- le bon plan
 - immédiatement rétro-péritonéal
 - à distance de l'uretère droit
 - ne pas aller dans espace pré-sacré
 - espace d'Okabayashi

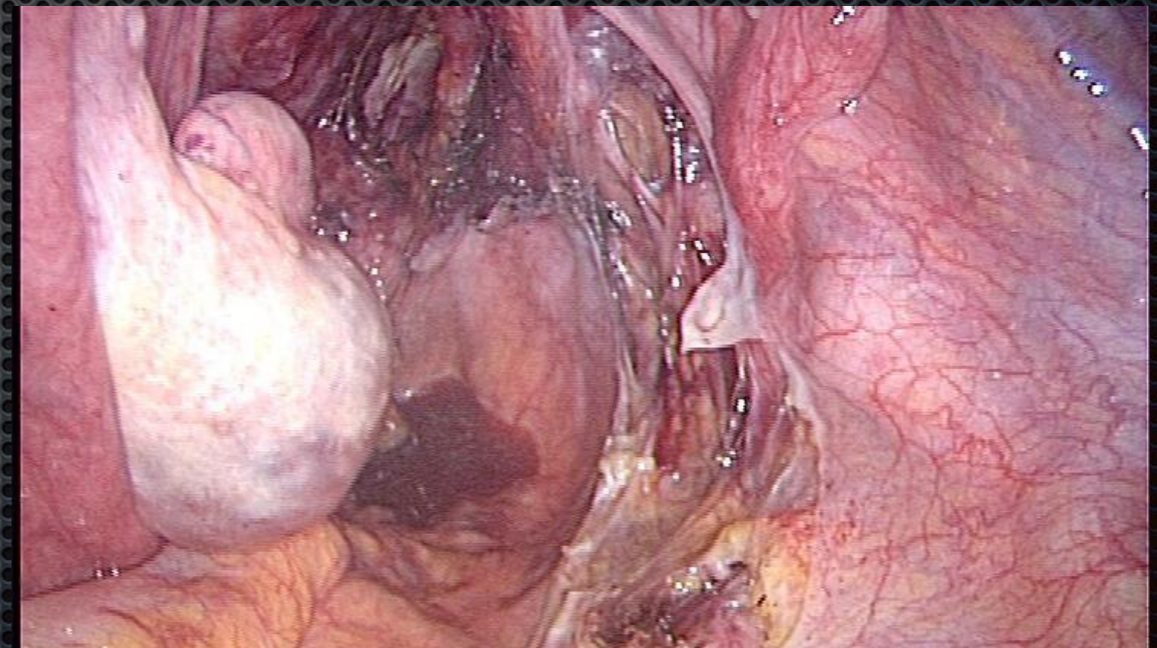


Incision du péritoine latéral droit

Préparation de la péritonisation

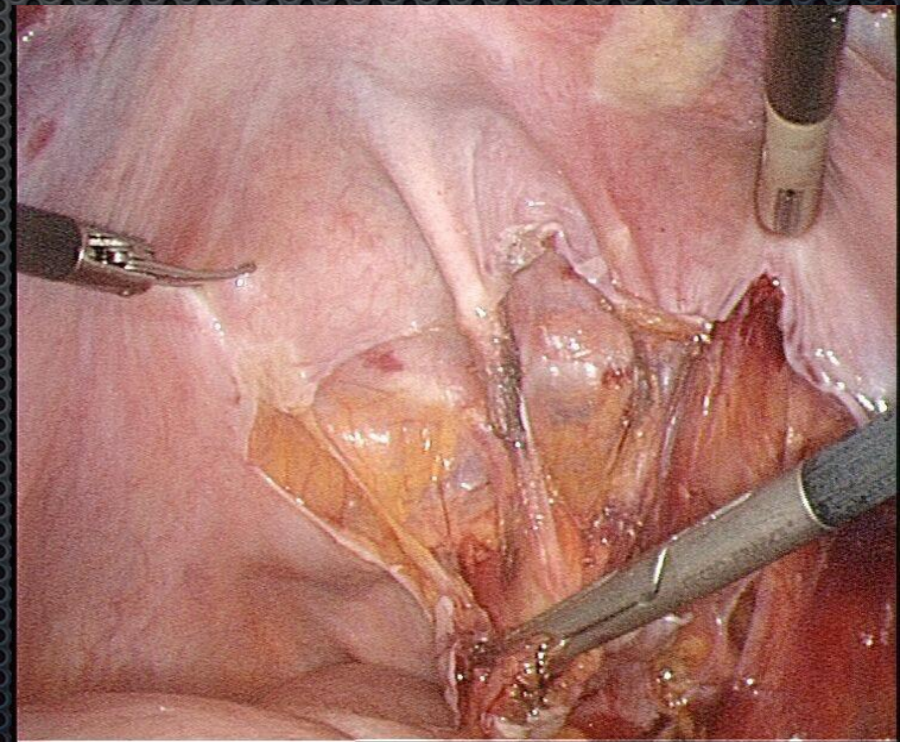
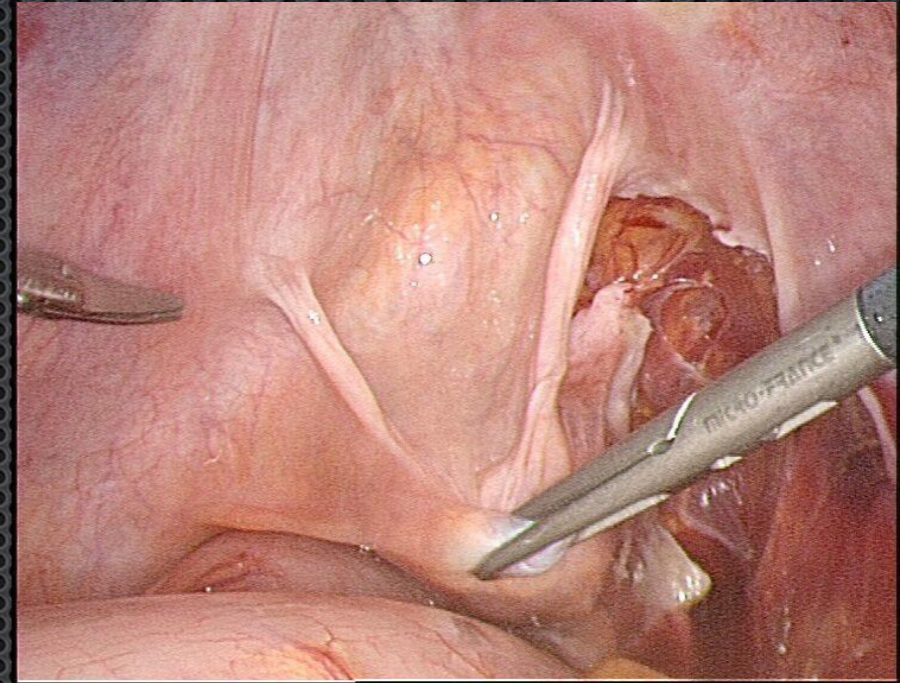


Libérer assez de péritoine afin
d'éviter toute contrainte sur
l'uretère dt lors de la
péritonisation



Dissection recto-vaginale

- Traction sur le rectum +++
- Puis dissection
 - en direction du vagin
 - en restant aussi près que possible de la paroi vaginale
- Suivre le gaz ++
- chercher l'espace vasculaire
- se rappeler que la graisse appartient à l'intestin +++



Dissection antérieure

- Commencer avant l'hystérectomie (si faite)
- Descendre bas
- Attention latéralement à l'uretère
- Soulever la vessie (et pas seulement péritoine +++)
- S'aider d'une valve de Breisky pour disséquer le vagin





Non



Oui

Hystérectomie

- Pas obligatoire
- Meilleure répartition des forces de traction
- Préférer HRT subtotale (diminue taux d'érosion +++)
- Si HRT totale : fermeture vaginale en 2 plans

Hystérectomie sub-totale

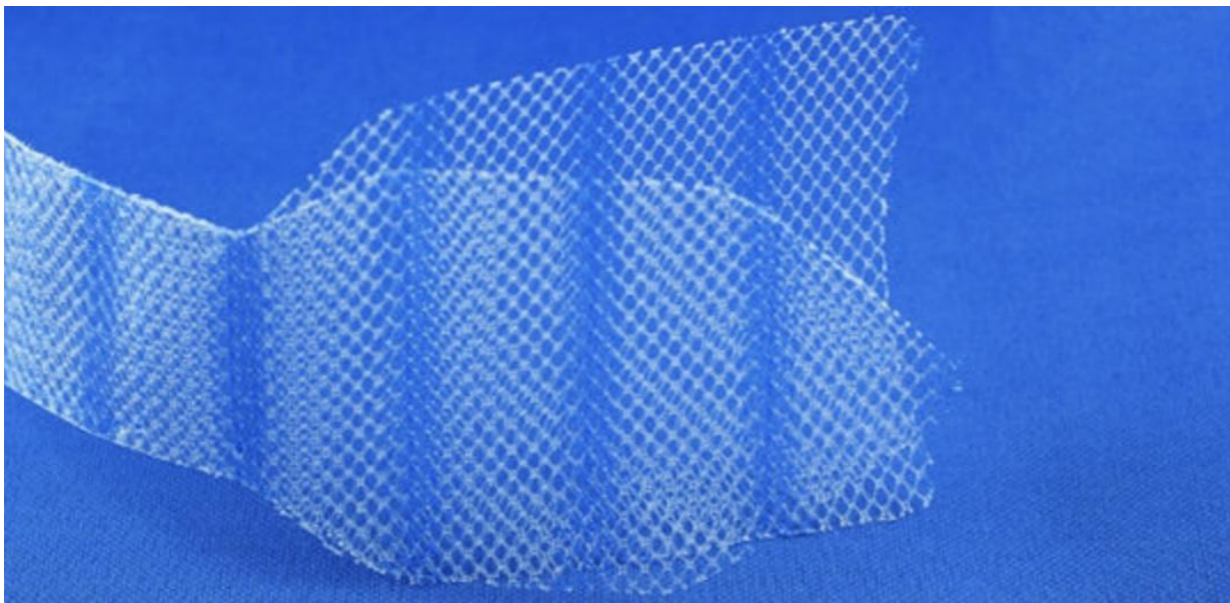
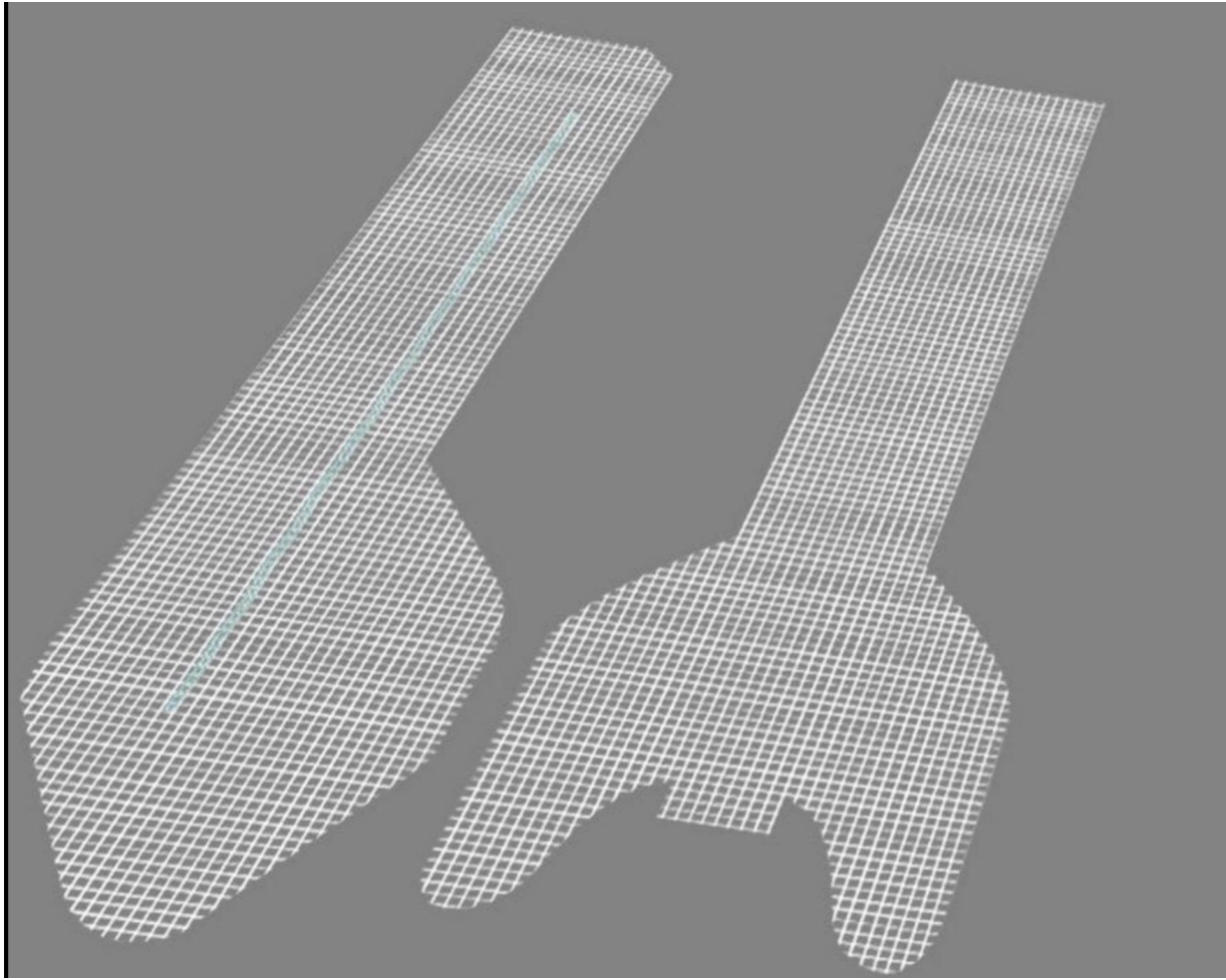
- Loop (préférer bipolaire) mais coût

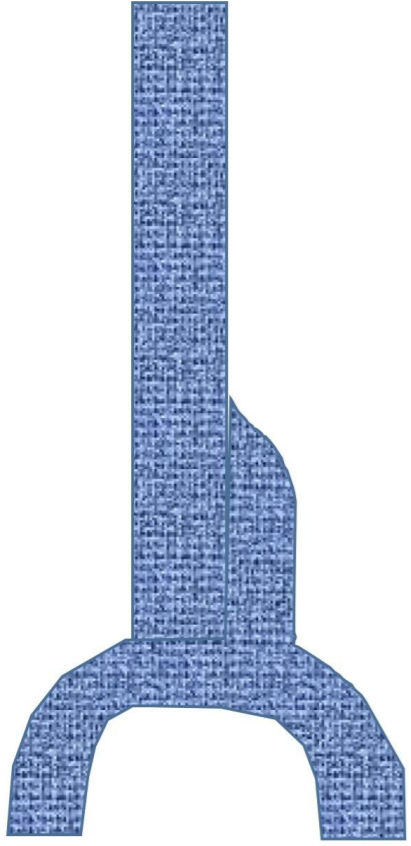


- Couteau de Chardonens ++

Quelle prothèse ?

- Polypropylène (plastique) Monofilament
 - Polyesther (nylon) Multifilaments
 - Prédécoupées
- à découper soit même





Un bras - 2 bras ?

- Une prothèse et une seule va au promontoire
- Meilleure colonisation
- Pas d'espace mort
- Si granulome, infection ne remonte pas dans ce dernier

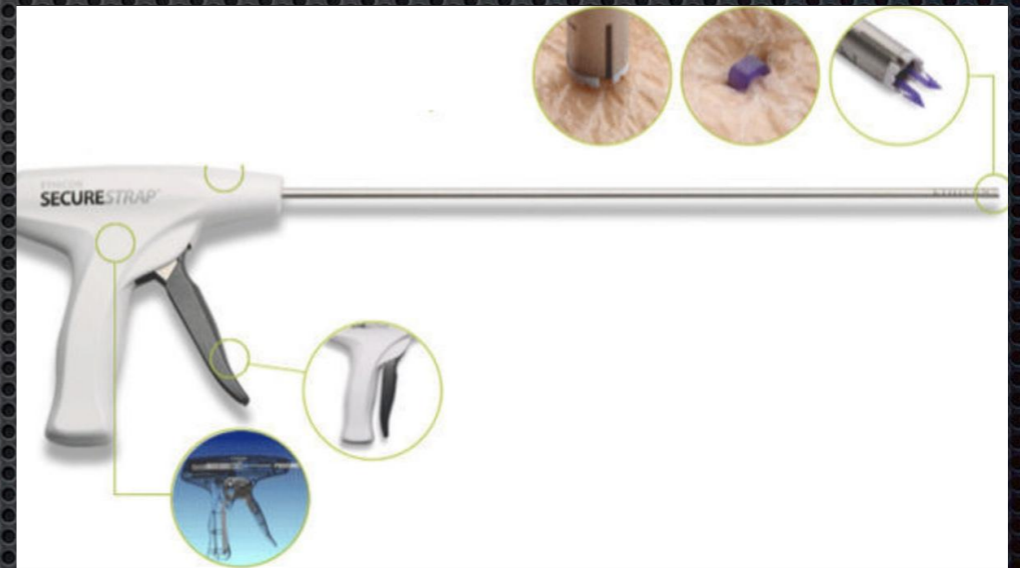
La fixation des prothèses

Avec quoi ?

- Fils non résorbables +++
- (Tackers)
- (Agrafes)
- Colle ?

La fixation des prothèses Tackers, agrafes

- Jamais sur le vagin +++
- Risque spondylodiscite ?
- Cout



La colle

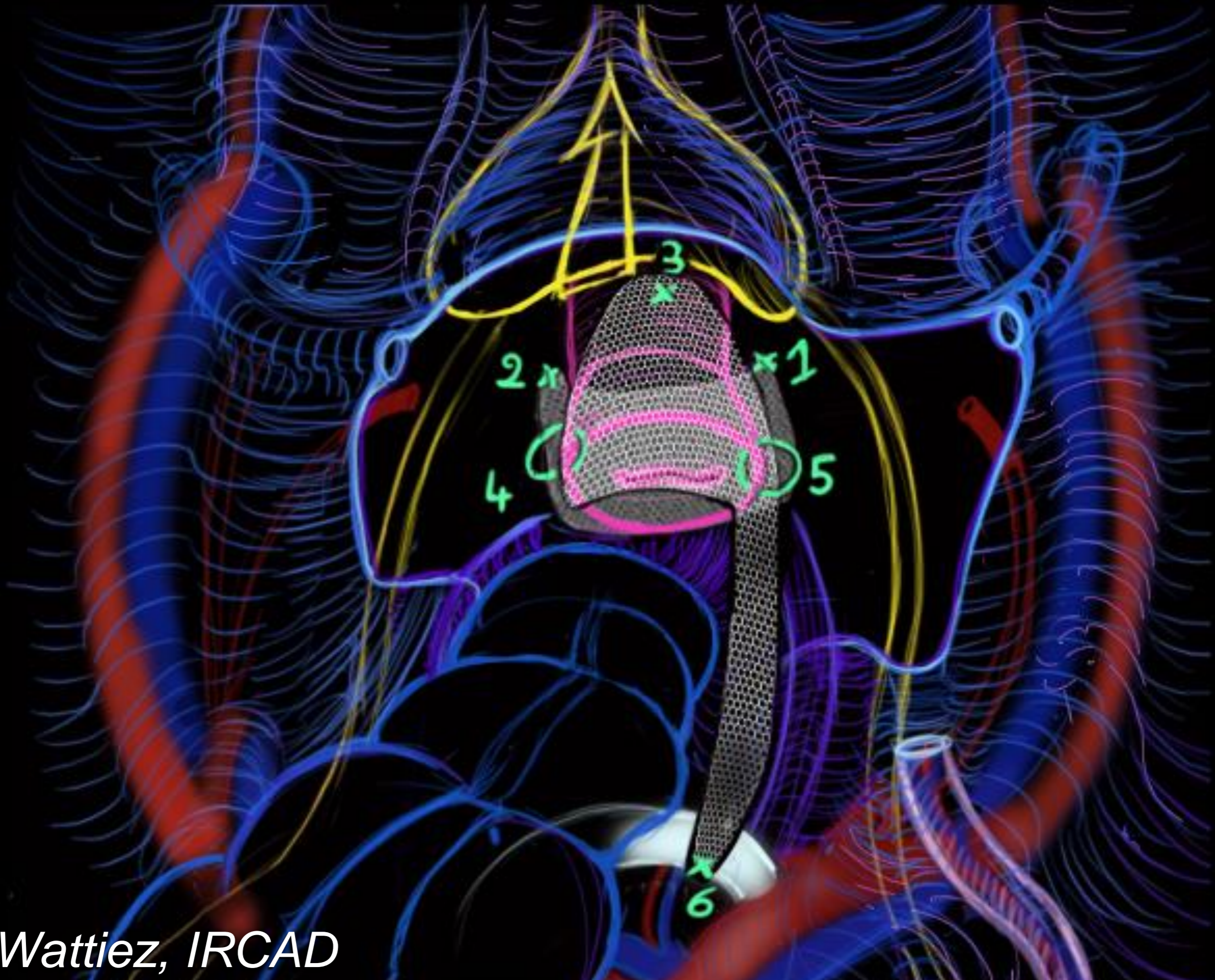
- Efficace
- Manipulation pas très facile
- Cout
- Toxicité ?
- Granulomes vaginaux décrits



La fixation des prothèses

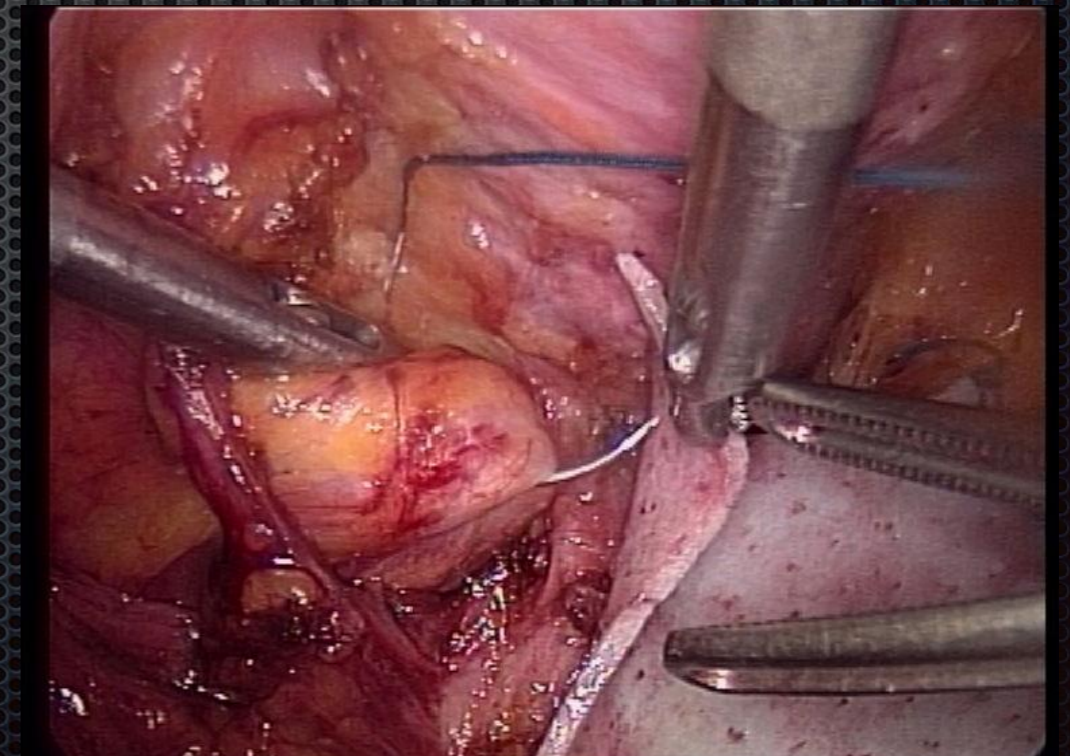
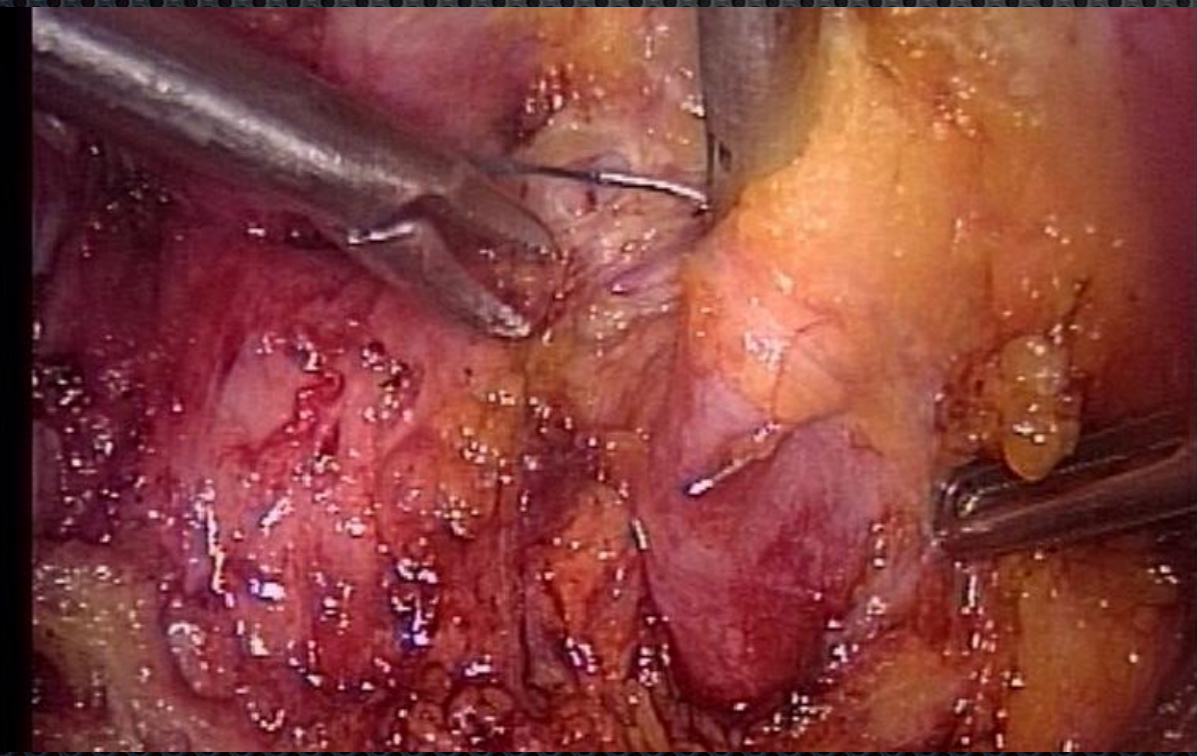
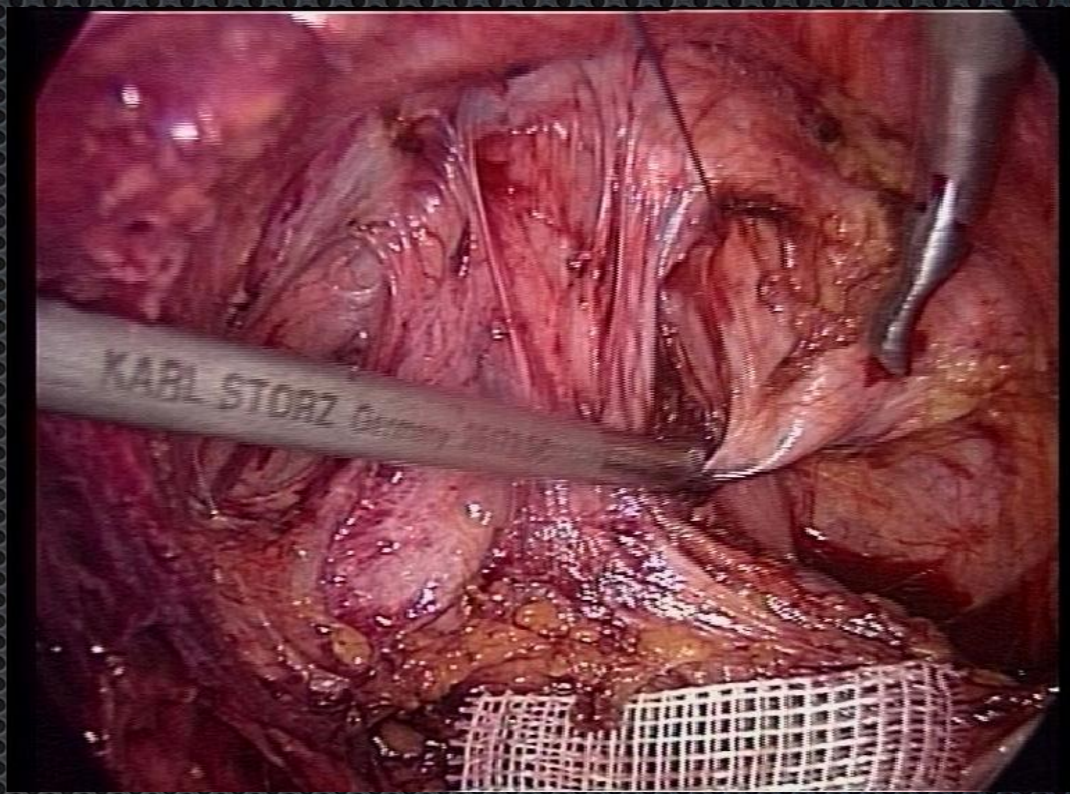
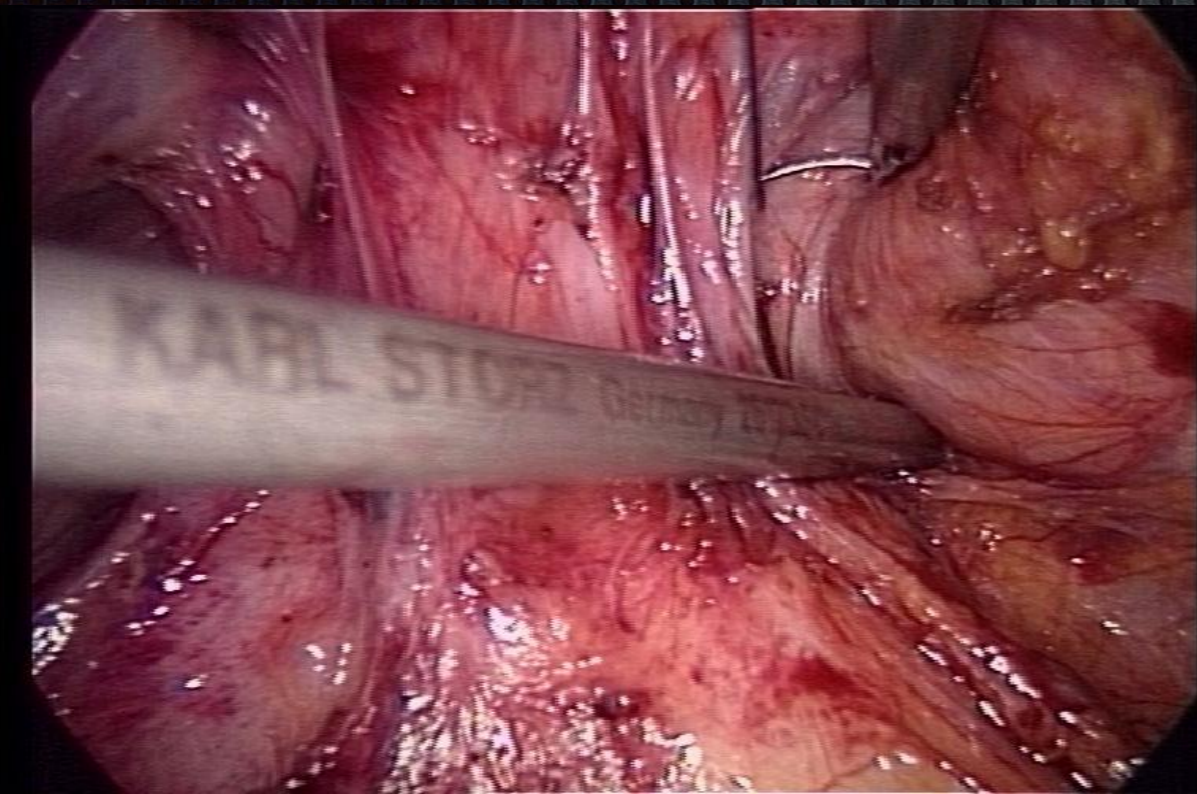
Où ?

- 6 points technique (A Wattiez)
 - 2 points sur les muscles pubos-rectaux
 - 1 points sur la face antérieure du vagin
 - 2 points sur le col (solidarisation prothèses)
 - 1 point sur le promontoire



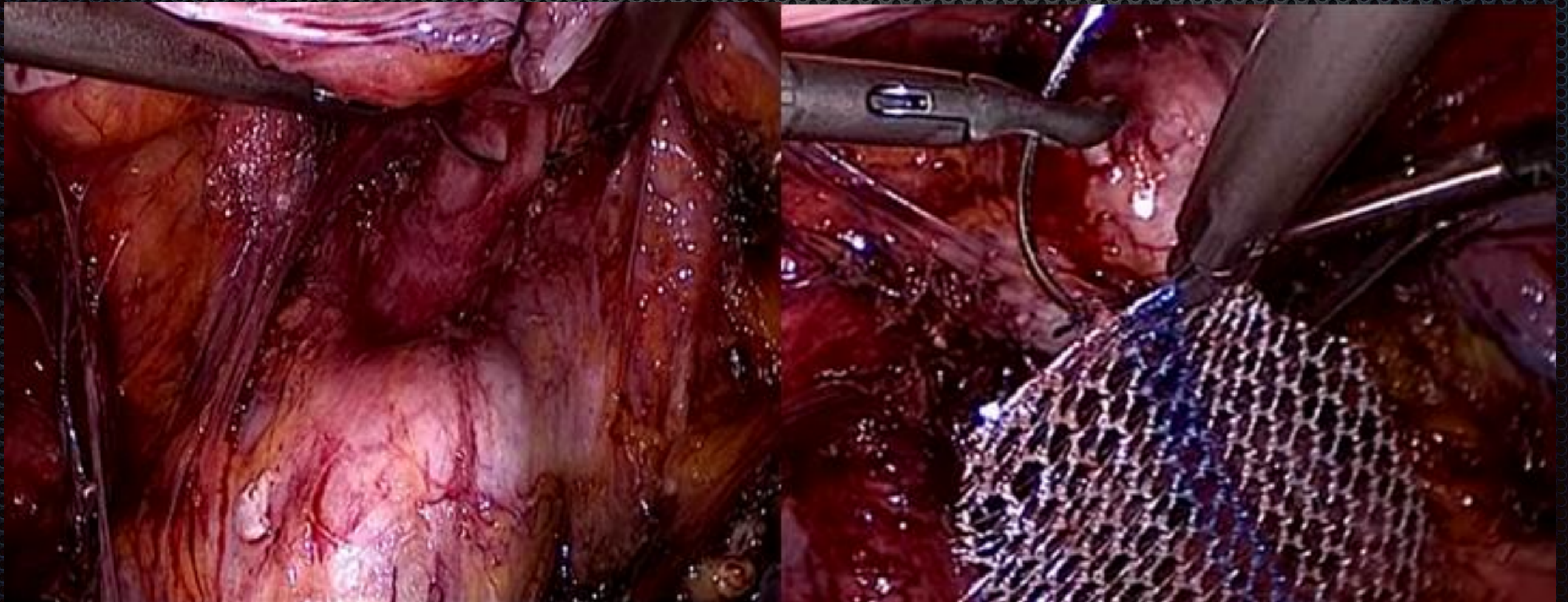
A Wattiez, IRCAD

Fixation de la prothèse postérieure muscle pubo-rectal



Fixation antérieure

- 1 point sur le vagin (col vésical)



Solidarisation des 2 prothèses

- +++
- Reconstituer anneau péricervical
- Eviter création d'un « tunnel » entre les deux prothèses

Quelle tension ?

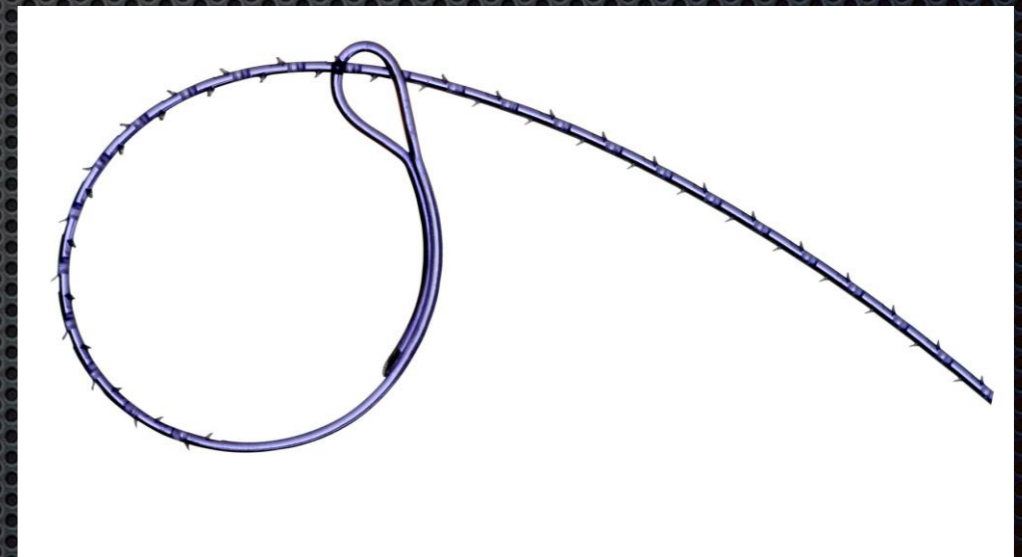
- Pas de tension
- mettre le fond du vagin en place, poser la mèche
- Si trop de tension
 - risque d'incontinence, troubles ano-rectaux
 - pourrait augmenter le risque d'exposition
 - pourrait augmenter échecs

Fixation au promontoire

- 1 fil (deux si l'on est inquiet)
- Tackers, agrafes
- sur un ligament vertébral bien visible
- rester superficiel, pour ne pasembrocher le disque
- tester sa prise par traction
- passer le point du crâne vers les pieds (attention gros vaisseaux)

Péritonisation

- But : Exclure prothèse de la cavité abdominale
- Péritonisation basse
- puis fixation au promontoire
- puis péritonisation haute
- Surjet
- Agrafes ?
- V-loc ?
- Tunnel sous-péritonéal
- Péritonisation soigneuse (risque occlusion)



Conservation utérine

- Possible
- \pm ligature
(si pas de désir de grossesse préférer hystérectomie)
- Passage de la prothèse antérieure
 - À travers le ligament large
 - unilatérale
 - ou bilatérale
- Si grossesse, césarienne

Après hystérectomie

- dissection postérieure facile
- dissection antérieure souvent difficile

Conclusions

- Exposition - suspension
- Aborder le promontoire avec humilité
- Suivre le bon plan (gaz)
- Maitriser les sutures
- Limiter le nombre de points
- Limiter le nombre de suture sur le vagin
- Limiter la tension sur la prothèse
- Soigner la péritonisation