

# La promontofixation percœlioscopique : comment gérer les temps difficiles ?

P. FERRY \*, J.S. AUCOUTURIER, Y THIROUARD  
(La Rochelle)

## *Résumé*

*La promontofixation cœlioscopique est une intervention efficace qui fait partie des solutions chirurgicales à proposer aux patientes gênées par un prolapsus génital. Sa réalisation nécessite une équipe chirurgicale entraînée à la réalisation de gestes complexes. L'objet de cet article est de simplifier certains temps de l'intervention sans nuire au résultat en optimisant la durée opératoire.*

*Mots clés : prolapsus génital, promontofixation cœlioscopique, technique chirurgicale simplifiée*

Centre hospitalier de La Rochelle - Service de gynécologie-obstétrique -  
17019 La Rochelle cedex

\* Correspondant : philippe.ferry@ch-larochelle.fr

### **Déclaration publique d'intérêt**

Nous soussignés, P. Ferry, J.S. Aucouturier, Y. Thirouard, déclarons ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

## I. INTRODUCTION

Le prolapsus génital est une pathologie fréquente avec une prévalence estimée entre 20 et 70 % des femmes selon la définition retenue [1]. Sa prise en charge repose sur une évaluation clinique complète des symptômes et de la gêne ressentie.

Toutes les options thérapeutiques doivent être exposées à la patiente.

En cas d'indication chirurgicale, le choix de la promontofixation est éclairé par la littérature récente :

- la promontofixation est plus efficace que la sacro-spinofixation et la cure de prolapsus par voie vaginale avec renfort prothétique [2] ;
- la promontofixation coelioscopique a des résultats anatomiques au moins comparables à la laparotomie [3, 4]. Elle a un impact positif sur tous les aspects de la qualité de vie (symptômes, impact social, fonction sexuelle) [5].

L'intervention a déjà fait l'objet de descriptions détaillées [1, 6, 7], mais sa diffusion reste limitée par une durée importante et sa difficulté supposée.

La pratique nous a permis de simplifier ou de sécuriser certains temps opératoires. Nous décrivons une promontofixation à double plaque, sans suspension de la plaque postérieure au promontoire, qui est indiquée pour nous dans le cas fréquent de prolapsus prédominant sur l'étage antérieur et moyen.

## II. L'INTERVENTION

### II.1. Installation de l'équipe et matériel

L'opérateur est à gauche de la patiente, une instrumentiste à sa gauche, le premier aide à droite. Le moniteur vidéo, s'il est unique, est positionné obliquement près du pied droit de la patiente. Si possible un deuxième aide assure la manipulation de l'utérus et de la valve vaginale.

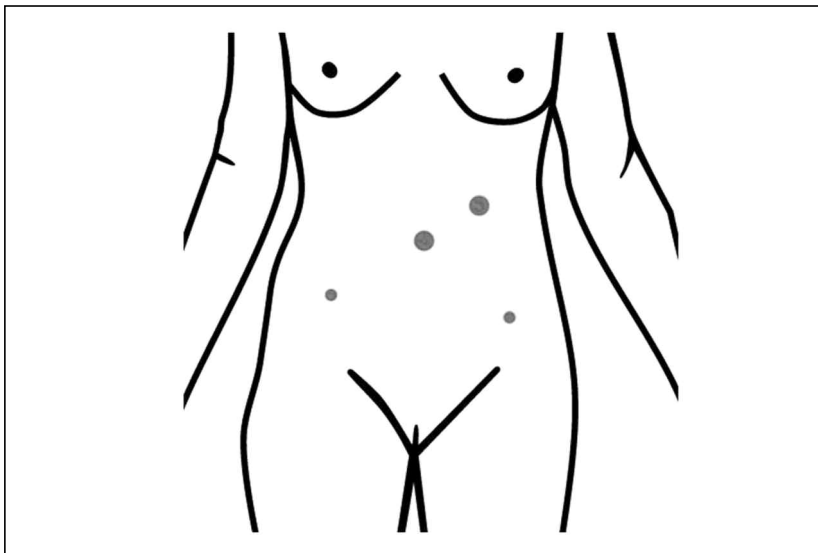
Les trocarts sont mis en place préférentiellement selon ce schéma : un trocart ombilical de 12 mm, 2 trocarts de 5 mm placés en dehors du muscle droit à 3 cm environ de l'épine iliaque antéro-supérieure, le droit pouvant être légèrement décalé vers la tête de la patiente (Figure 1).

La mobilisation de l'utérus est assurée par un hystéromètre et les culs-de-sac vaginaux sont exposés par une lame malléable successivement en arrière puis en avant.

Trois instruments un peu spécifiques sont indispensables : deux porte-aiguilles assurant une excellente préhension et un pousse-nœud (qui doit pousser le fil en amont du nœud).

Deux types de fils de 75 cm de longueur au minimum sont utilisés : un fil de polyester tressé n° 0 (type Ti-Cron® Covidien) et un fil de

Figure 1 - Position des trocarts



polyglactin n° 2-0. Nous préférons les nœuds extra-corporels : ils sont plus faciles à réaliser et permettent de ressentir la tension appliquée.

Lorsqu'elles sont disponibles, les prothèses prédécoupées ont notre préférence. Dans le cas d'une promontofixation avec conservation utérine, nous utilisons une prothèse en polyéthylène téréphtalate-polyester. En cas de prolapsus du dôme vaginal, le polypropylène doit être choisi.

## II.2. Technique chirurgicale

### *II .2.a. L'abord du promontoire*

Il doit être réalisé en premier à la faveur d'un Trendelenburg suffisant et si nécessaire un léger décubitus latéral gauche. On palpe le péritoine en regard du promontoire d'une zone dure signant l'absence d'obstacle en regard du ligament pré-vertébral. Cette palpation est négative en cas d'infiltration adipeuse et ce n'est qu'après une dissection souvent longue que l'on identifiera sans interposition le ligament pré-vertébral nacré pour l'aiguiller. Le fil est introduit en totalité (le chef portant l'aiguille laissé très court) et placé dans la fosse iliaque droite. L'uretère droit étant visualisé au départ, le rapport à risque est la veine iliaque commune gauche mais les vaisseaux pré-sacrés peuvent nécessiter d'être éloignés ou coagulés pour aborder le ligament. Parfois la dissection ne permet pas d'éviter un saignement, l'aiguille n'est pas extraite et l'on noue le fil que l'on vient de passer.

### *II.2.b. Temps postérieur*

Lorsque la mise en place d'une prothèse postérieure est décidée, l'incision du péritoine se fait horizontalement là où il passe de jaune à blanc ; elle est prudente au milieu et plus facile latéralement, permettant rapidement d'aborder les fosses para-rectales puis de compléter la dissection recto-vaginale. Celle-ci est facilitée par la visualisation de la valve postérieure fermement poussée vers le haut sous contrôle de la vue. La prothèse est maintenue de chaque côté par un point non résorbable fixé sur les muscles élévateurs, la plaque est introduite, le fil déjà passé près de son angle. En l'absence de rectocèle clinique nous ne la suspendons pas au promontoire, elle est coupée et fixée par un ou deux points noués au niveau du torus uterinum puis extra-péritonisée.

### *II.2.c. Temps antérieur*

La dissection antérieure est réalisée au contact de la paroi vaginale rigidifiée par la lame malléable placée en avant, grâce aux ciseaux et à

la compresse dans toute la zone médiane clivable. Dans certains cas l'identification du plan est malaisée et le remplissage de la vessie par 200 ml de sérum bleuté facilitera la dissection et confirmera l'absence d'offense vésicale. La prothèse antérieure est fixée par 3 points non résorbables prenant toute l'épaisseur du vagin sans la muqueuse en s'aidant de la contre-pression de la lame vaginale et 1 point sur l'isthme utérin. La totalité des nœuds sont extra-corporels. La plaque sera laissée en attente sous le ligament large droit.

#### ***II.2.d. Fixation au promontoire***

Ce temps suivant est facilité par la réalisation d'un tunnel sous-péritonéal partant du promontoire après repérage de l'uretère droit, volontiers à la compresse qui permettra sans risque l'ouverture de l'extrémité du tunnel.

Les vaisseaux du paramètre sont repérés et une moucheture du ligament large droit donne accès à la plaque, et ce court trajet intra-péritonéal de la prothèse sera aisé à re-péritoniser. On peut aussi sans incision péritonéale supplémentaire récupérer directement la prothèse antérieure et l'amener jusqu'à l'abord promontorien, ce qui allège les derniers temps de l'intervention.

Le péritoine inter-vésico-utérin très souple est alors fermé par une bourse de fil résorbable.

L'opérateur contrôle visuellement la correction du prolapsus et identifie le niveau où la plaque doit être aiguillée par le fil qui avait été laissé en attente. On évitera toute sur-correction qui ne respecterait pas l'angle normal du vagin et augmenterait le risque d'incontinence urinaire postopératoire. Les nœuds sont passés puis l'excès de prothèse est coupé. Si nécessaire une deuxième suture identique renforce le montage. Une petite bourse ferme le péritoine.

En fin d'intervention on contrôle l'absence de point trans-fixant vaginal et en l'absence de mise en place de bandelette sous-urétrale, la sonde vésicale est retirée.

### **II.3. Postopératoire**

Les patientes font un dîner léger le soir. La prévention ou le traitement d'une constipation terminale sont systématiques. La sortie a lieu à J2 ou J3 postopératoire avec un arrêt de travail d'un mois et la consigne d'éviter les rapports sexuels et le port de charges durant cette période.

### III. DISCUSSION

#### III.1. Fixation des prothèses au promontoire, au vagin, aux releveurs

Certains opérateurs utilisent des agrafes, des tackers ou de la colle chirurgicale, et l'on peut estimer que ces méthodes simplifient l'intervention. Mais à ce jour, il n'existe aucune donnée comparative entre ces différents modes de fixation des prothèses, et nous pensons que l'on ne doit pas les utiliser pour s'affranchir de l'apprentissage avec des fils aiguillés qui reste la technique de référence.

Le fil V-Loc<sup>®</sup>, malgré son coût, a été utilisé avec enthousiasme : il permet ici une péritonisation efficace et plus rapide puisque qu'il n'y a pas besoin de faire de nœud et que le surjet ne se relâche pas. Mais plusieurs cas [8] d'occlusion postopératoire ont été décrits par le volvulus d'une anse grêle accolée au fil, probablement coupé trop long. Nous n'avons pas observé de tels syndromes occlusifs mais la prudence incite à ne pas l'utiliser en attendant d'autres études.

#### III.2. Choix de la prothèse

Les prothèses constituées de monofilaments de polypropylène tricotés ou de multifilaments de polyester peuvent être utilisés. Compte tenu du risque augmenté d'exposition prothétique, le polypropylène doit être préféré en cas d'hystérectomie (antécédent ou hystérectomie associée et si possible subtotale). Nous préférons le polyester dans les autres cas car il est plus facile d'utilisation et se rétracte probablement moins [9].

#### III.3. La prothèse postérieure

Deux problèmes se posent.

##### *III.3.a. Doit-elle être systématique ?*

Le choix de l'association systématique d'une prothèse postérieure fait partie d'une discussion plus large : doit-on réparer systématiquement tous les compartiments ou « à la carte » ? La mise en place d'une prothèse postérieure expose à un risque de plaie rectale, et également d'hématome, exposition... Dans l'étude d'Antiphon [10], à

27 mois de recul moyen, le risque de récurrence postérieure est évalué à 55 % (simple prothèse) *versus* 12,5 (double) mais tombe à 8,3 *versus* 8,6 sans Burch (ns) avec un taux supérieur de douleurs postopératoires (42 %/14 %) et de constipation *de novo* ou aggravée (65 %/25 %). Les patientes doivent donc être informées sur les risques de complications du geste prophylactique ou de décompensation de l'étage non traité. Si la plupart des séries publiées actuellement [9] sont des promontofixations à double plaque, la question n'est pourtant pas résolue : dans l'étude prospective randomisée « ACCESS » en cours, qui compare les résultats de la promontofixation coelioscopique avec ou sans assistance robotique, la pose d'une plaque postérieure « est laissée au choix du chirurgien » [11].

### **III.3.b. La fixation de la plaque postérieure**

Points distaux : la fixation de la prothèse sur la face postérieure du vagin doit être évitée en raison du risque important d'exposition.

En l'absence de prolapsus rectal ou de rectocèle supérieure au grade 1 de la classification POP-Q, doit-on la suspendre au promontoire ? Pour la prévention de la rectocèle postopératoire, les auteurs qui fixent la prothèse au promontoire recommandent de le faire « sans tension ». Dans ces conditions nous conseillons de la fixer uniquement à la face postérieure de l'isthme, ce qui assure une prévention tout aussi solide et logique anatomiquement. Dans une étude prospective récente incluant les deux techniques (plaque fixée au promontoire ou non) il n'y a pas de différence sur la qualité de vie postopératoire [5].

## CONCLUSION

La promontofixation percoelioscopique est actuellement l'intervention de référence ; elle est proposée à l'issue d'un bilan préopératoire et d'une information complète de la patiente, sans méconnaître les autres techniques.

L'intervention peut alors être réalisée de façon réglée telle que nous l'avons décrit, mais également ajustée à chaque patiente en cas de pathologie associée (utérine, incontinence d'effort...). Une technique opératoire standardisée facilite l'apprentissage, sécurise l'équipe chirurgicale, et optimise les résultats.

## Remerciements

Au Docteur J. Hourcabie qui nous a enseigné cette technique et encouragé à persévérer, à A. Cante pour son aide technique.

## Bibliographie

- [1] Defieux X *et coll.* Manuel pratique d'urogynécologie, Elsevier Masson Editeur, Issy-les-Moulineaux 2011.
- [2] Schmid C, Maher C, Feiner B, Baessler K, Glazener C. 2012 Cochrane Review: surgical management of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2012;23(2):S49.
- [3] Rivoire C, Botchorishvili R, Canis M, Jardon K, Rabischong B, Wattiez A, Mage G. Complete laparoscopic treatment of genital prolapse with meshes including vaginal promontofixation and anterior repair: a series of 138 patients. *J Min Inv Gynecol* 2007;14:712-718.
- [4] Seracchiloi R, Hourcabie JA, Vianello F, Govoni F, Pollastri P, Venturoli S. Laparoscopic treatment of pelvic floor defects in women of reproductive age. *J Am Assoc Gyneco Laparosc* 2004;11(3):332-335.
- [5] Perez T, Crochet P, Descargues G, Tribondeau P, Soffray F, Gadonneix P, Loundou A, Baumstarck-Barrau K. Laparoscopic sacrocolpopexy for management of pelvic organ prolapse enhances quality of life at one year: a prospective observational study. *J Min Inv Gynecol* 2011;18:6,747-754.
- [6] Gaston R, Ramsden A. Surgery illustrated-Surgical atlas laparoscopic sacrocolpopexy. *BJUI* 2011;107:500-517.
- [7] Bader G, Fauconnier A. Amélioration des conditions opératoires lors d'une réparation laparoscopique des prolapsus des organes pelviens par double promontofixation prothétique. *Gynecol Obstet Fertil* 2009;37: 951-958.
- [8] Quibel S, Roman H, Marpeau L. V-LOC...clusion = Volvulus following barbed suture. *Gynecol Obstet Fertil* 2012;40:382-383.
- [9] Sergent F, Resch B, Loisel C, Bisson V, Schaal JP, Marpeau L. Mid-term outcome of laparoscopic sacrocolpopexy with anterior and posterior polyester mesh for treatment of genito-urinary prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;217-222.
- [10] Antiphon P, Elard S, Benyoussef A, Fofana M, You R, Gettman M, Hozneck A, Vordos D, Chopin D K, Abbou CC. Laparoscopic promontory sacral colpopexy: is the posterior, recto-vaginal, mesh mandatory. *Eur Urol* 2004;45(5)655-661.
- [11] Mueller E, Kenton K, Tarnay C, Brubaker L, Rosenman A, Smith B, Stroupe K, Bresee C, Pantuck A, Shulam P, Anger JT. Abdominal colpopexy: comparison of endoscopic surgical strategies (ACCESS). *Contemp Clin Trials* 2012;1011-1018.