

ENDOMAG

Le magazine de la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

février 2005 n°49

Sommaire

Edito

4-8

PRÉVENTION ET TRAITEMENT
DE L'ENDOMÉTRIOSE RÉCIDIVANTE

9-13

IMPACT DE LA VOIE D'ABORD CHIRURGICALE
SUR LA PRISE EN CHARGE DES LÉSIONS
FRONTIÈRES PRÉCOCES DES OVAIRES.

14-18

COMPTE RENDU DE LA SESSION MYOMES
FFER 2004

19-21

DE LA PRATIQUE À LA LOI

RÉDACTEUR EN CHEF

F. PIERRE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. AUDEBERT, M.A. BRUHAT,
J.B. DUBUISSON, J. HAMOU,

N° ISSN 1266 - 6181

Pour toute correspondance

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

35000 Rennes

Tél. : 02 23 40 45 45

Fax : 02 23 40 45 46

E-mail : sfeg@club-internet.fr

www.scgp.asso.fr



Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

Une prothèse !... alors, heureuse ?

Dans le numéro 48 d'ENDOMAG, Peter von Theobald signe un éditorial à propos de l'utilisation des prothèses en Uro Gynécologie¹, après avoir constaté que 13 pages sur 24 du précédent numéro de cette revue étaient précisément consacrées à la pose de prothèses par voie vaginale.

J'avais moi-même, il y a quelques mois, après avoir colligé la littérature, relevé pas moins de 26 publications récentes et 16 revues générales de cette question !

Après l'éditorial édifiant de Mark Walters "The use and misuse of prosthetic materials in reconstructive pelvic surgery: does the evidence support our surgical practice?"² et le "carton rouge" de Michel Cosson à propos des risques infectieux prothétiques³, je me réjouissais d'une nouvelle mise en garde, savamment amenée par son auteur : il assimilait en effet ce récent engouement pour l'Uro

Gynécologie à celui qu'avait connu notre spécialité, marquée par un grand dynamisme et une fertile inventivité, pour la coelioscopie.

Je ne pouvais qu'adhérer à ce constat, après avoir réussi à réunir sur ce thème plus de 3500 personnes à Paris au mois d'août en fédérant deux sociétés savantes très concernées, l'ICS (International Continence Society) et l'IUGA (International Uro Gynecological Association). Fort judicieusement, Peter pondérerait ce goût de l'innovation par des conseils de prudence vis-à-vis des pressions exercées par l'industrie et

fustigeait même un "manque total de rigueur", exigeant par exemple entre trois et cinq ans de recul avant d'apprécier les résultats, vœu pieux souvent rappelé !

Il faisait ensuite un portrait attachant du chirurgien latin s'ébattant dans un domaine où quantification et standardisation sont bien laborieuses. Il constatait aussi la disparition de la vérité unique, la tendance grandissante d'aller voir ailleurs (voir une fois, essayer une fois, et modifier une fois !), plaidant pour une

ligne directrice consensuelle ; je buvais du petit lait !

Certes, il me surprenait un peu en mentionnant que toutes les prothèses étaient à l'unisson devant le risque d'érosion (la littérature, le tableau de résultats qu'il produit, les revues générales de Debodinance⁴ et de Cosson⁵, ainsi bien sûr que le dernier éditorial de Cosson³ contredisent cette affirmation), mais je fermis les yeux car déjà il

avançait l'argument selon lequel la technique de pose puisse jouer un rôle plus important que la prothèse elle-même ; c'était cautionner le travail que nous avons fait pendant cinq ans au sein du groupe des 9, revoyant régulièrement notre copie pour optimiser et standardiser⁶.

Il abordait ensuite l'ablation des prothèses infectées, "pas si difficile que cela" ; c'est une réflexion à nuancer. Reconnaissons que c'est vrai lorsque, entourées de leur glycocalyx et baignant dans leur jus, elles sont déjà exclues par l'organisme. Mais, il en est tout autrement



quand la rétraction cicatricielle les englobe dans une gangue inextricable : nous avons enlevé, il y a quelques jours, une prothèse synthétique, pourtant mise en place par voie sus pubienne par un coelioscopiste très réputé et très entraîné à la chirurgie du prolapsus : les splendides hamacs antérieurs et postérieurs étaient réduits à une sorte de " gros cornichon " où prothèses, parois viscérales, péritoine et vagin ne faisaient plus qu'un. L'ablation s'est faite au prix d'une plaie vésicale importante, au contact très proche des uretères, eux aussi attirés par cette énorme rétraction, et d'une dissection délicate au contact du recto sigmoïde porteur d'une diverticulose ! Ceux qui s'attaquent à l'endométriase pelvienne sévère ou au cancer génital très invasif connaissent bien ce type de chirurgie ; mais attention, nous sommes ici dans le domaine de la chirurgie fonctionnelle : les complications, réinterventions et séquelles ne nous seront pas pardonnées.

Puis... patatras ! Peter fustige avec vindicte ceux qui recommandent aux " autres " praticiens de ne pas mettre en place de prothèses... Une bouffée d'orgueil aidant, me voilà m'assimilant à ces ténors (quoique bien conscient que mon ami Peter a un organe... vocal performant !) qui se réservent le droit d'essayer, mais le refusent aux autres.

À ce point, que devient la cohérence du discours ? Comment, après tant de mises en garde, soutenir que quiconque puisse user du matériel prothétique ? Comment définir, comme il le souhaiterait, des indications, alors même que l'intérêt de leur utilisation n'est pas démontré, que les risques sont certains, que les affaires médico-légales apparaissent, que l'AFSSAPS s'émeut de ces dérives et s'étonne parallèlement de l'absence de déclaration en matérieo-vigilance, et que nos réunions, nos

journaux, nos mails s'enrichissent régulièrement de complications plus ou moins cachées jusqu'ici.

Alors, comment faire autrement que de réunir, comme je l'ai fait avec le groupe TVM (9 praticiens sur 8 sites) des chirurgiens motivés, férus de chirurgie vaginale, acceptant le contrôle et les critiques des autres, des réunions régulières pour modifier de façon consensuelle la technique originale, de fréquents retours sur le cadavre pour vérifier le bien-fondé d'inquiétudes ? Sinon auraient-ils accepté l'idée que cinq ans de travail et 600 patientes opérées, ce n'est pas trop en phase de faisabilité avant de pouvoir décrire un protocole chirurgical rigoureux⁶, et y greffer une étude clinique prospective validée par un CPPRB dont les inclusions (près de 100 patientes) viennent d'être terminées ?

Et comment faire autrement que de conseiller aux " autres " d'attendre (certains, peu nombreux mais sages, le font !) ou de travailler de la même façon, en groupe, avec une méthode "protégée" par un comité d'éthique, en fournissant une information détaillée et éclairée à la patiente...?

En fait, la réponse à ces questions se trouvait dans ce même numéro d'ENDOMAG à la page 16 ; Denis Querleu, président de la toute nouvelle SCGP, toujours judicieux, écrivait *"... on peut encore espérer une mise en œuvre de projets collaboratifs qui ne sont pas la force la plus remarquable des chirurgiens français "*. Il était relayé à la page suivante par son vice-président, Pierre Hervé Dorangeon *"... voire à la promotion parfois prématurée de nouvelles techniques et matériaux avant validation et formation spécifique, sous la pression de la concurrence... "*.

La seule critique recevable était sans doute

" il ne fallait pas en parler avant ". J'étais moi-même très réticent à la communication sur cette nouvelle approche chirurgicale et opposé à la publication de tous résultats avant un recul raisonnable. En dépit de notre antériorité, de nombreuses équipes et von Théobald lui-même⁷ ont publié leurs recettes, sans trop se soucier des résultats anatomiques et fonctionnels à distance... Nous avons fini par décrire très récemment, nous aussi, notre technique⁶. Mais ce n'est pas parce que nous sommes persuadés d'être arrivés à la solution idéale...

Il n'y a pas plus convaincu que moi pour penser que la réparation de la statique pelvienne sera prothétique ; il y a 15 ans déjà que j'essaye avec des fortunes diverses ! J'illustre régulièrement ces aléas et déboires dans mes exposés ...

Certes, **les progrès sont réels**, et nous approchons sans doute petit à petit du but. Mais **la prothèse idéale reste à trouver**. Sera-t-elle prothétique, biologique, mixte ou très lentement résorbable ? Je ne le sais pas, mais la technique chirurgicale sera davantage conditionnée par les propriétés de cette prothèse que par l'intime conviction des chirurgiens.

Le débat très animé " mesh versus no mesh " au dernier congrès de Paris ne me semble pas avoir tourné à l'avantage des mèches.

" YES BUT NOT YET " disent les prudents anglo-saxons ...

Bernard JACQUETIN

Service de gynécologie obstétrique -
Maternité de l'Hôtel Dieu - CHU
Clermont-Ferrand.

Références bibliographiques

- 1- Von Theobald P. Editorial : Des prothèses ? Encore des prothèses ? Toujours des prothèses ? Endomag 2004;(48):1-5.
- 2- Walters MD. The use and misuse of prosthetic materials in reconstructive pelvic surgery: does the evidence support our surgical practice? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2003; 14(6):365-366.
- 3- Cosson M. Editorial : Risques infectieux et prothèses : temps mort ou carton rouge ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004; 33:559-560.
- 4- Debodinance P, Cosson M, Bulet G. Tolerance of synthetic tissues in touch with vaginal scars: review to the point of 287 cases. Eur J Obstet Gyn Reprod Biol 1999; 87(1):23-30.

- 5- Cosson M, Debodinance P, Boukerrou M, Chauvet MP, Lobry P, Crepin G et al. Mechanical properties of synthetic implants used in the repair of prolapse and urinary incontinence in women: which is the ideal material? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2003; 14(3):169-178.
- 6- Debodinance P, Berrocal J, Clavé H, Cosson M, Garbin O, Jacquelin B et al. Evolution des idées sur le traitement chirurgical des prolapsus génitaux : naissance de la technique TVM. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004; 33:577-588.
- 7- Von Theobald P, Labbe E. La triple opération périnéale avec prothèses. [Three-way prosthetic repair of the pelvic floor]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2003; 32(6):562-570.