




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



LETTRÉ À LA RÉDACTION

Cure de prolapsus par voie vaginale selon la technique du Prolift™ : vers une chirurgie standardisée ?[☆]

Transvaginal repair of genital prolapse with prolift™: A standardized surgery?

MOTS CLÉS

Prolapsus génital ;
Chirurgie vaginale ;
Prothèse ;
Courbe d'apprentissage

KEYWORDS

Pelvic organ prolapse;
Vaginal surgery;
Synthetic implants;
Learning curve

C'est avec beaucoup d'intérêt que nous avons pris connaissance de cet article évaluant la technique de cure de prolapsus par Prolift™.

Ayant activement participé à son développement et évaluation initiale [1], notre vision pourrait paraître pour certains déformée et grandement influencée par les relations avec l'industrie. Le vécu et retour de chirurgiens débutant la technique sont donc très intéressants.

L'auteur nous fait partager sa courbe d'apprentissage sur ces 47 premiers cas en rapportant un taux de complications faible, une rapide acquisition de la technique pour un résultat satisfaisant. On peut déplorer que cette étude ne soit pas plus rigoureuse pour apporter plus de renseignements : difficultés opératoires rencontrées, répartition des complications dans le temps (courbe d'apprentissage ?),

mais surtout ne comporte pas une évaluation objective et complète de la symptomatologie fonctionnelle qui fait cruellement défaut.

Cependant, les points positifs de ce travail recourent notre expérience.

Le caractère « invasif à minima » de la technique

Il est difficile au vu des seuls 47 cas présentés par l'auteur de conclure dans ce sens. Cependant, fort de nos résultats déjà rassurants sur le « TVM » [2], au sein du groupe des « neuf » sur plus de 1500 interventions réalisée selon la technique de cure de prolapsus par Prolift™, le taux de complications graves est inférieur à 2% (Tableau 1). Si des complications existent bel et bien comme le risque d'hémorragie [3,4], elles n'apparaissent pas à un taux supérieur par rapport à d'autres techniques utilisées dans le même cadre comme notamment la sacrospinofixation de Richter. En termes de complications, dans notre expérience, la mise en place de ce renforcement prothétique n'occasionne pas de surrisque par rapport à la chirurgie conventionnelle sans prothèse et confirme la faible morbidité de la voie vaginale.

L'apprentissage aisé

L'auteur décrit un délai d'apprentissage court afin de maîtriser la technique se basant sur le délai d'exécution.

Dans une étude, menée dans le service entre mars 2005 et août 2006, portant sur toutes les patientes consécutivement opérées d'un prolapsus selon la procédure Prolift™, nous avons comparés les résultats de deux groupes d'opérateurs. Un groupe de chirurgiens vaginalistes experts constitués par deux PH et un PU-PH utilisant la technique TVM depuis 2000 a été « opposé » à un groupe de chirurgiens vaginalistes juniors constitué par trois chefs de clinique assistants ayant une expérience faible et récente de la technique TVM, mais une bonne formation en chirurgie vaginale. Les « groupes experts (E) et juniors (J) » ont respectivement opérés 107 et 20 patientes de caractéristiques préopératoires comparables (antécédents chirurgicaux, BMI et la cotation POP Q notamment). Toutes les patientes étaient revues à trois mois. Les groupes E et J ont respectivement réalisé 54 (51,4%) et dix

[☆] Réponse aux auteurs 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) 2008.

Tableau 1 Recensement des complications graves de la technique Prolift™ au sein du groupe des « neufs co-inventeurs ». *A survey of severe complications due to the Prolift™ technique within the “nine coinventors” group.*

	Nombre	Hématome	Érosion compliquée	Ablation	Infection
Lille	422	2 (1 transf, 1 chir)	0	2 (partielle pour douleur)	0
Clermont-Ferrand	268	4 (2 transf, 1 embol., 4 chir)	0	6 (1 abcès, 3 rétrac, 2 expo étendues)	0
Rouen	268	1 (chir)	0	0	0
Dunkerque	182	2 (1 transf, 2 chir)	1 FVV	2 (1 hématome, 1 bras intra-évésical)	1 (septicémie)
Brive	143	2 (transf + chir)	0	1 (section bras post P dyspar)	0
Strasbourg	89	0	0	2 (1 rétrac, 1 expo complète)	0
Nice	87	1 (chir)	0	0	0
Paris (Diac.)	82	1 (transf + chir)	0	1 (hématome)	0
Total (%)	1541	13 (0,84)	1 (0,06)	14 (0,9)	1 (0,06)

Complications graves de Prolift group TVM France (mars 2005–novembre 2007) : 29 complications graves sur 1541 interventions, soit 1,88 %.

Transf : transfusion de la patiente ; chir : reprise chirurgicale ; embol : embolisation radiologique ; rétrac : rétraction douloureuse ; expo : exposition prothétique ; FVV : fistule vésicovaginale.

(50 %) Prolifts antéropostérieurs, 34 (32,4 %) et sept (35 %) Prolifts antérieurs isolés, 17 (16,2 %) et trois (15 %) Prolifts postérieurs isolés, neuf (9,4 %) et trois (15 %) hystérectomies, 39 (37,4 %) et dix (50 %) frondes sous-urétrales. La durée opératoire globale était significativement plus élevée dans le groupe J par rapport au groupe E (125,3 minutes vs 100,6 minutes, $p=0,0032$) avec en moyenne +38,5 minutes pour un Prolift total ($p=0,020$), +19,1 minutes pour un Prolift antérieur isolé ($p=0,022$) et +14,2 minutes pour un Prolift postérieur isolé ($p=0,07$). Les taux de complications postopératoires étaient comparables entre les groupes E et J (4,8 % vs 10 %, $p=0,31$) avec une tendance à un taux de plaie vésicale plus élevé dans le groupe J (10 % vs 1,9 %, $p=0,12$) certainement liée, d'une part, à l'expérience de la dissection plus faible, d'autre part, à l'apprentissage de l'infiltration qui modifie la lecture des plans. De même, les taux de complications postopératoires immédiates graves ne différaient pas entre les groupes E et J (1,9 % vs 0 %, $p=1$). À trois mois, les taux d'exposition prothétique ne différaient pas entre les groupes E et J (11 % vs 10 %) de même que le taux de récurrence au niveau des étages traités défini par un point Ba, C, D ou Bp supérieur ou égal à -1 (3,8 % vs 0 %, $p=0,98$).

Si les chirurgiens vaginalistes juniors ont une durée opératoire plus longue que les chirurgiens vaginalistes experts (courbe d'apprentissage), ils obtiennent des résultats similaires en termes de complications et de réussite ce qui nous semble plus important que la durée opératoire qui se réduit spontanément avec l'expérience.

Si l'on prend en compte la récente méta-analyse de Jia et al. réalisée pour le Nice [5] qui démontre l'intérêt d'un renforcement prothétique non résorbable en termes de récurrence, les résultats de l'article et notre expérience suggèrent que la procédure Prolift™ est suffisamment standardisée et simple pour être diffusée aux chirurgiens vaginalistes de tous niveaux « sous réserve d'une formation minimale initiale indispensable ». Les indications doivent maintenant être clarifiées au sein de nos différentes sociétés et surtout de commissions comme l'HAS afin que ces renforcements

prothétiques apparaissent littéralement dans l'arbre décisionnel.

Références

- [1] Fatton 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;18:743–52.
- [2] Debodinance P, Berrocal J, Clavé 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;33:577–88.
- [3] Touboul C, Nizard J, Fauconnier A, Bader G. Major venous hemorrhagic complication during transvaginal cystocele repair using the transobturator approach. *Obstet Gynecol* 2008;111:492–5.
- [4] Mokrzycki ML, Hampton BS. Pelvic arterial embolization in the setting of acute hemorrhage as a result of the anterior Prolift™ procedure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:813–5.
- [5] Jia X, Glazener C, Mowatt G, MacLennan G, Bain C, Fraser C, et al. Efficacy and safety of using mesh or grafts in surgery for anterior and/or posterior vaginal wall prolapse: systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2008;115:1350–61.

J. Amblard*

L. Velemir

D. Savary

B. Fatton

P. Debodinance

B. Jacquetin

Service de gynécologie-obstétrique, maternité de l'Hôtel-Dieu, CHU de Clermont-Ferrand, boulevard Léon-Malfreyt, 63000 Clermont-Ferrand cedex 1, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jamblard@chu-clermontferrand.fr

(J. Amblard).

Disponible sur Internet le 3 mars 2009