REGISTRE GYNERISQ DE MORBI-MORTALITE APRES CHIRURGIE DU PROLAPSUS PARMI LES CHIRURGIENS GYNECOLOGUES FRANCAIS. RESULTATS SUR 4820 INTERVENTIONS.

G. EGLIN<sup>1</sup>, R. de TAYRAC<sup>2</sup>, P. DEBODINANCE <sup>3</sup>, T. PEREZ <sup>4</sup>, J. MARTY <sup>5</sup>, J. L. FAILLIE <sup>1</sup>, B. JACQUETIN <sup>6</sup>

<sup>1</sup>Clinique Champeau, Béziers, <sup>2</sup>CHU Caremeau, Nîmes, <sup>3</sup>CH Dunkerque, <sup>4</sup>CH Aubagne, <sup>5</sup>Gynerisq, <sup>6</sup>CHU Estaing, Clermont-Ferrand

Objectif:

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la morbidité après chirurgie du prolapsus, en chirurgie gynécologique, dans les établissements publics et privés, incluant toutes les techniques chirurgicales, pendant 24 mois. L'objectif secondaire était de décrire les différentes techniques actuellement pratiquées en France parmi les chirurgiens gynécologues.

## Matériel et méthodes :

Un site internet sur la chirurgie du prolapsus a été mis en ligne en mai 2010. Ce site est accessible par le site Gynerisq, créé initialement pour les chirurgiens libéraux, puis ouvert ensuite aux praticiens des hôpitaux publics universitaires et non universitaires. Pour motiver les chirurgiens libéraux à déclarer leurs interventions, des réductions de primes assurancielles ont été mise en place. Les inclusions sont terminées depuis janvier 2013 et le recul post-opératoire prévu pour déclarer les complications est de 12 mois.

## Résultats:

En 32 mois (mai 2010 – janvier 2013), 4820 interventions ont été enregistrées dans le registre par 317 chirurgiens gynécologues. 3677 interventions ont été réalisées par voie vaginale (76,3%) et 1143 par voie abdominale.

Parmi les interventions abdominales, 951 (83,2%) étaient des promontofixation par coelioscopie, incluant 81 procédures robot-assistées (8,5%). D'un point de vue technique, les prothèses de polypropylène ont été préférées au polyester dans 62,4%, les sutures ont été préférées aux agrafes dans 93,6% et une prothèse postérieure fixée aux élévateurs a été associée dans 71,3% des cas. Une hystérectomie et une bandelette sous-urétrale ont été associées dans 35,1% et 26,1%, respectivement.

Parmi les interventions vaginales, 3074 cures de cystocèle, 2174 suspensions apicales, et 1574 cures de rectocèles ont été enregistrées. Des prothèses synthétiques ont été utilisées dans 46,5% des cures de cystocèle et 40,1% des cures de rectocèle. La voie transobturatrice était pratiquée pour la mise en place des prothèses antérieures (2 ou 4 bras) dans 82,4% des cas. Les suspensions apicales étaient réalisées par sacrospinofixation, bandelette postérieure et rapprochement des ligaments utéro-sacrés dans 59,3%, 23,9% et 16,8% des cas, respectivement. Les sacrospinofixations (n=1107) étaient bilatérales dans 65,1% des cas et réalisées par voie antérieure dans 29,4% des cas.

Le taux global de complications per-opératoires rapportées est 288/4820 patientes (5,9%), répartit en 6,1 vs 5,6% après chirurgie vaginale et abdominale respectivement (p=0,3). Des complications sévères ont été rapportées dans 2,0% et 3,0% respectivement (p=0,3): plaies urinaires (1,1 vs 1,7%; p=0,1), plaies digestives (0,3 vs 0,4%; p=0,6), plaies vasculaires (0,1 vs 0,6%; p=0,3) et hémorragies (0,5 vs 0,3%; p=0,2).

Le taux global de complications post-opératoires (avant 12 mois) rapportées est 1263/4820 patientes (26,2%), répartit en 26,9 vs 24,1% après chirurgie vaginale et abdominale respectivement (p=0,06). Des complications sévères ont été rapportées dans 5,9% et 7,1% respectivement (p=0,1): hématomes (2,3 vs 1,3%; p=0,03), expositions prothétiques vaginales\* (2,9 vs 1%; p=0,1), expositions prothétiques viscérales\* (0,05 vs 0,3%; p=0,01), douleurs chroniques (1,1 vs 1,9%; p=0,04), occlusions (0,08 vs 1,4%; p<0,05), éventration sur orifice de trocart (0 vs 0,3%; p=0,001), abcès (0,4 vs 0,5%; p=0,6), fistules (0,2 vs 0,2%; p=0,9), spondylodiscite (0 vs 0,09%; p=0,07), embolies pulmonaires (0,05 vs 0,09%; p=0,7) et décès (0,03 vs 0,09%; p=0,4).

Les taux de transfusion sanguine ont été de 0,4% vs 0,09% après chirurgie vaginale et abdominale, respectivement (p=0,1).

Les taux d'hospitalisation en réanimation ont été de 0,2% vs 0,4% après chirurgie vaginale et abdominale, respectivement (p=0,2).

Les taux de réintervention ont été de 2,5% vs 2,8% après chirurgie vaginale et abdominale, respectivement (p=0,5).

Rôle de l'hystérectomie associée sur la survenue de complications

En voie haute, l'hystérectomie associée semble réduire le taux de plaies urinaires (1/383 vs 13/591, soit 0,003 vs 2,2%, p=0,01), sans modifier les risques de plaies digestives et vasculaires. En post-opératoire, l'hystérectomie associée semble augmenter les risques d'hématomes (9/383 vs 5/591, soit 2,3 vs 0,8%, p=0,05), sans modifier les autres complications.

En voie basse, l'hystérectomie ne semble pas modifier les risques de complications per et post-opératoires, y compris les expositions vaginales prothétiques\* (11/475 vs 39/905, soit 2,3 vs 4,3%, p=0,06).

Comparaison de la chirurgie vaginale prothétique (n=1420) vs autologue (n=1426) pour le traitement des cystocèles

Des complications peropératoires sévères ont été rapportées dans 2,7% et 2,6% respectivement (p=0,9) : plaies urinaires (1,5 vs 1,3%; p=0,5), plaies digestives (0,1 vs 0,4%; p=0,2), plaies vasculaires (0,1 vs 0,4%; p=0,2) et hémorragies (0,8 vs 0,6%; p=0,4).

Des complications postopératoires sévères ont été rapportées dans 8% et 3,9% respectivement (p<0,01): hématomes (2,3 vs 2,5%; p=0,7), expositions prothétiques vaginales (3,6 vs 0%; p<0,001), expositions prothétiques viscérales (0,07 vs 0%; p=0,3), douleurs chroniques (1,5 vs 0,6%; p=0,02), abcès (0,4 vs 0,5%; p=0,6), fistules (0,07 vs 0,3%; p=0,2) et embolies pulmonaires (0,1 vs 0%; p=0,2).

Les taux de transfusion sanguine ont été respectivement de 0,6% vs 0,4% (p=0,5). Les taux d'hospitalisation en réanimation ont été respectivement de 0,2% vs 0,07% (p=0,3). Les taux de réintervention ont été respectivement de 3,2% vs 2,3% (p=0,2).

Actuellement, le taux de questionnaires à 12 mois renseignés est de 2081 (43,2%).

## **Conclusions:**

Des complications sévères peuvent survenir après les deux types de voie d'abord de la chirurgie des prolapsus génitaux. La réalisation d'une hystérectomie modifie peu la fréquence des complications observées, en dehors du risque d'hématome post-opératoire après promontofixation. La chirurgie vaginale prothétique des cystocèles expose à un taux de complications post-opératoires significativement supérieur par rapport aux techniques autologues, en raison d'une augmentation des risques d'expositions vaginales et de douleurs, mais avec des taux de réintervention sous anesthésie générale similaires.

<sup>\*</sup> Chiffres rapportés aux nombres de prothèses posées par voie vaginale