

MYOMECTOMIE : INTERET DE L'ABORD VAGINAL . SERIE CONTINUE DE 60 CAS.

A. LE TOHIC, M. CARBONNEL, P. MADELENAT
Hôpital Bichat Claude Bernard- APHP



PROBLEMATIQUE

- Myomatose utérine: 20 % des femmes > 35 ans
- Symptomes: 50 %
- Gold standard: myomectomie laparotomique
- Alternative mini-invasive: chirurgie endoscopique
- Limites de la myomectomie coelioscopique:
 - 1) Caractères du processus:
 - Nombre
 - Siège
 - Volume
 - 2) Complexité de:
 - Dissection
 - Suture

Historique de la myomectomie par voie vaginale

- 1 ère description: Amussat (1842)
- Désuétude liée aux risques infectieux (myométrite et abcés pelviens +++)
- Réactualisation: années 1990 (*Magos, Br J Obstet Gynecol 1994; Blanc Contracept Fertil Sex 1998*)

CHIRURGIE *Contracept Fertil Sex –1998-Vol.26, n°6, pp 448-451*

Myomectomie par voie vaginale

F. Bessenay*, L. Cravello*, V. Roger*, D. Cohen*, B. Blanc*

British Journal of Obstetrics and Gynaecology
December 1994, Vol. 101, pp. 1092-1094

Vaginal myomectomy

ADAM L. MAGOS Consultant (Obstetrics and Gynaecology), NIKOLAOS BOURNAS Visiting Clinical Fellow,
RAKESH SINHA Visiting Clinical Fellow, ROBERT E. RICHARDSON Clinical Research Fellow, HUGH O'CONNOR
Clinical Research Fellow

Minimally Invasive Therapy Unit and Endoscopy Training Centre, University Department of Obstetrics and Gynaecology, The Royal Free
Hospital, London

- **Indication princeps: myome unique postérieur**

OBJECTIFS DE L'ETUDE

- Evaluation des résultats de la myomectomie par voie vaginale exclusive
- Evaluation de l'intérêt du double abord coelio-vaginal

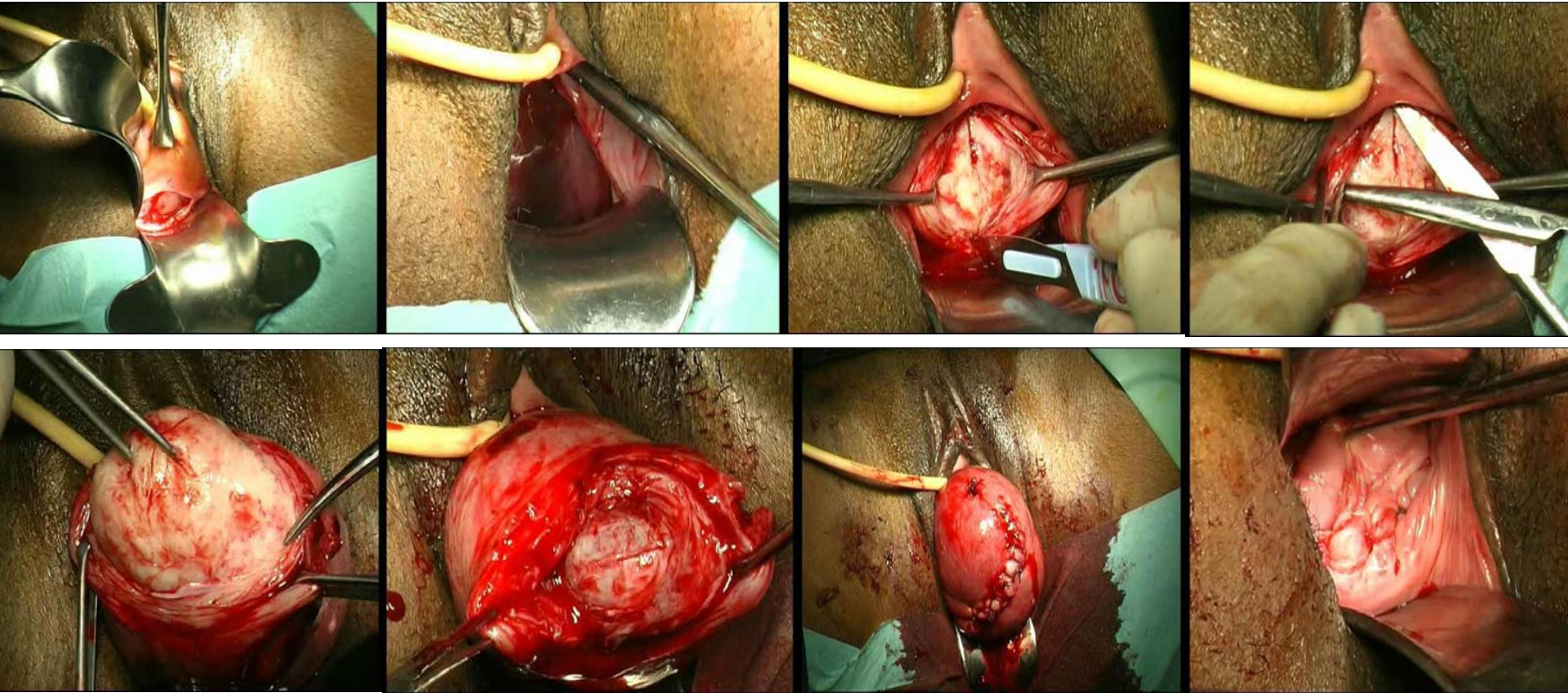
MATERIEL ET METHODE

- Série continue de 60 patientes
- Décembre 1999 à janvier 2007
- Groupe 1 : myomectomie par voie vaginale exclusive (n=33); groupe 2: myomectomie par double abord coelio-vaginal (n=27).
- Exclusion: colpotomie postérieure pour simple extraction du myome après myomectomie purement coelioscopique

Technique chirurgicale: voie vaginale exclusive

- Pré-requis: PV et traitement à la demande
- Antibioprophylaxie per-opératoire:
céphalosporine 3^o génération:
 - MEFOXIN 2 gr à l'induction, renouvelé si >2h
 - Si allergie: Dalacine 600 mg + Gentamicine 3 mg/Kg

Technique chirurgicale: voie vaginale exclusive



MYOMECTOMIE : INTERET DE L'ABORD VAGINAL . SERIE CONTINUE DE 60 CAS.

RESULTATS (1): quelle localisation pour quelle voie?

	Voie vaginale, n=33 : groupe 1	Voie coelio vaginale , n=27 : groupe 2	p
Age moyen ± ET	38,5 ± 8,48	37,8 ± 1,37	NS
IMC moyen ± ET	22,9 ± 0,6	23,8 ± 0,74	NS
Nulliparité n (%)	20 (60)	18 (66)	NS
ATCD de chirurgie pelvienne n (%)	10 (30)	13 (48)	NS
Taille myome (en mm) echo pré-op Moyenne ± ET	55,7 ± 3,7	48,6 ± 2	NS
Localisation myomes n (%)	Post : 33 (76)	Post : 32 (42)	P<0,05
	Ant : 1(3)	Ant : 14(18)	P<0,05
	Lat : 2(5)	Lat : 2(3)	NS
	Fundique : 7(16)	Fundique : 29(37)	NS
Situation myomes n (%)	Interstitiel : 27 (61)	Interstitiel : 31(40)	NS
	Sous muqueux : 2 (6)	Sous muqueux : 0	
	Sous séreux : 14(33)	Sous séreux : 46(60)	NS
Nombre de myomes moyen ± ET	1,4±0,9	2,3±0,15	0,006

RESULTATS(2)

	Voie vaginale : groupe 1 (33)	Voie coelio vaginale : groupe 2 (27)	p
Poids des myomes moyenne	196±20	271±29	NS
± ET			
Delta Hb (g/dl)	3	5,1	NS
Pertes sanguines (ml) moyennes	431	437	NS
Laparoconversion n (%)	3 (9)	4 (15)	NS
Durée opératoire moyenne (minutes)	108	180	0,0002
Durée d'hospitalisation moyenne en jours ± ET	3,24±0,5	5,1±0,7	0,009
Transfusion n patientes (%)	3 (9)	4 (15)	NS
Complications n patientes (%)	3 (9%)	2 (7,5%)	NS

Justification du double abord coelio- vaginal

- Fermeture de la loge de myomectomie: 11 cas (40 %): gain de temps, solidité, facilité technique
- Résection incomplète ou impossible par la seule voie initiale: 16 cas (60 %):
 - **colpo-conversion**
 - Complexité plan de dissection par coelioscopie: 3 cas
 - Siège intramyométrial profond mal accessible par coelioscopie: 10 cas
 - **Coelio-conversion:**
 - Myome fundique non accessible par voie vaginale initiale: 3 cas
- Nombre de myome

Indications des laparoconversions

- 7 laparoconversions après:
 - 3 voies vaginales exclusives (9%)
 - 4 double abord coelio-vaginal (15%)
- Indications:
 - Volume (> 10 cm): 4 cas
 - Myome non accessible par voie vaginale: 2 cas
 - Pelvis adhérentiel: 1 cas

Complications (1)

- 5 complications (8,3%) avec reprise chirurgicale
- Groupe 1:
 - 2 abcès de loge de myomectomie (1 drainage simple, 1 hystérectomie)
 - 1 hémorragies avec reprise pour hémostase de la loge de myomectomie
- Groupe 2:
 - 1 abcès de loge de myomectomie: drainage chirurgical
 - 1 abcès du Douglas: drainage chirurgical

Complications (2)

- Parmi les complications infectieuses:
 - aucun PV pré-op
 - Pas d'ATB prophylaxie per op dans 2 cas 4
- 15 patientes ont eu une ATB thérapie post-op systématique (Augmentin 7 jours): aucune complication infectieuse chez ces patientes
- Rôle majeur des ATB +++

Myomectomie vaginale: revue de la littérature

Auteur / Année	BLANC 1998	MAGOS 1999	DARAI 2003	BLANC 2004	ZHANG 2006	PANTANO 2006	TOTAL
n	26	35	12	45	90	54	262
Nullipares n (%)	4 (15%)	23 (66%)	6 (50%)	21 (47%)	NP	NP	45%
Taille myome cm (max)	6,8 (12)	5,2 (11)	7,5 (15)	7,8 (15)	NP	6,5 (9)	6,8
Localisation myomes	Post 69% Ant 8%	Post 54% Ant 9%	Post 100%	Post 100%	NP	NP	Post 80%
Nombre de myomes moy (min-max)	NP (1 dans 76.9% des cas)	2,5 (1-3)	1 (1)	1 (1-3)	2 (1-12)	NP (1 dans 55%des cas)	1,8
Type de colpotomie	Post 100%	Post 62% Ant 26%	Post 100%	Post 100%	Post 56% Ant 40%	Post 44% Ant 24%	Post 77%
Coelioscopie associée n (%)	19 (73%)	0	1 (8%)	17 (37,8%)	0	0	14%
Laparoconversion n (%)	3 (11%)	3 (9%)	0	5 (11%)	3 (3%)	0	5,3
Durée opératoire moyenne (minutes)	94	78	96	74	52	90	80,7
Poids des myomes moyenne (min-max)	184 (36-740)	114 (NP)	172 (38-700)	207 (30-700)	256 (88-680)	NP	186
Durée d'hospitalisation moyenne en jours	6,6	3,9	4,1	4,7	7	2	4,7
Transfusion n patientes (%)	1 (4%)	4 (11%)	0	1 (2,2%)	0	0	2,3
Complications n patientes (%)	2 (8%)	7 (20%)	0	3 (4%)	0	0	4,6

Myomectomie vaginale: revue de la littérature

Blanc *Contracept Fertil Steril* 1998, Magos *Fertil Steril* 1999, Darai *Eur J Obs Gyn* 2003, Blanc *Eur J Obs Gyn* 2004, Zhang *Chin Med J* 2006, Pantano *Med Gen Med* 2006

	TOTAL
n	262
Nullipares n (%)	45%
Taille myome cm (max)	6,8
Localisation myomes	Post 80%
Nombre de myomes moy (min-max)	1,8
Type de colpotomie	Post 77%
Coelioscopie associée n (%)	14%
Laparoconversion n (%)	5,3
Durée opératoire moyenne (minutes)	80,7
Poids des myomes moyenne (min-max)	186
Durée d'hospitalisation moyenne en jours	4,7
Transfusion n patientes (%)	2,3
Complications n patientes (%)	4,6

Myomectomie coelio-vaginale: revue de la littérature

	Pelosi (1997)	Soong (2000)	Goldfarb (2001)	TOTAL
n	21	31	11	63
Taille myome écho (cm)	NP (max=17)	NP	6 (myome dominant)	
Localisation myomes	Post ou fundique 100%	Post ou fundique 100 %	NP	Post ou fundique 100%
N myomes moyen (min-max)	3 (1-8)	1,7	3 (2-8)	1,9
Laparoconversion n (%)	0	NP	0	0
Pertes sanguines moy (ml)	130	150	125	135
Durée op moy (min)	88	79	93	87
Poids moy en g	230	102	NP	166
Durée Hospi moy (j)	2	3,1	1,3	2,1
Complications n (%)	0	0	0	0

Conclusions

Avantages de la voie vaginale exclusive:

- Durée opératoire
- Durée d'hospitalisation
- Mais....

Le double abord coelio-vaginal permet

- L'extraction d'un plus grand nb de myomes
- Combiner les avantages de chaque voie utilisée séparément
- En conservant les avantages d'un abord mini-invasif

Risque infectieux: **PV pré-op**, traitement à la demande et **antibioprophylaxie** per op systématique

Intérêt d'une antibioprophylaxie post-op prolongée?