

Création d'un registre des complications du traitement chirurgical des prolapsus génitaux

DEFFIEUX Xavier (1), SALET-LIZEE Delphine (2), HERRY Martine (3), DAVID-MONTEFIORE Emmanuel (4), BADER Georges (5), ANSQUER Yan. (6), DHAINAUT Caroline (7), FOULOT Hervé (8), GADONNEIX Pierre (2), FAUCONNIER Arnaud (5), CHAPRON Charles (8), DARAI Emile (4), VILLET Richard (2), FERNANDEZ Hervé (1).

- (1) Service de Gynécologie-Obstétrique et Médecine de la Reproduction, Hôpital Antoine Bécclère, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Clamart.
- (2) Service de Chirurgie Viscérale et Gynécologique, Groupe Hospitalier Diaconesses-Croix-Saint-Simon, Paris.
- (3) Unité de Chirurgie Gynécologique, Département Mère-Enfant, Institut Mutualiste Montsouris, Paris.
- (4) Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Tenon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Paris.
- (5) Service de Gynécologie Obstétrique, CHI Poissy – Saint Germain en Laye, Poissy.
- (6) Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Saint Antoine, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Paris.
- (7) Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Bichat – Claude Bernard, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Paris.
- (8) Service de Chirurgie Gynécologique, Hôpital Cochin - Saint Vincent de Paul, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Paris.

xavier.deffieux@abc.aphp.fr

OBJECTIF

L'objectif de cette étude était de créer un registre régional des complications secondaires à la chirurgie du prolapsus. La plupart des centres hospitaliers (CHU, CHG, PSPH) de la région Ile-de-France se sont vus proposer de participer à une déclaration dans le cadre de ce registre. Cette étude expose les résultats de ce registre mis en place il y a 6 mois.

MÉTHODES

Entre le 15/06/2007 et le 15/12/2007, les centres participants étaient invités à déclarer toute intervention chirurgicale pour prolapsus génital (quelle que soit la voie d'abord et le type d'intervention avec ou sans prothèse) et tout événement indésirable grave consécutif à une intervention chirurgicale pour prolapsus génital (même si l'intervention initiale avait eu lieu plusieurs années auparavant). Les événements indésirables graves étaient définis selon les critères de l'OMS: prolongation d'hospitalisation, hospitalisation en réanimation (non programmée), ré-hospitalisation, ré-intervention, décès, séquelles. Toutes les données ont été recueillies de façon prospective.

RÉSULTATS

Sur cette période de 6 mois, 187 interventions pour prolapsus génital ont été recensées dans les 8 centres qui ont envoyé des fiches d'inclusion (Institut Mutualiste Montsouris, Diaconesses, Tenon, Clamart, Cochin, Saint Antoine, Bichat). Dans 171 cas il s'agissait d'une première intervention pour prolapsus génital (promontofixation par laparotomie dans 12 cas, promontofixation par coelioscopie dans 44 cas, cure de prolapsus par voie basse avec prothèse dans 32 cas et cure de prolapsus par voie basse sans utilisation de prothèse synthétique dans 83 cas. Par ailleurs, dans 16 cas il s'agissait d'une intervention pour récurrence de prolapsus. Dans le même temps, 15 complications (événements indésirables graves) ont été déclarées. La médiane de survenue des complications était de 18 mois (IQR : 5-45). Parmi ces 15 complications, 6 faisaient suite à une cure de prolapsus par voie basse avec utilisation de prothèse synthétique, 5 faisaient suite à une cure de prolapsus par voie vaginale sans utilisation de prothèse, 2 faisaient suite à une promontofixation par laparotomie et 2 faisaient suite à une intervention par promontofixation coelioscopique. Parmi ces événements indésirables graves, on notait 3 réinterventions pour exposition vaginale de fil de Richter, 1 réintervention pour section de fil de Richter pour des douleurs persistantes, 6 réinterventions pour exposition prothétique vaginale après mise en place d'une prothèse synthétique par voie vaginale (en polypropylène monofilament macroporeux dans tous les cas) et 2 réinterventions pour exposition vaginale d'une prothèse synthétique

mise en place par promontofixation sous laparotomie. Aucun décès ni hospitalisation en réanimation n'a été observé.

CONCLUSIONS

Même si peu de centres hospitaliers ont participé, l'établissement de ce registre nous a permis de relever une modification récente des techniques de traitement des prolapsus dans les services de chirurgie gynécologique avec une augmentation de la proportion des promontofixations par coelioscopie et de recenser un nombre important de complications liées à la chirurgie par voie vaginale sans utilisation de prothèses. Cette sensibilisation des chirurgiens à la culture de la gestion du risque devrait permettre à terme d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge des patientes.