



HAL
open science

Interposition de péritoine latéro-pelvien pour éviter le risque de fistule recto-vaginale après résection colorectale avec colpotomie pour endométriose

J.-D. Hini, C. Ferrier, C. Owen, A. Arfi, C. Touboul, S. Bendifallah, E. Daraï

► To cite this version:

J.-D. Hini, C. Ferrier, C. Owen, A. Arfi, C. Touboul, et al.. Interposition de péritoine latéro-pelvien pour éviter le risque de fistule recto-vaginale après résection colorectale avec colpotomie pour endométriose. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2020, 48 (5), pp.457-459. <10.1016/j.gofs.2020.03.004>. <hal-02887757>

HAL Id: hal-02887757

<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-02887757v1>

Submitted on 2 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Interposition de péritoine latéro-pelvien pour éviter le risque de fistule recto-vaginale après résection colorectale avec colpotomie pour endométriose

1 J.-D.Hini

2 C.Ferrier

3 C.Owen

4 A.Arfi

5 C.Touboul

6 S.Bendifallah

7 E.Darai

8

9 Service de chirurgie gynécologique, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75012 Paris,
10 France

Introduction

11 La prévalence des localisations digestives de l'endométriose n'est pas précisément connue
12 mais estimée à 5-12% des patientes atteintes de cette maladie [1, 2]. Dans 80 à 90% des cas,
13 ces lésions concernent le rectum et/ou la charnière recto sigmoïdienne [3]. Un traitement
14 chirurgical est requis en cas d'échec d'un traitement médical bien conduit ou en cas
15 d'infertilité avec échec de l'assistance médicale à la procréation [4]. Selon l'étude Friends
16 impliquant la plupart des centres experts français, au moins 1135 patientes ont été opérée
17 d'une endométriose colorectale en 2015 [5].

18 Les modalités du traitement chirurgical de l'endométriose colorectale peuvent être soit un
19 traitement conservateur (shaving rectal ou résection discoïde) soit un traitement radical
20 (résection segmentaire) en fonction de la localisation, du caractère multifocal, de la taille et de
21 l'extension circonférentiel de la lésion [6, 7]. L'atteinte colorectal requiert souvent des gestes
22 chirurgicaux associés, principalement l'urétérolyse, la résection du torus uterinum, des
23 ligaments utéro-sacrés, du paramètre, de la lame sacro-génito-pubienne et, dans 20% des cas,
24 une colpotomie ou colpectomie partielle [8]. La résection concomitante vaginale et

25 colorectale expose les patientes au risque de fistule recto-vaginale qui représente l'une des
26 complications les plus sévères. Une méta-analyse récente estime l'incidence de cette
27 complication à 2,5% en cas de geste de résection rectale (2 à 6% selon les études)[9, 10,11].
28 Le risque semble toutefois moins élevé en cas de résection discoïde [11, 12]. Afin de réduire
29 le risque de fistules recto-vaginale, différents procédés chirurgicaux ont été décrits. Le plus
30 citée est la stomie prophylactique, dont l'efficacité a été étudiée dans le cadre du cancer
31 colorectal par deux méta-analyses [13, 14]. Ces deux méta-analyses montrent une diminution
32 significative du risque de fistule anastomotique et de reprise chirurgicale en cas de stomie
33 prophylactique après résection colorectale avec anastomose digestive basse. Pour
34 l'endométriose, seules deux séries rétrospectives suggèrent une diminution du taux de fistule
35 recto-vaginale chez les patientes ayant bénéficié d'une stomie de protection après résection
36 colorectale, associée à une résection vaginale, mais sans atteindre la significativité statistique
37 [15, 16]. Par ailleurs, la réalisation d'une stomie a un impact négative sur la qualité de vie y
38 compris après rétablissement de la continuité [17, 18], et est source de complications
39 spécifiques [19].

40 Des techniques d'épiploplastie ont été suggérées comme une alternative à la stomie.
41 Cependant, une méta-analyse en chirurgie colorectale ne retrouvait pas de bénéfice sur le taux
42 de fistule, de mortalité ou de reprise chirurgicale [20]. Plus récemment, pour les patientes
43 bénéficiant d'une hystérectomie totale associée à une résection colorectale pour endométriose,
44 une technique d'interposition de péritoine pré-vésical a été décrite [21]. Le bénéfice de cette
45 technique a été étudié dans une petite étude de cohorte rétrospective [22]. Aucune fistule
46 recto-vaginale n'a été observée chez les 27 patientes opérées d'une hystérectomie totale
47 associée à une résection colorectale (transversale ou discoïde) pour endométriose avec
48 interposition de péritoine pré-vésical.

49 Dans cet article, nous décrivons une technique d'interposition de péritoine pelvien latéral afin
50 de réduire les risques de fistule recto-vaginale chez une patiente opérée d'une résection
51 d'endométriose colorectale sans hystérectomie associée.

52

53 **Technique chirurgicale**

54 Nous décrivons l'intervention de Mme Z. opérée d'une endométriose symptomatique. Elle
55 présentait une endométriose profonde avec une atteinte du torus uterinum, des ligaments utéro
56 sacrés, du vagin, ainsi qu'une infiltration digestive rectale sur 21mm de hauteur et sur 60° de
57 circonférence. Nous avons réalisé une cœlioscopie robot-assistée.

58 La patiente était installée en décubitus dorsal, bras le long du corps, en position de
59 laparoscopie double-équipe. Une sonde urinaire à demeure et une canulation utérine ont été
60 mis en place en début d'intervention.

61 L'intervention a débuté par une urétérolyse extensive gauche et l'ouverture de la fosse para
62 rectale gauche. Les lésions du ligament utéro-sacré gauche et du torus uterinum ont été
63 réséquées électivement. La lésion vaginale a été disséquée, à l'aide de bougies vaginale et
64 rectale, puis réséquée électivement en réalisant un shaving vaginal. Au cours de cette
65 procédure, une ouverture du vagin sur environ 1 cm est survenue. L'étape suivante consistait à
66 réséquer la lésion digestive. Pour cela il a été nécessaire d'ouvrir les fosses para-rectales,
67 d'effectuer un shaving rectal pour réséquer la partie exophytique de la lésion digestive et
68 repérer la zone d'infiltration digestive. La taille et la circonférence de la lésion infiltrant la
69 paroi rectale permettaient de réaliser une résection discoïde selon la technique déjà décrite
70 (20). Une fois l'ensemble des lésions endométriosiques retiré (Figure 1), la zone de
71 colpotomie a été suturée et recouverte par du péritoine. Pour cela, le péritoine pelvien latéral
72 droit a été incisé de façon rectangulaire en dessous et en dedans de l'uretère droit. Le péritoine
73 a été disséqué superficiellement jusqu'au croisement de l'artère utérine avec l'uretère en
74 regard du paramètre droit. (Figure 2). La découpe péritonéale restait rattachée au péritoine
75 pariétal sur 2 cm pour préserver une vascularisation (figure 3). Après rotation partielle du
76 lambeau péritonéale, celui-ci a été suturé par 4 points de vicryl 2/0 à la face postérieure du

77 vagin recouvrant ainsi la zone de colpotomie (figure 4).

78 Les suites opératoires ont été simples.

79

80

81

82 **Conclusion**

83 L'interposition du péritoine latéro-pelvien est un artifice simple permettant d'interposer un
84 lambeau de tissu sain entre la cicatrice vaginale et colorectale évitant le recours à une
85 dérivation intestinale et réduisant le risque de survenue d'une fistule recto-vaginale.
86 Cependant, cette technique ne peut être utilisée qu'à la condition d'avoir un péritoine pelvien
87 latéral sain, dépourvu de lésion d'endométriose. Par ailleurs, même s'il n'est pas étudié dans
88 cet article, le risque opératoire associé à cette technique est a priori très faible. Une
89 urétérolyse bilatérale est généralement effectuée préalablement au geste de résection
90 colorectale dans ce type de chirurgies, rendant le risque urétéral faible. De plus le décollement
91 péritonéal étant superficiel, le risque de plaie vasculaire est faible. D'autres études sont
92 nécessaires pour étudier la vitalité du lambeau après sa mise en place, ainsi que son efficacité
93 dans la réduction du risque de fistule recto-vaginale.

94

95 **Déclaration des liens d'intérêt.**

96 Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

97

98

- 100 1. Weed JC, Ray JE. Endometriosis of the bowel. *Obstet Gynecol.* mai 1987;69(5):727-30.
- 101 2. Jerby BL, Kessler H, Falcone T, Milsom JW. Laparoscopic management of colorectal
102 endometriosis. *Surg Endosc.* nov 1999;13(11):1125-8.
- 103 3. Chapron C, Chopin N, Borghese B, Foulot H, Dousset B, Vacher-Lavenu MC, et al.
104 Deeply infiltrating endometriosis: pathogenetic implications of the anatomical
105 distribution. *Hum Reprod Oxf Engl.* juill 2006;21(7):1839-45.
- 106 4. Bourdel N, Chauvet P, Canis M. [Diagnostic strategies for endometriosis: CNGOF-HAS
107 Endometriosis Guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* mars 2018;46(3):209-13.
- 108 5. Roman H, FRIENDS group (French coloRectal Infiltrating ENDometriosis Study
109 group). A national snapshot of the surgical management of deep infiltrating
110 endometriosis of the rectum and colon in France in 2015: A multicenter series of 1135
111 cases. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* févr 2017;46(2):159-65.
- 112 6. De Cicco C, Corona R, Schonman R, Mailova K, Ussia A, Koninckx P. Bowel resection
113 for deep endometriosis: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* février
114 2011;118(3):285-91.
- 115 7. Favier A, Owen C, Jayot A, Ilenko A, Daraï E, Bendifallah. « Comment je fais... une
116 résection discoïde colorectale pour endométriase ». *Gynécologie Obstétrique Fertilité &*
117 *Sénologie* [En ligne]. septembre 2019. Vol. 47, n°9, p. 698- 699. Disponible sur : <
118 <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2019.07.010> >
- 119 8. Bendifallah S, Ballester M, Darai E. Prise en charge chirurgicale des lésions
120 d'endométriase profondes avec atteinte digestive et urinaire . *La Presse Médicale* [En
121 ligne]. décembre 2017. Vol. 46, n°12, p. 1212- 1217. Disponible sur : <
122 <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.09.006> >
- 123 9. Tarjanne S, Heikinheimo O, Mentula M, Härkki P. Complications and long-term follow-
124 up on colorectal resections in the treatment of deep infiltrating endometriosis extending to
125 bowel wall. *Acta Obstet Gynecol Scand.* janv 2015;94(1):72-9.
- 126 10. Balla A, Quaresima S, Subiela JD, Shalaby M, Petrella G, Sileri P. Outcomes after
127 rectosigmoid resection for endometriosis: a systematic literature review. *Int J Colorectal*
128 *Dis.* juill 2018;33(7):835-47.
- 129 11. Abo C, Moatassim S, Marty N, Saint Ghislain M, Huet E, Bridoux V, et al.
130 Postoperative complications after bowel endometriosis surgery by shaving, disc
131 excision, or segmental resection: a three-arm comparative analysis of 364 consecutive
132 cases. *Fertil Steril.* 2018;109(1):172-178.e1.
- 133 12. Jayot A., Bendifallah S., Abo C., Arfi A., Owen C., Darai E. « Feasibility, Complications,
134 and Recurrence after Discoid Resection for Colorectal Endometriosis: A Series of 93
135 Cases ». *J Minim Invasive Gynecol* [En ligne]. janvier 2020. Vol. 27, n°1, p. 212- 219.
136 Disponible sur : < <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.07.011> >

138

- 139 13. Belghiti J, Ballester M, Zilberman S, Thomin A, Zacharopoulou C, Bazot M, et al. Role
140 of protective defunctioning stoma in colorectal resection for endometriosis. *J Minim*
141 *Invasive Gynecol.* juin 2014;21(3):472-9.
- 142 14. Gu W, Wu S. Meta-analysis of defunctioning stoma in low anterior resection with total
143 mesorectal excision for rectal cancer: evidence based on thirteen studies. *World J Surg*
144 *Oncol.* 24 janv 2015;13:9.
- 145 15. Montedori A, Ciocchi R, Farinella E, Sciannameo F, Abraha I. Covering ileo- or
146 colostomy in anterior resection for rectal carcinoma. *Cochrane Database Syst Rev.* 12
147 mai 2010;(5):CD006878.
- 148 16. Ledu N, Rubod C, Piessen G, Roman H, Collinet P. Management of deep infiltrating
149 endometriosis of the rectum: Is a systematic temporary stoma relevant? *J Gynecol Obstet*
150 *Hum Reprod.* janv 2018;47(1):1-7.
- 151 17. Camilleri-Brennan J, Steele RJC. Prospective analysis of quality of life after reversal of
152 a defunctioning loop ileostomy. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel.*
153 mai 2002;4(3):167-71.
- 154 18. Siassi M, Hohenberger W, Lösel F, Weiss M. Quality of life and patient's expectations
155 after closure of a temporary stoma. *Int J Colorectal Dis.* déc 2008;23(12):1207-12.
- 156 19. Bonin E, Bridoux V, Chati R, Kermiche S, Coget J, Tuech JJ, et al. Diverting stoma-
157 related complications following colorectal endometriosis surgery: a 163-patient cohort.
158 *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* janv 2019;232:46-53.
- 159 20. Wiggins T, Markar SR, Arya S, Hanna GB. Anastomotic reinforcement with
160 omentoplasty following gastrointestinal anastomosis: A systematic review and meta-
161 analysis. *Surg Oncol.* sept 2015;24(3):181-6.
- 162 21. Vesale E., Boudy A. S., Zilbermann S., Bendifallah S., Ilenko A., Darai E. « Prévention
163 de la fistule rectovaginale après résection colorectale en bloc et hystérectomie pour
164 endométriose profonde ». *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* [En ligne]. avril
165 2019. Vol. 47, n°4, p. 378- 380. Disponible sur : <
166 <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2019.01.009> >
- 167 22. Boudy A-S, Vesale E, Arfi A, Owen C, Jayot A, Zilberman S, et al. Prevesical
168 peritoneum interposition to prevent risk of rectovaginal fistula after en bloc colorectal
169 resection with hysterectomy for endometriosis: Results of a pilot study. *J Gynecol*
170 *Obstet Hum Reprod.* 21 nov 2019;101649.

172

173

174

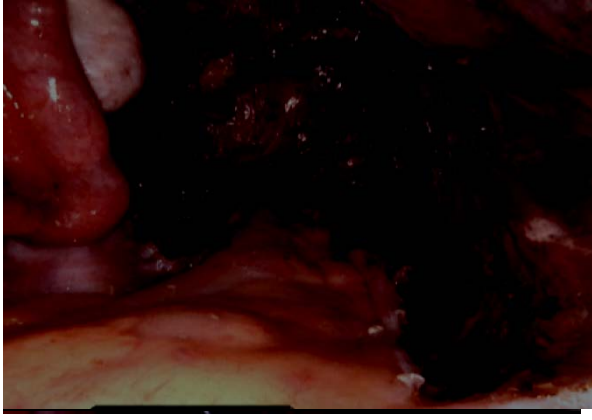


Fig 1 : Suture digestive et vaginale

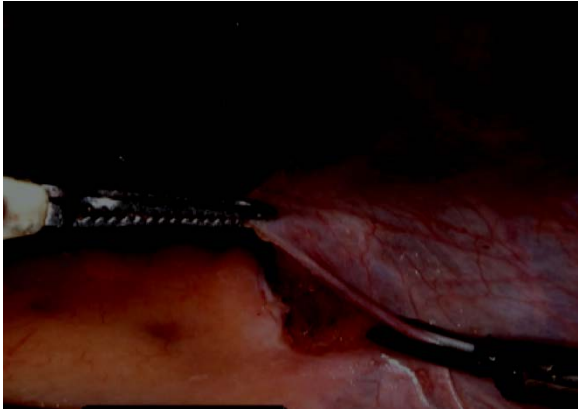


Fig 2: Découpe péritonéale en interne de l'uretère droit

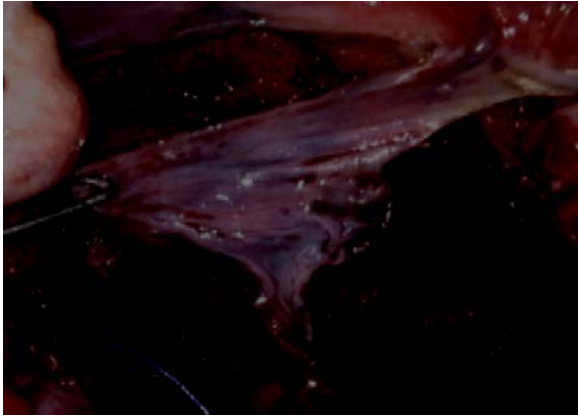


Fig 3: Plaie vaginale recouverte par la découpe péritonéale



fig 4: découpe péritonéale fixée par des points séparés