

RECTOPEXIE SELON WELLS PAR ABORD LAPAROSCOPIQUE

Résultats

J. Himpens, J. Bruyns, G.B. Cadière, M. Vertruyen

Bruxelles - BELGIQUE

Il existe différents types de traitements pour la correction du prolapsus rectal. Les patients atteints sont fréquemment âgés et débilités, aussi est-il fréquemment fait appel à des interventions peu agressives qui n'engendrent pas toujours des résultats optimum, tandis que des interventions plus efficaces sont davantage invasives et comportent une morbidité élevée due aux pathologies associées. Le but de cette étude est d'analyser si l'approche laparoscopique d'une intervention bien établie comme la rectopexie selon la technique de Wells peut réduire la morbidité tout en maintenant ces excellents résultats.

MOTS CLÉS : Prolapsus rectal, Laparoscopie, Rectopexie.

□ PATIENTS ET MÉTHODE

Entre août 93 et février 97 une série consécutive de 37 patients ont été traités pour prolapsus rectal. Tous sauf un étaient des femmes. Leurs âges variaient entre 45 et 86 ans avec une médiane de 62,5 ans. Ils nous avaient été référés par des gastro-entérologues et chacun avait subi une défécographie au cours de l'inventaire paraclinique. Douze patients étaient incontinents; parmi ces derniers une manométrie fut réalisée dans 11 cas mettant en évidence une pression maximum de repos de 12 à 41 mmHg (médiane 31 mmHg). Tous ces patients se plaignaient d'un certain degré de constipation, atteignant chez deux d'entre eux un stade invalidant avec une durée de transit supérieure à 5 jours.

□ TECHNIQUE CHIRURGICALE

• Installation, voies d'abord

Le patient est placé en décubitus dorsal, les jambes en abduction et légèrement fléchies. On réalise une anesthésie générale, une intubation endo-trachéale et un sondage urinaire.

Le chirurgien et son assistant se placent à la droite du patient, tandis que la colonne de laparoscopie prend place à ses pieds (Fig. N° 1).

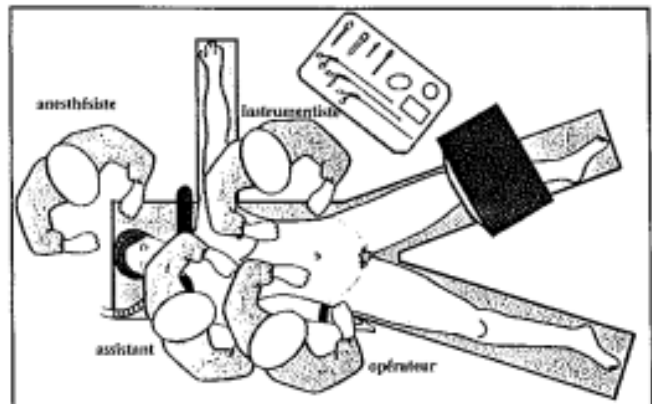


Fig. N° 1

Installation

Un premier trocart de 10 mm est introduit dans le péritoine au niveau de l'ombilic à environ 2 cm en paramédian droit.

Deux autres trocarts de 5 mm sont disposés dans le quadrant inférieur droit, sur la ligne axillaire antérieure, l'un au niveau de l'ombilic et l'autre au niveau de la crête iliaque.

Un troisième trocart de 5 mm est introduit dans le quadrant inférieur gauche, sur la ligne axillaire antérieure, quelques centimètres plus caudal que le niveau de l'ombilic.

Un dernier trocart de 5 mm prend place en position sus-pubienne (Fig. N° 2).

Le chirurgien tient une pince à préhension dans la main gauche et un crochet à coaguler dans la droite. Quant à l'assistant, il tient le laparoscope et la pince introduite dans le quadrant inférieur gauche.

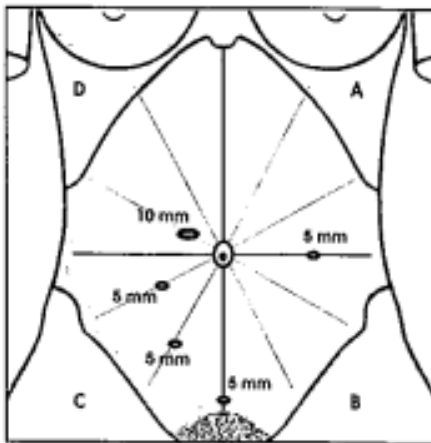


Fig. N° 2 *Emplacement des trocarts*

• **Dissection du rectum**

La dissection débute par l'incision de la face droite du feuillet péritonéal à la base du rectum (Fig. N° 3), celui-ci étant maintenu en avant et vers le haut par la pince de l'assistant. L'uretère droit est identifié.

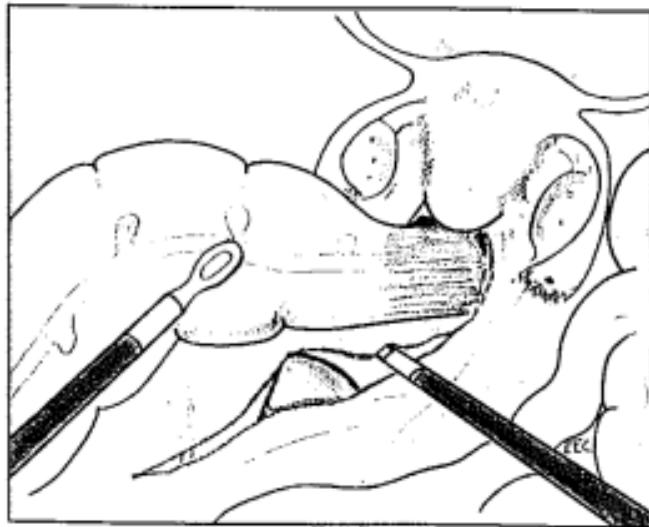


Fig. N° 3 *Préparation du rectum et de l'isthme lombo-sacré*

On incise ensuite le feuillet péritonéal en avant du rectum (cul-de-sac de Douglas), une contre-traction étant assurée par l'assistant grâce à une pince introduite en sus-pubien. Cette incision du péritoine est prolongée sur le flanc gauche du rectum, celui-ci étant attiré vers le haut et la droite par la pince de l'assistant. L'uretère gauche est visualisé.

L'étape suivante est la dissection de l'espace rétrorectal et la création d'une fenêtre rétrorectale par le clivage du

méso-rectum en avant du plexus sympathique, dans la concavité sacrée.

Cette dissection est poursuivie suffisamment bas pour atteindre les muscles releveurs qui sont disséqués sur toute leur surface. Des tractus fibreux empêchant la montée du rectum peuvent être sectionnés sous contrôle de la vue à l'aide des ciseaux ou du crochet coagulateur.

On expose le promontoire sacré, l'artère et la veine iliaque droite.

• **Préparation de la prothèse**

On taille alors une pièce de polypropylène Atrium en forme de "T" (Fig. N° 4) dont la branche verticale a environ 10 cm de long (2/3 d'une prothèse 15 x 15 cm) et la branche horizontale environ 7 cm de long (la moitié du même format commercial) et 5 cm de large (1/3 du côté). Le long bras est identifié par un point de suture.

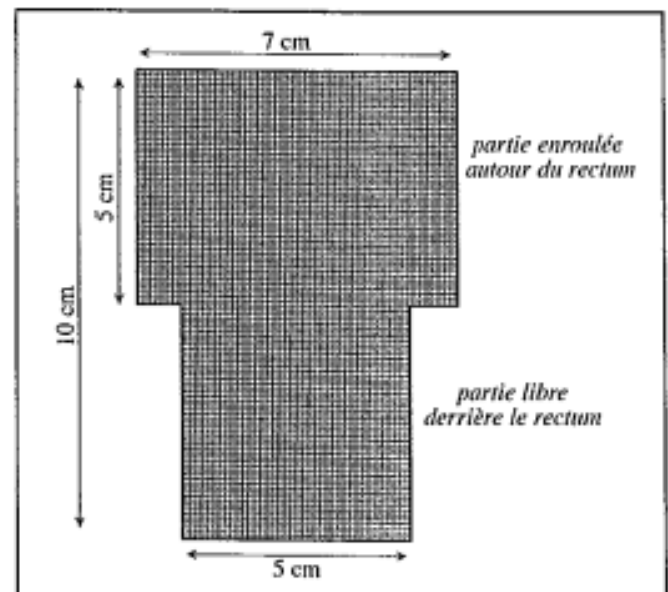


Fig. N° 4 *Forme et dimensions de la prothèse*

• **Mise en place de la prothèse**

La prothèse est introduite à l'aveugle dans le trocart ombilical de 10 mm et poussée en dedans lors de la réintroduction du laparoscope. Elle est mise en place de sorte que le long bras du T épouse la concavité sacrée en arrière du rectum et que le bras court soit perpendiculaire au rectum à la hauteur du promontoire. Le bras court est alors fixé au promontoire à l'aide des vis métalliques d'un Tacker qui est introduit par le trocart sus-pubien. Durant cette opération le chirurgien se place entre les jambes du patient.

Le rectum est alors saisi dans sa partie proximale par une pince atraumatique introduite par l'assistant en sus-pubien et qui l'attire vers le haut et l'arrière. Cette traction étant maintenue, les points de Vicryl 3/0 fixent les deux extrémités du bras court à la face antéro-latérale du rectum,

à droite puis à gauche. Pour ce faire le chirurgien doit se placer à la droite du patient et introduire son porte-aiguille par le trocart supérieur droit et une pince par le trocart supérieur gauche. On place 3 points de chaque côté, à un niveau du rectum qui correspond à celui du promontoire sacré et qui est donc déterminé par la traction effectuée sur celui-ci. Les points doivent avoir une prise profonde dans la paroi rectale afin d'inclure la sous-muqueuse. On doit veiller à ne pas enserrer dans les bras de la prothèse la face antérieure du rectum, afin qu'au moins 1/3 de sa circonférence reste libre (Fig. N° 5).

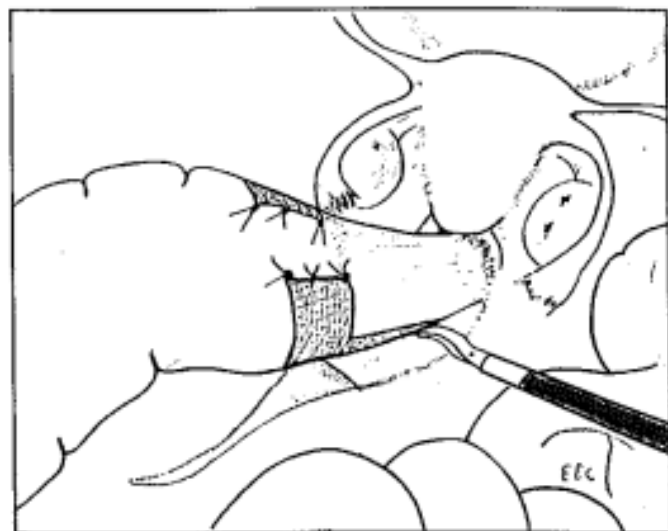


Fig. N° 5 Prothèse en place : noter la partie libre de la plaque en position rétrorectale au bout de la pince

• Fermeture

Un drain aspiratif est introduit dans la cavité pelvienne au travers du trou de trocart latéral le plus bas. On referme le péritoine par un surjet au Vicryl 3/0 et la boucle sigmoïdienne est suturée au péritoine pariétal par deux ou trois points de Vicryl 3/0 dans une position évitant un angle trop aigu avec le rectum.

Après l'exsufflation l'orifice de trocart de 10 mm est fermé au niveau aponévrotique, tandis que seule une suture cutanée est réalisée pour les orifices de 5 mm. La sonde urinaire est retirée en fin d'intervention.

□ RÉSULTATS

Trente-sept patients ont bénéficié d'une rectopexie par laparoscopie.

La durée opératoire moyenne a été de 130 minutes (extrêmes de 80 à 200 minutes). Les pertes sanguines avaient une moyenne de 75 cm³ (extrêmes de 50 à 1000 cc).

Dans un cas une conversion a été rendue nécessaire par un saignement des veines présacrées (patient n° 4). Il n'y a pas eu d'autres complications peropératoires.

Tous les patients déambulaient dans les mêmes conditions que celles préopératoires dès le premier jour postopératoire.

Une rétention urinaire postopératoire a nécessité un sondage durant deux jours.

Une pneumonie a cédé au traitement par antibiotiques et kinésithérapie.

Il n'y a pas eu de mortalité péri-opératoire.

Le séjour à l'hôpital s'est étalé entre 4 et 21 jours (moyenne 7 jours).

Les données de suivi sont connues pour 32 des 37 patients sur une durée de 6 à 48 mois.

Aucune récurrence de prolapsus rectal n'a été observée.

Un patient est resté incontinent.

Une constipation sévère a été notée chez 4 patients, parmi lesquels figurent les deux patients qui s'en plaignaient en préopératoire. Ces quatre patients nécessitent la prise régulière de laxatifs.

Huit autres patients ont remarqué une aggravation de leur constipation par rapport à leur status préopératoire et requièrent la prise occasionnelle de laxatifs.

On note donc en tout 12 patients (38 %) ayant une constipation significative qui rend leur résultat opératoire insatisfaisant.

A l'examen physique aucun prolapsus rectal n'a pu être évoqué chez ces patients. Une manométrie anale postopératoire a été réalisée chez le patient se plaignant d'une persistance de l'incontinence aux selles. Celle-ci a montré des valeurs similaires aux valeurs préopératoires (12 mmHg).

Une rectoscopie a été réalisée au 6^{ème} mois postopératoire chez 28 patients. Chez l'un d'entre eux, asymptomatique, une ulcération rectale postérieure a été détectée à 8 cm et biopsiée. Le résultat anatomopathologique mentionne une forte réaction inflammatoire avec granulome de corps étranger.

□ DISCUSSION

Dans notre série de 37 patients une seule conversion en laparotomie a dû être réalisée à cause d'un saignement présacré lié à l'usage d'un mauvais plan. Le plan de dissection correct est situé en avant du fascia présacré ainsi que cela a déjà démontré en chirurgie ouverte [12]. Un plan plus profond doit absolument être évité afin de ne pas léser le plexus sympathique.

La durée opératoire d'environ deux heures est acceptable même chez les patients les plus âgés [21-30]. La durée de 5 jours du séjour postopératoire se compare favorablement à l'intervention par voie ouverte [27].

L'indication chez nos patients a été posée pour prolapsus rectal vrai diagnostiqué par défécographie. Cela est un choix délibéré car la rectopexie n'apporte pas de résultats convainquants dans les prolapsus rectaux incomplets [6] et

ceux-ci n'évoluent pas en prolapsus complets [28]. Des techniques par voie périnéale ne sont pas réalisées dans notre département car les résultats à long terme sont insuffisamment connus [1, 19], malgré le fait que cela semble être une technique bénigne [34] et probablement efficace dans de bonnes mains [2]. On notera qu'il n'existe pas de consensus sur une technique de choix [22].

Dans nos mains, la technique de Wells guérit les patients de leur prolapsus dans tous les cas, c'est du moins ce que nous pouvons conclure du suivi de 90% de nos patients sur une période relativement courte. On notera cependant que les récidives à distance sont rares dans les prolapsus rectaux [27]. Douze patients ont été soignés pour un prolapsus accompagné d'incontinence et la rectopexie les en a tous guéris sauf un (90% de guérison). De tels bons résultats ont été obtenus par d'autres auteurs, du moins quand ils limitaient leur indication au prolapsus vrai [4, 22, 27]. Le mécanisme est inconnu mais peut être attribué à la décompression du nerf honteux par cette technique [7, 35]. Le seul patient qui est resté incontinent n'a pas montré les modifications attendues de sa manométrie anale [11, 18]. La rectopexie par voie abdominale semble donc une technique valable dans le traitement des problèmes d'incontinence [23].

Notre principale déception avec cette technique a cependant été le taux élevé de constipation postopératoire (38% des patients revus en follow up). La question étant de savoir si cela est dû à la voie laparoscopique ou à la technique de Wells elle-même. Apparemment la voie d'abord laparoscopique n'est pas responsable comme l'attestent d'autres auteurs [3, 8, 10, 15, 16, 29]. Tandis que la technique de Wells, en dépit des bons résultats dans certaines mains [9], conduit souvent à de la constipation [31, 33]. Cela n'est probablement pas le cas avec la technique de Ripstein [32], bien que certains auteurs décrivent également des constipations associées [37].

La technique qui semble la mieux adaptée à la fois au prolapsus et à l'incontinence sans causer de constipations semble être la combinaison d'une résection sigmoïdienne et d'une rectopexie [20, 25, 26, 36]. Cela est également faisable par laparoscopie [3, 24]. Cependant une simple rectopexie sans matériel étranger et sans résection, qui est en outre plus simple par laparoscopie, peut également conduire à des meilleurs résultats que la technique de Wells [17]. En ce qui concerne la constipation il est possible que l'usage d'une prothèse en forme de "T", ainsi que nous l'utilisons en chirurgie ouverte et destinée à accroître la réaction fibreuse rétrorectale [13], procure une aggravation de la constipation comparé à d'autres techniques [5, 14].

On peut conclure que dans nos mains la technique de Wells utilisant une prothèse en polypropylène en forme de "T" mise en place par laparoscopie ne donne pas un bon index de satisfaction chez nos patients traités pour prolapsus rectal complet en dépit du fait que le prolapsus était guéri chez chacun et l'incontinence guérie dans la majorité des cas.

CHU Saint-Pierre, Département de Chirurgie Digestive
B - 1000 Bruxelles - Belgique

RÉSUMÉ

L'approche laparoscopique réduit en général la morbidité d'interventions identiques réalisées par laparotomie. Le but de cet article est de démontrer l'utilité de la rectopexie par laparoscopie.

Patients, Méthode : 37 patients ont été inclus dans cette étude prospective sur base d'un vrai prolapsus rectal. Trente-trois pour cent des patients étaient incontinents. La technique de Wells légèrement modifiée a été pratiquée par laparoscopie. L'évaluation postopératoire a porté sur la disparition du prolapsus et de l'incontinence.

Résultats : l'abord laparoscopique a réussi dans tous les cas sauf un. Le suivi des patients a pu être réalisé chez 32 des 37 patients. Tous étaient guéris de leur prolapsus tandis que l'incontinence avait disparu chez 11 des 12 patients. Une constipation a été notée chez 33% de patients en postopératoire alors qu'elle n'était présente que chez 5% en préopératoire.

SUMMARY

Patients, Method : Thirty seven consecutive patients were treated from August 1993 till February 1997 for rectal prolapse. The technic used was a laparoscopic promontofixation as described by Wells in conventional surgery. All patients, median age 62.5 years were female, except for one. They all demonstrated true rectal prolapse on preoperative defaecogram. 12 patients were incontinent and 2 patients were severely constipated with a radiologically documented transit time of over 5 days.

Results : There was one conversion for intraoperative bleeding. Postoperatively results were satisfactory as far as the prolapse is concerned, with a follow up of 90% ranging from 6 to 48 months. All incontinent patients, except for 1, were cured of their condition. The major complaint of patients was postoperative constipation, occurring in 38% of the cases. It is not clear if the reason for this constipation is the laparoscopic approach or the fixation as we performed it. However, the frequency of constipation deterred us from further performing this procedure despite the fact that the prolapse itself was cured in all cases on follow up.

We now routinely performed sigmoid resection together with rectal fixation by laparoscopic approach in the treatment of rectal prolapse.

KEY WORDS : Rectal prolapse, Laparoscopy, Rectopexy.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AGACHAN F., REISSMAN P., PFEIFER J., WEISS E.G., NOGUERAS J.J., WEXNER S.D. : Comparison of three perineal procedures for the treatment of rectal prolapse : *South. Med. J.*, 1997, 90, (9), 925-932.
- 2 - AGACHAN F., PFEIFER J., JOO J.S., NOGUERAS J.J., WEISS E.G., WEXNER S.D. : Results of perineal procedures for the treatment of rectal prolapse : *Am Surg.*, 1997, 63, (1), 9-12.
- 3 - BAKER R., SENAGORE A.J., LUCHTBEFELD M.A. : Laparoscopic-assisted vs. Open resection : *Rectopexy offers excellent results Chirurg.*, 1996, 67, (5), 471-482.
- 4 - BIRNBAUM E.H., STAMM L., RAFFERTY J.F., FRY R.D., KODNER I.J., FLESHMAN J.W. : Pudendal nerve terminal motor latency influences surgical outcome in treatment of rectal prolapse : *Dis. Colon Rectum.*, 1996, 39, (11), 1215-1221.
- 5 - BLATCHFORD G.J., PERRY R.E., THORSON A.G., CHRISTENSEN M.A. : Rectal prolapse : rational therapy without foreign material : *Neth. J. Surg.*, 1989, 41, (6), 126-128.
- 6 - BRIEL J.W., SCHOUTEN W.R., BOERMA M.O. : Long-term results of suture rectopexy in patients with fecal incontinence associated with incomplete rectal prolapse : *Dis. Colon Rectum.*, 1997, 40, (10), 1228-1232.
- 7 - CHEONG D.M., VACCARO C.A., SALANGA V.D., WEXNER S.D., PHILLIPS R.C., HANSON M.R. : Electrodiagnostic evaluation of fecal incontinence : *Muscle Nerve.*, 1995, 18, (6), 612-619.
- 8 - CUESTA M.A., BORGSTEIN P.J., DE JONG D., MEIJER S. : Laparoscopic rectopexy : *Surg. Laparosc. Endosc.*, 1993, 3, (6), 456-458.
- 9 - CUTHBERTSON A.M., SMITH J.A. : An abdominal repair for complete rectal prolapse : *Aust. N.Z.J. Surg.*, 1988, 58, (6), 499-503.
- 10 - DARZI A., HENRY M.M., GUILLOU P.J., SHORVON P., MONSON J.R. : Stapled laparoscopic rectopexy for rectal prolapse. : *Surg. Endosc.*, 1995, 9, (3), 301-303.
- 11 - DUTHIE G.S., BARTOLO D.C. : Abdominal rectopexy for rectal prolapse : a comparison of techniques : *Br. J. Surg.*, 1992, 79, (2), 107-113
- 12 - GALLOT D. : Colectomie pour cancer du colon pelvien : *Encycl. Méd. Chir., (Paris, France), Techniques chirurgicales, Appareil digestif, 10465, 4.910.18 p.*
- 13 - GALILI Y., RABAU M. : Comparison of polyglycolic acid and polypropylene mesh for rectopexy in the treatment of rectal prolapse : *Eur. J. Surg.*, 1997, 163, (6), 445-448.
- 14 - GRAF W., KARLBOM U., PAHLMAN L., NILSSON S., EJERBLAD S. : Functional results after abdominal suture rectopexy for rectal prolapse or intussusception : *Eur J Surg.*, 1996, 162, (11), 905-911.
- 15 - GRAF W., STEFANSSON T., ARVIDSSON D., PAHLMAN L. : Laparoscopic suture rectopexy : *Dis. Colon Rectum.*, 1995, 38, (2), 211-212.
- 16 - HENRY L.G., CATTEY R.P. : Rectal prolapse : *Surg. Laparosc. Endosc.*, 1994, 4, (5), 357-360.
- 17 - HEROLD A., BRUCH H.P. : Laparoscopic rectopexy : *Zentralbl. Chir.*, 1997, 122, (7), 578-585.
- 18 - HILTUNEN K.M., MATIKAINEN M. : Improvement of continence after abdominal rectopexy for rectal prolapse : *Int. J. Colorectal Dis.*, 1992, 7, (1), 8-10.
- 19 - HOUY S., LECHAUX J.P., HUGUIER M., MOLKHOU J.M. : Treatment of rectal prolapse by Delorme's operation : *Int. J. Colorectal Dis.*, 1987, 2, (3) : 149-152.
- 20 - HUBER F.T., STEIN H., SIEWERT J.R. : Functional results after treatment of rectal prolapse with rectopexy and sigmoid resection : *World J. Surg.*, 1995, 19, (1), 138-143.
- 21 - ISBISTER W.H. : Colorectal surgery in the elderly : an audit of surgery in octogenarians : *Aust. N.Z.J. Surg.*, 1997, 67, (8), 557-561.
- 22 - JACOBS L.K., LIN Y.J., ORKIN B.A. : The best operation for rectal prolapse : *Surg. Clin. North Am.*, 1997, 77, (1), 49-70.
- 23 - KEIGHLEY M.R., MATHESON D.M. : Results of treatment for rectal prolapse and fecal incontinence : *Dis. Colon Rectum.*, 1981, 24, (6), 449-453.
- 24 - KOCKERLING F., SCHNEIDER C., HOHENBERGER W. : Rectal prolapse - choice of procedure and minimal invasive possibilities. : *Chirurg.*, 1996, 67, (5), 471-482.
- 25 - LEHUR P.A., GUIBERTEAU-CANFREE V., BRULEY DES VARANNES S., MOYON J., LE BORGNE J. : Sacral rectopexy-sigmoidectomy in the treatment of rectal prolapse syndrome. Anatomical and functional results : *Gastroenterol. Clin. Biol.*, 1996, 20, (2), 172-177.
- 26 - LEPPERT R., FUCHS K.H., KRAEMER M., THIEDE A. : Surgical therapy of rectal prolapse : *Zentralbl. Chir.*, 1996, 121, (8), 698-703
- 27 - LOYGUE J., NORDLINGER B., CUNCI O., MALAFOSSE M., HUGUET C., PARC R. : Rectopexy to the promontory for treatment of rectal prolapse. Report of 257 cases : *Dis Colon Rectum.*, 1984, 27, (6), 356-359.
- 28 - MELLGREN A., SCHULTZ L., JOHANSSON C., DOLK A. : Internal rectal intussusception seldom develops into total rectal prolapse : *Dis. Colon Rectum.*, 1997, 40, (7), 817-820.

- 29 - RATELLE R., VOLLANT S., PELOQUIN A.B., GRAVEL D. : Abdominal rectopexy (Orr-Loygue) in rectal prolapse : celioscopic approach or conventional surgery : *Ann. Chir.*, 1994, 48, (8), 679-684.
- 30 - REISSMAN P., AGACHAN F., WEXNER S.D. : Outcome of laparoscopic colorectal surgery in older patients : *Am. Surg.*, 1996, 62, (12), 1060-1063.
- 31 - SCAGLIA M., FASTH S., HALLGREN T., NORDGREN S., ORESLAND T., HULTEN L. : Abdominal rectopexy for rectal prolapse. Influence of surgical technique on functional outcome : *Dis. Colon Rectum*, 1994, 37, (8), 805-813.
- 32 - SCAGLIA M., RIBERO F., COMOTTI F., CAMPRA D., DELAINI G.G., HULTEN L. : The functional and manometric results of 2 surgical methods of posterior abdominal rectopexy : *Minerva Chir.*, 1994, 49, (5), 383-392.
- 33 - SIPROUDHIS L., ROPERT A., GOSSELIN A., BRETAGNE J.P., HERESBACH D., RAOUL J.L., GOSSELIN M. : Constipation after rectopexy for rectal prolapse. Where is the obstruction ? : *Dig. Dis. Sci.*, 1993, 38, (10), 1801-1808.
- 34 - SHAFIK A. : Mucosal plication in the treatment of partial rectal prolapse : *Pediatr. Surg. Int.*, 1997, 12, (5/6), 386-388.
- 35 - SHAFIK A. : Pudendal canal decompression for the treatment of fecal incontinence in complete rectal prolapse : *Am. Surg.*, 1996, 62, (5), 339-343.
- 36 - SOLLA J.A., ROTHENBERGER D.A., GOLDBERG S.M. : Colonic resection in the treatment of complete rectal prolapse : *Neth. J. Surg.*, 1989, 41, (6), 132-135.
- 37 - TJANDRA J.J., FAZIO V.W., CHURCH J.M., MILSON J.W., OAKLEY J.R., LAVERY I.C. : Ripstein procedure is an effective treatment for rectal prolapse without constipation. *Dis. Colon Rectum*, 1993, 36, (5), 501-507.

VI^{èmes} RENCONTRES FRANCO-ITALIENNES DE CHIRURGIE

Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani
Société Française de Chirurgie Endoscopique

AOSTE, 29-30 janvier 1999

Organisateur : U. Parini

CHIRURGIE ONCOLOGIQUE ET CÉLIOSCOPIQUE

Actualités et Perspectives

Renseignements : VTV Congressi Avenue du Conseil des Commis 4 - 11100 Aosta

Tél. : (0) 165 363 188 - Fax : (0) 165 344 425

ERRATUM

Nous vous prions de bien vouloir nous excuser des erreurs de chiffres qui se sont produites dans le tableau II, page 35, numéro 25, Mars 1998, de l'article du Docteur Gossot :

"Évaluation d'un nouveau type de dissecteur ultrasonique"

Il fallait lire :

- AUTOSONIX (Auto-Suture France) : les tarifs sont communiqués sur demande en téléphonant au 01 30 79 80 00
- SONOSURG (Olympus) : ensemble générateur : 180000 F, pièce à main : 600 F
- ULTRACISION (Ethicon Endo-Surgery) : les tarifs sont communiqués sur demande en téléphonant au 01 55 00 20 44