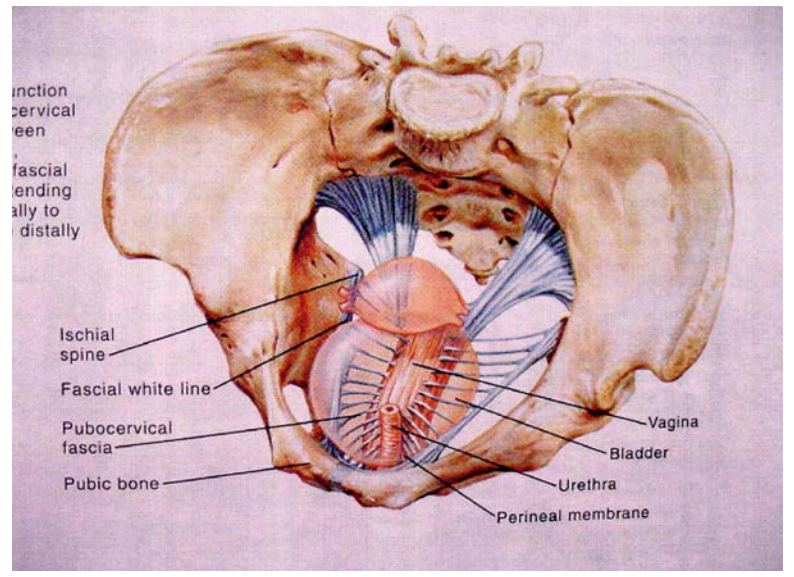
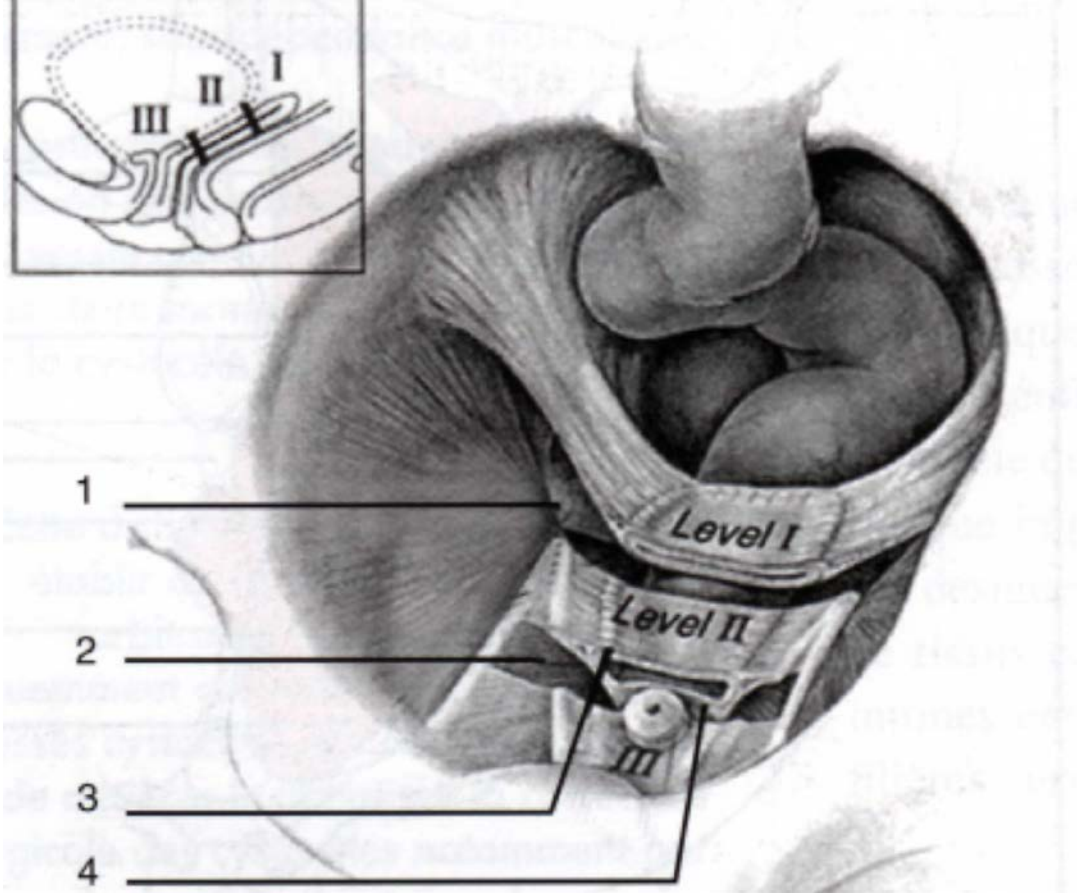


Traitement du prolapsus par ancrage sacro-épineux (Anchorsure[©])

Dr David HAMID
Strasbourg

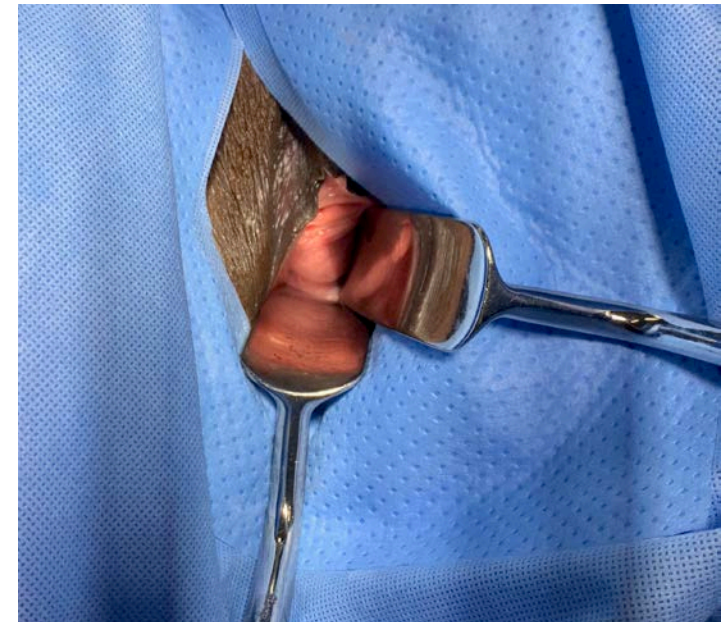
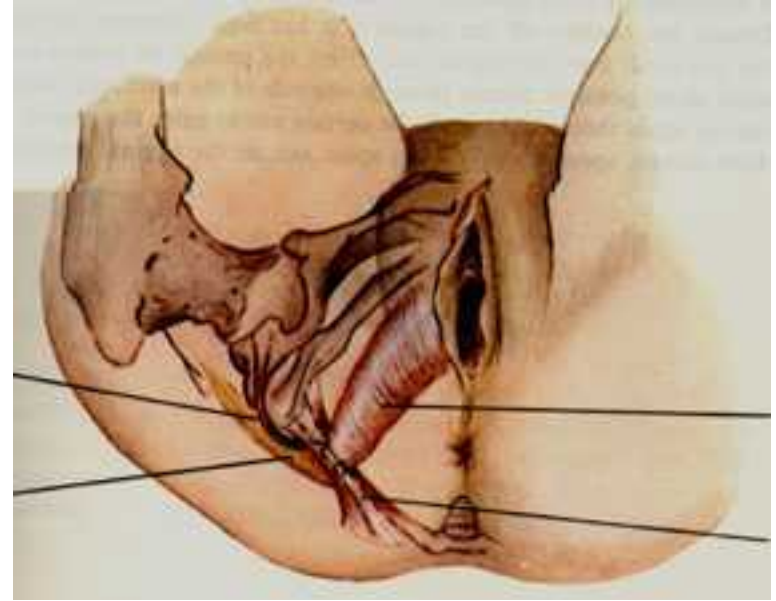
Traitement de l'apex vaginal



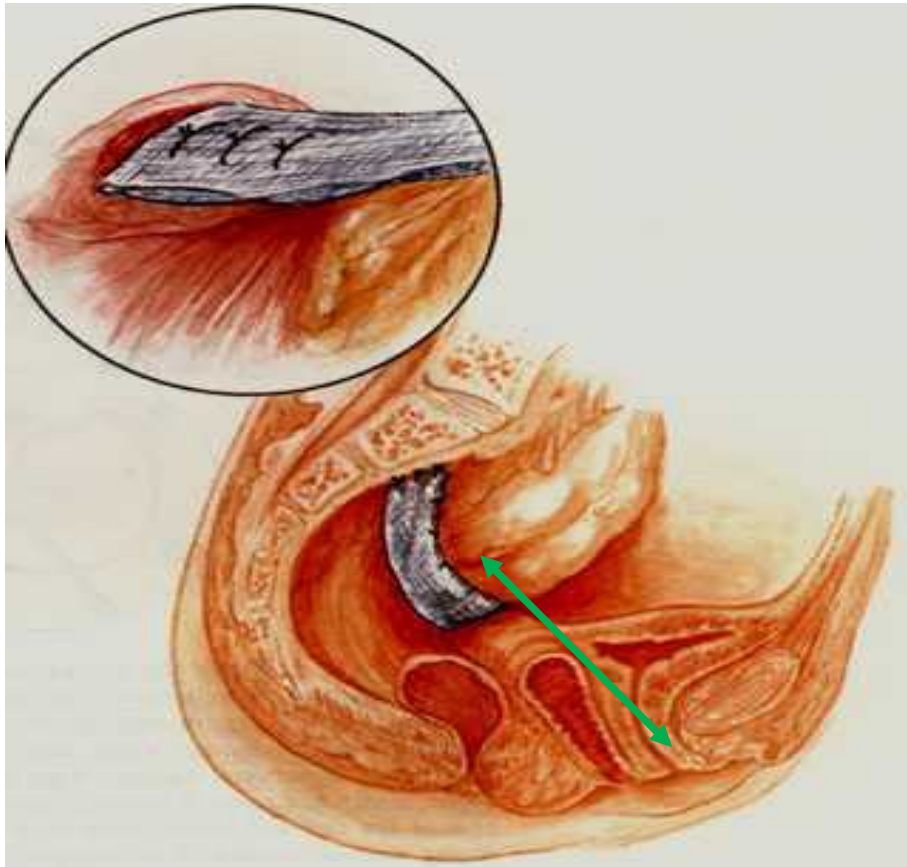
Intervention de Richter

- Ecartement par valves
- Accès au ligament non réalisable par voie vaginale antérieure ar l'instrumentation traditionnelle

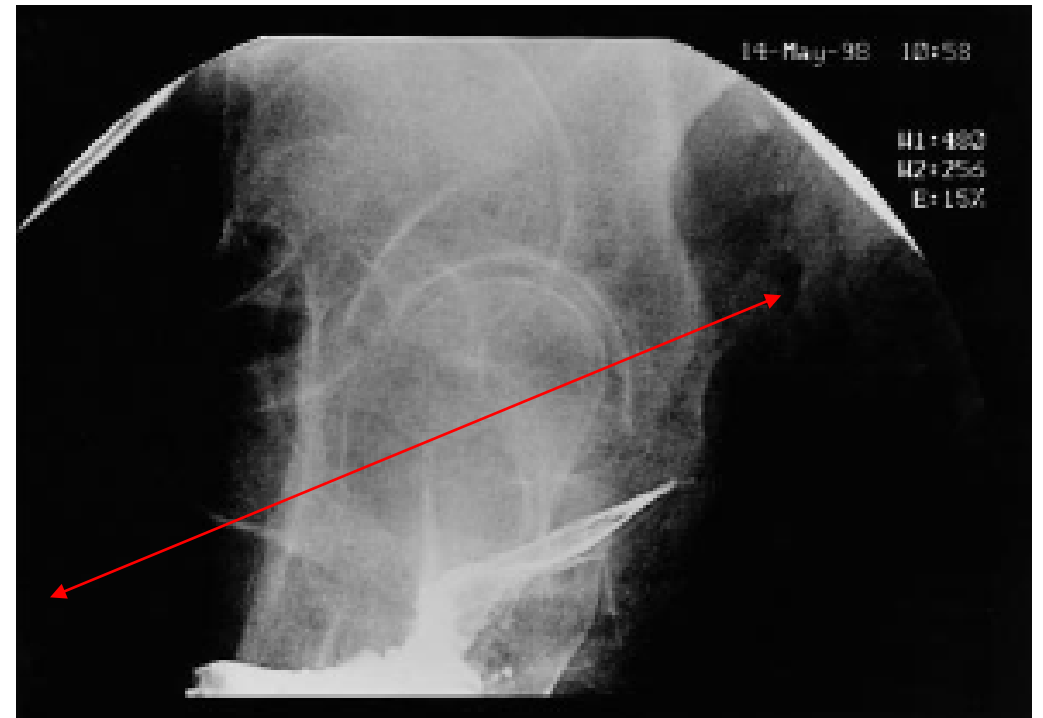
Fixation au ligament SE



Orientation du traitement de l'apex



S1/S2



S3

Intérêts de la voie antérieure

- La voie antérieure passe dans les paramètres (pédicules utéro vaginaux et uretère), dans les tissus préligamentaires qu'il faut écarter
- La voie postérieure passe dans la fosse pararectale et donne une prise plus sûre
- L'idéal pourrait être une voie minimale combinée assurant la sécurité de la prise ligamentaire par voie postérieure et le trajet mini-invasif par voie antérieure.
- *Campagne Loiseau et col Prog Urol. 2014 Nov;24(13):850. doi: 10.1016/j.purol.2014.08.148. Epub 2014 Oct 30*

Traitement des prolapsus génito-urinaires par spinofixation avec une prothèse de polypropylène

Philippe MONTÈTE, François GILBON, Claude BORGOGNO, Patrick COLOBY

Service d'Urologie, Centre Hospitalier René Dubos, Pontoise, France

Ph. Montète et coll., Progrès en Urologie (2002), 12, 516-520

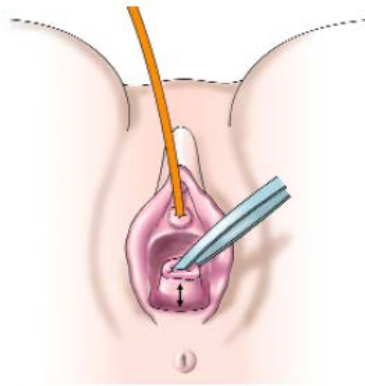


Figure 1. Colpotomie postérieure.

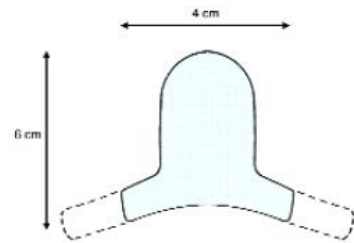


Figure 3. La prothèse avant et après recoupe (conservation utérine).

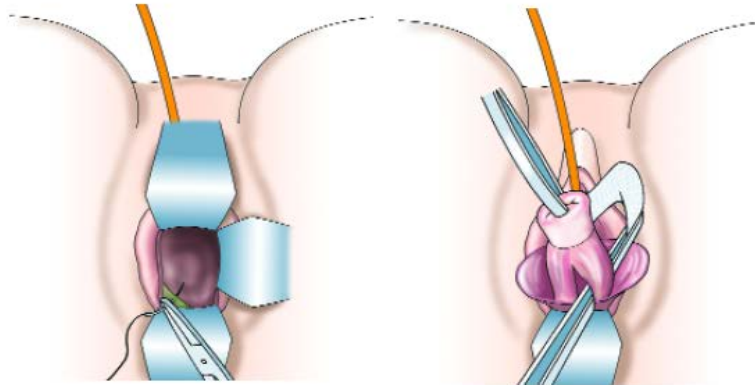


Figure 2. Passage du point de Prolène® dans le ligament sacro-tubéreux.

Figure 4. Passage de la prothèse de chaque côté de l'isthme utérin, par la colpotomie postérieure.

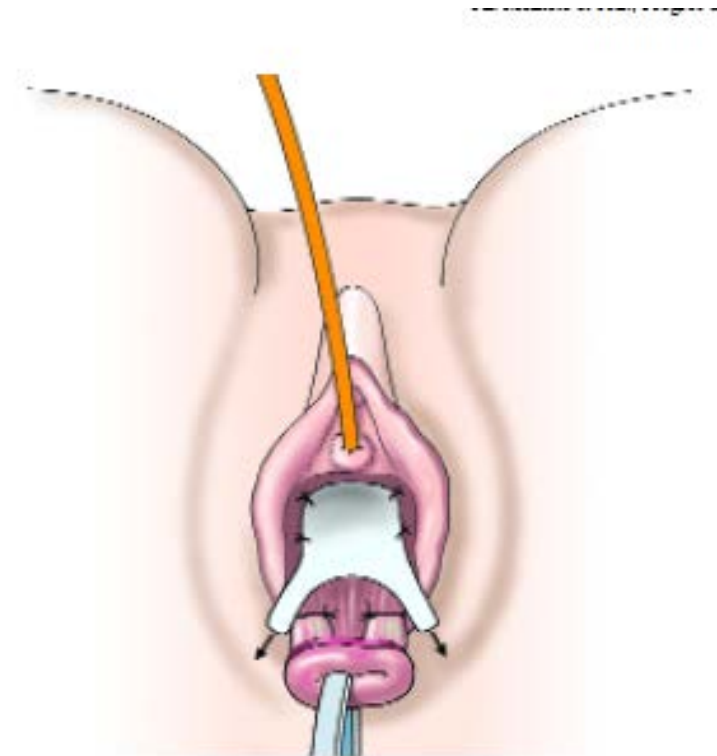
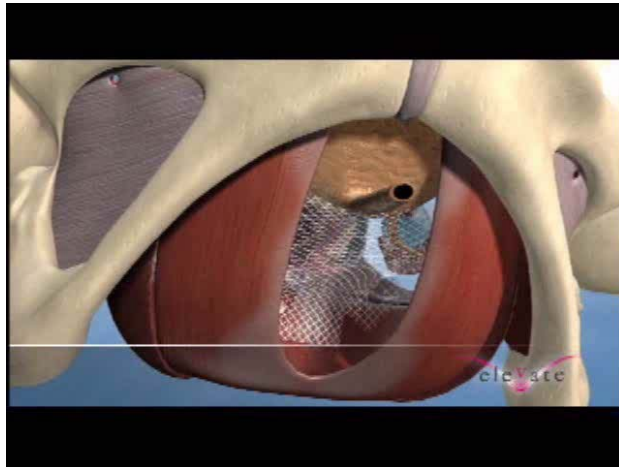


Figure 5. Fixation de la prothèse de chaque côté, à la face profonde de la paroi vaginale et au fascia pelvien (ligaments uréthro-pelviens).

Nouvelle instrumentation

- L'arrêt des prothèses a laissé une instrumentation qui a facilité certaines phases du traitement du prolapsus par voie vaginale
- L'accès par voie vaginale antérieure par voie vaginale au ligament sacro-épineux pour traiter le prolapsus du fond vaginal en est facilité



Traitement combiné étage antérieur et moyen

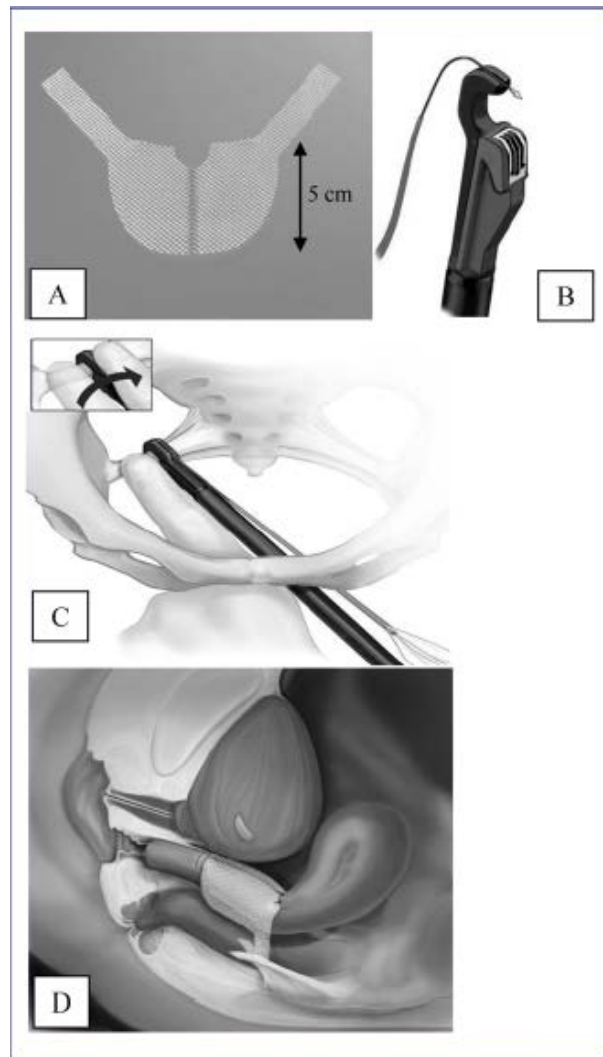


Figure 1. Prothèse UpHold® (A) et dispositif Capiro® (B). L'aiguille, sertie au bras de la prothèse, est introduite grâce à Capiro® à travers le ligament sacro-épineux, à 2 cm de l'épine sciatique (C). La prothèse en place est étalée sans tension sous la vessie (D).

Progrès en urologie (2012) 22, 1077–1083



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Suspension utéro-vaginale par sacrospinofixation antérieure bilatérale prothétique par voie vaginale. Résultats préliminaires[☆]

Utero-vaginal suspension using a bilateral vaginal anterior sacrospinous fixation with mesh. Preliminary results

G. Rivaux, B. Fatton, V. Letouzey, M. Cayrac,
L. Boileau, R. de Tairac*

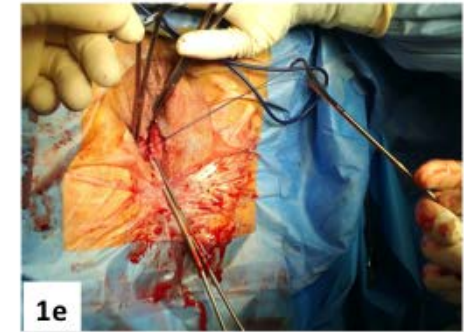
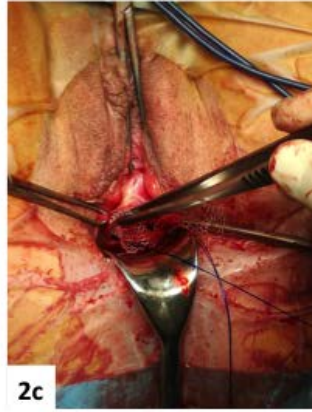
Richter bilatéral

I-Stich



Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie

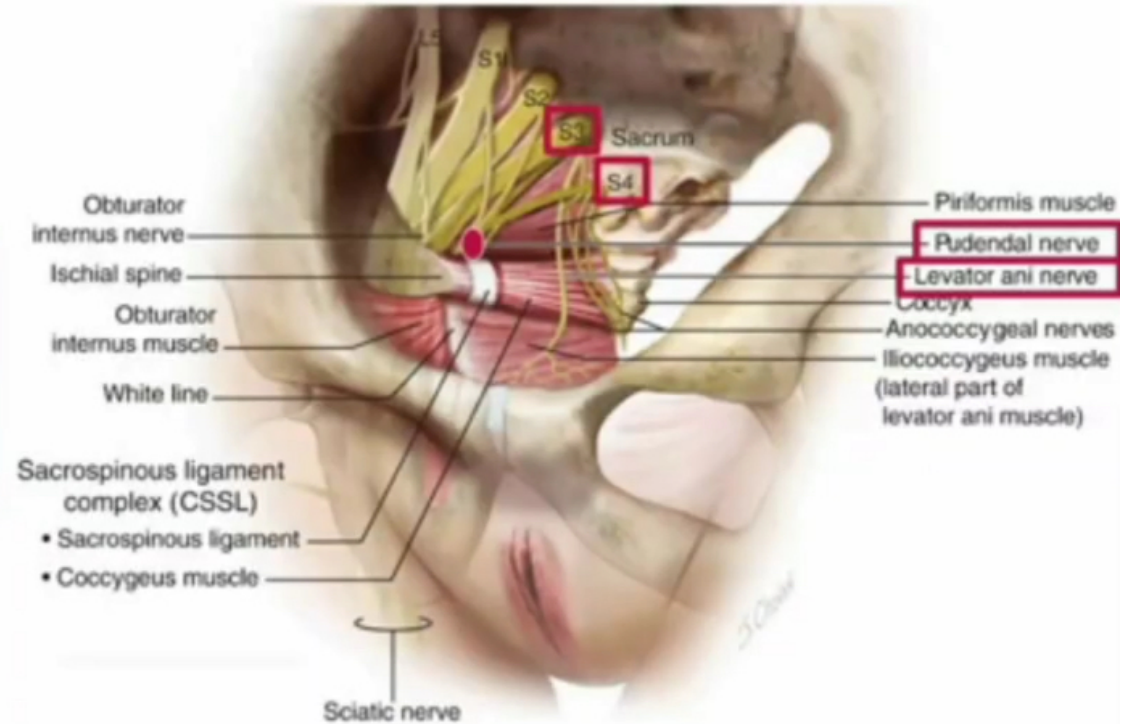
Volume 47, Issue 3, March 2019, Pages 321-323



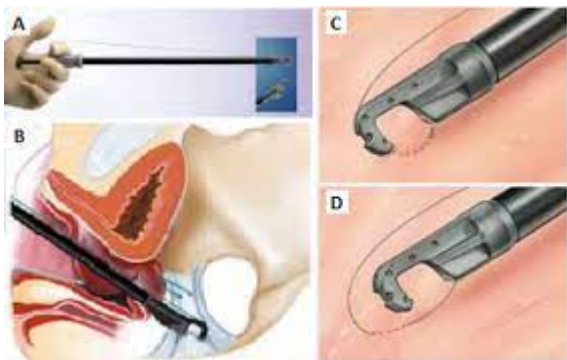
G.Chene et col

Conflit anatomique

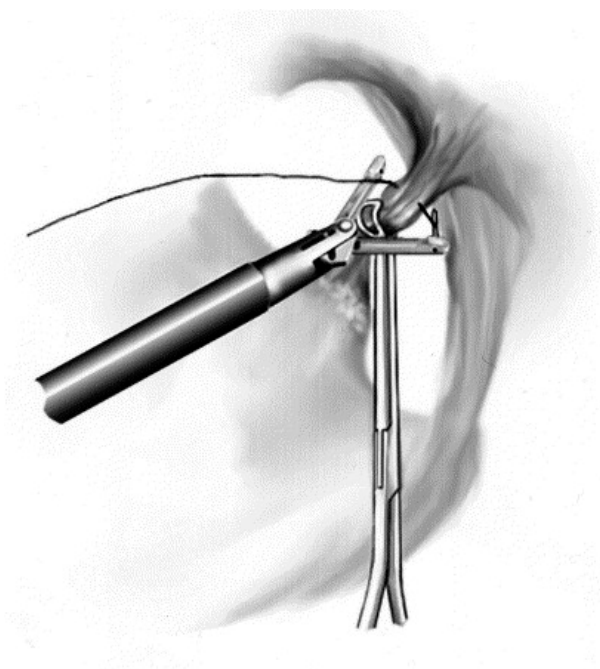
Etiology of
gluteal and
posterior thigh
pain [5-7]



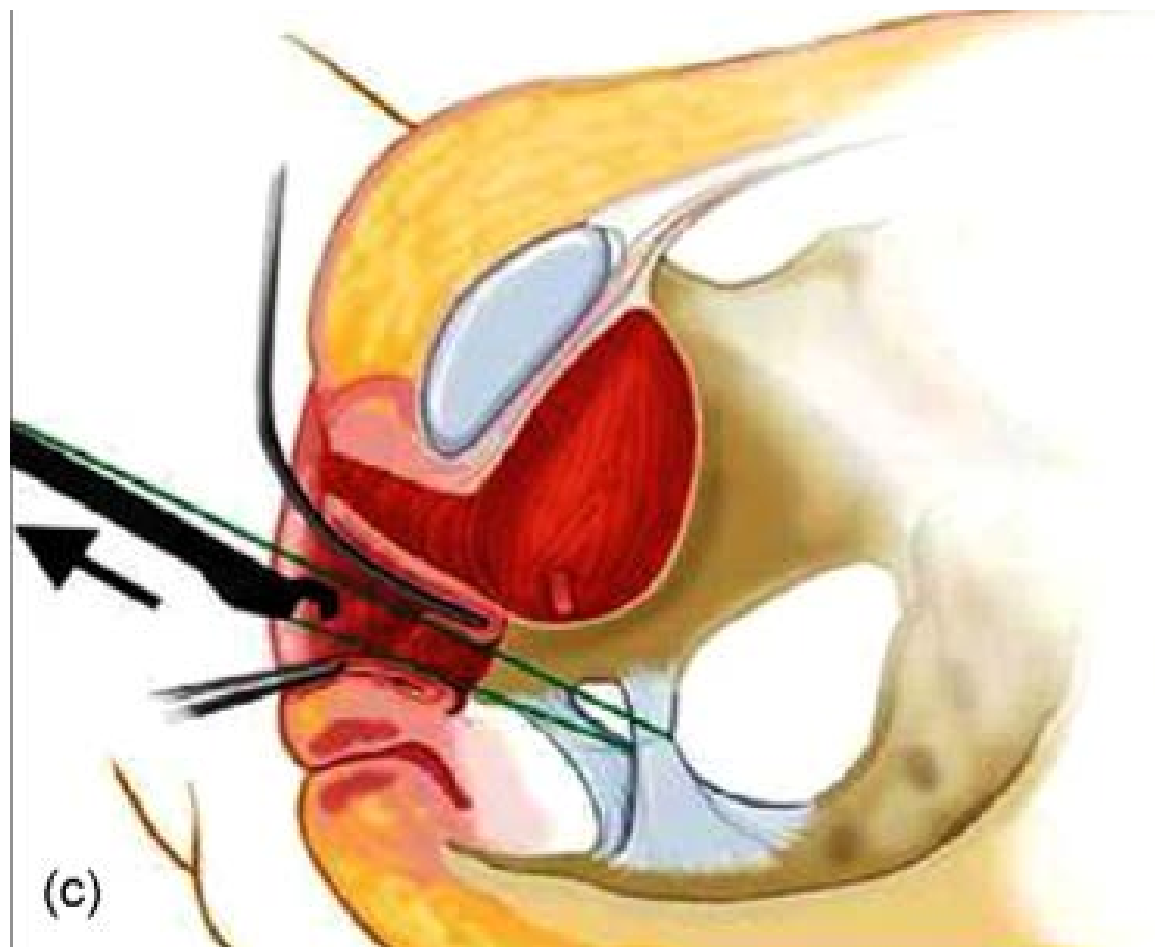
Instrumentation: passage des fils



Capio



Endostich



Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique

Tome XXXI - 2007
publié le 12.12.2007



TRENTE ET UNIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2007

Techniques, indications et résultats de la sacro-spinofixation uni- et bilatérale

L. CRAVELLO, A. AGOSTINI, J.-P. ESTRADE,
V. ROGER, B. BLANC *
(Marseille)

- Complications hémorragiques (0 à 34,7%)
- Plaies rectales et vésicales (1 %)
- Douleurs postopératoires (2%)

Les causes neurologiques des douleurs après chirurgie de la statique périnéale :

de l'importance de l'anatomie

JP Spinosa^{1,2}, BM Riederer²

¹Service de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital de Morges, Suisse

²Département de Biologie Cellulaire et de Morphologie,
Université de Lausanne, Suisse

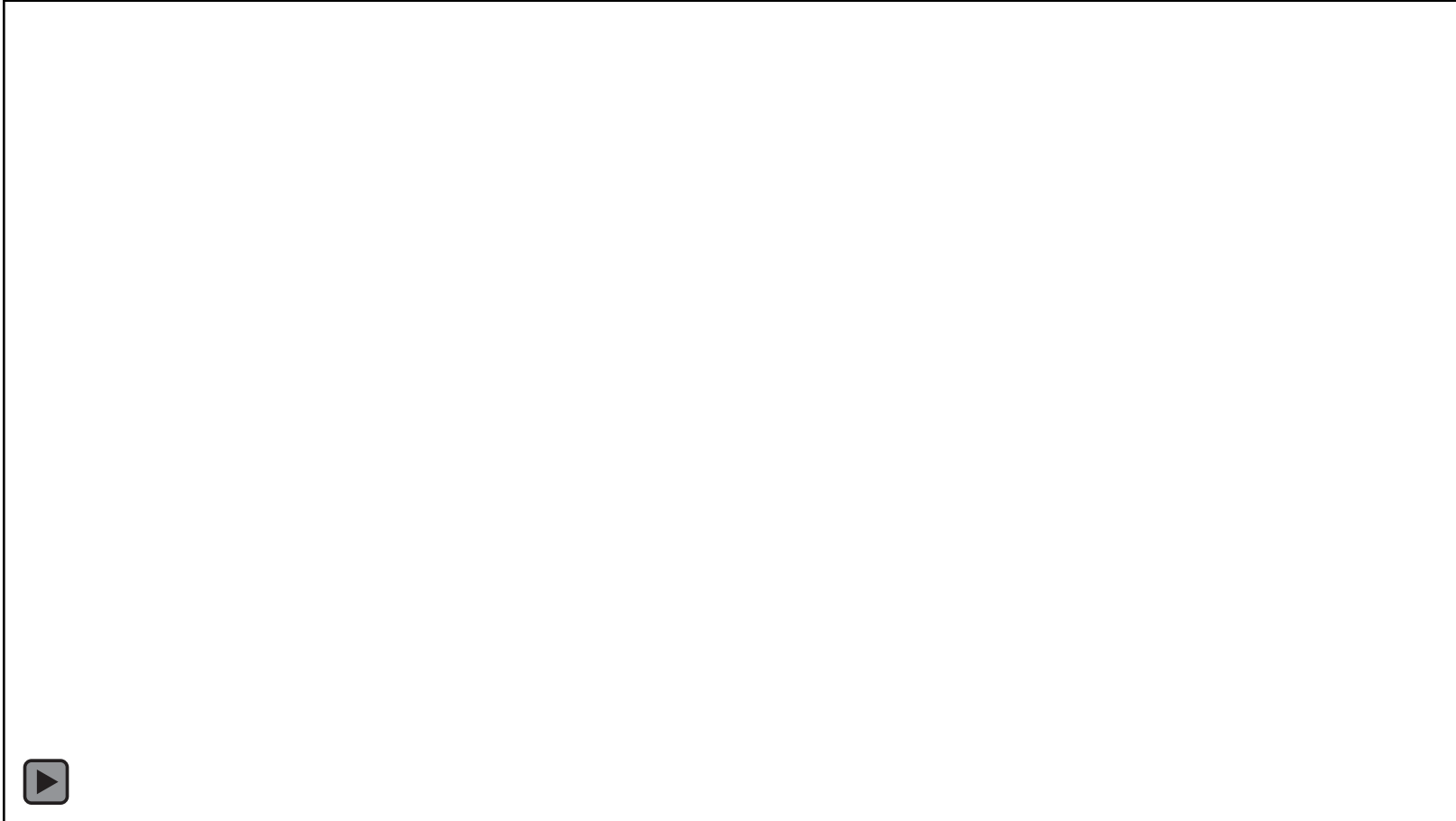


FORUM du COMITE d'UROLOGIE et de
PERINEOLOGIE de la FEMME

« Séquelles fonctionnelles de la chirurgie du
prolapsus génital »

Document de synthèse

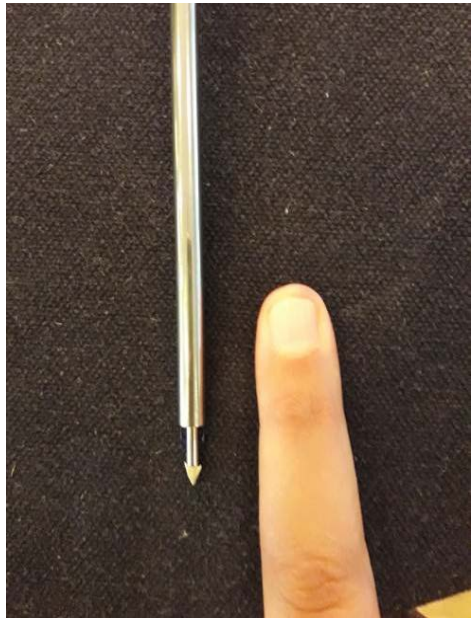
KIT Anchorsure





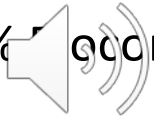
Comparatif d'instruments

Comparison of device heads

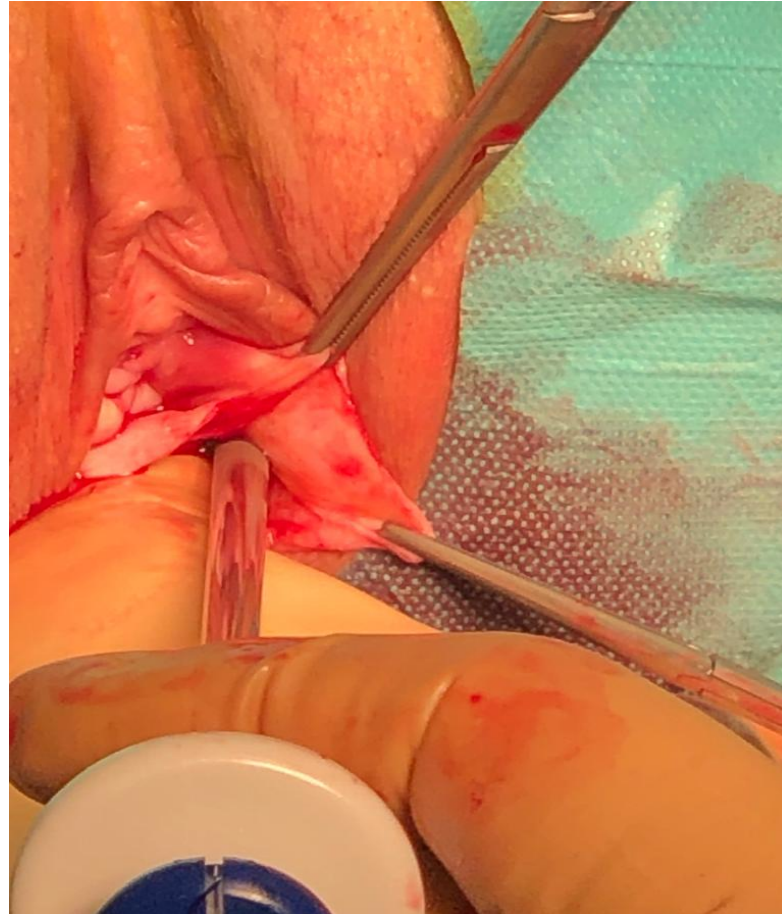


ANCHOR BIO-MECHANICS

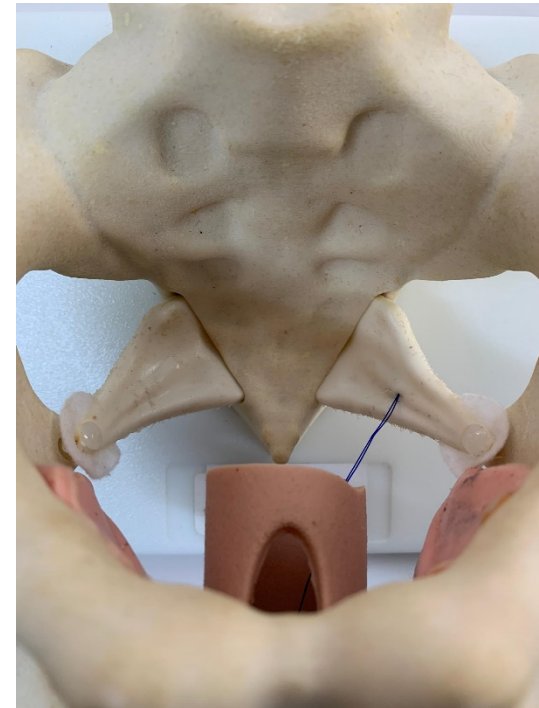
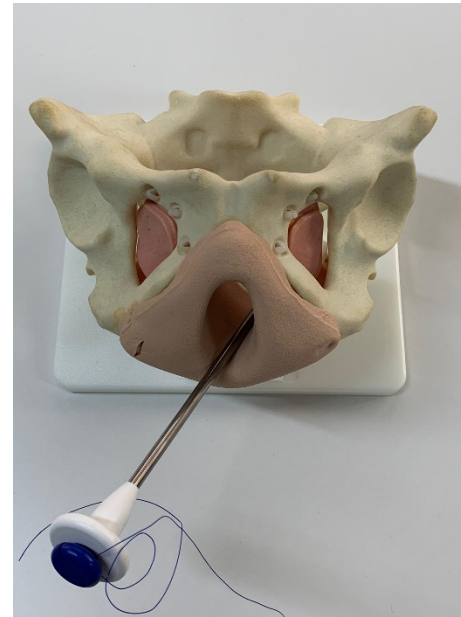
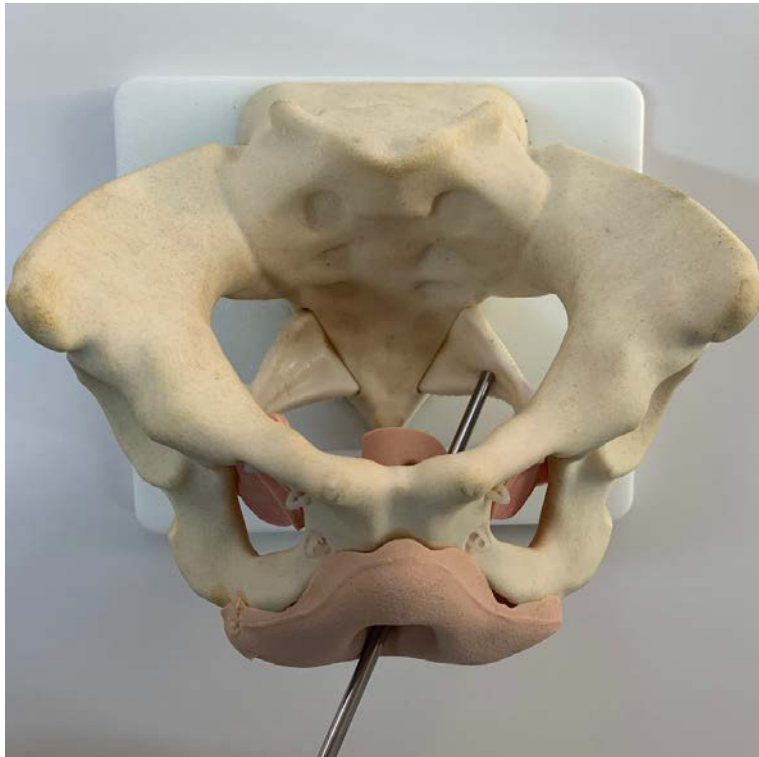


- Made of PEEK:
 - Polyether Ether Ketone, (Organic thermoplastic polymer by Invibio).
- 100%  compatible
- The pull-out force of the anchor is greater than the break force of the suture. > 50 N
- Compatible with scaffolding grafts or other 0-sutures (PDS, Silk, Gortex)

Repérage palpatoire du ligament



Positionnement de l'ancrage



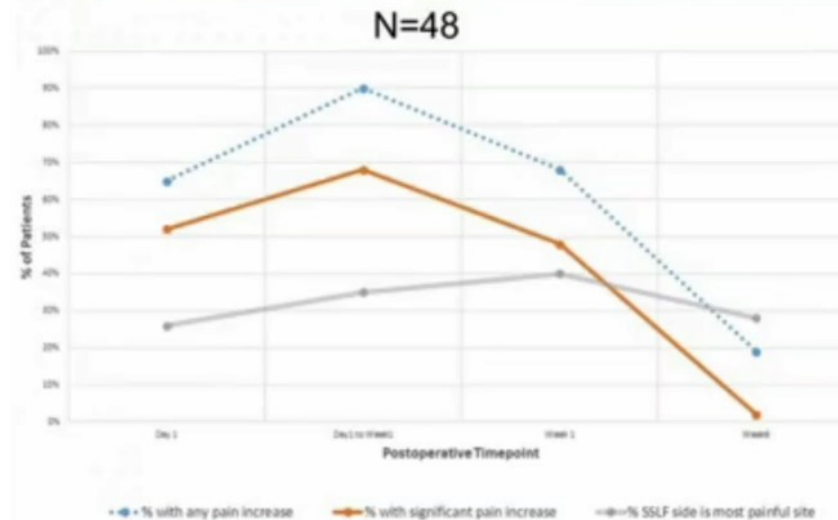
Intérêts: Ancrage vs fils



Gluteal and Posterior Thigh Pain From a Suture Compared With an Anchor-Based Device in Patients Undergoing Sacrospinous Ligament Fixation: A Randomized Controlled Trial

2022 Jan 1;139(1):97-106 Pair et Col

Plair A, Smith W, Hines K, Schachar J, Parker-Autry C, Matthews C. Gluteal and Posterior Thigh Pain From a Suture Compared With an Anchor-Based Device in Patients Undergoing Sacrospinous Ligament Fixation: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2022;139.



ANCHORSURE

² Dr. Mark Walters – **Capio (Suturing fixation)**: One hundred thirty-four (55.4%) subjects were found to have immediate gluteal or posterior thigh pain and 36 (15.3%) were found to have persistent pain at 6 weeks.

¹ Dr. Kaplan - **Anchorsure (Anchor fixation)** :300 cases, 1 case of Pelvic Pain = 0,3%

1- E. KAPLAN;

Ctr. For Advanced Gynecologic Surgery, Walnut Creek, CA NDP 295 ANCHORSURE ANCHORING SYSTEM: OUTCOMES AND SAFETY PROFILE IN VAGINAL RECONSTRUCTIVE SURGERY. Poster presented at IUGA JUNE 2015

2- Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2014 Jul-Aug;20(4):208-11. doi: 10.1097/SPV.0000000000000091.

Gluteal and posterior thigh pain in the postoperative period and the need for intervention after sacrospinous ligament colpopexy. Unger CA1, Walters MD.

Etude APAS CHU Nimes

Promoteur CHU Nimes (De Tayrac)
 KB APHP (Fernandez)
 CHU Lille(Cosson)
 CH La Rochelle (Ferry)
 GHSV Strasbourg (Hamid)



Newsletter n° 7 – Novembre 2023
 IDIL 2022

APAS

Evaluation de la performance et de la sécurité en conditions pragmatiques du dispositif transvaginal Anchorsure System® pour le traitement chirurgical du prolapsus apical chez la femme

Vos contacts

Pour répondre aux questions sur les inclusions/ le suivi :

Investigateur coordonnateur :
 Pr de TAYRAC
renaud.DETAYRAC@chu-nimes.fr

Sage-femme/ARC hosp. Nîmes :
 Clémence CASARA
 04 66 68 67 52
clemence.casara@chu-nimes.fr

Pour le réapprovisionnement en documents :

ARC moniteur
 Marjorie LAURANS
 04 66 68 37 73
 06 13 35 48 60
marjorie.laurans@chu-nimes.fr

Pour toute autre question :

Chef de projet
 Sophie DE BOUARD
 04 66 68 42 37
sophie.debouard@chu-nimes.fr

Datamanager
 Guillaume LUQUIENS
 04 66 68 35 22
guillaume.luguiens@chu-nimes.fr

Bilan des inclusions réalisées par centre et par mois :

	Mai-23	Jun-23	Juil-23	Août-23	Sept-23	Oct-23	Nov-23	Déc-23	Jan-24	Fév-24	Mars-24	Avril-24	Total
CHU de Nîmes	3	4	2	3	2	3	4						21
APHP Hôpital Bicêtre		1	2	0	0	3	1						7
CH de La Rochelle		0	4	0	5	2	3						14
CHU de Lille		0	0	0	0	0	0						0
Clinique St Anne, Strasbourg	6	1	6	0	3	1	0						13
Inclusions Cumulées	9	15	29	32	42	51	59						59
Inclusions Théoriques	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	-

Les centres de Nîmes, La Rochelle et Bicêtre ont inclus au mois de novembre et les centres de La Rochelle et Strasbourg ont à nouveau renseigné des inclusions réalisées dans les mois précédents. L'étude compte 59 inclusions, il en reste 61 à réaliser. Le centre de Lille pourra démarrer l'étude lorsque du renfort ARC aura été recruté, probablement en fin d'année.

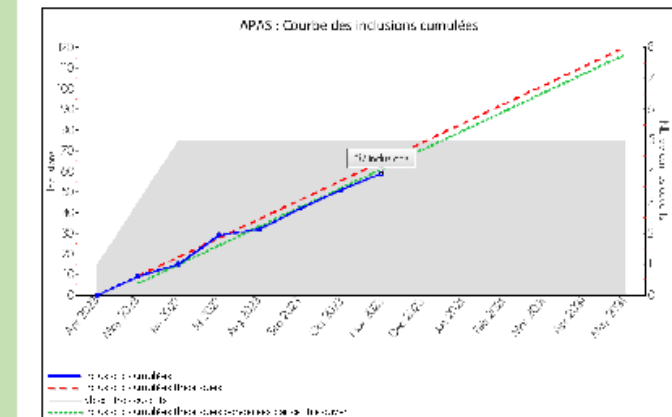
Attention à saisir les données dans l'e-CRF (<https://redcap.chu-nimes.fr>)

Il faut également être vigilants à recueillir tous les items demandés, notamment concernant l'examen clinique (POP-Q) qui fait partie des critères de jugement.

En cas de problème avec vos comptes INCLUSIO ou REDCAP, contacter Guillaume LUQUIENS, data-manager.

Toute l'équipe se tient à votre disposition.

L'équipe APAS



Sacrospinous Ligament Fixation Under Local Anesthesia in Elderly Patients at High Risk of General Anesthesia

CONCLUSION

Mehmet Baki Senturk & Ozan Doğan

The results of this study demonstrated the surgical and anesthetic safety of SSLF under local anesthesia for pelvic organ prolapse in elderly patients. The advantages of SSLF using the Pelvic Floor Repair Tissue Fixing Anchor system with local anesthesia are a shorter operating time, and fewer surgical complications and adverse effects of anesthesia.

ABSTRACT

Introduction and Hypothesis: Sacrospinous ligament fixation (SSLF) is a commonly used surgical procedure in pelvic organ prolapse due to high treatment success rates. Many intraoperative and postoperative anesthesia-related obstacles may be encountered by the elderly population. Local anesthesia alone or with intravenous sedation may provide simple, cheap, and safe anesthesia. For elderly patients at high risk for general anesthesia according to the American Society of Anesthesiologists (ASA), it is better to operate through the vaginal route under local anesthesia. To perform minimal invasive SSLF surgery, the Pelvic Floor Repair Tissue Fixing Anchor, which is a target-specific system, can be used. In this prospective observational study, evaluation was made of elderly patients who underwent SSLF under local anesthesia. *Materials and Methods:* The study included 11 patients evaluated as high risk for general and regional anesthesia who underwent SSLF under local anesthesia as pelvic organ prolapse surgery. All operations were performed by a single experienced surgeon using 1% lidocaine infiltration and the Pelvic Floor Repair Tissue Fixing Anchor system. *Results:* The mean age of the patients was 69.6 years. Stage IV prolapse was determined in 7 (63.6%) patients, 4 (36.3%) had a history of hysterectomy, 5 (45.4%) were classified as ASA 3, and 6 (54.6%) as ASA 4. No complications occurred and patients were followed up for 24 months. In two patients, recurrence of POP was observed at postoperative 8 and 10 months, respectively. *Conclusions:* The results of this study demonstrated the surgical and anesthetic safety of SSLF under local anesthesia for pelvic organ prolapse in elderly patients.

Conclusion

- Traitement du prolapsus apical par voie vaginale antérieure et postérieure
- Ancrage dans le ligament qui limiterait le risque de conflits neurologiques
- Moins de dissection car pas d'exposition de valves
- Intérêt en terme de douleurs postopératoires