

## Reconstruction

# La reconstruction vaginale totale dans les exentérations pelviennes

**RÉSUMÉ :** L'exentération pelvienne est une chirurgie mutilante ayant pour conséquence l'amputation des organes pelviens et parfois associée à une résection du plancher musculaire pelvien, voire à une perte de substance périnéale plus ou moins étendue. La vacuité du pelvis est pourvoyeuse d'une morbi-mortalité élevée en raison de la transposition des anses intestinales dans le petit bassin avec des risques de fistules digestives, d'occlusion et d'infection en raison de l'espace mort. La reconstruction vaginale améliore donc la tolérance de cette intervention, en comblant le vide pelvien. Elle permet à ces patientes de maintenir un schéma corporel féminin proche de la normale et possiblement de poursuivre une activité sexuelle.

Étant donné la morbidité importante de l'exentération pelvienne, la reconstruction vaginale doit apporter un bénéfice immédiat sans ajouter de risque supplémentaire. Il est donc évident de privilégier une technique simple, rapide, fiable et apportant du tissu de bonne qualité.



**B. HERSANT<sup>1,2</sup>, L. BRESSON<sup>1</sup>,  
R. BOSCH<sup>2</sup>, J.-P. MENINGAUD<sup>2</sup>,  
F. NARDUCCI<sup>1</sup>, E. LEBLANC<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Département de Chirurgie gynécologique,  
Centre Oscar Lambret, LILLE,

<sup>2</sup> Département de Chirurgie plastique,  
reconstructrice, esthétique et maxillo-faciale,  
Hôpital Henri Mondor, CRÉTEIL.

La chirurgie d'exentération pelvienne est une chirurgie peu fréquente qui consiste en la résection monobloc des organes pelviens : génitaux (ovaires, utérus, col et vagin), urinaires (urètre et vessie) et digestifs (rectum et/ou anus). L'objectif est l'exérèse carcinologique et, en fonction du cas, qu'elle soit totale ou partielle, emportant ou non le plancher pelvien voire le périnée (classification de Magrina) [1], l'exentération pelvienne est toujours une chirurgie mutilante.

Son indication principale est le cancer épithélial utérin (col ou corps) étendu à la vessie et/ou au rectum [2]. Elle peut aussi être envisagée dans certains cas de tumeurs de la vulve, du vagin, mais aussi de la vessie et plus rarement du rectum ou de l'anus. Bien que parfois proposée d'emblée dans les formes localement évoluées de la maladie, l'importance de ce geste le réserve en règle aux cas de récurrence locale. Dans tous les cas, cette intervention n'est envisagée qu'après un bilan complet excluant toute dissémina-

tion extra-pelvienne et avec la certitude de "passer" dans tous les plans en zone saine. En effet, si l'exentération pelvienne pratiquée à titre curatif (exérèse *in sano* et sans dissémination à distance) offre des chances de survie de plus de 50 % à 5 ans, ce résultat chute à moins de 10 % en cas de geste palliatif, taux quasi équivalents à celui obtenu en l'absence de chirurgie [1].

Plus rarement, l'indication peut être posée devant des séquelles thérapeutiques importantes de la radiothérapie (fistules vésico et/ou recto-vaginales, radio-induites), chez une patiente dont la maladie est par ailleurs contrôlée.

Quoi qu'il en soit, cette large exérèse viscérale est pourvoyeuse d'une morbi-mortalité élevée [1, 2] en raison de la descente des anses intestinales dans un petit bassin plus ou moins vidé et déperitonisé, avec des risques élevés de fistules digestives, d'infection ou d'occlusion majorés par la radiothérapie antérieure...

## Reconstruction

Après le temps d'exérèse vient donc celui du comblement pelvien et la reconstruction des organes amputés. Ainsi, lorsque l'anus a pu être conservé, le rétablissement de la continuité est effectué (mais une stomie de protection temporaire est souvent réalisée). En ce qui concerne les organes urinaires, la dérivation continente de type Miami [4, 5], qui consiste en la réalisation d'une néovesie par un lambeau colique avec transposition des uretères et l'évacuation des urines au niveau de l'ombilic, est largement utilisée par les équipes françaises.

Chaque fois que possible, le tablier de l'épiploon est descendu dans le pelvis, non tant pour le combler (car un volume important est nécessaire) que pour repérioriser les parois pelviennes mises à nu, limitant ainsi le risque d'adhérences digestives et d'occlusion/fistules.

La reconstruction vaginale a plusieurs intérêts. D'une part, le néovagin permet de compléter le comblement du pelvis, ce qui réduit encore les complications digestives. D'autre part, il permet à la patiente de maintenir son schéma corpo-

rel, de poursuivre une activité sexuelle et d'améliorer sa qualité de vie. Cette reconstruction permet également de faciliter le suivi gynécologique par un examen clinique au spéculum à chaque consultation.

Cette intervention est donc multidisciplinaire et peut nécessiter la présence d'un chirurgien gynécologue, d'un viscéral, d'un urologue et d'un plasticien. Certains praticiens, très spécialisés et expérimentés, peuvent assurer le rôle de tous les intervenants. Il reste néanmoins préférable d'établir une collaboration entre spécialistes de manière à ce que chaque chirurgien effectue son geste parfaitement dans le temps qu'il lui est consacré.

Chaque chirurgien plasticien ayant un exercice hospitalier peut être amené à collaborer avec les chirurgiens gynécologues sur ce type d'intervention.

Étant donné la morbidité importante de l'exentération pelvienne, la reconstruction vaginale doit apporter un bénéfice et ne pas ajouter un risque supplémentaire. Il est donc évident qu'il faut privilégier

une technique simple, rapide, fiable et apportant un tissu de bonne qualité.

Les lambeaux libres sont à éviter, en raison de leur complexité au cours d'une chirurgie déjà longue, et en raison de la fragilité des anastomoses vasculaires en milieu irradié.

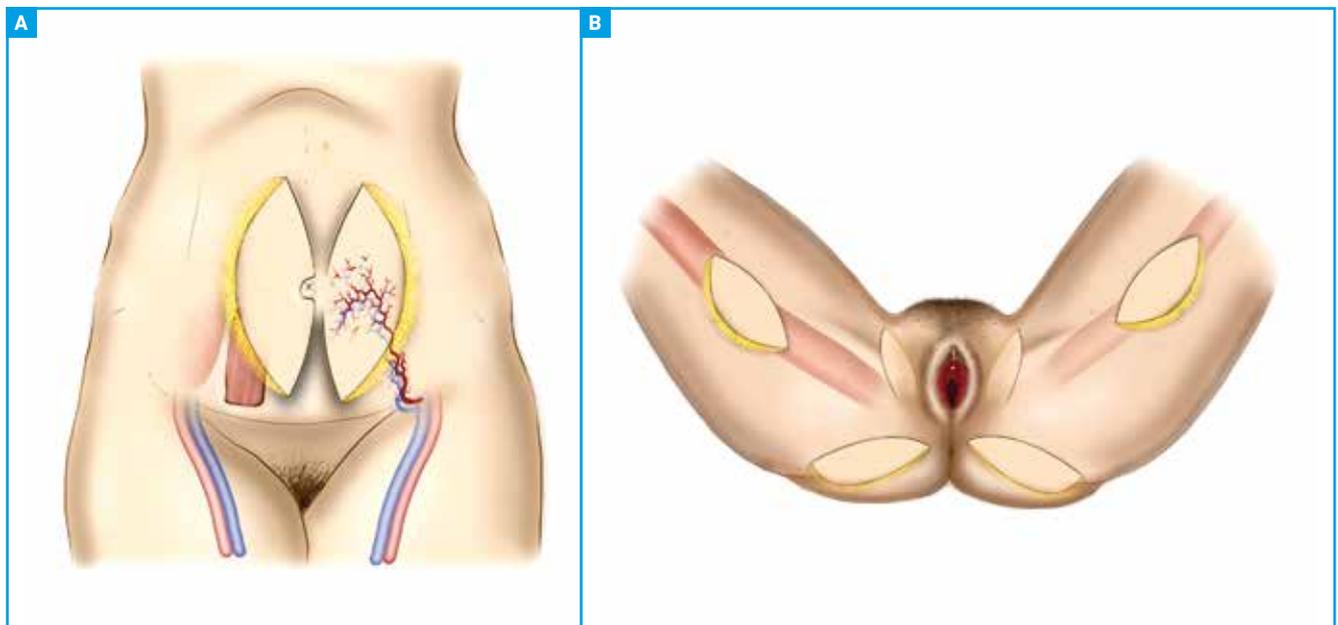
L'objectif de cet article est donc de sensibiliser le chirurgien plasticien à la reconstruction vaginale en cas d'exentération pelvienne, de lister les différentes techniques et d'établir une stratégie pour le choix du lambeau.

### Les différentes techniques

Les différents lambeaux sont illustrés dans la **figure 1**.

#### >>> Epiplooplastie et greffe de peau (technique de Wheelless)

Cette technique ancienne consiste à pédiculer un lambeau d'épiploon sur l'artère gastro-épiploïque droite et à le transposer dans la cavité pelvienne où



**Fig. 1A :** Illustration des différents lambeaux pour la reconstruction vaginale totale en position anatomique. **Fig. 1B :** Illustration des différents lambeaux pour la reconstruction vaginale totale en position gynécologique.

il est modelé sur un conformateur tubulaire. Une greffe de peau mince en filet est réalisée d'emblée ou secondairement vers J10 [6]. Cette procédure n'est pas, selon nous, la technique de premier choix car elle nécessite un épiploon de bon volume (peu fréquent chez des patientes souvent "consommées" par leur maladie), le risque de sténose vaginale élevé car la perméabilité doit être maintenue par application régulière d'un mandrin [7]. Elle peut être utilisée dans des cas, d'exentération partielle (antérieure) chez une patiente obèse, ou de sacrifice isolé du vagin et de l'utérus.

### >>> Entéro-colpoplastie

Le sigmoïde, le caecum ou l'iléon peuvent être utilisés pour reconstruire le vagin. Bien que le calibre et la fiabilité de ces substituts soient intéressants, les sécrétions et les contractions qu'ils occasionnent, n'en font pas une technique de premier choix [1].

### >>> Le DIEP vertical pédiculé (fig. 1A et 2)

Cette reconstruction nous semble être une technique de premier choix [8]. Un angioscanner avec repérage des perforantes (fig. 3) de l'artère épigastrique inférieure doit être demandé systématiquement en planification préopératoire. Le coté du prélèvement doit être décidé avant l'intervention en concertation avec le chirurgien gynécologue, en fonction de la qualité des perforantes vues à l'angioscanner et de la localisation des futures dérivations (colostomie, Miami).

Le chirurgien plasticien doit être présent au début de l'intervention pour repérer les perforantes au Doppler, faire le dessin du lambeau et vérifier que lors de la laparotomie médiane, les perforantes ne sont pas abîmées.

La levée du lambeau est classique comme pour la reconstruction mammaire sauf que le lambeau reste pédiculé sur les vaisseaux épigastriques inférieurs jusqu'à la bifurcation avec les vaisseaux

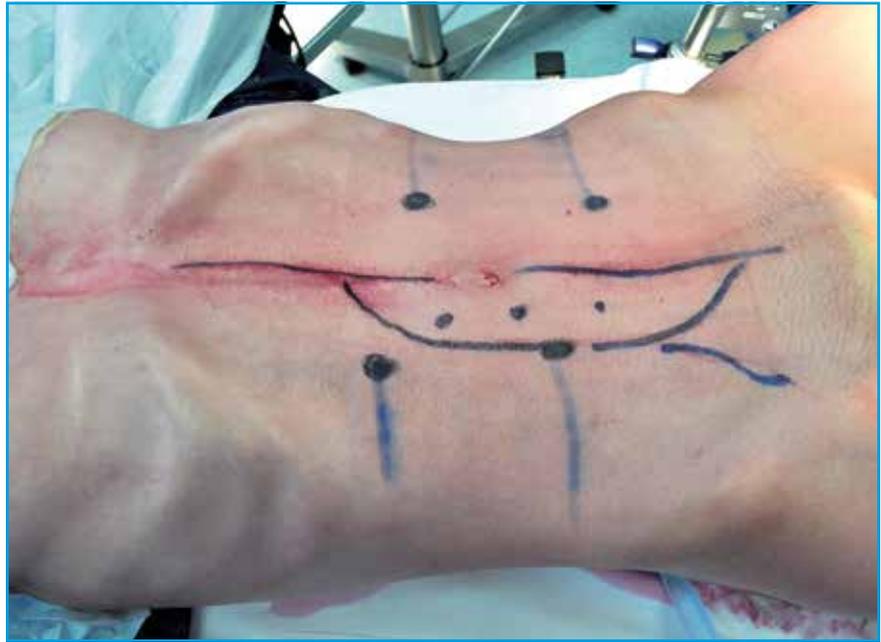


Fig. 2: Dessin de la palette cutanée du DIEP vertical pédiculé.

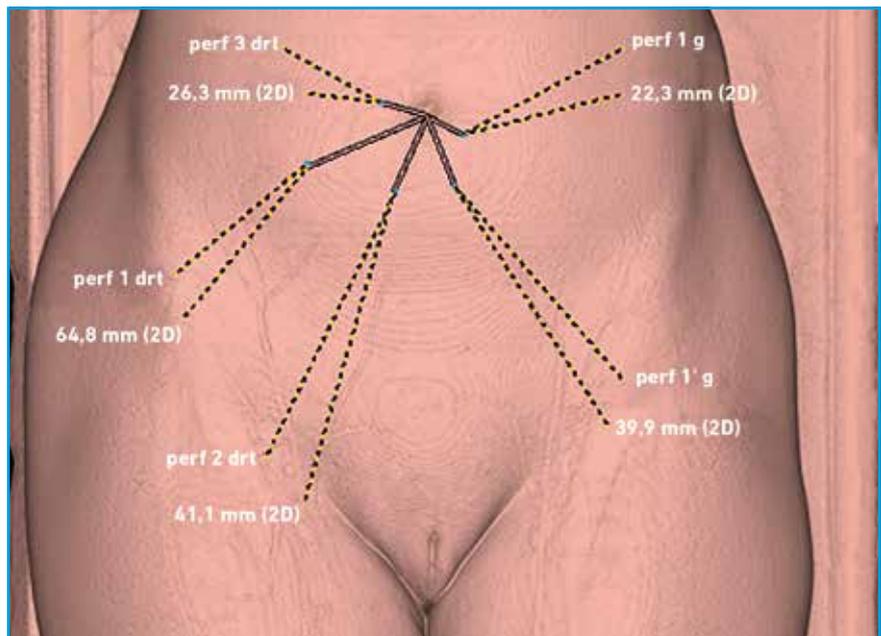


Fig. 3: Reconstruction par angioscanner pour le repérage des perforantes de l'artère épigastrique inférieure.

iliaques. La palette est cependant unilatérale et verticale. On réalise une incision selon le dessin pré établi puis on lève le lambeau en sus aponévrotique jusqu'à la visualisation des perforantes qui seront disséquées à travers le muscle grand

droit jusqu'à la bifurcation entre les vaisseaux épigastriques inférieurs profonds et les vaisseaux iliaques externes.

Le lambeau est ensuite conformé de manière à ce que la partie supérieure

## Reconstruction

du lambeau correspond à la paroi antérieure du néovagin et que la partie inférieure du DIEP correspond à la paroi postérieure du néovagin. Le dôme du néovagin correspond à la zone de plicature du lambeau. Les parois latérales sont alors suturées par des points séparés de vicryl 0 puis le lambeau est transposé délicatement dans le pelvis. Le lambeau est alors suturé à l'antré vaginal. Il est préférable de passer les fils avant de transposer le lambeau.

### >>> VRAM muscle sparing (*Vertical rectus abdominis muscle*) (fig.1A et 4)

Ce lambeau musculocutané fiable et rapide est très utilisé par nos collègues gynécologues [1, 2]. Les complications de paroi qu'il engendre (éventration, abcès de paroi) doit le faire reléguer en seconde position. La technique est classique et consiste à inciser l'aponévrose antérieure du grand droit en regard de la palette cutanée. Des points séparés de vicryl peuvent être faits entre l'aponévrose et la peau pour éviter le savonnage du lambeau.

Le lambeau est levé de la partie haute en préservant la gaine postérieure du grand droit vers le bas en direction des vaisseaux iliaques externes. Les vaisseaux épigastriques profonds supérieurs sont ligaturés. Pour être le plus conservateur possible, il faut prélever une bandelette musculaire de 1 à 2 cm de part et d'autre du pédicule épigastrique profond inférieur sous contrôle de la vue. La fermeture soigneuse de la paroi est ensuite



Fig. 4 : Lambeau type VRAM muscle sparing.

réalisée. Le modelage du néovagin est le même que dans le DIEP sauf que ce lambeau est plus épais.

### >>> Lambeau musculocutané de Gracilis bilatéral (fig. 1B et 5)

Il s'agit du premier lambeau décrit pour la reconstruction vaginale [9-11]. Sa qualité (en dehors du terrain irradié) et son épaisseur en font un lambeau de choix notamment lorsque l'abdomen s'avère être un mauvais site donneur (chirurgie antérieure, mauvaise qualité des perforantes à l'angioscanner). Le prélèvement est cependant difficile car la difficulté réside dans le repérage du muscle Gracilis, la palette cutanée devant être centrée sur celui-ci. L'axe du lambeau se situe entre l'épine pubienne et le centre du condyle médial du genou.

Dans un premier temps, on réalise une incision à la racine de la cuisse sur cet axe pour vérifier que le pédicule vasculaire issu de l'artère circonflexe médiale issue de l'artère fémorale profonde se situe bien dans les 10 premiers centimètres. Si le pédicule proximal du muscle est au-delà, alors le point de pivot du lambeau est trop bas pour permettre une

transposition correcte dans le pelvis. Ensuite, on réalise une incision sur l'axe du lambeau en regard du condyle médial pour trouver le tendon du Gracilis (en général, celui-ci est sous le corps charnu du muscle Sartorius). Une fois que le muscle Gracilis est repéré, la palette cutanée, centrée sur les 2 tiers proximaux, est alors incisée et levée avec le muscle, de distal en proximal. Il est nécessaire de faire des points de suture entre l'aponévrose musculaire et la palette cutanée car il est facile de décrocher la palette cutanée du muscle Gracilis.

On réalise ensuite un tunnel sous cutané à la racine de la cuisse, de manière à transposer les 2 lambeaux qu'on suture l'un à l'autre sur la ligne médiane. Les risques sont le sérome de la zone donneuse (un drainage est systématiquement mis en place), la nécrose de la palette cutanée survient dans 15 % des cas, mais le support musculaire permet une réépithélialisation dans un second temps, ou une couverture par greffe de peau qui sera réalisée plus à distance.

La patiente doit donc être prévenue qu'elle aura possiblement des cic-



Fig. 5 : Lambeau musculocutané de Gracilis bilatéral.

trices supplémentaires à la face interne des cuisses, en plus de la cicatrice de la laparotomie.

### >>> Le lambeau musculocutané glutéal inférieur bilatéral

Il s'agit d'un lambeau musculocutané de la face postérieure proximale de la cuisse [12]. Ce lambeau est peu intéressant pour la reconstruction vaginale totale pour plusieurs raisons. D'une part, le point de pivot de ce lambeau est à distance de l'antre vaginal. C'est donc un lambeau plutôt indiqué pour la couverture périméale [12]. Nous ne retiendrons pas cette technique en première intention.

### >>> Lambeau cutané pudendal interne bilatéral (lambeau dit en pétale de lotus, de transposition génito-crural ou *Gluteal fold perforator*) (fig.1B)

Il existe différents types de lambeaux cutanés vascularisés par les perforantes de l'artère pudendale interne [14]. On peut repérer les perforantes majeures en utilisant le Doppler dans la zone triangulaire située entre l'anus, le vagin et la tubérosité ischiatique. Il s'agira du point de pivot du lambeau. Il existe donc différents dessins de cette palette (fig.1B) : vertical, parallèle au sillon génito-crural, horizontal, ou suivant le sillon sous fessier. La levée du lambeau se fait de distal en proximal, en prélevant la peau et la graisse et en s'épaississant en arrivant vers les perforantes, de manière à toutes les englober dans le prélèvement. La dissection des perforantes peut engager la viabilité du lambeau surtout en territoire irradié. Pour reconstruire un vagin en totalité, il faudra alors effectuer un prélèvement bilatéral et une suture médiane des lambeaux après transposition à travers un tunnel sous cutané.

Ces lambeaux ne sont à pas à envisager en première intention mais uniquement si le prélèvement abdominal n'est pas possible ou que la reconstruction par Gracilis a échoué. En effet, le taux de nécrose [13] est élevé en raison du terrain

irradié ou en cas de ligature de l'artère iliaque interne lors de l'exentération.

### Suites opératoires à ne pas négliger

La mise en place d'une lame de drainage permet des lavages quotidiens. La surveillance du lambeau à l'aide du spéculum ( $\pm$  sous anesthésie générale) doit être régulière. En effet, la nécrose du lambeau est un risque majeur de fistule et entraîne une sténose du néovagin. Il faut dans ce cas, sous anesthésie générale, débrider les zones nécrotiques et interposer une plaque interface (ex : Vicryl) entre le contenu digestif et le lambeau. On peut tenter de repositionner le lambeau si la nécrose était partielle ou laisser en cicatrisation dirigée en cas de lambeau musculocutané avec une bonne viabilité du muscle (Gracilis) car une ré-épithélialisation peut se faire. Une greffe de peau peut être prévue à distance. En cas de nécrose totale du lambeau, il faut refaire une reconstruction (voir les différentes possibilités proposées dans l'article) plus à distance.

## POINTS FORTS

- La reconstruction vaginale en cas d'exentération pelvienne permet le comblement de la vacuité pelvienne et le maintien d'un schéma corporel féminin avec une possible poursuite de l'activité sexuelle.
- Étant donné la morbidité importante de cette chirurgie, la reconstruction vaginale doit apporter un bénéfice et ne pas ajouter un risque supplémentaire : les lambeaux locorégionaux pédiculés sont à privilégier.
- La première partie du comblement pelvien correspond à la transposition de l'épiploon dans le petit bassin, lorsqu'elle est possible.
- Les 2 lambeaux de choix sont le DIEP vertical pédiculé et le lambeau musculocutané de Gracilis bilatéral.
- La planification préopératoire est indispensable : terrain, localisation des futures dérivations (Miami en para-ombilical droit et colostomie souvent à gauche), angioscanner avec repérage des perforantes.

À la suite des lavages, une dilatation par un mandrin est réalisée quotidiennement et un retour à la vie sexuelle est préconisé dès l'obtention de la cicatrisation du néovagin.

### La qualité de vie sexuelle après reconstruction vaginale

Selon Ratliff *et al.* [15], 52 % des femmes ne retrouvent pas de sexualité après une chirurgie d'exentération, même après reconstruction. Cependant, plus de 70 % d'entre elles se disaient satisfaites d'avoir un néovagin fonctionnel.

L'arrêt total de la vie sexuelle est proportionnel à l'âge de la patiente et au faible niveau socio-économique [1]. Également, le développement d'un syndrome dépressif et la prise médicamenteuse peuvent être un frein à une reprise d'activité sexuelle. Les traitements tels que la chimiothérapie ou la ménopause induite par l'ovariectomie diminuent également la libido. Les cicatrices, la colostomie et la dérivation urinaire

