



Prolapsus vaginal : Pratique au quotidien, qu'est-il raisonnable de faire?

Dr Yannick THIROUARD

yannick.thirouard@ch-larochelle.fr

Groupe hospitalier La rochelle Ré Aunis

Introduction

- La prévalence du prolapsus génital:
 - 2.9 à 11.4% selon les études et les critères retenues
 - Incidence cumulée de la chirurgie 11% au delà de 70 ans
 - F Haab Progrès en Urologie 2009
- C'est un problème de santé public :
 - Vieillissement de la population
 - Amélioration de la qualité de vie sans handicap
- C'est une pathologie fonctionnelle :
 - Il faudra donc s'attacher à prendre en charge les symptômes
 - Importance d'une bonne évaluation pour répondre à la demande de la patiente

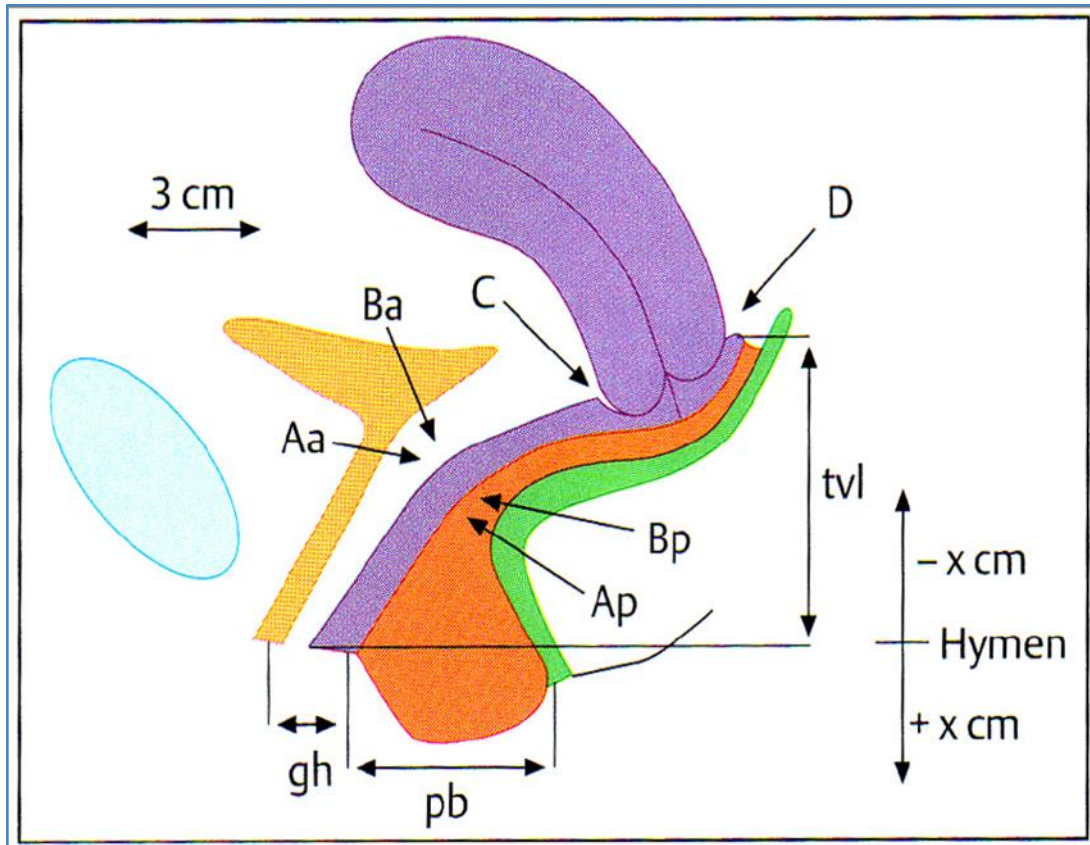
Symptomatologie

- 100% des femmes qui consultent ont la sensation de « boule » dans le vagin
- Pesanteur pelvienne, dyspareunie...
- Le prolapsus est rarement isolé :
 - Signes fonctionnels urinaires :
 - IUE 50%
 - Urgenturie 50%
 - Dysurie, nycturie
 - Signes ano-rectaux :
 - Incontinence anale
 - Dyschésie
 - Constipation terminale

Classification

- Utilisation de la classification POP-Q :
 - Réalisée lors d'une manœuvre de VALSALVA
 - Mesure des distances par rapport à l'hymen
 - Classification en 4 stades :
 - Stade 0 pas de prolapsus
 - Jusqu'au stade IV, éversion complète.
- Cette classification permet une bonne évaluation des patientes
- Appréciation de la qualité de vie :
 - Questionnaires spécifique, prise en compte de l'aspect fonctionnel des prolapsus génitaux :
 - PFDI 20 qui explore les symptômes du prolapsus
 - PFIQ 7 qui explore le retentissement social

Classification Anatomique Internationale POP-Q (pelvic organ prolapse quantification)



Aa: jonction uréthro-vésicale
Ba: sommet paroi antérieure

C: col utérin
D: cul-de-sac postérieur

Ap: partie basse de paroi post.
Bp: sommet paroi postérieure

gh: hiatus génital
pb: distance ano-vulvaire

tlv: longueur vaginale totale

Evaluation clinique

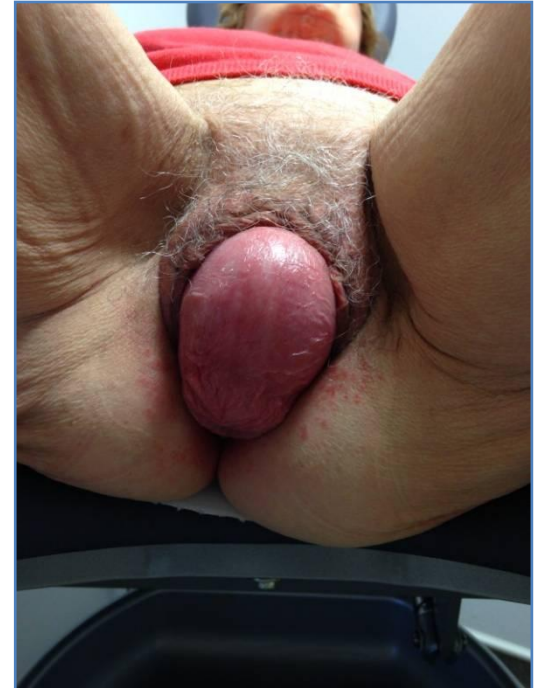


Stade 1 : 30%



Stade 2 : 10%

- Mesure en cm par rapport à l'hymen lors d'un effort de poussée maximale



Stade 3 : 5%



Stade IV éversion complète



Hystéroptose et cystocèle

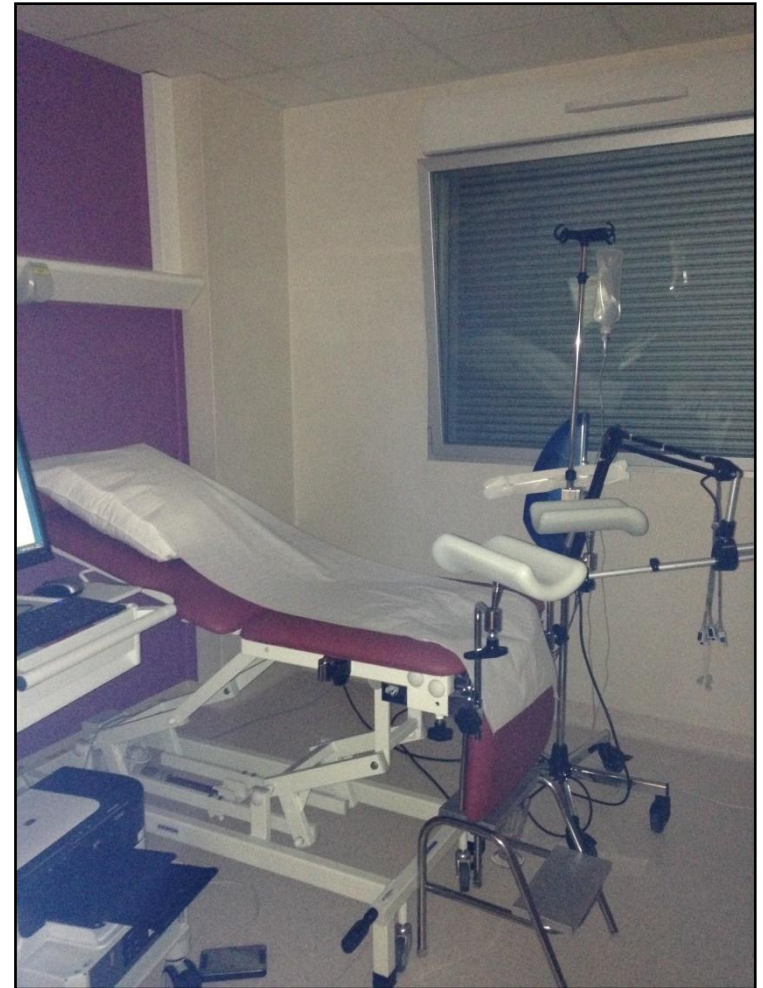
Examens complémentaires

- Le bilan urodynamique si :
 - Incontinence urinaire d'effort associée
 - Autres troubles mictionnels
 - Indication opératoire
 - Réalisation quasi systématique
- L'examen gynécologique :
 - FCV
 - L'échographie pelvienne
- Le bilan anorectal :
 - Manométrie anorectale
 - Défécographie
 - Devrait être systématique si constipation terminale
- L'IRM dynamque

Salle de bilan urodynamique



Débimètre



Cystomanométrie et profilométrie

Quel traitement pour quelles patientes ? (1)

- Les patientes qui viennent à la consultation et qui seront opérées ont 3 ou 4 attentes :
 - Correction des troubles urinaires
 - Correction des troubles digestifs
 - Améliorer l'image de soi
 - Volonté de retrouver des activités normales (sport....)
 - Jamais un bon résultat anatomique

Hullfish et al. Am J Obstet Gynecol 2002

- L'examen clinique, les examens complémentaires, les questionnaires de qualité de vie permettent de mieux appréhender les demandes de façon plus globale
- La finalité étant de mieux répondre aux attentes des patientes
- Il s'agit d'une pathologie fonctionnelle

Quel traitement pour quelle patientes (2)

- Traitement médicaux
- Les traitements chirurgicaux: traitement de l'apex
 - Par voie haute la promontofixation
 - Par voie vaginale :
 - Fermeture vaginale (colpocleisis)
 - Chirurgie autologue avec ou sans geste associé
 - Utilisation de prothèse
- 2/3 des prolapsus sont opérés par voie vaginale et 70 % avec prothèse
- 8% des patientes se feront opérer avant l'âge de 80 ans
- Quelles patientes est-il raisonnable d'opérer ?
 - Les études ne mettent pas de limite d'âge
 - Evaluation des morbidités?
 - Quelle technique?

Le pessaire :

A proposer systématiquement....

Dans quelles indications?

- Quelque soit le type anatomique: Mais meilleure efficacité sur les symptômes des prolapsus des étages antérieurs et moyens
- Quelque soit le stade: malgré échec probable en cas d'éversion vaginale complète
- Quelque soit l'âge: ne pas le réserver aux femmes âgées inopérables
- Respecter le refus, mais insister sur l'intérêt d'un **test au pessaire** avant chirurgie:
 - En cas de douleur
 - En cas de troubles urinaires (dysurie, IU):
 - Chez les patientes indécises
 - facteur prédictif pour la chirurgie : Test au pessaire et dysurie: Se 87%, Spé 80%, VPP 94%(*)

Pessaires

- Proposer l'essai
- Apprentissage
- Les montrer et si possible avoir un jeu avec plusieurs tailles



Anneau



Donut

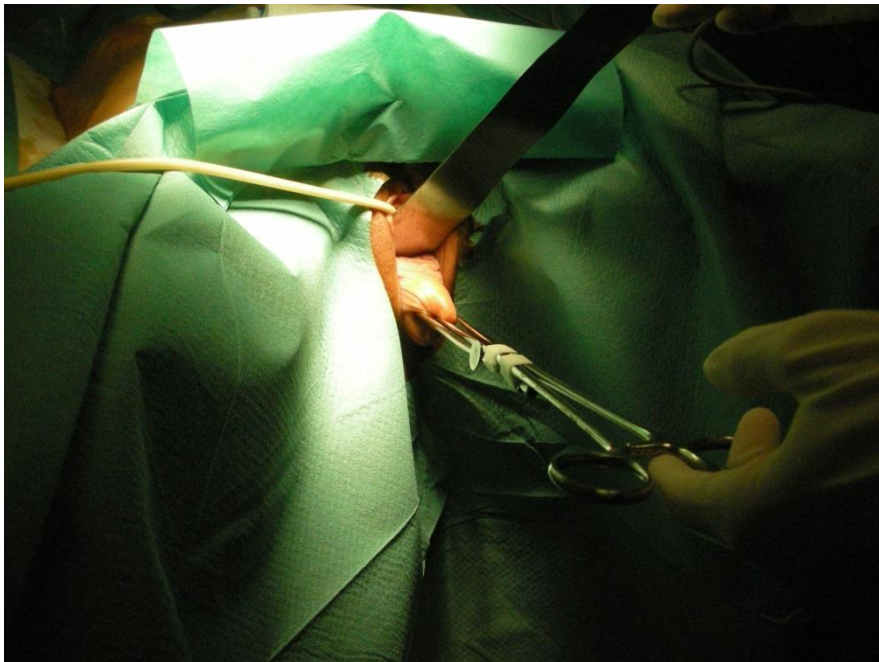
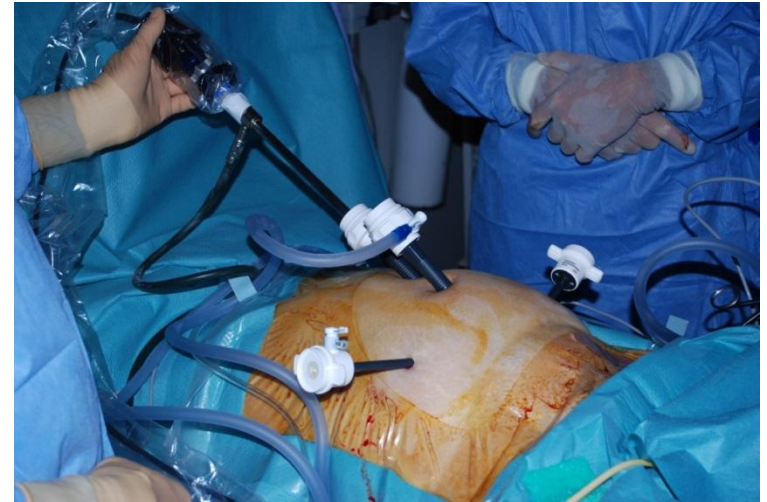


Cube

La promontofixation (1)

- La promontofixation reste actuellement le **gold standard** de la réparation du prolapsus utérin :
 - Particulièrement pour les cystocèles et les hystéroptoses
 - Recul important et bon résultats (74 à 100 % de succès)
 - Peu de complication (mais parfois grave)
 - Peu de rétraction
 - Tissus prothétique posé en intra abdominal (mois de risque septique)
 - HAS 2011
- Historiquement par laparotomie, l'abord coelioscopique donne des résultats comparables et représente actuellement la technique de choix
- La promontofixation coelioscopique est une intervention techniquement accessible au prix d'une courbe d'apprentissage assez rapide
- Elle reste très matériel-dépendante

Installation des voies



Voie basse :
tuteur intra utérin et
valve malléable

La promontofixation (2)

- Mise en place de deux prothèses antérieure et postérieure qui seront fixées
- En avant au vagin et à l'isthme
- En arrière au muscle releveur de l'anus
- Au promontoire : uniquement la plaque antérieure
- La durée opératoire est dépendante de l'expérience, ainsi que les risques de complication

La promontofixation (3)

- La mise en place de la bandelette postérieure reste controversée et il n'existe pas aujourd'hui d'étude apportant une réponse :
 - 7% de rectocèle de novo
 - 33% d'échec du traitement de la rectocèle par voie basse
 - La correction de l'étage moyen dégrade les autres d'où l'intérêt d'une prévention
- Il est admis :
 - la prothèse postérieure est un renfort de la cloison recto vaginale
 - Il faut une prothèse postérieure large
 - Qui doit être fixée aux releveurs et à l'apex
 - Sans tension (ou sans fixation au promontoire)

La promontofixation (4)

- Pour quelles patientes ?
 - Toutes sans limite d'âge a priori!
 - Plutôt les femmes jeunes actives sexuellement?
 - Activité physique
 - Respect des contres indications :
 - obésité morbide
 - abdomen multiopéré
 - Traitement d'une IUE
- Des questions restent non totalement résolues et les déboires de la chirurgie vaginale avec prothèse imposent une vision critique vis à vis des prothèses utilisées
- Les difficultés évidentes ne doivent pas conduire à ne pas la proposer aux patientes.
- Les techniques sont complémentaires selon une stratégie à discuter

Chirurgie vaginale (1)

- La fermeture vaginale (Colpocleisis) :
 - A proposer aux patientes âgées pour lesquelles une chirurgie conservatrice n'est pas raisonnable
 - Intervention de ROUHIER avec hystérectomie
 - Intervention de LEFORT sans hystérectomie
 - Faisabilité sous anesthésie locorégionale.
 - Satisfaction des patientes 94%

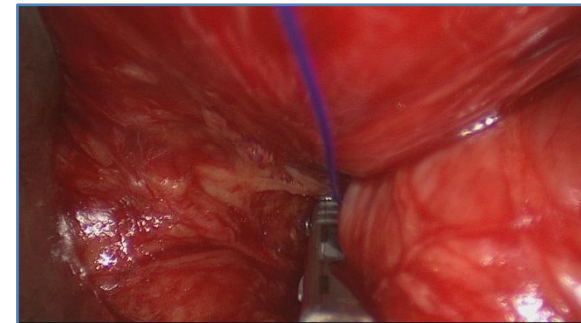
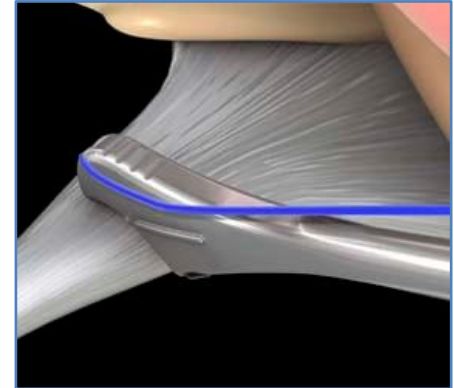
JF Hermieux- progrès en urologie 2012

La chirurgie vaginale (2)

- Sans prothèses: (retour vers le futur)
 - Le rapport de la FDA de 2011 note que le bénéfice des prothèses par voie vaginale est incertain
 - Le traitement sans prothèse doit rester enseigné :
 - Bonne indication dans les prolapsus de stade 1 symptomatique
 - Traitement de l'apex:
 - Richter simplifié avec les nouvelles pince (CAPIO, FIXT)
 - Avec ou sans hystérectomie
 - Traitement de mur antérieur
 - Plicature sous vésicale
 - colporaphie
 - Traitement du mur postérieur
 - Myoraphie et colporaphie

Traitement de l'apex

- Le Richter simplifié
- Utilisation de pince spécifique



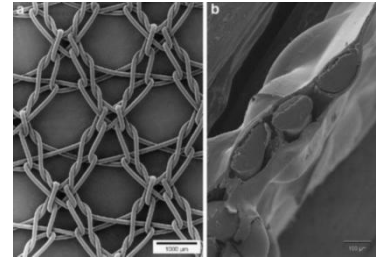
Capio SLIM Suture Capturing Device (Boston Scientific)

La chirurgie vaginale avec prothèse (1)

- Mise en place de la prothèse en sous vésicale
- Conservation utérine
- Kit ou plaque à découper
- Passage trans obturateur ou non
- Fixation aux ligaments sacro épineux (suspension de l'apex+++)
- Pas de prothèse postérieure par voie vaginale en première intention

La chirurgie vaginale avec prothèse (2)

- Comment utiliser les prothèses :
 - Polypropylène mono filament macroporeux
 - Respect des consignes d'aseptie
- Pourquoi utiliser des prothèses :
 - Diminue le risque de récurrence anatomique
 - amélioration des symptômes
 - Ne diminue pas le risque de ré-intervention pour récurrence;
 - Augmente le risque de ré-intervention pour érosion



La chirurgie vaginale avec prothèse (3)

- Pour qui utiliser des prothèses ? :
 - Les patientes à risques de récurrence ou les prolapsus récidivés
 - Quels facteurs de risque de récurrence :
 - Seul FDR de récurrence : cystocèle récidivée
 - Les autres FDR ne sont pas prouvés :
 - effort de poussée,
 - toux chronique,
 - hyperlaxité, cystocèle grade 3 ou 4 dans certaines études :

Complication pour les différentes voies d'abord pour la chirurgie des prolapsus

	PF coelioscopique	Voie vaginale sans prothèse	Voie vaginale avec prothèse
Plaie vésicale ou rectale	1-3 %	1-5%	2 – 4%
Exposition de prothèse	3%	2- 5 % (fil de Richter)	6-15%
Dyspareunie	5-16%	10-20%	12-36%
récidive	3-5%	15_30%	5-15%

En pratique quel traitement pour quelles patientes?

- Nécessite un apprentissage (pour chaque nouvelle technique)
- Informer la patiente des risques de récurrence et d'exposition

On peut préconiser :

- La promontofixation
 - pour les patientes jeunes,
 - sexuellement active,
 - Sans morbidité
- La voie basse :
 - Plutôt les femmes de plus de 50 ans
 - Cystocèle prédominante
 - Avec ou sans prothèse
 - Pas de prothèse vaginale avant 50 ans (âge moyen dans les études 57-70 ans)
 - Pas en première intention ou dans les prolapsus de stade 1
 - Si facteur de risque de récurrence
 - Éviter si douleur pelvienne et dyspareunie préopératoire?
- Réponse attendue avec l'étude PROSPERE (PROSthetic Pelvic organ prolaps Repair)

Conclusion

- Un grand éventail de possibilité
- Ce qu'il est possible de faire :
 - TOUT,
- Ce qu'il est sûrement raisonnable de faire :
 - Bonne évaluation (POP-Q et questionnaires de qualité de vie)
 - Bilan urodynamique
 - Traitement de l'incontinence
 - Traité un symptôme
 - Maitrise de la technique (quel quelle soit?)
- Des réponses attendues, étude PROSPERE

Cas clinique (1)

- Mme B 80 ans
- 3 accouchements voie basse (BB 3000g)
- Pas d'antécédent particulier
- Vit Seule, cs pour boule dans le vagin
- Hystéroptose et cystocèle de grade IV
- Mise en place d'un pessaire depuis plusieurs mois avec expulsion de celui-ci ne permettant pas la réintroduction du prolapsus

Examen et bilan

- Examen :
 - Hystéroptose et cystocèle de grade IV
- BUD :
 - vessie normo-sensible,
 - non hyperactive,
 - de capacité et compliance normales
 - incontinence urinaire d'effort minime.
 - Une pression de clôture normale pour l'âge
- Quel traitement?



Deux mois post opératoire

- Chirurgie vaginale par prothèse
- Pas de fuite urinaire
- Pas de douleur
- Patiente satisfaite

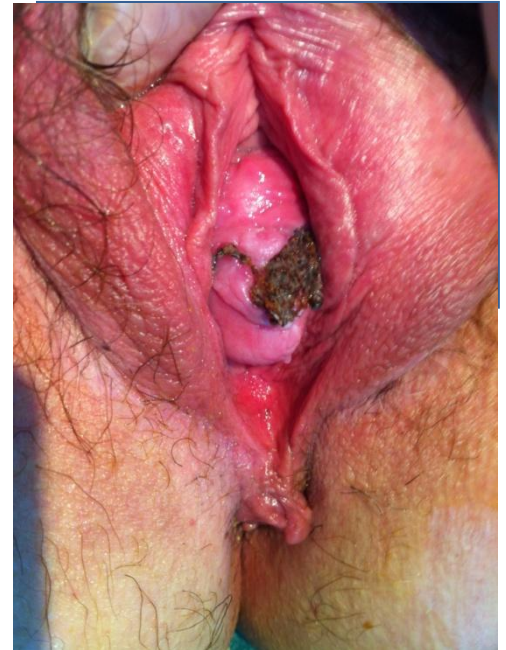


Cas clinique 2

- Mme C. 68 ans
- 2 accouchements (3000g)
- cystocèle stade 3 (POP-Q)
- BMI 32
- Bilan urodynamique normal
- Antécédent d'occlusion intestinale
- Décision de chirurgie vaginale par prothèse (polypropylène)
- Suite simple sortie J2
- Post opératoire à un mois ½
- Amélioration des symptômes
- Examen, bonne récupération anatomique, cicatrice satisfaisantes

Cas clinique 2

- A 6 mois la patiente consulte pour leucorrhées et dyspareunie
- Examen
 - Exposition de prothèse :
 - 10 % dans les séries
 - Facteur de risque : obésité, tabac
- Traitement
 - Estrogénothérapie
 - Exérèse chirurgicale



Merci



yannick.thirouard@ch-larochelle.fr

