

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS POUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PROLAPSUS NON RÉCIDIVÉ DE LA FEMME

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE 2016

Pr Philippe JUDLIN Dr Gilles DAUPTAIN

Hanoï – Ho Chi Minh City 2017



COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES
ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS



COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES
ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS

- Association Française d'Urologie
- Société Interdisciplinaire d'Urodynamique et de Pelvi-Périnéologie
- Société Nationale française de Colo-Proctologie
- Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

MÉTHODOLOGIE

- Auteurs : L. Le Normand (Nantes) M. Cosson (Lille) F. Cour (Suresnes) X. Deffieux (Clamart) L. Donon (St. Jean de Luz) P. Ferry (La Rochelle) B. Fatton (Nîmes) J.F Hermieu (Paris) H. Marret (Tours) G. Meurette (Nantes) A. Cortesse (Paris) L. Wagner (Nîmes) X. Fritel (Poitiers)
- Experts rédacteurs : 20 Rédacteurs ☐ Propositions
- 24 lecteurs : validation après re-lecture

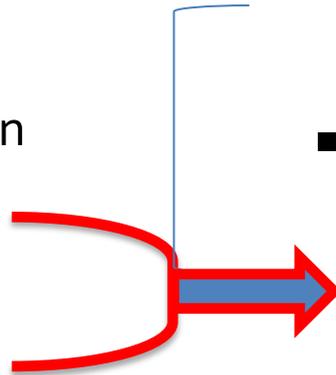
MÉTHODOLOGIE

QUESTION

RECOMMANDATION

- NP₁ - +++ (Essais randomisés forte puissance – métaanalyse essais randomisés)
- NP₂ - ++ Essais randomisés Faible puissance – Études comparative non randomisées - Cohortes
- NP₃ - + Cas/Témoins
- NP₄ – Etudes non r. – Etudes rétrospectives – séries de cas

- Pas de NP => Accord professionnel (A.P)



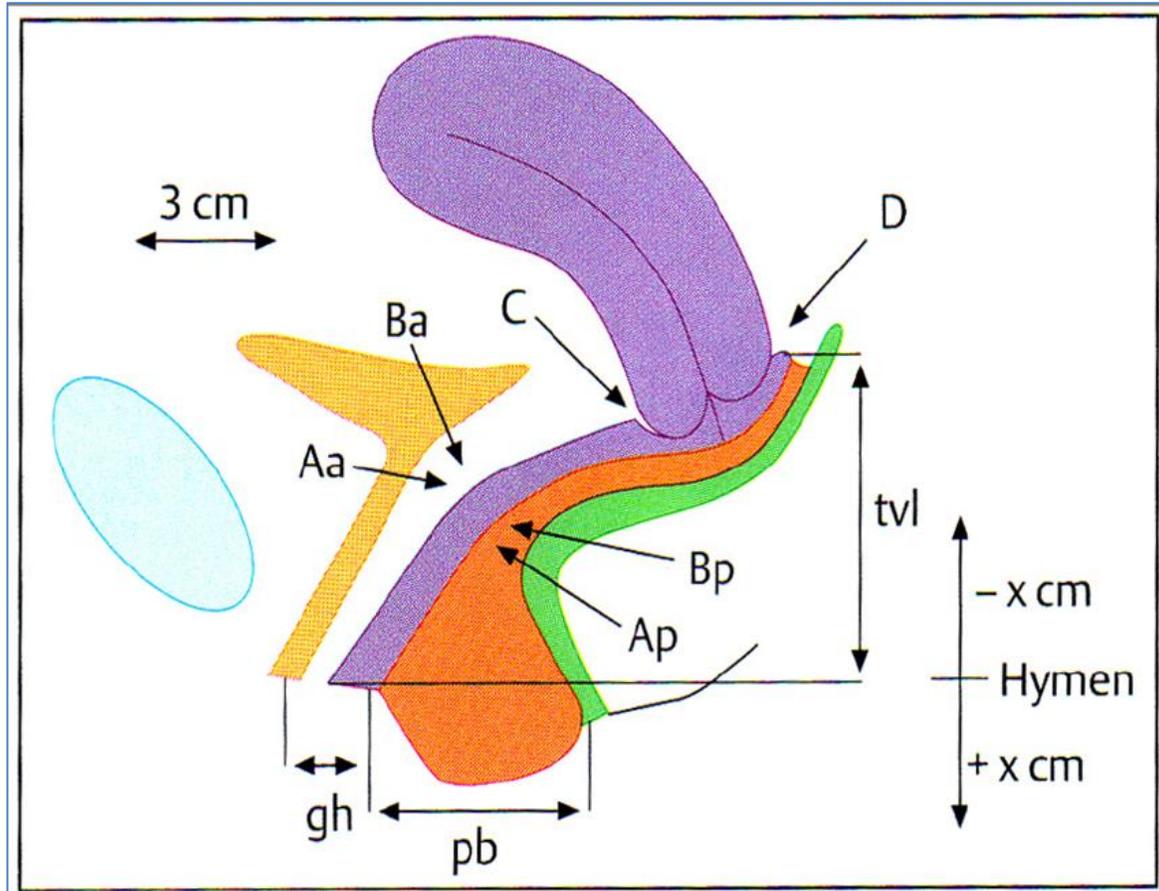
- Grade A = Preuve scientifique établie
- Grade B = Preuve sc. non établie

- Grade C = Faible niveau de preuve

Définition

- Hernie dans la cavité vaginale dans laquelle s'engagent un ou plusieurs éléments du contenu abdomino-pelvien
- Trois compartiments peuvent être intéressés :
 - Antérieur (vésical)
 - Moyen (utérus – ou fond vaginal)
 - Postérieur (Rectum, cul de sac de Douglas +/- contenu
- Prévalence 2,9% à 11,4% (questionnaire) => 31,1% 97,7% (POP-Q)
- Incidence chirurgie: 11% après 70 ans

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

Définition clinique classique

- Colpocystocèle +/- urethrocièle I à III
- Hystérocièle I à III
- Colporectocèle I à III +/- Elythrocièle
- État périnée postérieur

- **PROLAPSUS**

- Antérieur
- Moyen
- Postérieur

- Prolapsus du fourreau ≠
- Prolapsus du dôme

Symptômes

- Asymptomatiques ++
- Symptômes urinaires : Incontinence – hyperactivité vésicale – dysurie
- Symptômes génitaux- sexuels : dyspareunie – métrorragies – douleurs pelviennes +/- périnéales
- Symptôme anaux et rectaux : dyschésie – incontinence anale
- Concertation pluri-disciplinaire dans les situations complexes:
 - Désir de grossesse
 - Prolapsus rectal associé

Symptômes

- Symptômes associés non spécifiques d'un grade ou type (NP3)
- Utile de s'assurer que la gêne décrite soit en rapport avec le prolapsus observé (AP)
- Nécessaire d'évaluer les symptômes, le retentissement fonctionnel et les attentes et souhaits de la patientes.
- L'indication opératoire repose sur la présence et de symptômes avérés et d'un prolapsus significatif (AP)
- Technique chirurgicale fonction de la gravité et du type anatomique => décrire le prolapsus et son grade I à III (NP3)

RISQUES DE COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES

- Obésité – Tabagisme => exposition prothétique (NP 3)
- Antécédents chirurgicaux : syndrome douloureux pelvien => douleurs pos-opératoires
- Situations complexes : Imagerie
 - Échographie orientée
 - Colpocystographie
 - I.R.M dynamique



FACTEURS DU CHOIX THÉRAPEUTIQUE (AP)

- PROLAPSUS DE HAUT GRADE
POP-Q 3 – Large hiatus génital (béance vulvaire)
- Hyperpressions abdominales
Broncho-Pneumopathies chronique
- Troubles fonctionnels urinaires associés :
questionnaire – catalogue mictionnel –
Recherche incontinence patente /
masquée

- Vidange vésicale : débimétrie et mesure résidu post-mictionnel (AP)
- Echographie recherchant dilatation urétéo-pyélo-calicielle si prolapsus extériorisé (AP)
- Symptômes anorectaux => avis coloproctologique

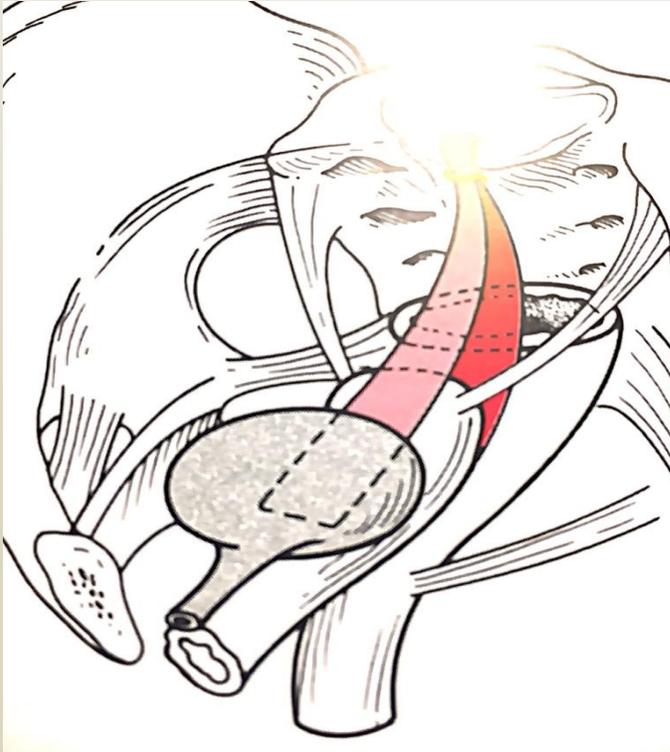
BILAN PRÉ-OPÉRATOIRE

- **EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE** : Touchers pelviens + Spéculum (2 v)
- Echographie +/- biopsies endomètre si hystérectomie prévue ou morcellation
- Frottis cervical

**AUCUN ARGUMENT POUR
RECOMMANDER UN BILAN
URODYNAMIQUE EN L'ABSENCE DE
SIGNE URINAIRE SPONTANÉ OU
MASQUÉ (GRADE C)**

PROLAPSUS NON RÉCIDIVÉ

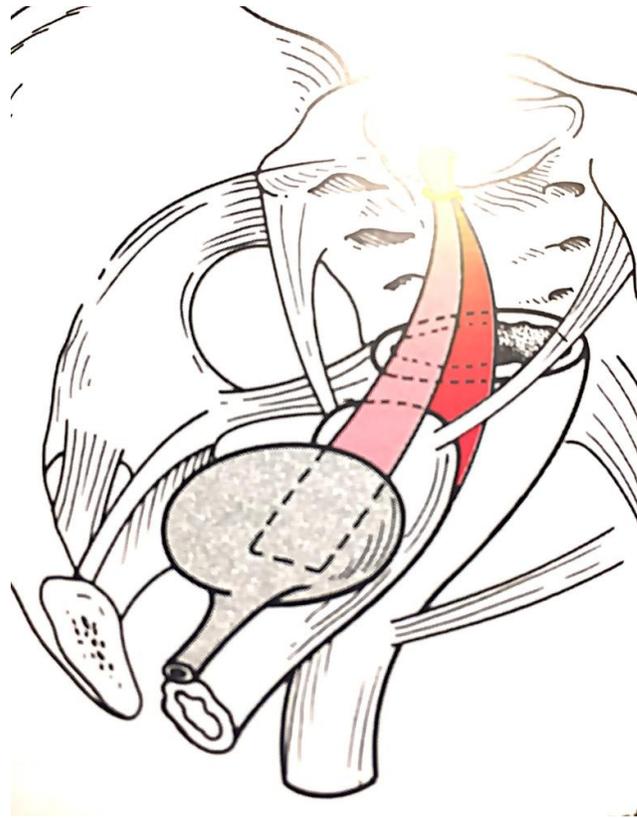
PROMONTO-FIXATION COELIOSCOPIQUE



- pas recommandé de faire une préparation digestive. (grade C)
- pas d'argument pour mettre systématiquement une prothèse postérieure inter-recto-vaginale en prévention de la rectocèle secondaire. (grade C)
- rectopexie coelioscopique efficace pour traiter prolapsus rectal (NP 3 – Grade C)
- R de Rectocèle, Élytrocèle, Entéroçèle par bandelette post. mal évalué (NP 3 => AP)

PROLAPSUS NON RÉCIDIVÉ

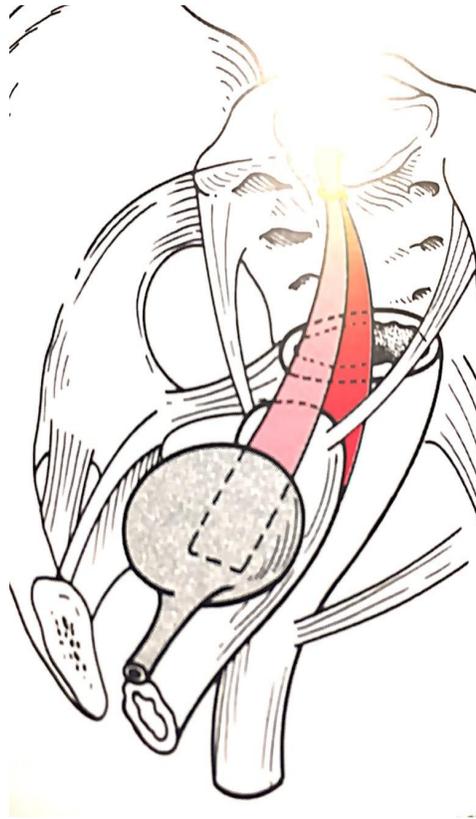
PROMONTO-FIXATION COELIOSCOPIQUE-2



- Aucune donnée pour conclure sur mode de fixation, on ne peut que rapporter usages les + courants:
 - Fixation au vagin et isthme ut par fils
 - Fixation au promontoire par fils non résorbables
 - Majorité auteurs recommandent péritonisation des implants pour diminuer risque occlusion
- Il est recommandé d'utiliser prothèses type I (polypropylène macroporeux) ou type III (polyester) (gr C) et non pas prothèses type II (PTFE, silicone) car érosions (NP2) ni prothèses biologiques (gr B)

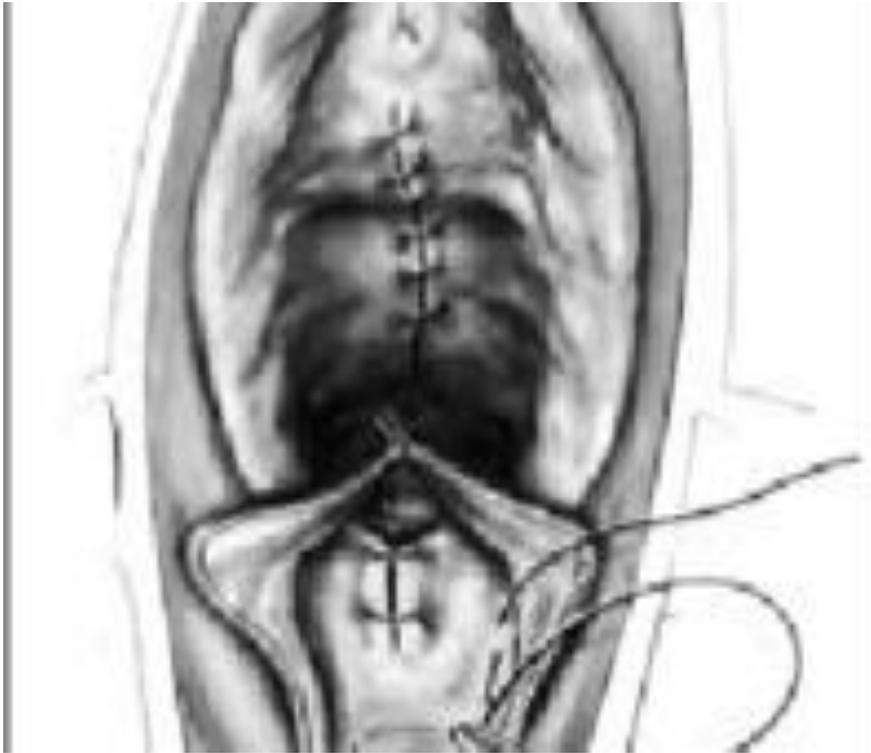
PROLAPSUS NON RÉCIDIVÉ

PROMONTO-FIXATION COELIOSCOPIQUE-3



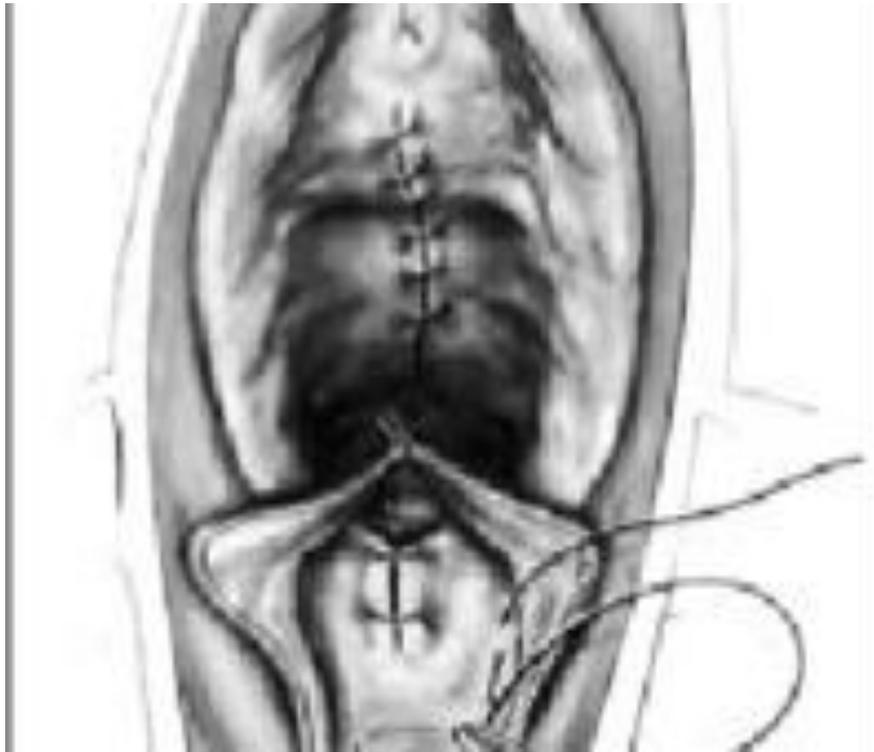
- Résultats anatomiques identiques par laparo et coelio (NP1)
- Voie coelio recommandée (gr B) car moins de complications, pertes hemorr et durée hospit (NP1)
- Assistance robot n'améliore pas résultats anat ou fonctionl (NP2) ni ne diminue complications (NP3)
- Assistance robot non recommandée par rapport coelio (gr B)

PROLAPSUS NON RÉCIDIVÉ PAR VOIE VAGINALE



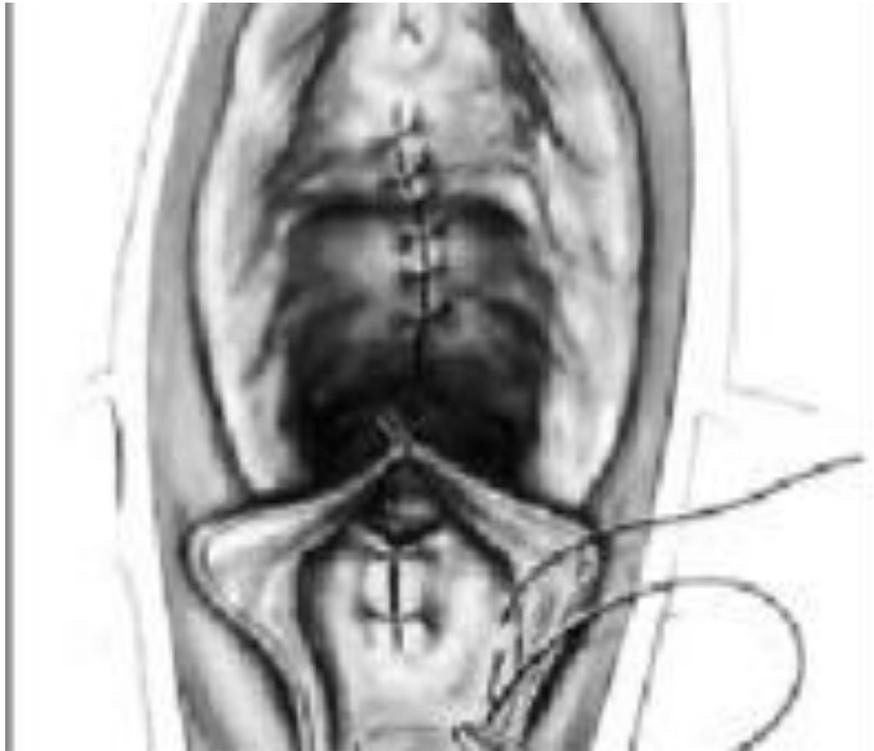
- Prothèse synthétique antérieure améliore résultats (par rapport chir autologue) pour R cystocèle (NP1)
- Mais absence différence sur résultat fonctionnel et augmentation des ré-interventions pour complications spécifiques (érosions) ne plaident pas pour utilisation systématique
- Utilisation à discuter au cas par cas car rapport bénéfice/risque incertain à long terme (gr B)
- Etudes complémentaires nécessaires centrées sur populations à risque de récurrence

PROLAPSUS NON RÉCIDIVÉ PAR VOIE VAGINALE -2



- Préparation intestinale (lavement) diminue satisfaction patientes et n'améliore pas conditions opératoires (NP2) => préparation digestive n'est pas recommandée (gr B)
- Réparation ou plicature du fascia rectovaginal sont les 2 techniques utilisées pour rectocèles moyennes. Pas de reco préférentielle: plicature donnerait meilleurs résultats anat (NP2) mais résultats fonctionl similaires (NP3)
- Utilisation fils non résorbables peut induire granulomes ou érosions (NP4) => utilisation fils résorption lente est préférable (AP)

PROLAPSUS NON RÉCIDIVÉ PAR VOIE VAGINALE -3



- R rectocèle moyenne par myorrhaphie des Releveurs: celle-ci induit 50% de dyspareunies (NP3). **Myorrhaphie pas recommandée en 1^{ère} intention (gr C)**
- R rectocèle par prothèse pré-rectale: prothèses biologiques n'apportent d'amélioration anat ou fonctionl (NP1) => pas recommandées (gr B)
- Prothèses synthétiques n'ont pas été évaluées spécifiquement pour rectocèle => évaluation à faire
- Taux érosion: 5,6 – 12% et taux dyspareunies jusqu'à 63% (NP3) => **pas indication pour proth synthétiques pour cure rectocèle en 1^{ère} intention (gr C)**

Périméorraphie Post

- Recommandée en cas de rectocèle basse et gêne lors des rapports sexuels (béance)
- **N'est pas recommandée de manière systématique (AP)**

Réparation Colpocèles post Hautes

- = rectocèle haute ou élytrocèle
- Pas de différence entre culdoplastie de McCall et sacrospinofixation de Richter en terme résultat anat ou complications (NP1)
- Pour traiter prolapsus du dôme ou l'hystéroptose, promontofix par laparotomie > sacrospinofixation en terme résultat anat et dyspareunies mais tps op, convalescence, et coût > (NP1)

Voie trans-anale

- Pour traiter rectocèle, voie trans-anale (endo-anale) < voie vaginale sur anat et fonctionl (NP1)
- **Pour traiter rectocèle moyenne ou basse, voie vaginale est préférable (gr B)**

Colpocleisis

- A court terme colpocleisis a efficacité objective de 98% (NP3) et subjective de 93% (NP3)
- Amélioration qualité vie (NP4) et image corporelle (NP3)
- A moyen terme (1-3 ans) satisfaction de 85-100% patientes (NP3)
- A long terme, 5% regrettent l'intervention (NP4)
- Moins de complications que autres techniques chez femmes > 80ans (NP2)
- Fermeture du vagin est une option envisageable qd les autres techniques ne paraissent pas indiquées, pour R femmes âgées de souhaitant plus de pénétration vaginale (gr C)
- Colpocleisis rend explorations utérines impossibles => évaluation préalable (gr C)

Hystérectomie -1

- Hystérectomie (HT) modifie-t-elle résultats anat et fonctionl de cure prolapsus?
- Hystéropexie par sacrospinofixation est aussi efficace que HT avec suspension apex (NP2) mais baisse durées op et hospit et reprise activités (NP2)
- Allongement du col = facteur de récidence (NP3). Résection cervicale (amputation) si allgt hypertrophique peut être envisagée (gr C)
- HT durant cure prolaps VB avec prothèse pour traiter étage moyen n'améliore pas résultats anat (NP2)

Hystérectomie -2

- Si promontofixation, HT ↗ durée op et pertes sang (NP3) ne diminue pas le risque récurrence étage moyen (NP3)
- HT au cours cure prolapsus ne modifie pas fonction sexuelle (NP3)
- Conservation ut ne modifie pas risque érosion vaginale si prothèse voie vaginale (NP3) => pas d'argument suffisant pour accorder un effet protecteur d'érosion à conservation ut (gr C)
- HT totale concomitante à promontofix: ↗ risque érosion proth => si HT nécessaire préférer HT subtotale (gr C)
- **Pas de raison de réaliser systématiquement HT au cours cure prolapsus (gr C)**

R Concomitant Incontinence Urinaire (IU)

- Pas d'étude randomisée pour évaluer résultats bandelette sous urétrale (BSU) associée à promontofixation. Seul Burch a été évalué, sans montrer de bénéfice (NP2)
- R isolé du prolaps avec prothèse ant traite environ 60% des IUE (NP3)
- BSU concomitante expose risques dysurie ou hyperactivité vésicale (NP3) => **on peut proposer de ne pas traiter IUE dans le même temps à condition de prévenir patiente éventualité chirurgie en 2 temps (gr C)**

Rx Concomitant Incontinence Urinaire (IU) -2

- Cure concomitante IUE masquée réduit risque IUE postop (NP1)
- Mais Rx isolé du prolapsus (coelio ou VB) permet de traiter 50-60% IUE masquées (NP1)
- Rx concomitant expose risque sur-traitement et dysurie ou hyperactivité vésicale
- **On peut proposer de ne pas traiter IUE masquée dans le même temps à condition de prévenir patiente éventualité chirurgie en 2 temps (AP)**

Conclusions

- Promontofixation coelio est la technique de choix pour prolapsus femme jeune sauf si prolaps stade 4, cystocèle avec *lateral defect* ou rectocèle basse
- Par voie vaginale:
 - utilisation prothèse ant ne doit pas être systématique
 - Sacrospinofixation donne bons résultats
 - Utilisation prothèse post très discutable (érosion..)
 - Périnéorraphie souvent inutile voire responsable de dyspareunies
- Hystérectomie pas systématique, plutôt subtotale