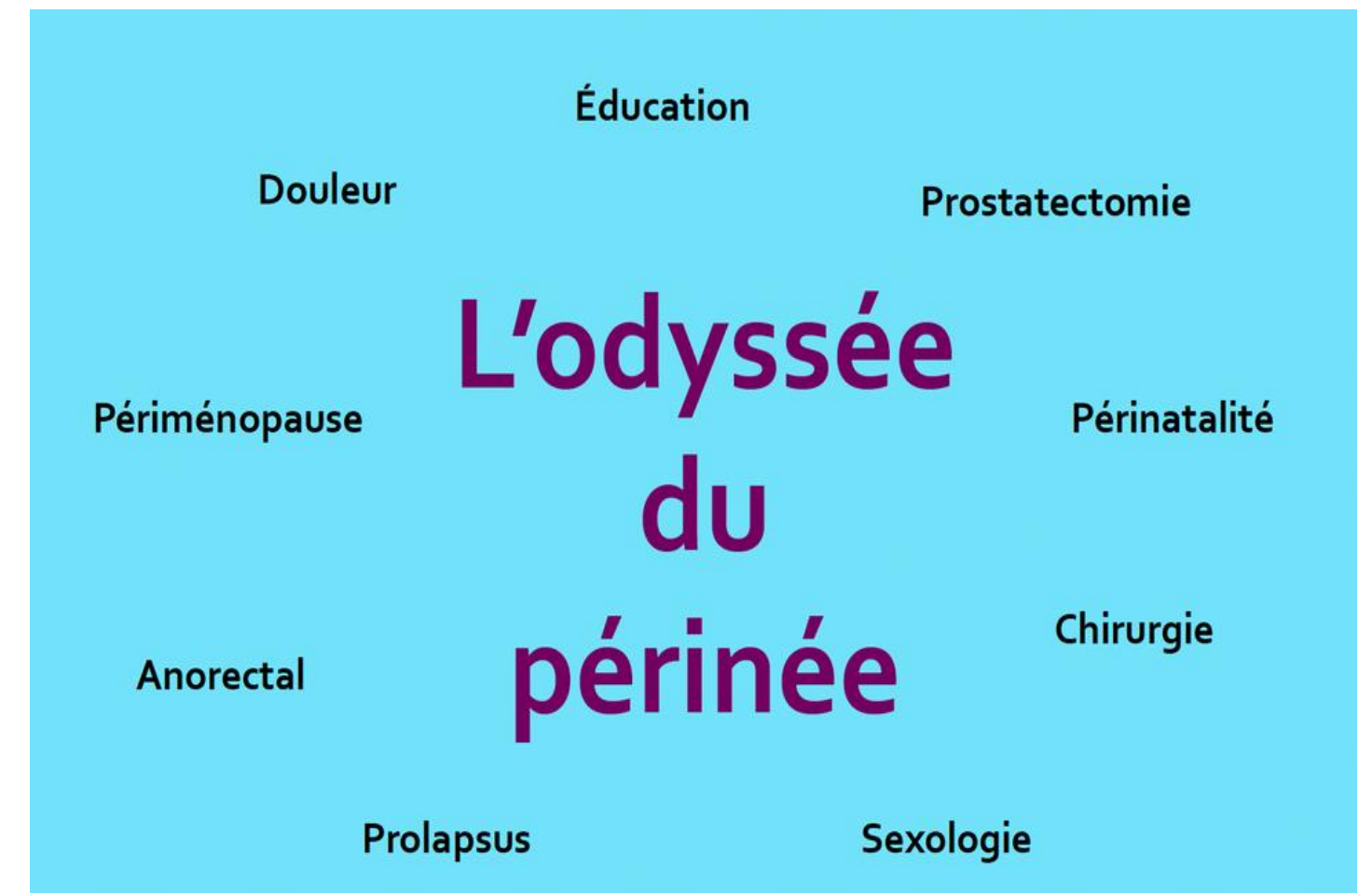


Chirurgie du prolapsus & Prévention des récidives

Dr Anne-Cécile Pizzoferrato
CHU Poitiers



AFRePP
Association Française
de Rééducation en
Pelvi-Périnéologie



CONGRÈS AFREPP
23 MARS 2024

Epidémiologie

- Prévalence du prolapsus mal connue : 43 à 76 % des femmes examinées en consultation de routine ont une descente utéro-vaginale

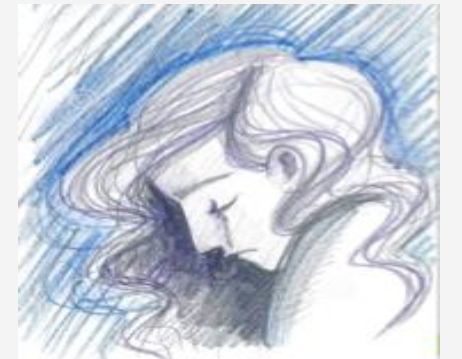
Swift et al. AJOG 2005

- L'incidence de la chirurgie du prolapsus : entre 1,5 et 4,9 cas / 100.000 femmes / an :
58% des femmes opérées ont moins de 60 ans

Olsen A et al., Obstet Gynecol, 1997

- Altération de l'image de soi et la qualité de vie :
perte de confiance en elles, se sentent moins attractive physiquement et sexuellement, se sentent moins féminine

Jelovsek, 2006 ; Lowenstein, 2009



Chirurgie du prolapsus génital

Le traitement chirurgical reste le traitement de référence du prolapsus génital

MAIS indiqué que pour les prolapsus symptomatiques APRÈS ÉCHEC OU REFUS :

- d'une rééducation pelvi-périnéale
- et/ou d'un appareillage par pessaire

Avant de proposer une chirurgie du prolapsus génital, il est recommandé que la patiente soit informée de **toutes les options thérapeutiques (AE)**

Si les options thérapeutiques conservatrices ne répondent pas aux attentes de la patiente, il est recommandé que la chirurgie soit proposée **en cas de symptômes handicapants**, en lien avec un **prolapsus génital**, retrouvé à l'examen clinique et **significatif** (stade 2 ou plus de la classification POPQ)

Prise en charge chirurgicale

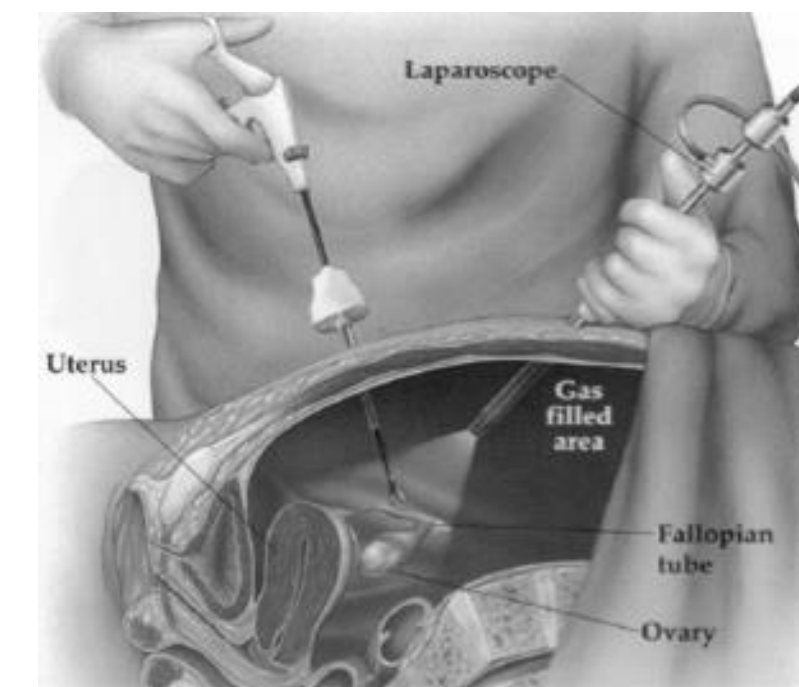
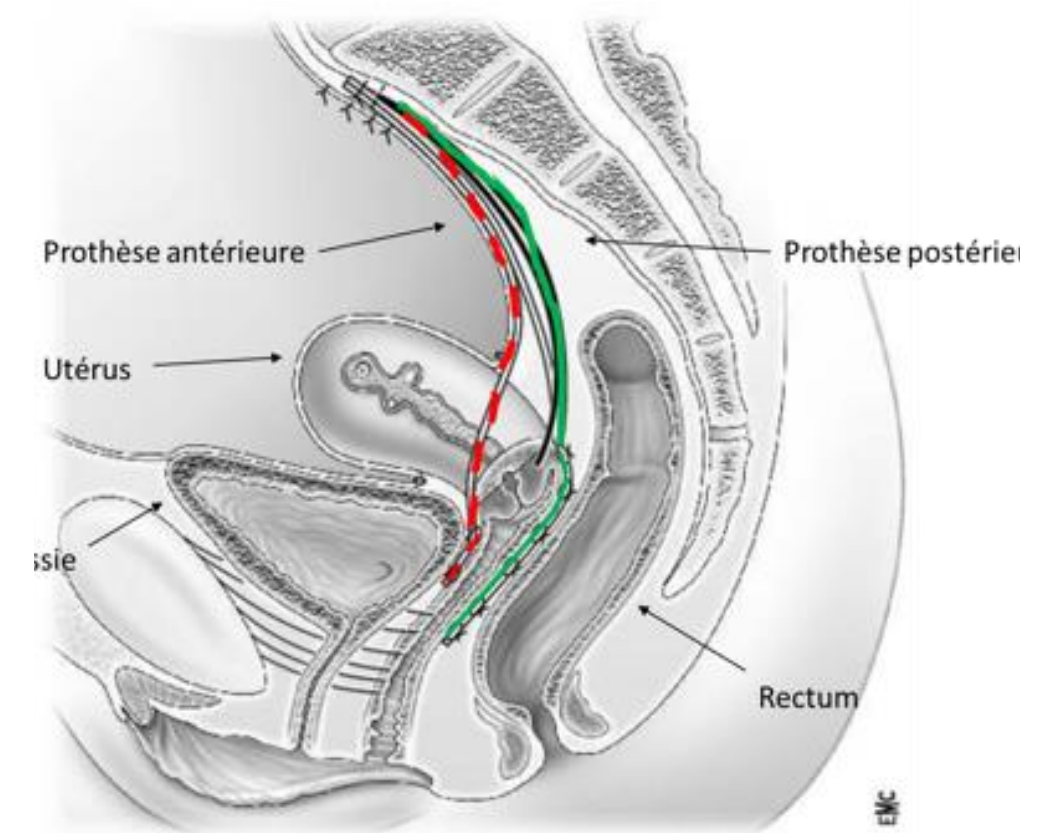
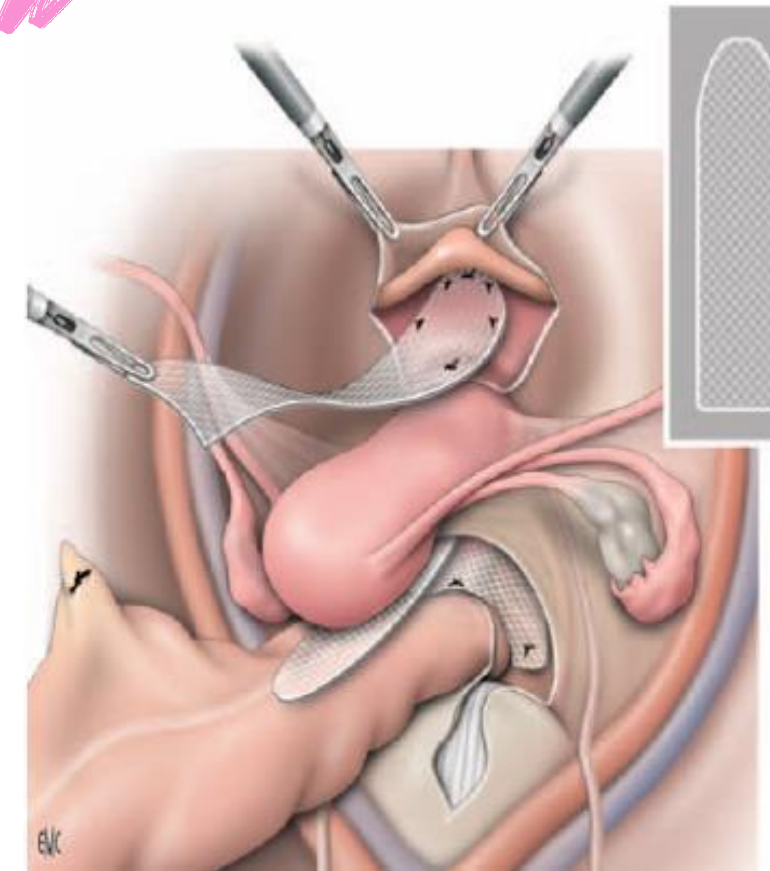
La chirurgie voie haute = promontofixation
= GOLD STANDARD

BUT :

Interposer des prothèses de soutien
synthétiques :

- en avant : entre vagin et uterus
- en arrière : entre vagin et rectum

Fixation des prothèses sur le promontoire



Prise en charge chirurgicale

Chirurgie voie vaginale

Autant de techniques que de chirurgiens !

Avec Prothèse

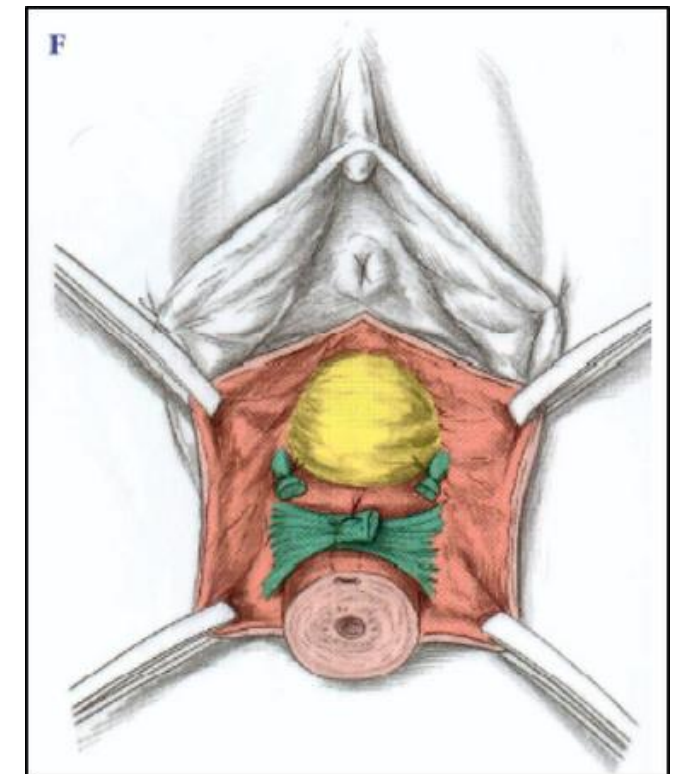
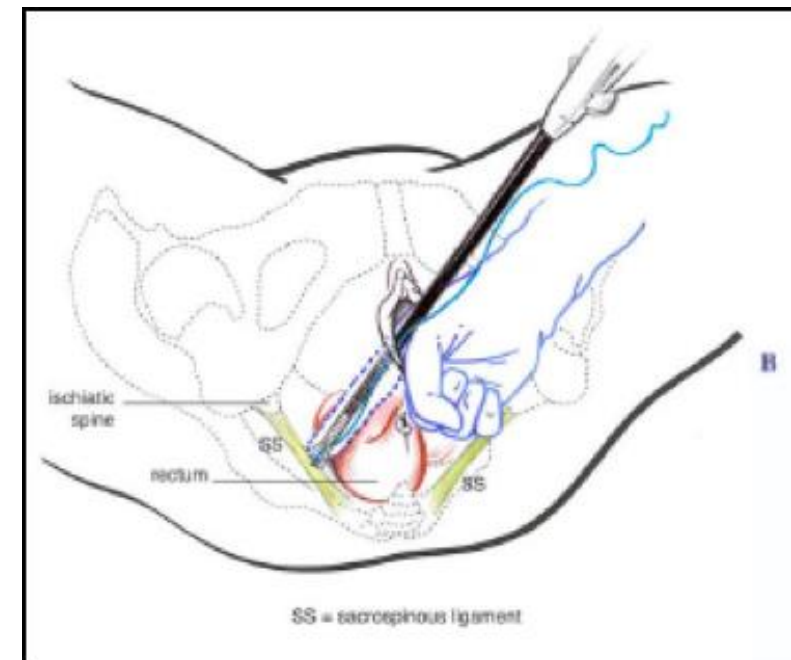


Etaient proposées surtout
en cas de récurrence ou de
risque important de
récurrence

Actuellement
plus
disponibles



Sans prothèse



**Vont se redevelopper
→ Efficacité au long terme ?**

Choix de la technique chirurgicale

- **Voie haute**, promontofixation avec prothèse synthétique
En cas de prolapsus apical et de cystocèle +/- rectocèle
- **Voie basse** autologue (sans prothèse)
Patientes fragiles ou en cas de rectocèle isolée moyenne ou basse
- **Colpocleisis** (fermeture du vagin)
Patientes très âgées avec comorbidités ne pouvant tolérer un autre type de chirurgie



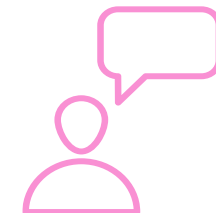
Proposer de ne pas opérer dans un même temps prolapsus et incontinence urinaire d'effort (IUE)

Prise en charge chirurgicale

Importance de l'évaluation initiale



Motif(s) de consultation
Liste des **symptômes** étage par étage
Niveau de **gêne** et retentissement au quotidien
(EVA, questionnaires spécifiques)
Qualité de vie sexuelle
Préciser les **attentes** des femmes



Explication des mécanismes en cause
Explication de ce qui peut être amélioré ou non
Explication des indications et contraintes des explorations paracliniques

Explication honnête des **différentes modalités** thérapeutiques



Quelles prises en charge ont été proposées ? Quels **résultats** ?



Evaluer les **facteurs de risque de récurrence**



Discuter en RCP de pelvi-périnéologie ++

Evaluation des symptômes

PFDI-20, Pelvic Floor Distress Inventory

Auto-questionnaire

- Evaluer de manière standardisée et reproductible les symptômes
- Evaluer l'impact des traitements proposés

1.	Avez-vous souvent l'impression que quelque chose appuie dans le bas du ventre ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
2.	Avez-vous souvent une sensation de pesanteur ou de lourdeur dans la région génitale ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
3.	Avez-vous souvent une « boule » ou quelque chose qui dépasse que vous pouvez toucher ou voir au niveau du vagin ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
4.	Devez-vous parfois appuyer sur le vagin ou autour de l'anus pour arriver à évacuer des selles ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
5.	Avez-vous souvent l'impression de ne pas arriver à vider complètement votre vessie ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
6.	Devez-vous parfois repousser avec les doigts une « boule » au niveau du vagin pour uriner ou vider complètement votre vessie ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
7.	Avez-vous l'impression de devoir beaucoup forcer pour aller à la selle ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
8.	Avez-vous l'impression d'une évacuation incomplète après être allée à la selle ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
9.	Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont solides ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
10.	Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont très molles ou liquides ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
11.	Avez-vous souvent des gaz involontaires (pets) ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			

11.	Avez-vous souvent des gaz involontaires (pets) ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
12.	Avez-vous souvent mal lors de l'évacuation des selles ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
13.	Avez-vous des besoins tellement pressants que vous devez vous précipiter aux toilettes pour aller à la selle ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
14.	Arrive-t-il qu'une partie de votre intestin dépasse de l'anus lorsque vous allez à la selle ou après y être allée ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
15.	Allez-vous fréquemment uriner ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
16.	Avez-vous souvent des fuites urinaires involontaires associées à un besoin pressant d'uriner ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
17.	Avez-vous souvent des fuites urinaires lorsque vous tousssez, que vous éternuez ou que vous riez ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
18.	Avez-vous souvent de petites fuites urinaires (quelques gouttes) ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
19.	Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			
20.	Avez-vous souvent des douleurs ou une sensation d'inconfort dans le bas du ventre ou dans la région génitale ?			
☐ Non ;	☐ Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...		
0	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4	
	Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup			

Quelles attentes ont les femmes avant la chirurgie ?



Les patientes opérées d'un prolapsus génito-urinaire ont généralement entre 3 et 4 attentes :

Correction des troubles urinaires

Correction des troubles digestifs

Volonté de retrouver des activités normales (sport ...)

Améliorer leur santé globale

Améliorer leur image de soi

Améliorer leurs relations avec les autres

Hullfish et al. Am J Obstet Gynecol 2002

Aucune de ces attentes n'est le « bon résultat anatomique » !

Facteurs de risque de récurrence

Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis

Talia Friedman^{1,2} • Guy D. Eslick³ • Hans Peter Dietz¹

Int Urogynecol J, 2018

- Caractéristiques des femmes :

Age plus jeune

Avulsion du MEA

Hiatus plus large

Histoire familiale, Marfan,

- Facteurs obstétricaux :

Poids de naissance

Parité

Mode d'accouchement

- Lifestyle factors » :

IMC

Constipation

Activité physique

Tabac / pathologie pulmonaire

- Facteurs chirurgicaux :

Stade du POP pré-opératoire (stade 3-4)

ATCD chirurgicaux

SOUVENT LA COMBINAISON DE PLUSIEURS DE FACTEURS



IMPORTANCE DE L'ÉVALUATION PRE-OPÉRATOIRE ++



PRISE EN CHARGE PERSONNALISÉE

La récurrence, facteur de risque de récurrence !



Perterson et al. :

Etude rétrospective, 31 femmes ayant eu colporraphie ant (CA)
pour récurrence vs 31 CA en chirurgie initiale

Dans groupe récurrence :

- taux de récurrence plus élevé à 2 ans
- délai à la récurrence plus court

Primary versus recurrent prolapse surgery: differences in outcomes

Thais V. Peterson • Deborah R. Karp •
Vivian C. Aguilar • G. Willy Davila

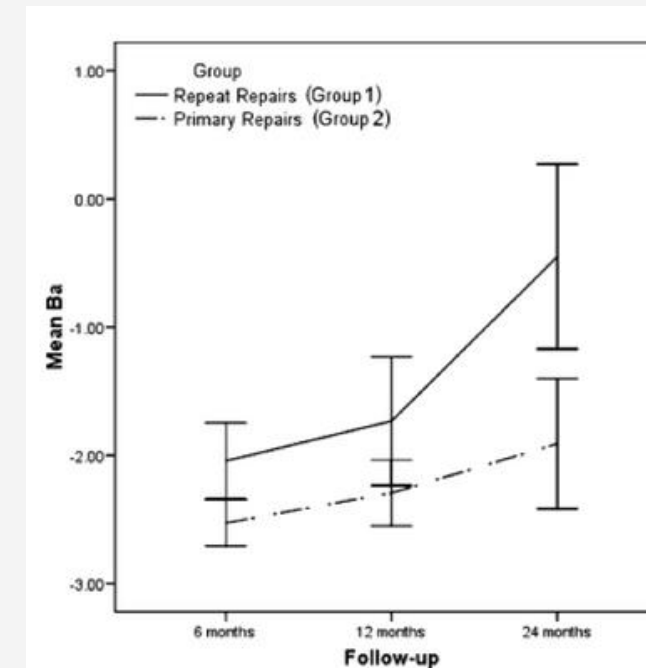
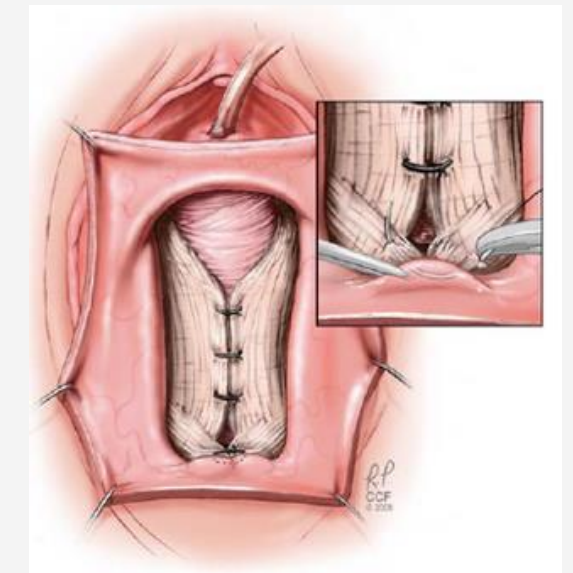
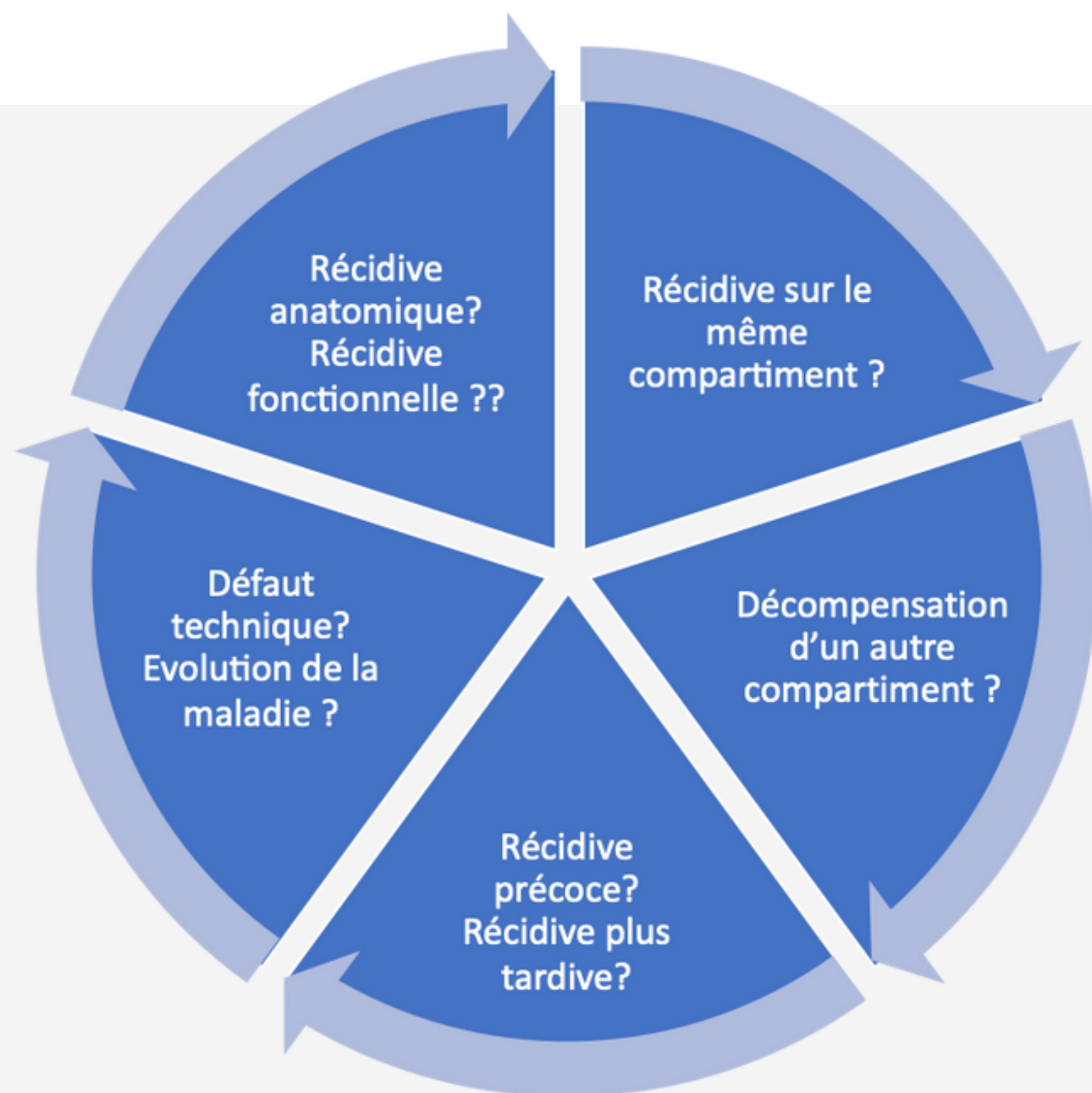


Fig. 2 Mean Ba (centimeters) by follow-up time period in groups I and II

La récurrence, de quoi parle-t-on ?

Prise en charge repose sur la **PLAINT**E de la patiente



Traduction française de la terminologie commune International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) sur les troubles de la statique pelvienne chez la femme initialement publiée dans Int Urogynecol J 2010;21(1):5–26[☆]

de Tayrac, 2016

- (i) une boule dans la région vaginale : perception d'une « boule » ou de « quelque chose qui descend vers ou à travers l'orifice vaginal », dont se plaint la patiente. La patiente indique éventuellement qu'elle perçoit la boule par palpation directe ou bien qu'elle la voit en s'aidant d'un miroir ;
- (ii) la pesanteur ou un tiraillement pelvien : sensation accrue de pesanteur ou de tiraillement dans la région sus-pubienne et/ou dans la région pelvienne, dont se plaint la patiente ;

Quel taux de récurrence ?

Effect of Uterosacral Ligament Suspension vs Sacrospinous Ligament Fixation With or Without Perioperative Behavioral Therapy for Pelvic Organ Vaginal Prolapse on Surgical Outcomes and Prolapse Symptoms at 5 Years in the OPTIMAL Randomized Clinical Trial

J. Eric Jelovsek, MD, MMEd; Matthew D. Barber, MD, MHS; Linda Brubaker, MD, MS; Peggy Norton, MD; Marie Gantz, PhD; Holly E. Richter, PhD, MD; Alison Weidner, MD; Shawn Menefee, MD; Joseph Schaffer, MD; Norma Pugh, MS; Susan Meikle, MD, MSPH; for the NICHD Pelvic Floor Disorders Network

JAMA, 2018

Jelovsek et al. :

Richter vs suspension des LUS (Mc Call) (voie vaginale)

285 patientes, suivies à 5 ans

- si récurrence = POP au-delà de l'hymen = 61,8% (Richter) vs 47,5% (Mc Call)
- si récurrence = sensation de « boule vaginale » = 41,8% vs 37,4%

Long-term Outcomes Following Abdominal Sacrocolpopexy for Pelvic Organ Prolapse

Ingrid Nygaard, MD,
University of Utah; Salt Lake City, UT

JAMA, 2013

Nygaard et al. :

PMF voie abdo avec ou sans Burch

181 femmes, suivies à 7 ans

- si récurrence = nouveau POP Clinique ou réintervention ou pessaire ou symptôme de boule vaginale = 48% (avec Burch) vs 34% (sans Burch)
- si récurrence = boule vaginale = 29% vs 24%

Risque de réintervention maximal dans la première année

Lowenstein et al. 2018



Sur quels facteurs de risque peut-on travailler ?



Même si l'association entre ces facteurs de risque et la survenue d'un prolapsus génital n'est **pas toujours étayée par des données solides**, il est **recommandé** d'aider la patiente à mieux gérer ces facteurs par (AE) :

- une **perte de poids** associée à une bonne hygiène alimentaire ;
- la prise en charge d'une **constipation** chronique ;
- une éducation thérapeutique au **comportement mictionnel et défécatoire** ;
- une éducation thérapeutique au **port de charges** ;
- une éducation thérapeutique à la **toux** ;
- des conseils visant à limiter la sédentarité et favoriser l'**activité physique**

Intérêt du pessaire ?



Les pessaires sont des traitements **efficaces** sur les symptômes associés au prolapsus génital et améliorent la **qualité de vie**. Leur efficacité sur les symptômes est **immédiate** et semble **équivalente** à celle du traitement chirurgical
--> PROPOSITION OBLIGATOIRE

Patel, 2010; Mao, 2019, Martin-Lasnel, 2020

Un test par pessaire peut être envisagé à visée diagnostique et thérapeutique, dans les cas où le lien entre symptômes rapportés et prolapsus n'est pas certain

Intérêt du pessaire ?

Dispositif bien accepté par les patientes :

- Taux très variable dans la littérature : 20% à 63%
- Série CHU Caen > 90% d'acceptation

Nebel, Pizzoferrato et al. 2022

➤ D'autant mieux accepté que les modalités de surveillance et les effets secondaires potentiels bien explicités +++ :

Storey et al. (2009): étude qualitative (11 femmes utilisant un pessaire) :

→ **soutien** psychosocial fourni joue un rôle primordial dans leur prise en charge

Freins à l'utilisation du pessaire : femmes plus jeunes et sexuellement actives

Heit, 2003; Kapoor, 2009, Bodner-Adler, 2009

OU PAS ...

Pessaire = bon marqueur d'hyperpression abdominale ++ (à risque d'échec pour le pessaire ET POUR LA CHIRURGIE)



Conclusions

La chirurgie (promontofixation avec prothèse) est efficace

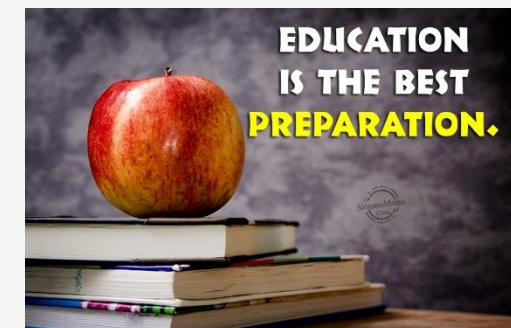
MAIS A PROPOSER :

- après prise en charge conservatrice
- le plus tard possible : toujours une solution chirurgicale quelque soit l'âge
- après avoir corrigé les facteurs de risque de récurrence

Pessaire :

- une solution efficace aussi, bien acceptée si bien expliquée et suivi rapproché
- permet de voir l'évolution des symptômes après réintégration du prolapsus
- véritable marqueur des **hyperpressions abdominales excessives**
- permet de **prendre le temps d'éduquer** les patientes ++++

Bien préciser les
symptômes et les
attentes des femmes ++



**Merci de votre
attention**

