



Hospices Civils de Lyon

■
votre santé,
notre engagement

RECOMMANDATIONS 2016 POUR LA CHIRURGIE DE PROLAPSUS NON RÉCIDIVÉ

Dr Franck JACQUOT

Service de Gynécologie Cancérologie - Obstétrique - CHLS

08/06/2017

PROLAPSUS GENERALITES

- **Définition :**
- Descente dans le vagin, à travers le plancher pelvien d'organes :
 - * génitaux : utérus ;
 - * urinaires : vessie, urètre ;
 - * digestifs : rectum, cul de sac de Douglas
- **Prévalence :**
- - estimation difficile
- - augmente avec l'âge
- - examen clinique entre 45 et 80 ans :
 - *stade I 30%
 - *stade II 10%
 - *stade III 5%
- **Etiologie :**
- - **accouchements** : +/- grossesses
- - **âge** : vieillissement des tissus, carence hormonale
- - **chirurgie** : Hystérectomie – Cure incomplète de prolapsus
- - **facteurs constitutionnels** : conjonctif – morphologie
- - **hyperpression abdominale** :
 - *toux – constipation chronique
 - * obésité
 - *sports intenses

PROTOCOLE D'ELABORATION

■ **ETAPE 1 – CUROPF (Comité d'urologie et périnéologie de la femme)**

Groupe d'experts urologues et gynécologues

+ 1 coloproctologue + 1 radiologue

- ➔ * Liste de thèmes relatifs à la chirurgie du prolapsus
- * revue exhaustive de la littérature
- * Formulation des recommandations

■ **ETAPE 2 – 5 SOCIETES SAVANTES**

AFU – CNGOF – SNFCP – SIFUD.PP – SCGP

- ➔ * Validation après relecture
- * Gradation selon les niveaux de preuve : A . B . C . Ap

■ **ETAPE 3 – REDACTION Des recommandations de « PRATIQUE CLINIQUE »**

- ➔ * Publication dans la revue « PROGRES EN UROLOGIE »

DEMARCHE CONSEILLEE

1- Répertorier tous les symptômes cliniques

- Vulvo Vaginaux (boule + +)
- Urinaires
- Sexuels
- Gynécologiques
- Coloproctologiques
- Généraux

2- Décrire le prolapsus observé

- Etat anatomique complet
 - Stadification (POP-Q)
- } Parois et hiatus vaginal, périnée, utérus, anus

3- S'assurer de la concordance des symptômes avec les données anatomiques (chronologie)

4- Apprécier le retentissement sur la qualité de vie

5- Proposer une prise en charge adaptée

- Symptomatique
 - * rééducation périnéale et vésicale
 - * oestrogénothérapie
 - * laser vaginal
- Anatomique
 - * chirurgie
 - * pessaire

6- Rechercher les facteurs de risques de

- Difficulté per ou post opératoire
- Récidive anatomique
- Mauvaise correction des signes fonctionnels

FACTEURS DE RISQUES RECONNUS

- **De difficultés per ou post opératoires (AP)**
 - Obésité
 - Tabagisme
 - ATCD chirurgies pelviennes
 - Syndrome douloureux pelvien chronique
 - Pathologie d'organes associés

- **De récidence anatomique (AP)**
 - Jeune âge
 - ATCD familiaux ou personnels de pathologie tissulaire
 - Prolapsus de haut grade
 - Large hiatus génital ou béance vulvaire
 - Facteurs d'hyperpression abdominale
 - Profession physique
 - Constipation ou toux chronique
 - Activités sportives intensive

- **D'échec fonctionnel (AP)**
 - Syndrome HAV ancien (+ si hyperactivité détrusorienne)
 - Vessie atone
 - IUE masquée

BILAN PRE OPERATOIRE

■ Interrogatoire poussé (C)

- Direct
- Autoquestionnaires
 - * de symptômes (USP – PFDI20)
 - * De qualité de vie (PFIQ7)

■ Examen clinique Pelvien (C)

- Test toux vessie pleine (prolapsus en place et réintégré)
- Examen vulvaire et périnéal (repos, poussée, retenue)
- Spéculum
 - * 1 et 2 Valves (POP Q)
 - * FV +/- BE

- TV
 - * taille de l'utérus
 - * recherche de masse pelvienne
 - * palpation des releveurs

- Selon SF
 - * Toucher rectal, anal ou combiné
 - * Examen neuro périnéal

■ BUD

- Non systématique (C)
- Si signes urinaires (AP)
 - * spontanés
 - * Révélés par test à la toux
- Débitométrie et mesure RPM conseillé (AP)

■ Imagerie (colpocystodéfécographie, IRM pelvien dynamique, Echo)

- Doutes ou difficultés à l'examen clinique
 - discordance SF et constatations anatomique
 - doute sur pathologie d'organe associé
- } (AP)

■ Avis spécialisé

- gynécologue si métrorragies (C)
- coloproctologue si SF anorectaux (AP)

TECHNIQUES CHIRURGICALES

(PROLAPSUS ETAGE MOYEN ET/OU ANTERIEUR)

■ VOIE COELIOSCOPIQUE

- Promontofixation au ligament vertébral antérieur (LVA) par prothèses synthétique
- Fixation latérale aux parois pelviennes avec ou sans prothèse
 - +/- réfection périnéale
 - +/- hystérectomie sub totale

■ VOIE VAGINALE AUTOLOGUE

- Hystéropexie au ligament sacrosciatique (RICHARDSON)
 - + renfort sous vésical systématique
- Hystérectomie + fixation du vagin
 - Aux ligaments US (Mc Call)
 - au ligament sacro sciatique (RICHTER)
 - + renfort sous vésical systématique
 - +/- réfection périnéale
- Occlusions vaginales
 - Colpocléisis (LEFORT, ROUHIER)
 - vulvocléisis (LABARTH)

■ VOIE VAGINALE PROTHETIQUE

- Prothèse sous vésicale
 - 2 bras (Ligament sacro sciatique)
 - 4 bras (LSS + obturateur)
- Prothèse postérieure (LSS + releveurs superficiels)
- IVS postérieure (fixation transglutéale par bandelette)

SYNTHESE DES RESULTATS

- Correction anatomique : → VH>VB (autologue et prothétique) (NP1)
- Résultats fonctionnels globaux
- Taux de réintervention
- Amélioration sexuelle
- Durée d'hospitalisation
- VH = VB autologue
(Pas d'étude comparative indiscutable)
- Complications post opératoires (iléus – érosion – phlébite – douleurs)
- Récupération post opératoire
- Coût (durée geste matériel)
- VH > VB autologue
(Cochrane 2013) (NP1)
- Taux de réintervention (érosion – fistule)
- Dyspareunie
- VB prothétique > autres
- Récidive à long terme ???

=>

- * promontofixation : « Gold Standard »
- * VB autologue : excellente alternative
- * VB prothétique : indication ciblée en cours d'évaluation

CRITERES DE CHOIX POUR CHIRURGIE

■ GENERAUX

- Âge avancé : VB autologue +/- Colpocléisis
 - Comorbidités
 - ATCD pelviens
 - Activités sexuelles
 - Surpoids (NP4)
- } VB
- } VH

■ SELON TYPE DE PROLAPSUS

- Allongement du col
 - Excès de longueur vaginale
 - Rectocèle haute
 - Élytrocèle
 - Rectocèle moyen : VB autologue
 - Béance vulvaire : Colpopérinéo superficiel
 - Cystocèle isolée
 - Récidive
- } VB
- } VH
- } VB prothétique ?

Recommandations pour PROMONTOFIXATION

■ **Recommandé :**

- voie coelioscopique (B)
- Traitement consensuel du prolapsus rectal symptomatique (C)
- Prothèses non résorbables (C)
 - ✓ type I Polypropylène macropores
 - ✓ type III : Polyester
- Hystérectomie subtotale si indication d'hystérectomie (C)

■ **Non Recommandé**

- Hystérectomie systématique (B)
- Préparation digestive pré opératoire (C)
- Prothèse postérieure rectovaginale préventive (C)
 - Prothèse biologique (B)
 - Prothèse type II : Silicone ou PTFE (C)
- Assistance robotique (B)

Recommandations pour VOIE VAGINALE

■ **Recommandé :**

- Traitement des rectocèles moyennes et basses symptomatiques
 - ✓ (B) par rapports à la voie transanale
 - ✓ (AP) par rapports à la promontofixation
- Résection du col si allongement et pas d'hystérectomie (C)
- Colpocléisis si femme âgée sans pénétration vaginale (C)
- Fils non résorbables pour les pexies (AP)

■ **Non Recommandé**

- Prothèse systématique dans cystocèle non récidivé (B)
- Préparation digestive pré opératoire (B)
- Hystérectomie systématique (C)
- Prothèse postérieure pour rectocèle non récidivée (C)
- Myorrhaphie des releveurs dans rectocèle moyenne (C)
- Périnéorrhaphie superficielle si absence de béance vulvaire (AP)

Recommandations pour PROLAPSUS et IUE

■ IUE pré opératoire patente

- 40% des stades 2 et 20% des stades 4
- Amélioration par cure isolée de prolapsus
 - Promontofixation ou VB autologue : 30%
 - Prothèses VB avec bras antérieur : 60%

■ IUE masquée (Test à la toux +)

- Incidence dépendante du moyen de réintroduction du prolapsus (pessaire 6% → 30% au spéculum)
- IUE de Novo après traitement isolé du prolapsus
 - 50% si IUE masquée (NP1)
 - 30% si IUE pas masquée

■ Effet du traitement concomitant

- Réduction du risque d'IUE de Novo (NP1)
- Risque : 10% dysurie 10% HAV Surtraitement inutile

- * Pas de recommandation possible
- * Si traitement différé : prévenir patiente (C)
- * BUD conseillé (AP)



Hospices Civils de Lyon



■
votre santé,
notre engagement