



DU Bichat, février 2024

# Prolapsus génitaux-urinaires

**R de Tayrac**

Service de Gynécologie-Obstétrique  
CHU Carémeau, Nîmes

# Historique (1)

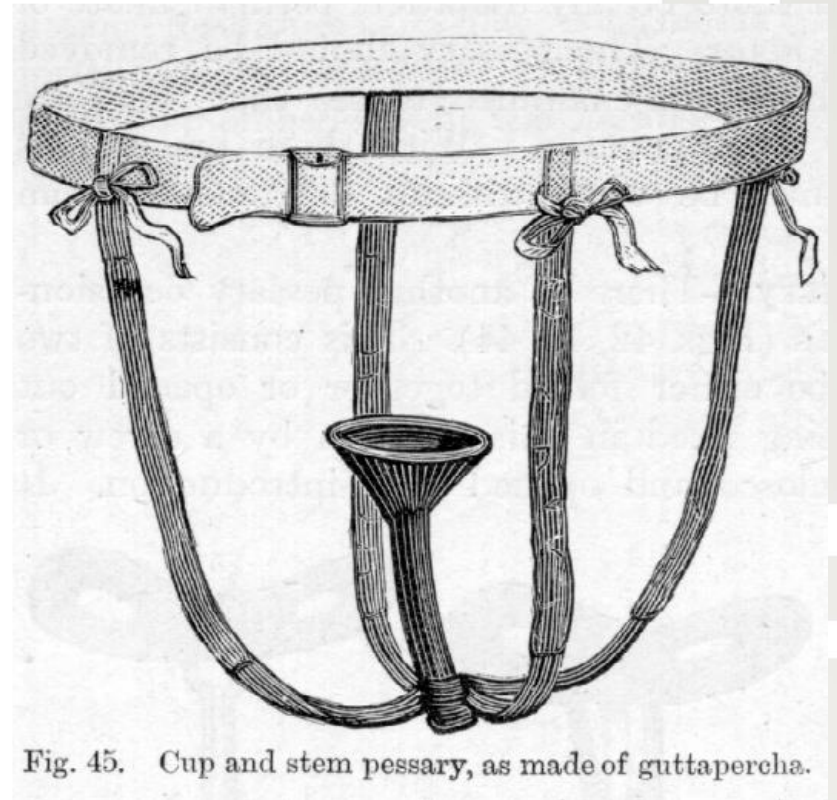
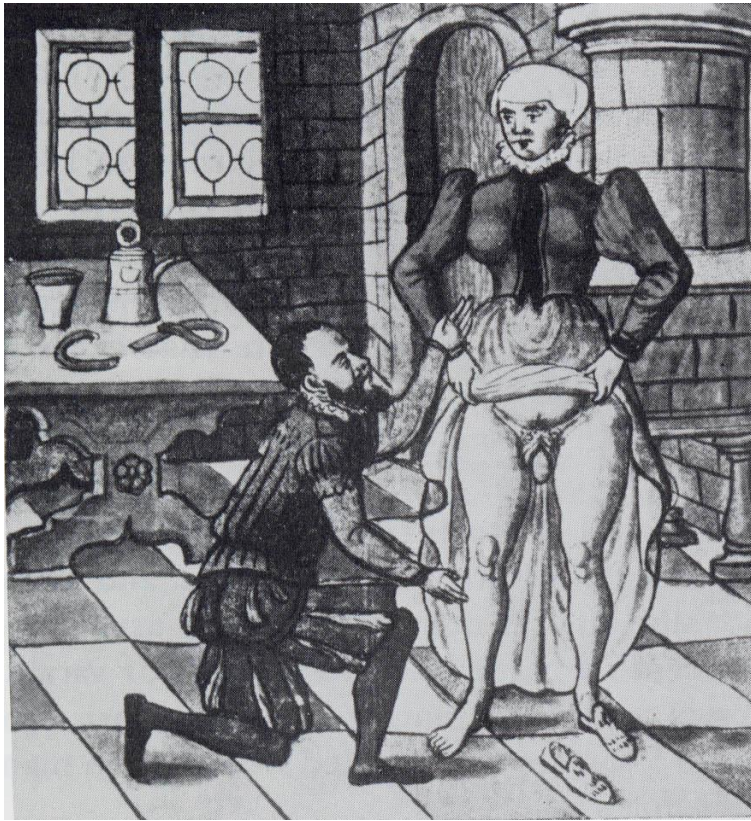


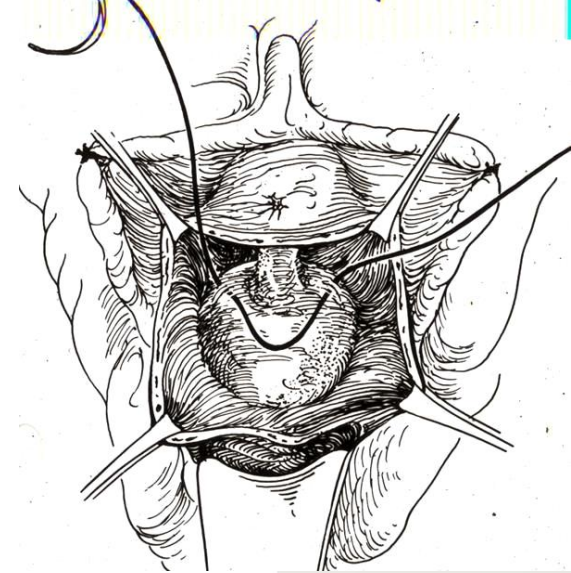
Fig. 45. Cup and stem pessary, as made of guttapercha.

16<sup>ème</sup> siècle

16<sup>ème</sup> siècle

## Historique (2)

- 1670 : Première hystérectomie vaginale
- 1910 : Premières cure de prolapsus voies basses
- 1950 : Promontofixation par laparotomie
- 1980 : Sacrospinofixation (Richter)
- 1990 : Promontofixation par coelioscopie
- 2000 : Prothèses par voie basse
- 2019 : Retrait des prothèses voie basse
- 2021 : Décret encadrant les promontofixations
- 2021 : Reco HAS prise en charge des prolapsus
- 2022 : Reco HAS prise en charge des complications



# Introduction



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 est un « bon résultat anatomique »**



# Introduction



- ✓ Importance de l'évaluation initiale :
  - ✓ Motif de consultation
  - ✓ Liste des symptômes étage par étage
  - ✓ Niveau de gêne et retentissement au quotidien (EVA, questionnaires spécifiques)
  - ✓ Qualité de vie sexuelle
  
- ✓ Prise en compte des différents symptômes :
  - ✓ 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
  - ✓ Abstention
  - ✓ Rééducation comportementale
  - ✓ Rééducation pelvi-périnéale
  - ✓ Appareillage (pessaires)
  - ✓ Reconstruction chirurgicale
  
- ✓ Savoir travailler à plusieurs ou référer les patientes

# Epidémiologie (1)

- Etude de prévalence hollandaise
- Population : 2750 femmes (45-80 ans)
- Taux de response : 1398 (50%)
- 653 femmes tirés au sort pour avoir un examen clinique urogynécologique

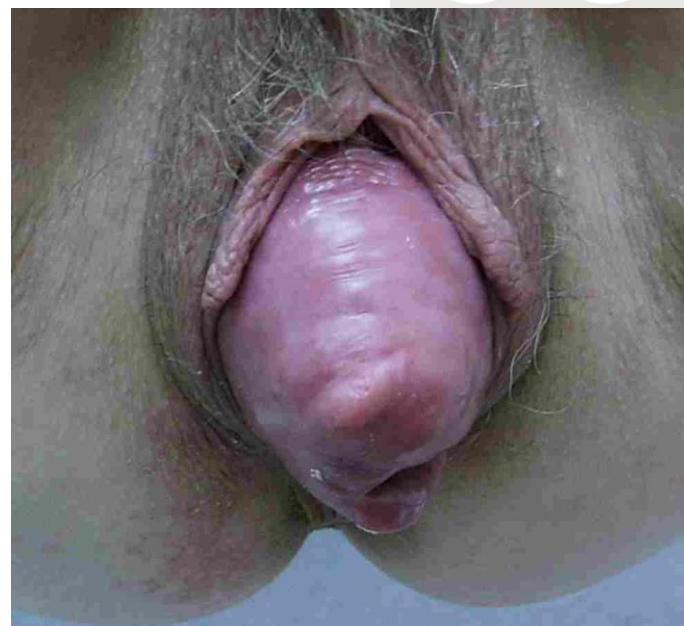
# Prévalence prolapsus > 45 ans



**Stade 1 : 30%**



**Stade 2-3 : 10%**



**Stade 3-4 : 5%**

## Etude WHI

	16 616 femmes non hystérectomisées	10 727 femmes hystérectomisées
Prolapsus génital toute forme	41,4%	38,0%
Cystocèle	34,3%	32,9%
Rectocèle	18,6%	18,3%



# Dernières données épidémiologiques

« Le prolapsus des organes pelviens, une épidémie cachée du XXI<sup>e</sup> siècle »

*(Article russe (MS Selihova et al. Adv Gerontol 2021))*

Les déterminants génétiques du prolapsus restent peu connus

*(K Allen-Brady, Int Urogynecol J 2021)*

Prévalence dépendante du groupe ethnique (USA) :

**femmes blanches : 10,8 %**

femmes hispaniques : 6,6 %

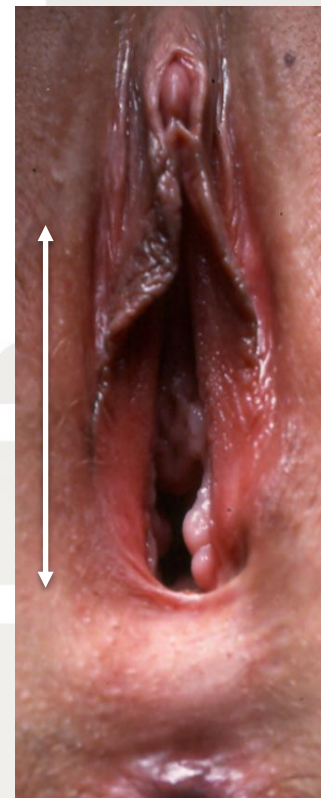
femmes noires : 3,8 %

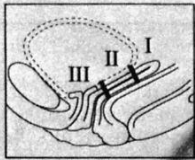
femmes asiatiques : 3,4 %

*(T Mou et al. Neurourol Urodyn 2021)*

La hauteur du hiatus génital (point GH – classification POP-Q) est significativement associée aux symptômes et à la gravité de la gêne, indépendamment du stade du prolapsus

*(KS Muñoz et al. Int Urogynecol J 2021)*





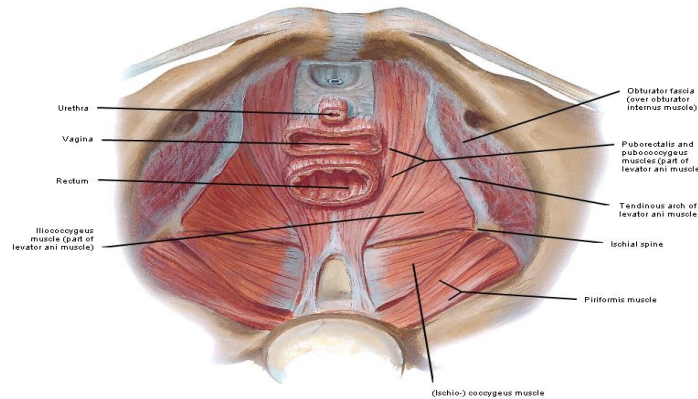
Ischial spine & sacrospinous ligament

Levator ani

Pubocervical fascia  
Rectovaginal fascia

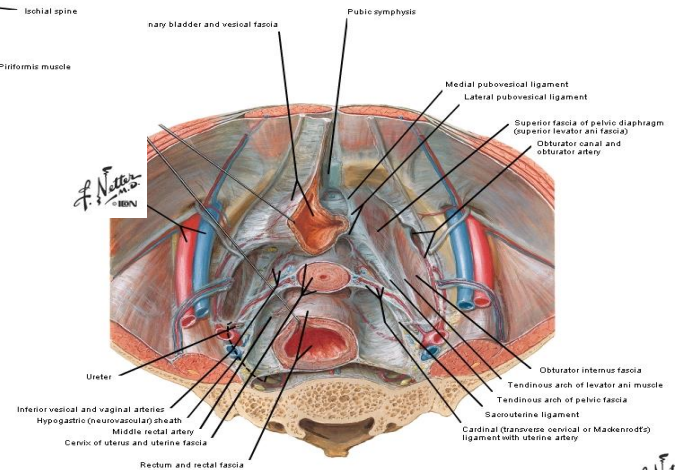
## SUSPENSION

Pelvic Diaphragm of Female  
Superior View



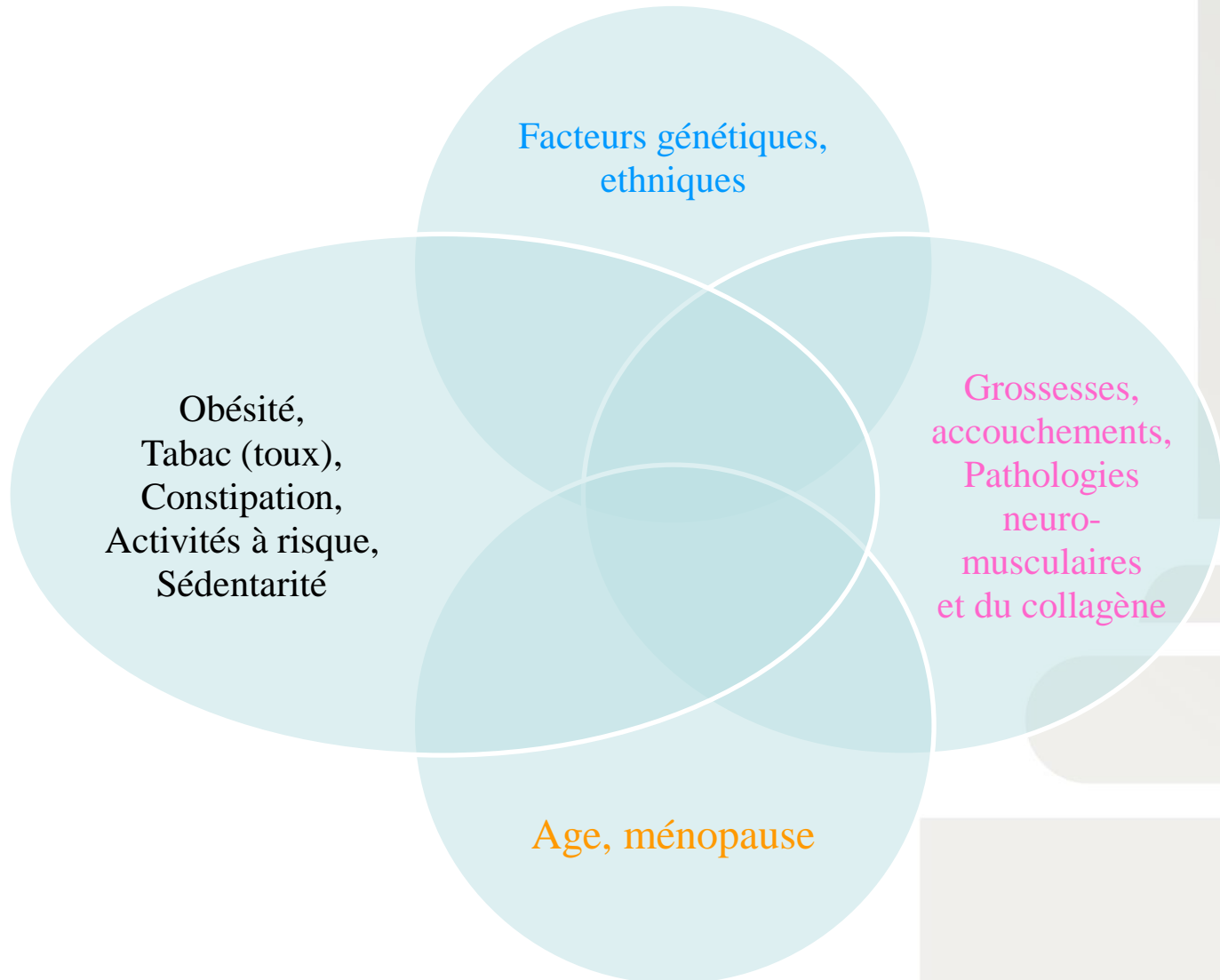
## SOUTAINEMENT

Pelvic Fascia and Potential Spaces of Female  
Superior View (Peritoneum Removed)



## COHESION FASCIALE

# Facteurs de risques



# Symptômes devant être recherchés chez une patiente consultant pour un prolapsus génital (1)

## URINAIRES

	Fréquence approx. (%)
Incontinence urinaire d'effort	50
Urgenturies (impériosités mictionnelles)	50
Incontinence urinaire par urgenturies	40
Incontinence lors des rapports sexuels	30
Pollakiurie diurne (> 8 mictions / jour)	30
Dysurie	40
Nycturie (> 1 miction / nuit)	20
Infections urinaires à répétitions	10

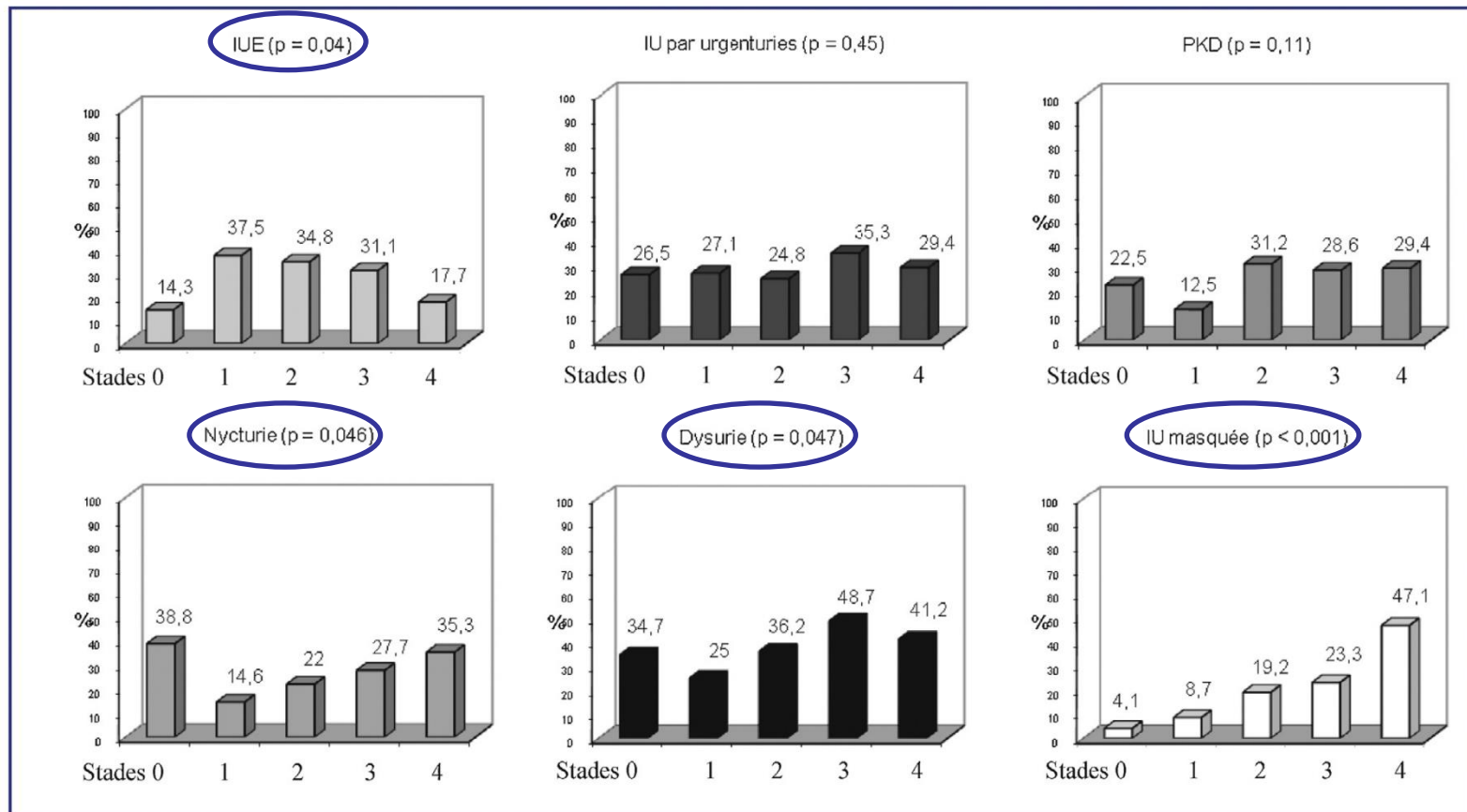
**Bump et al. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998**  
**Barber et al. *Am J Obstet Gynecol* 2001**  
**Bradley et al. *J Womens Health* 2005**



# Prévalence des troubles fonctionnels et associations anatomo-fonctionnelles chez les femmes présentant un prolapsus génital

Functional symptoms prevalence and anatomo-functional associations on women with genital prolapse

S.A. Adjoussou<sup>a,b</sup>, E. Bohoussou<sup>a,c</sup>, S. Bastide<sup>d</sup>,  
V. Letouzey<sup>a</sup>, B. Fatton<sup>a</sup>, R. de Tayrac<sup>a,\*</sup>



**Figure 1.** Association entre le stade de la cystocèle et la prévalence des symptômes urinaires. IUE : incontinence urinaire d'effort ; IU : incontinence urinaire ; PKD : pollakiurie diurne.

## Symptômes devant être recherchés chez une patiente consultant pour un prolapsus génital (2)

	Fréquence approx. (%)
Sensation de « boule » intra-vaginale	100
Pesanteur pelvienne ou périnéale	80
Gêne ou appréhension lors des rapports sexuels	30
Dyspareunies	10
Manœuvres intra-vaginales facilitant la miction ou la défécation	?
Symptômes de béance vulvaire (hyposensibilité lors des rapports sexuels, gaz vaginaux, rétention d'eau dans le vagin)	24

**Bump et al. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998**  
**Barber et al. *Am J Obstet Gynecol* 2001**  
**Bradley et al. *J Womens Health* 2005**

# Symptômes devant être recherchés chez une patiente consultant pour un prolapsus génital (3)

## DIGESTIFS

	Fréquence approx. (%)
Incontinence anale	30
Impériosités défécatoires	?
Constipation terminale (dyschésie)	25
Prolapsus rectal extériorisé	5

**Bump et al. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998**  
**Barber et al. *Am J Obstet Gynecol* 2001**  
**Bradley et al. *J Womens Health* 2005**

# Prévalence des troubles fonctionnels et associations anatomo-fonctionnelles chez les femmes présentant un prolapsus génital

Functional symptoms prevalence and anatomo-functional associations on women with genital prolapse

S.A. Adjoussou<sup>a,b</sup>, E. Bohoussou<sup>a,c</sup>, S. Bastide<sup>d</sup>,  
V. Letouzey<sup>a</sup>, B. Fatton<sup>a</sup>, R. de Tayrac<sup>a,\*</sup>

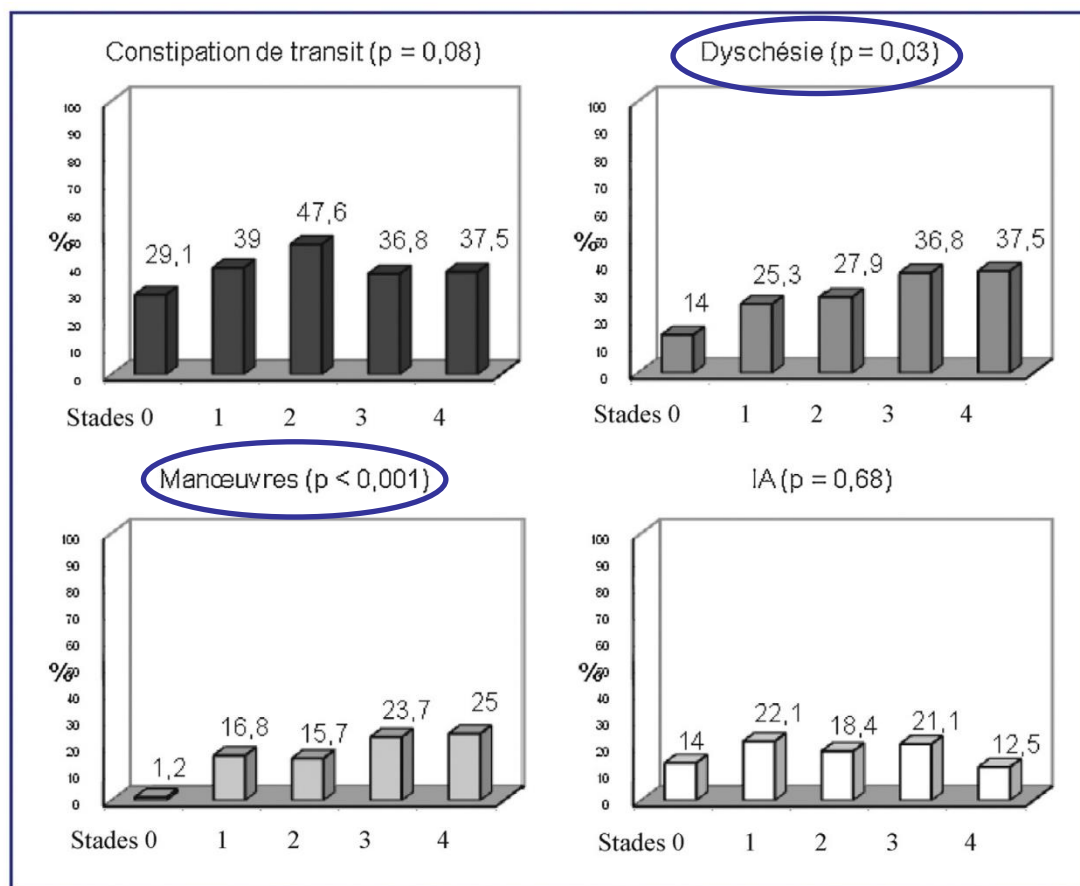


Figure 2. Association entre le stade de la rectocèle et la prévalence des symptômes ano-rectaux. IA : incontinence anale.



# Symptômes devant être recherchés chez une patiente consultant pour un prolapsus génital (4)

ANXIO-DEPRESSIFS

	Fréquence approx. (%)
Anxiété	50
Symptômes dépressifs	30

Bump et al. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998  
 Barber et al. *Am J Obstet Gynecol* 2001  
 Bradley et al. *J Womens Health* 2005

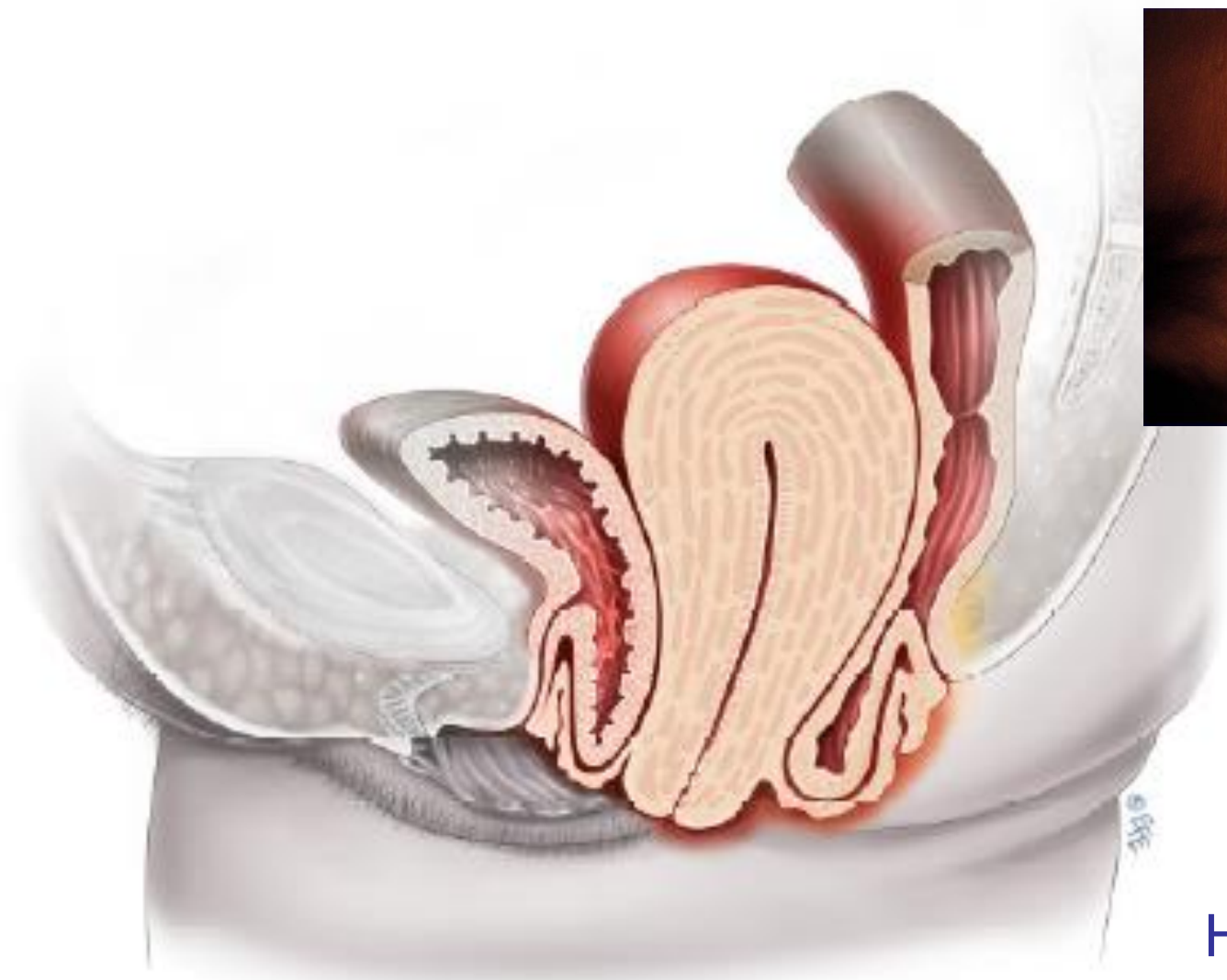
***Les douleurs pelviennes sont inhabituelles et doivent faire rechercher une autre cause (névralgie pudendale, tumeur pelvienne ...)***

# Les différents type de prolapsus



Colpocèle antérieure  
(≈ cystocèle)

# Les différents type de prolapsus



Hystéroptose

# Les différents type de prolapsus



Prolapsus du  
dôme vaginal



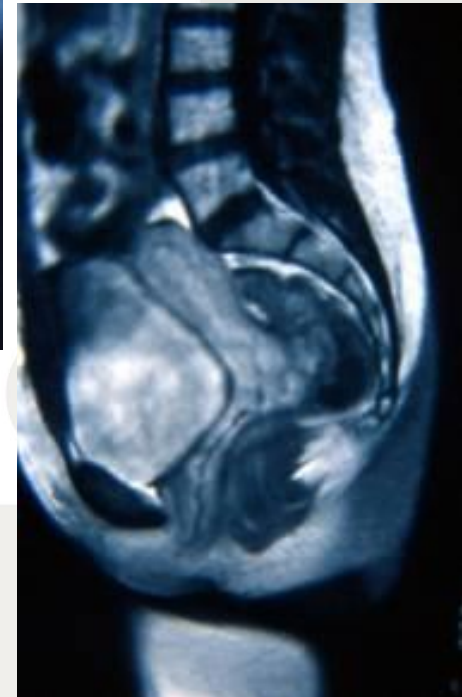
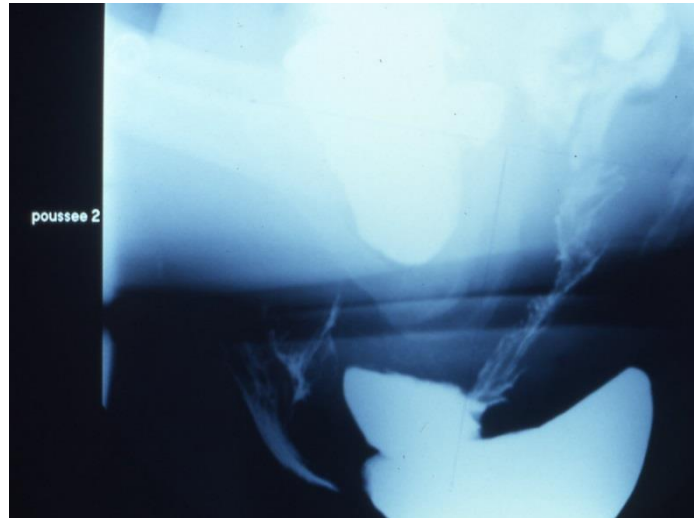
# Les différents type de prolapsus



Colpocèle postérieure  
(rectocele +/- élythrocele)

# Cas particulier : élytrocèle

## Essentiellement après hystérectomie

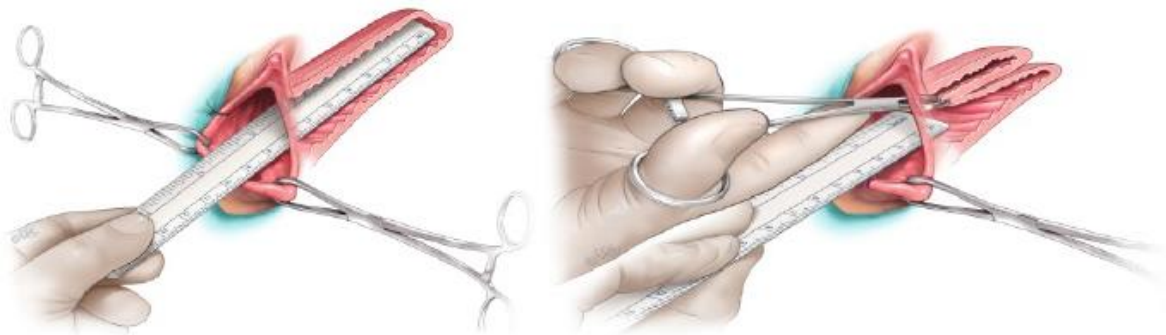
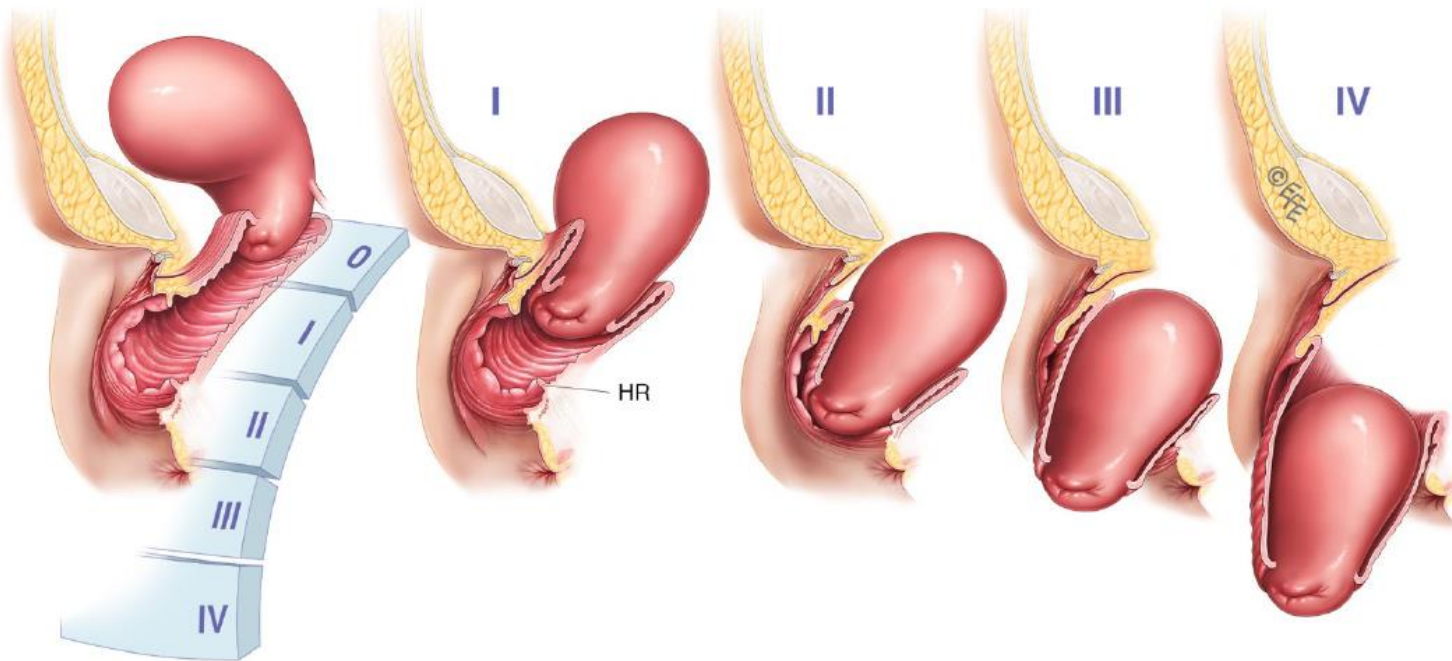


## Périnée descendant / descendu



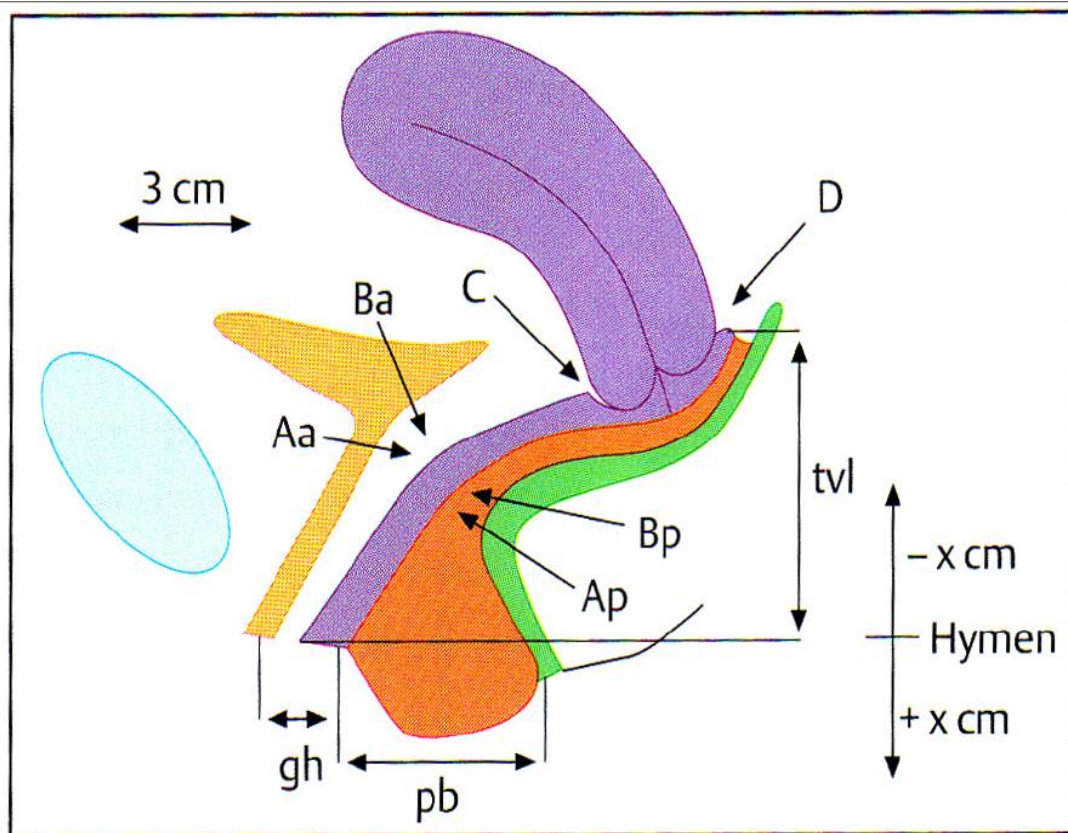
- ❑ Défaillance complète plancher pelvien
- ❑ Risque de neuropathie pudendale d'étirement
- ❑ Risque d'insuffisance sphinctérienne (urétrale et anale) neurogène

# La stadification clinique (POP-Q)





# La stadification clinique (POP-Q)



Aa: jonction uréthro-vésicale  
Ba: sommet paroi antérieure

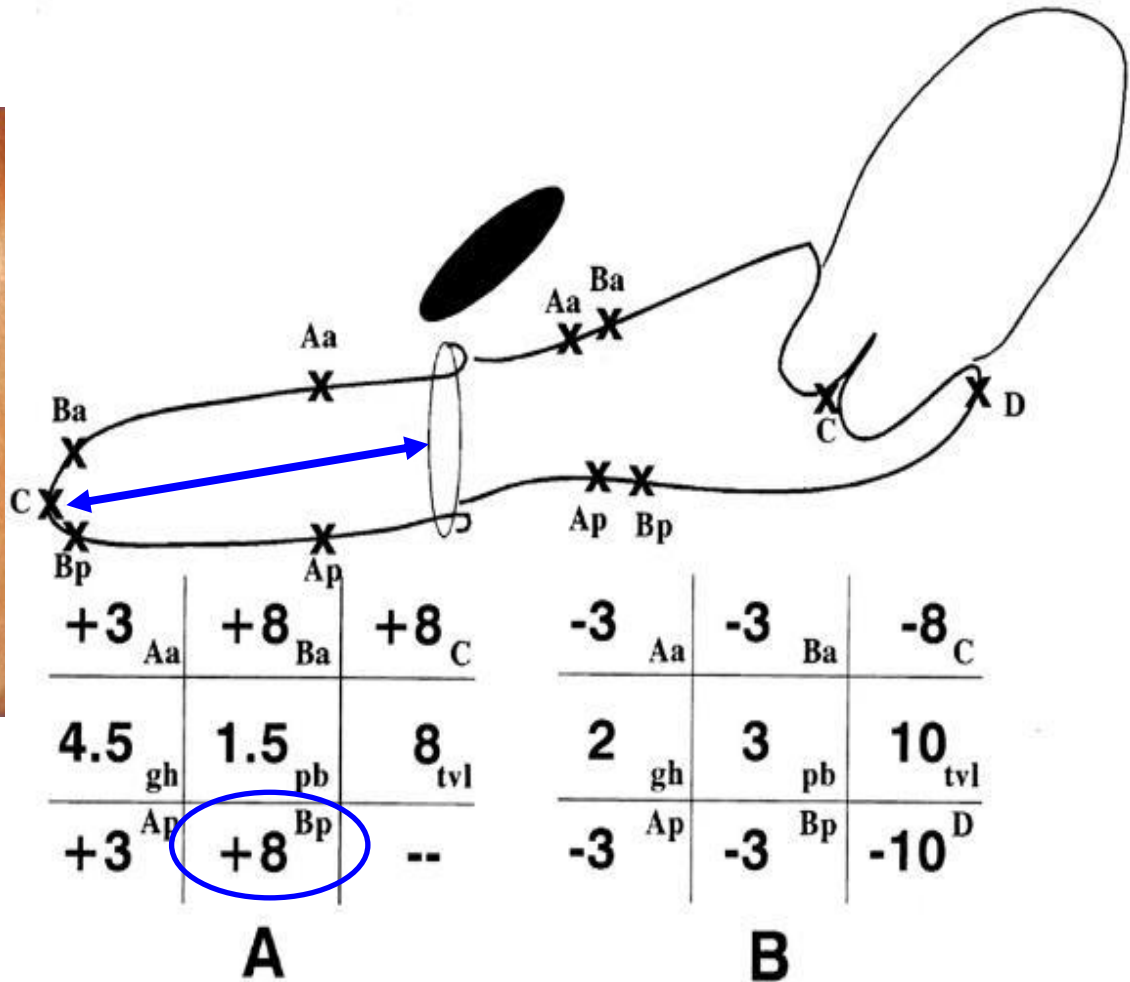
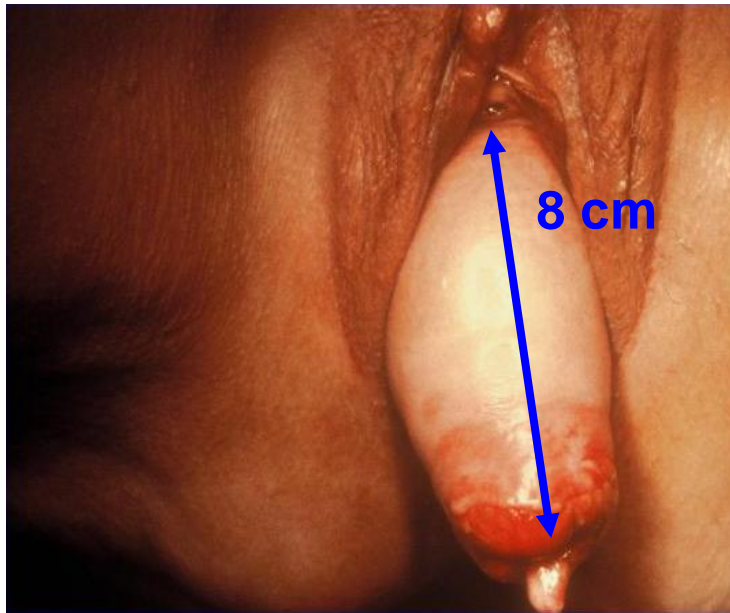
C: col utérin  
D: cul-de-sac postérieur

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

gh: hiatus génital  
pb: distance ano-vulvaire

tvl: longueur vaginale totale

# La stadification clinique (POP-Q)





# Classification en 4 stades

**Stage 0:** No prolapse

Points Aa, Ap, Ba, and Bp are all at -3 cm

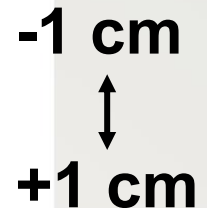
Point C or D is between TVL and TVL - 2 cm

**Stage I:** The most distal portion of the prolapse is >1 cm above the level of the hymen

**Stage II:** The most distal portion of the prolapse is 1 cm proximal to or distal to the plane of the hymen

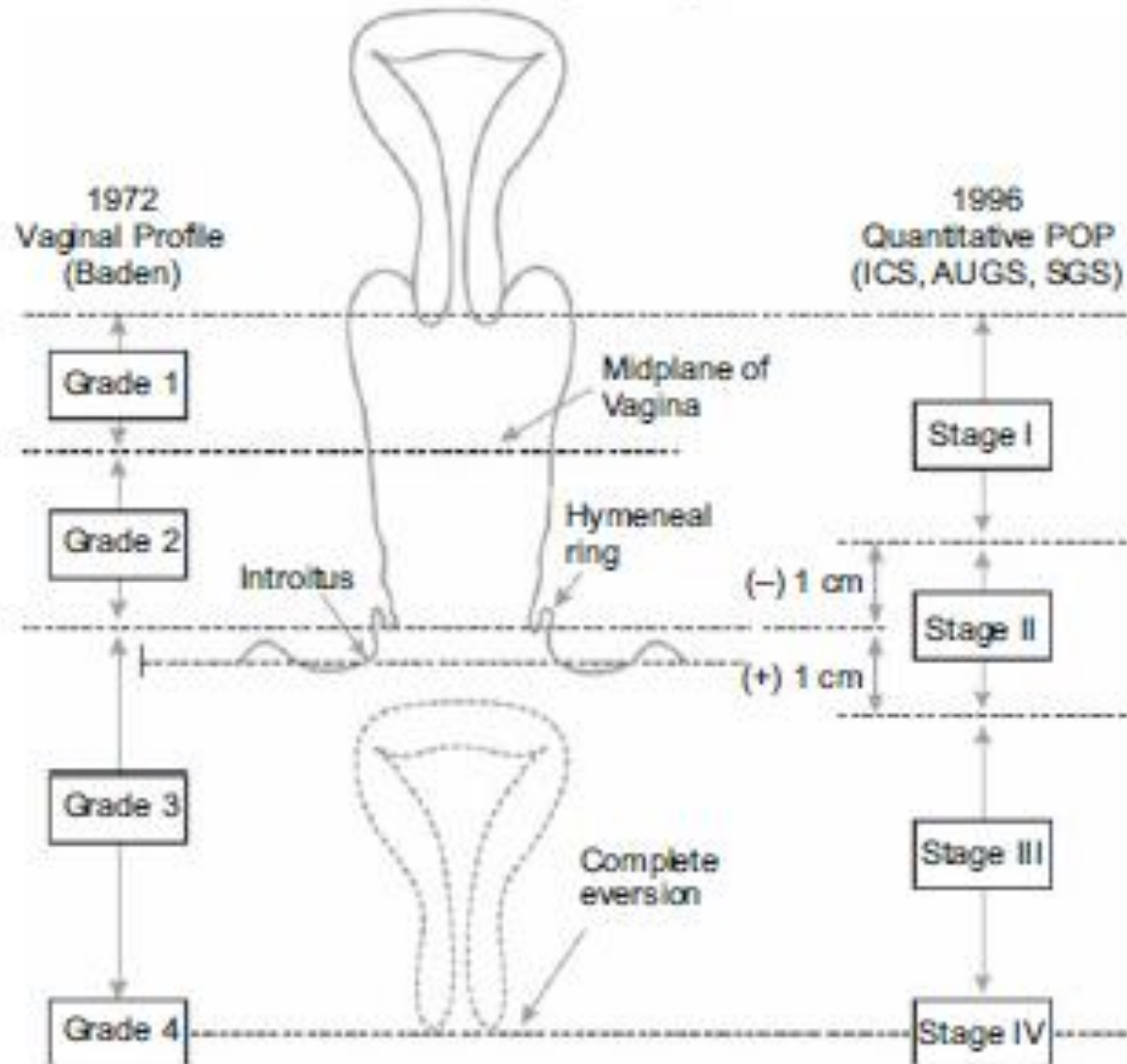
**Stage III:** The most distal portion of the prolapse is >1 cm below the plane of the hymen but protrudes no further than 2 cm less than the TVL

**Stage IV:** Complete eversion of the total length of the lower genital tract  
The distal portion of the prolapse protrudes to at least TVL - 2 cm



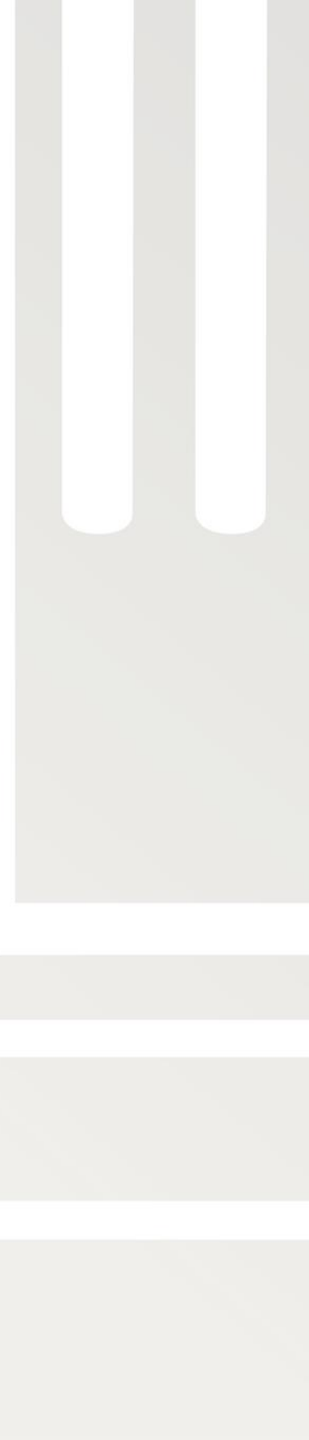
-1 cm  
↑↓  
+1 cm

Tableau 3. Classifications du prolapsus d'après Mouritsen [9]





# Examen clinique



## Questionnaire sur les troubles de la statique pelvienne Version courte (PFDI-20)

- Explore la plupart des symptômes du prolapsus
- Auto-questionnaire de 3 pages (2 pages de questions)
- 20 questions
- Symptômes
  - Génitaux 4 questions
  - Urinaires 7 questions
  - Ano-rectaux 9 questions
- Grille de calcul de scores pour les 3 types de symptômes

*Seule la sexualité n'est pas abordée dans ce questionnaire, ce qui rend nécessaire d'utiliser un autre questionnaire (FSFI, PISQ-12 / PISQ-IR)*

1.	Avez-vous souvent l'impression que quelque chose <i>appuie</i> dans le bas du ventre ?			
2.	Avez-vous souvent une sensation de <i>pesanteur</i> ou de <i>lourdeur</i> dans la région génitale ?			
3.	Avez-vous souvent une « boule » ou quelque chose qui dépasse que vous pouvez toucher ou voir au niveau du vagin ?			
4.	Devez-vous parfois appuyer sur le vagin ou autour de l'anus pour arriver à évacuer des selles ?			
5.	Avez-vous souvent l'impression de ne pas arriver à vider complètement votre vessie ?			
6.	Devez-vous parfois repousser avec les doigts une « boule » au niveau du vagin pour uriner ou vider complètement votre vessie ?			
7.	Avez-vous l'impression de devoir beaucoup forcer pour aller à la selle ?			
8.	Avez-vous l'impression d'une évacuation incomplète après être allée à la selle ?			
9.	Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont solides ?			
10.	Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont très molles ou liquides ?			
11.	Avez-vous souvent des gaz involontaires (pets) ?			
12.	Avez-vous souvent mal lors de l'évacuation des selles ?			
13.	Avez-vous des besoins tellement pressants que vous devez vous précipiter aux toilettes pour aller à la selle ?			
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 ?			
15.	Allez-vous fréquemment uriner ?			
16.	Avez-vous souvent des fuites urinaires involontaires associées à un besoin pressant d'uriner ?			
17.	Avez-vous souvent des fuites urinaires lorsque vous tousssez, que vous éternuez ou que vous riez ?			
18.	Avez-vous souvent de petites fuites urinaires (quelques gouttes) ?			
19.	Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie ?			
20.	Avez-vous souvent des <i>douleurs</i> ou une sensation d' <i>inconfort</i> dans le bas du ventre ou dans la région génitale ?			
	<input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui <b>Si oui, cela vous gêne-t-il...</b>			
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup

## Questionnaire sur l'impact des troubles de la statique pelvienne – Version courte (PFIQ-7)

- Explore le retentissement social du prolapsus
- Auto-questionnaire d'une page
- 7 questions
- Retentissement
  - Activités courantes 1 question
  - Activités physiques 1 question
  - Vie sociale 3 questions
  - Emotions 2 questions
- Grille de calcul de scores pour les 3 types de symptômes



De manière générale, à quel point les symptômes ou troubles suivants →→→→ affectent-ils ↓	<i>Symptômes urinaires ou vessie</i>	<i>Symptômes intestinaux ou rectum</i>	<i>Symptômes vaginaux ou pelviens</i>
1. Votre capacité à faire des tâches ménagères (cuisine, ménage, lessive) ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
2. Votre capacité à avoir une activité physique (marche, natation ou autre forme d'exercice physique) ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
3. Vos sorties, par exemple aller au cinéma ou à un concert ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
4. Votre capacité à effectuer un trajet en voiture ou en bus à plus de 30 minutes de chez vous ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
5. Votre capacité à participer à des activités avec d'autres personnes en dehors de chez vous ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
6. Votre état émotionnel (nervosité, dépression, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
7. Votre sentiment de frustration ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup

# Utilisation pratique des questionnaires

Essai randomisé bandelette postérieure vs Richter



Table 6 Comparison of self-questionnaire scores on symptoms and quality of life between the 2 groups

	Infracoccygeal sacropexy (n=21)			Sacrospinous suspension (n=24)			P value
	Preoperative	Improved $\geq 50\%$ <sup>a</sup>	Worsened <sup>b</sup>	Preoperative	Improved $\geq 50\%$ <sup>a</sup>	Worsened <sup>b</sup>	
UDI	89.7±63	87.5%	12.5%	95.7±46.7	65%	10%	NS
CRADI	63.7±55.8	62.5%	6.3%	87.8±84.1	50%	22.2%	NS
POPDI	86.9±47.6	75%	6.3%	123.8±61	65%	10%	0.02
UIQ	66.1±58	68.8%	25%	83.3±72.6	73.7%	5.7%	NS
CRAIQ	13.7±23.5	53.3%	6.7%	38.7±70.5	42.1%	15.8%	NS
POPIQ	42.7±53.3	73.3%	0%	69.4±76.4	42.1%	5.3%	NS



# Prolapsus génital de la femme : Prise en charge thérapeutique

6 mai 2021



Le diagnostic du prolapsus génital est un diagnostic clinique, aucun examen complémentaire n'est recommandé pour porter le diagnostic de prolapsus génital (AE).

L'IRM pelvienne dynamique n'est pas recommandée à visée diagnostique en première intention (AE).

# *Bilan avant le traitement d'un prolapsus génital*

**Laurence DONON (Saint Jean de Luz)**

Pour le groupe de travail

*Le Normand L, Hermieu JF, Fritel X, Cosson M, Fatton B, Cour F, Meurette G, Saussine C, Gourcerol G, Donon L, Ballanger P, Vidart A, Wagner L, Cayrac M, Lapray JF, Cortesse A, Basset V, Cardot V, Thibault F.*

Il convient d'apprécier le retentissement ou les symptômes associés au prolapsus afin d'orienter leur évaluation (clinique et para-clinique) et leur traitement

- Urinaire
- Ano-rectaux
- Gynécologiques
- Gène et/ou douleurs pelvi-périnéales

En présence de troubles mictionnels il convient de faire leur évaluation clinique et urodynamique (AP)

En l'absence de tout signe urinaire spontané ou masqué, il n'y a à ce jour aucun argument pour recommander un bilan urodynamique de manière systématique (grade C)

Il convient de demander un avis coloproctologique en cas de trouble fonctionnel ano-rectal au premier plan (AP).

La réalisation d'un examen gynécologique avant toute chirurgie de prolapsus est indispensable pour ne pas méconnaître une pathologie utéro annexielle (Grade C).

Il convient de ne pas méconnaître une pathologie du col utérin associée par l'examen clinique complété au besoin par la réalisation d'un frottis cervico-vaginal ou la vérification de la normalité d'un frottis récent (AE).



# Examens paracliniques

✓ Bilan gynécologique (frottis, écho) ++

✓ Bilan urologique :

Si symptômes urinaires : ECBU, calendrier mictionnel ++

Si tabagisme : cytologie urinaire

Si antécédents chirurgicaux : cystoscopie

Si chirurgie envisagée : examen urodynamique

✓ Bilan colo-proctologique :

Si constipation de transit réfractaire aux laxatifs habituels : TT\*

Si constipation terminale réfractaire aux suppos/lavements : MAR\*\*, défécographie

Si incontinence fécale : MAR\*\*, défécographie, échographie SA\*\*\*, +/- EMG

\* TT = temps de transit, \*\* MAR = manométrie ano-rectale



\*\*\* SA = sphincter anal



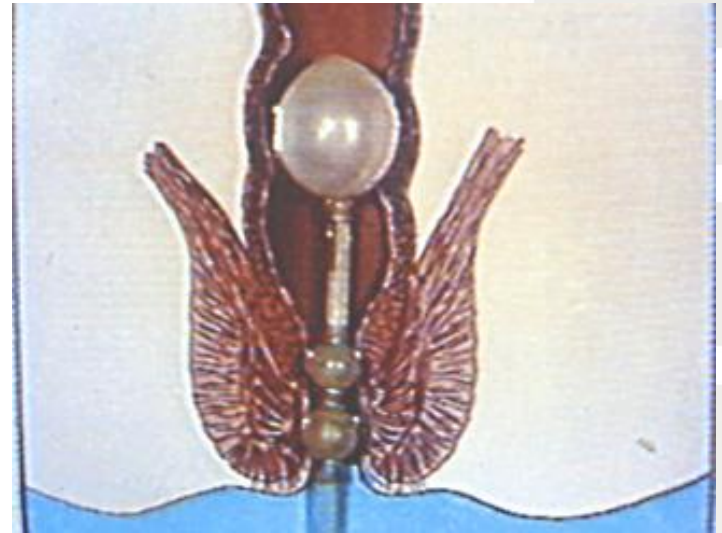
# Intérêt du bilan urodynamique avant la chirurgie



- ✓ **Dépistage de l'IUE masquée**
  - ✓ Permet d'informer la patiente du risque d'IUE post-op
  - ✓ Permet de discuter de l'indication d'une bandelette associée
- ✓ **Dépistage des hypocontractilités détrusoriennes ++**
  - ✓ Surtout patientes âgées +/- diabétique
  - ✓ Souvent vessies de grande capacité, hyposensibles
  - ✓ Anomalies de la débimétrie (courbe aplatie, débit max abaissé) sans obstacle urétral
  - ✓ Contre-indication à la mise en place d'une bandelette associée (même si IUE pré-op)
- ✓ **Dépistage des hyperactivités détrusoriennes**
  - ✓ Facteur explicatif hyperactivité vésicale
  - ✓ Contre-indication à la mise en place d'une bandelette associée (même si IUE pré-op)



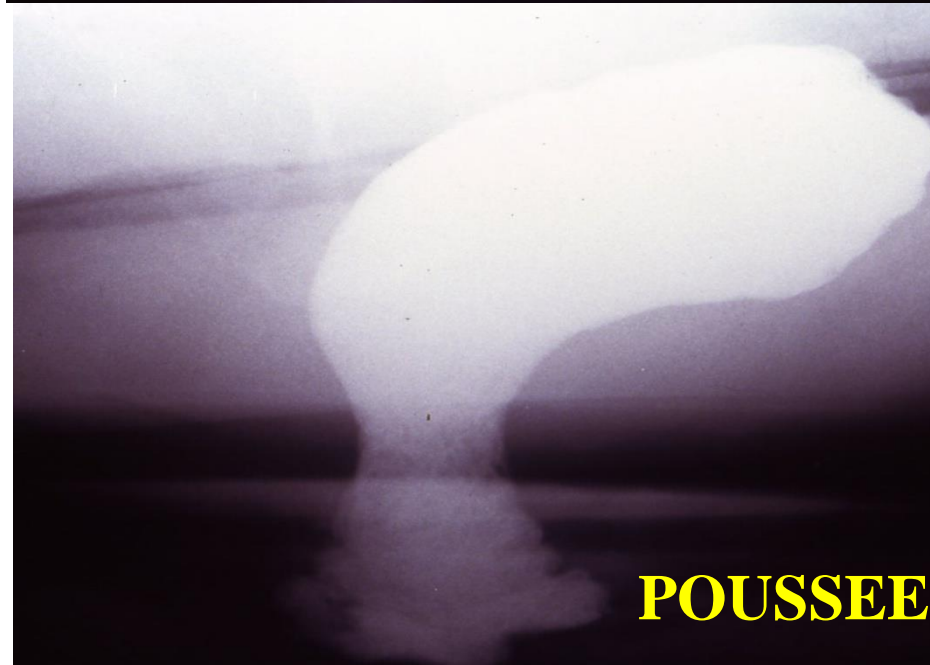
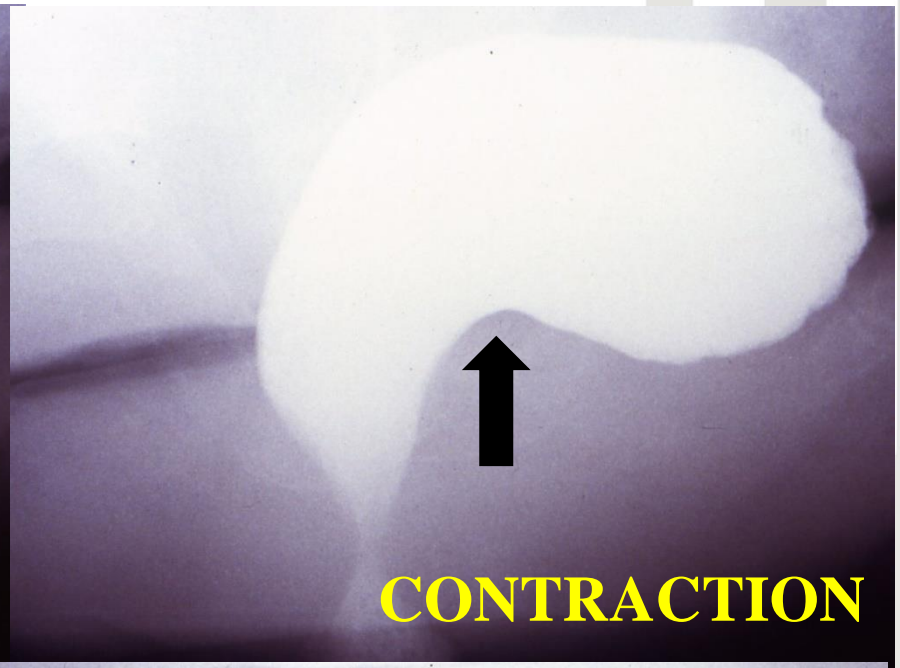
## Manométrie ano-rectale



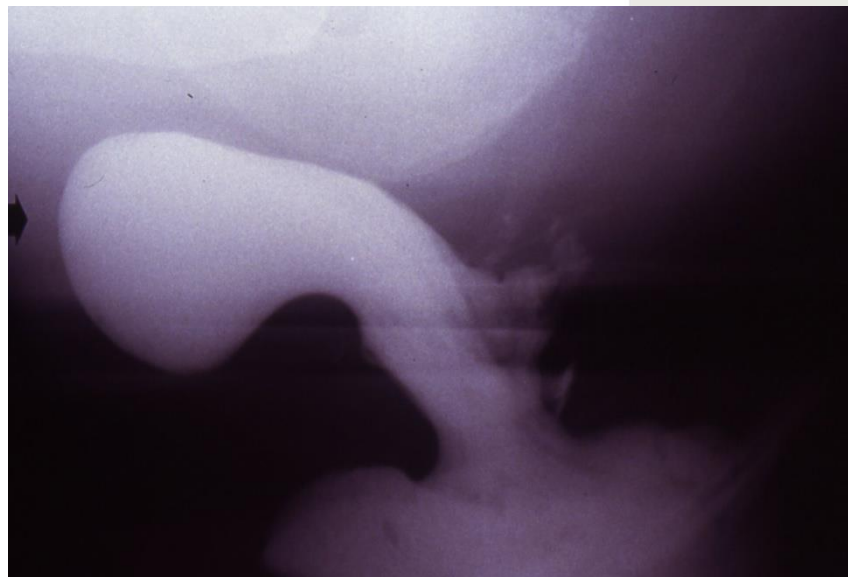
# Défécographie





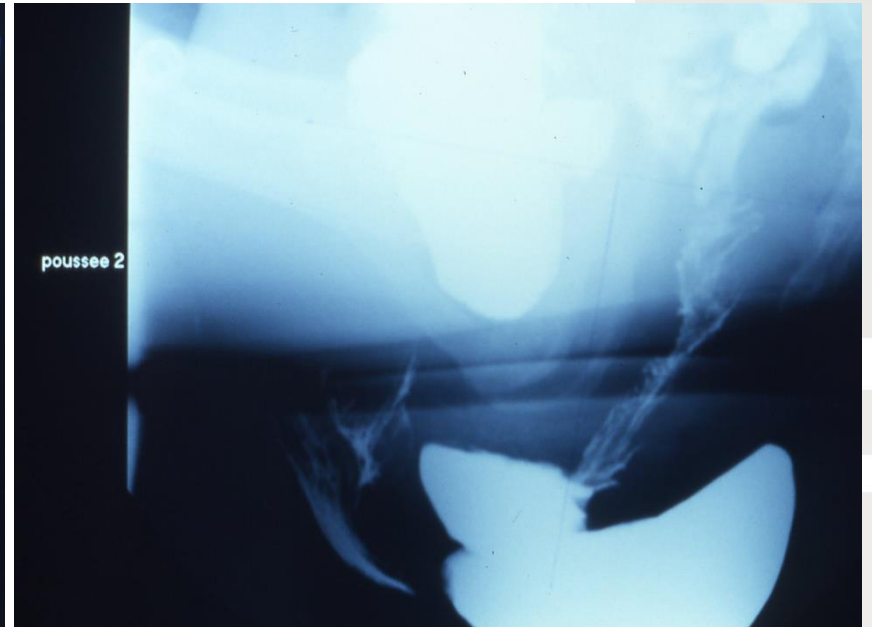
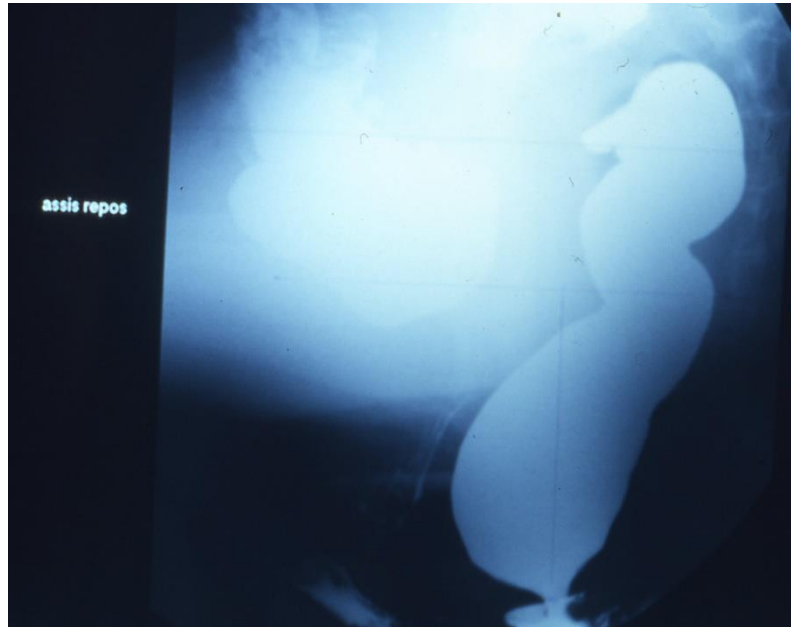


# Rectocèle

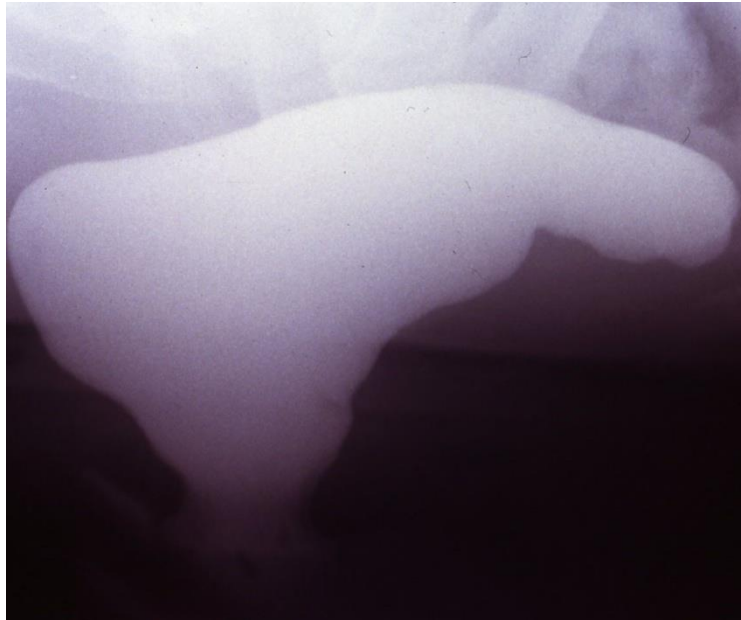




# Elytrocèle



# Prolapsus rectal interne



## A l'issue de cette évaluation initiale :

- ✓ Importante de l'évaluation initiale :
  - ✓ Motif de consultation ✓
  - ✓ Liste des symptômes étage par étage ✓
  - ✓ Niveau de gêne et retentissement au quotidien (EVA, questionnaires spécifiques) ✓
  - ✓ Qualité de vie sexuelle ✓
  
- ✓ Prise en compte des différentes symptômes :
  - ✓ Explication des mécanismes en cause ✓
  - ✓ Explication de ce qui peut être amélioré ou non ✓
  - ✓ Explication des indications et contraintes des explorations paracliniques ✓

# A l'issue de cette évaluation initiale :

- ✓ Explication honnête des différentes modalités thérapeutiques

**Abstention : pas de symptôme = pas de traitement**

**mesures de prévention secondaire**

**Réducation comportementale :**

- **contrôle des boissons**
- **éviction de la poussée**
- **adaptation des activités physiques professionnelles**
- **adaptation des activités sportives**

Si échec : Rééducation pelvi-périnéale : à envisager systématiquement ++

Appareillage (pessaires) : à envisager systématiquement ++

Reconstruction chirurgicale si échec des autres mesures

# Prolapsus génital de la femme : Prise en charge thérapeutique

6 mai 2021

Le diagnostic du prolapsus génital est un diagnostic clinique, aucun examen complémentaire n'est recommandé pour porter le diagnostic de prolapsus génital (AE).

L'IRM pelvienne dynamique n'est pas recommandée à visée diagnostique en première intention (AE).

Il est recommandé de ne proposer une prise en charge thérapeutique que pour les prolapsus génitaux symptomatiques ou compliqués (AE).

Même si l'association entre ces facteurs de risque et la survenue d'un prolapsus génital n'est pas 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.

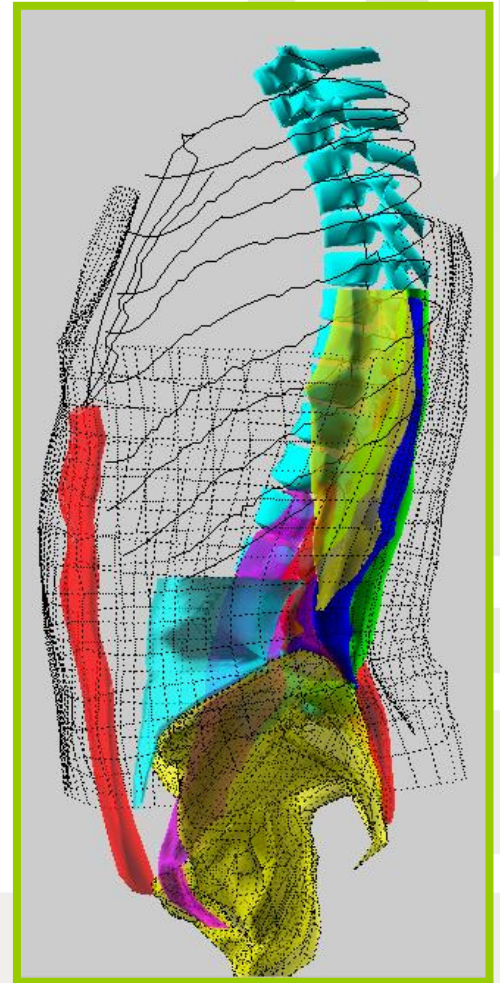
La rééducation (pour les prolapsus de stade < 3) et l'utilisation d'un pessaire sont les deux prises en charge conservatrices non chirurgicales recommandées en première intention (AE).

# Place de la rééducation lombo-abdomino-pelvi-périnéale

- ✓ Travail de **fermeture du hiatus urogénital** dans la prévention de l'aggravation des prolapsus
- ✓ Travail du déclenchement **automatique des contractions du plancher pelvien** lors de l'augmentation des pressions intra-abdominales

Valancogne G, Acta Endoscopica 2004

- ✓ Travail des **co-activations musculaires abdomino-périnéales**
- ✓ Travail de la correction des **troubles de la statique lombo-pelvienne** associés



# Quelques preuves d'efficacité

- Etude randomisée rééducation périnéale (5 séances en 16 semaines avec exercices quotidiens à domicile) vs abstention
- 23 patientes avec prolapsus de stade 1-2 / 24 patientes non rééduquées
- amélioration significative des symptômes liés au prolapsus dans le groupe rééducation ( $p=0,021$ )
- la force des muscles du plancher pelvien était significativement augmentée de 0,5 sur l'échelle modifiée d'Oxford (IC95% : 0,2-0,8 ;  $p=0,008$ ).

Hagen S et al., Int Urogynecol J 2009



# Quelques preuves d'efficacité

- Etude randomisée
- intérêt d'une prise en charge rééducative pré et post-opératoire chez 30 patientes vs 30 patientes opérées sans prise en charge rééducative
- amélioration significative de la qualité de vie et des symptômes urinaires en faveur de la rééducation
- amélioration de la pression de clôture urétrale dans le groupe rééduqué (+ 2,7 vs -1,8 cmH<sub>2</sub>O (p=0,022)).

Jarvis SK et al., Aust N Z J Obstet Gynaecol 2005

# Indications de rééducation pelvi-périnéale dans le prolapsus



A proposer  
en prévention  
secondaire

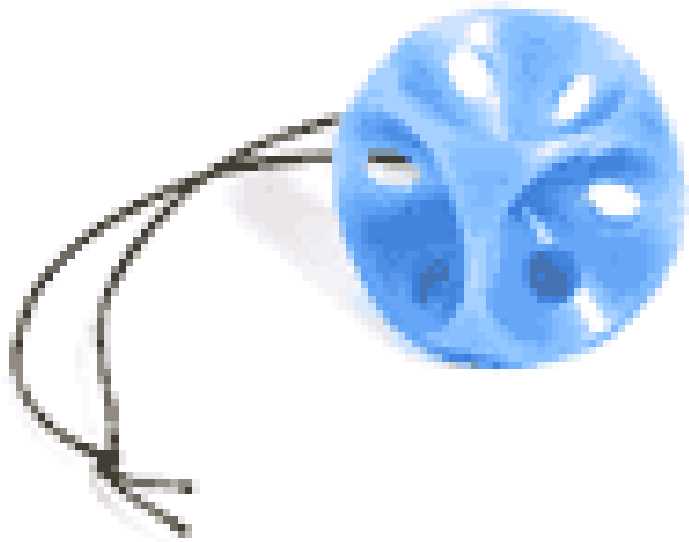


A proposer  
en prévention  
secondaire  
ou  
A envisager  
systématiquement  
à visée thérapeutique  
si symptomatique



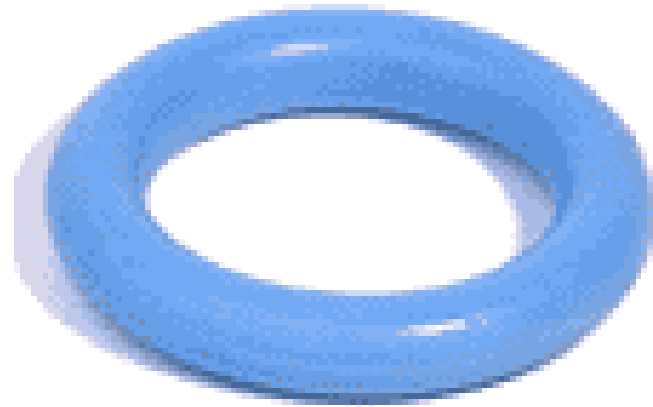
Non indiquée  
pour le traitement du prolapsus  
mais indiquée si  
troubles fonctionnels  
urinaires, sexuels  
ou ano-rectaux  
avant et/ou après  
la chirurgie

## Place de l'appareillage par pessaire



Utilisation intermittente  
Apprentissage nécessaire  
Aide IDE / SF possible

Indications :  
Tous âges / Tous prolapsus



Pose et retrait facile  
Aide IDE / SF possible pour le  
traitement local  
Risque complications ++

Indications :  
Refus ou échec de cube

# Indications de l'appareillage par pessaire

Surtout prolapsus antérieurs (cystocèle) et moyen (utérus/dôme)

Quelque soit le stade

Quelque soit l'âge

Respecter le refus,  
mais insister sur l'intérêt d'un **test au pessaire** avant chirurgie :

- Si discordance clinique ou douleurs
- Si troubles urinaires (HAV, dysurie) : facteur prédictif pour la chirurgie
- Chez les patientes indécises

Facteurs limitants:

- mauvaise compliance au suivi avec les anneaux
- IUE démasquée
- Déficience des releveurs et béance vulvaire

# Preuves d'efficacité

**Table 1. Baseline Symptoms and Change of Symptoms Four Months After Insertion of Pessary (n = 97)**

Symptom	Never Had Symptoms	Symptoms at Baseline	Change of Symptoms From Baseline to 4 Months			P*
			No Change*	Better*	Worse*	
<b>General symptoms</b>						
Awareness of a lump	9 (9.3)	88 (90.7)	13 (13.4)	69 (71.1)	6 (6.2)	.001
Prolapse coming out of vagina	31 (31.9)	66 (68.1)	8 (8.2)	51 (52.6)	7 (7.2)	.001
Vaginal soreness	48 (49.5)	49 (50.5)	20 (20.6)	21 (21.6)	8 (8.2)	.024
Dragging pain in lower abdomen	32 (32.9)	65 (67.1)	23 (23.7)	32 (32.9)	10 (10.3)	.000
Low back pain	22 (22.6)	75 (77.4)	33 (34)	29 (29.9)	13 (13.4)	.008
<b>Urinary symptoms</b>						
Difficulty in emptying bladder	22 (22.6)	75 (77.4)	22 (22.6)	39 (40.2)	14 (14.4)	.001
Push prolapse to void	63 (64.9)	34 (35.1)	5 (5.1)	28 (28.8)	1 (1.0)	.001
Urinary urgency	7 (7.2)	90 (92.8)	35 (36.1)	37 (38.1)	17 (17.5)	.001
Urge urinary incontinence	16 (16.5)	81 (83.5)	40 (41.2)	28 (28.8)	13 (13.4)	.015
Stress urinary incontinence	19 (19.6)	78 (80.4)	39 (40.2)	22 (22.7)	17 (17.5)	.275
<b>Defecatory symptoms</b>						
Incomplete emptying of bowel	21 (21.6)	76 (78.4)	31 (31.9)	27 (27.8)	18 (18.5)	.045
Rectal digitations to empty bowel	64 (65.9)	33 (34.1)	11 (11.3)	12 (12.3)	10 (10.3)	.465
Vaginal digitations to empty bowel	78 (80.4)	19 (19.6)	6 (6.2)	7 (7.2)	6 (6.2)	.305
Fecal urgency	37 (38.1)	60 (61.9)	29 (29.9)	22 (22.6)	9 (9.3)	.018
Urge fecal incontinence	53 (54.6)	44 (45.4)	16 (16.5)	19 (19.6)	9 (9.3)	.027
<b>Sexual activity</b>						
Frequency of sexual activity	71 (73.1)†		7 (7.2)	16 (16.5)	3 (3.1)	.001
Improvement in satisfaction	71 (73.1)†		10 (10.3)	11 (11.3)	5 (5.2)	.041

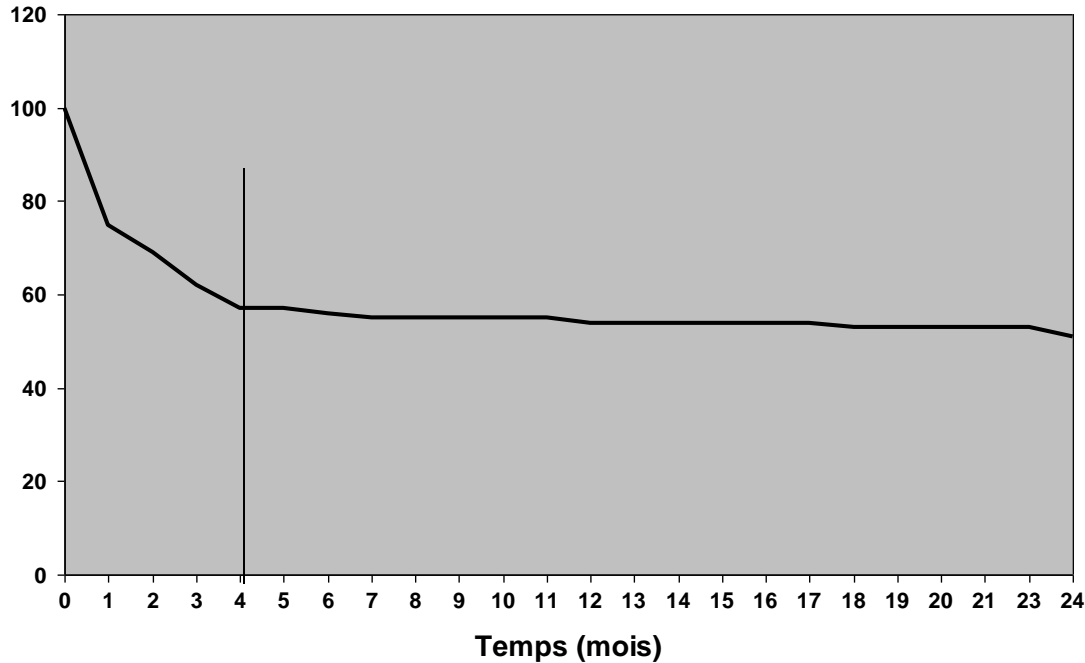
Data are expressed as n (%).

\* Wilcoxon signed rank test.

† Number who were not sexually active.



# La plupart des abandons ont lieu dans les 4 premiers mois



50% des femmes veulent et peuvent utiliser un pessaire (50-73%)  
50% d'entre elles continuent de l'utiliser > 4 mois (40-67%)

PJ Sulak, TJ Juehl, BL Shull. Vaginal pessaries and their use in pelvic relaxation. J Reprod Med 1993;38:919-23  
V Wu, SA Farrell, TF Baskett, G Flowerdew. A simplified protocol for pessary management. Obstet Gynecol 1997; 90:990-4  
JL Clemons, VC Aguilar, TA Tillinghast, ND Jackson, DL Myers. Risk factors associated with an uncessfull pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol 2004;190:345-50  
MF Mutone, C Terry, DS Hale, JT Benson. Factors which influence the short-term success of pessary management of pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol 2005; 193:89-94

# Comment limiter le nombre d'échecs et de mauvaise tolérance?

## Information / réassurance +++

Pas de risque de complications de l'anesthésie ou de la chirurgie

Facilité d'utilisation

Absence de complication sévère si bien utilisé

Chirurgie si échec

## Conseils d'utilisation

Utiliser des pessaires en silicone

Prescription d'un traitement local associé (œstrogènes / acide hyaluronique)

Souplesse d'utilisation (quotidienne / intermittente, aide IDE / SF ...)

Retrait facile en consultation si problème



## Place de la chirurgie



Le traitement chirurgical reste le traitement de référence des prolapsus génito-urinaires

mais il n'est indiqué que pour les prolapsus symptomatiques

après échec ou refus :

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

# Prolapsus génital de la femme : Prise en charge thérapeutique

6 mai 2021

Le diagnostic du prolapsus génital est un diagnostic clinique, aucun examen complémentaire n'est recommandé pour porter le diagnostic de prolapsus génital (AE).

L'IRM pelvienne dynamique n'est pas recommandée à visée diagnostique en première intention (AE).

Il est recommandé de discuter les prolapsus génitaux complexes en concertation pluridisciplinaire (AE).

Le prolapsus génital complexe correspond aux situations suivantes : les échecs et les récurrences après chirurgie, les patientes souffrant de douleurs chroniques, les cas de discordance entre la plainte de la patiente et l'examen clinique ou les situations qui associent des troubles importants de plusieurs fonctions pelviennes ou générales et qui nécessitent un avis pluridisciplinaire.

---

**Arrêté du 22 septembre 2021 encadrant la pratique des actes associés à la pose d'implants de suspension destinés au traitement du prolapsus des organes pelviens chez la femme par voie chirurgicale haute en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique**

Staff validation pré-op uro-gynéco obligatoire

Traçabilité compte rendu staff et prothèse

Suivi à 1 mois et 1 an

Prise en charge des complications dans un centre pluridisciplinaire

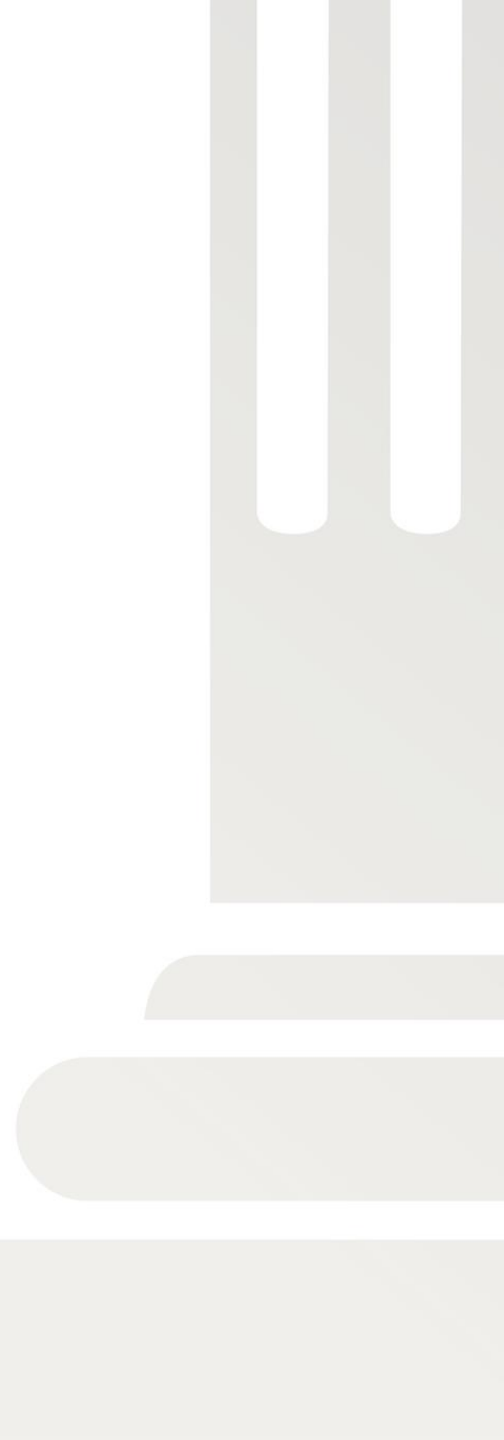


# Les questions qui se posent si la chirurgie est décidée

1. Voie d'abord : coelio ou chirurgie vaginale ?
2. Conservation utérine ou hystérectomie ?
3. Bandelette sous-urétrale dans le même temps ?

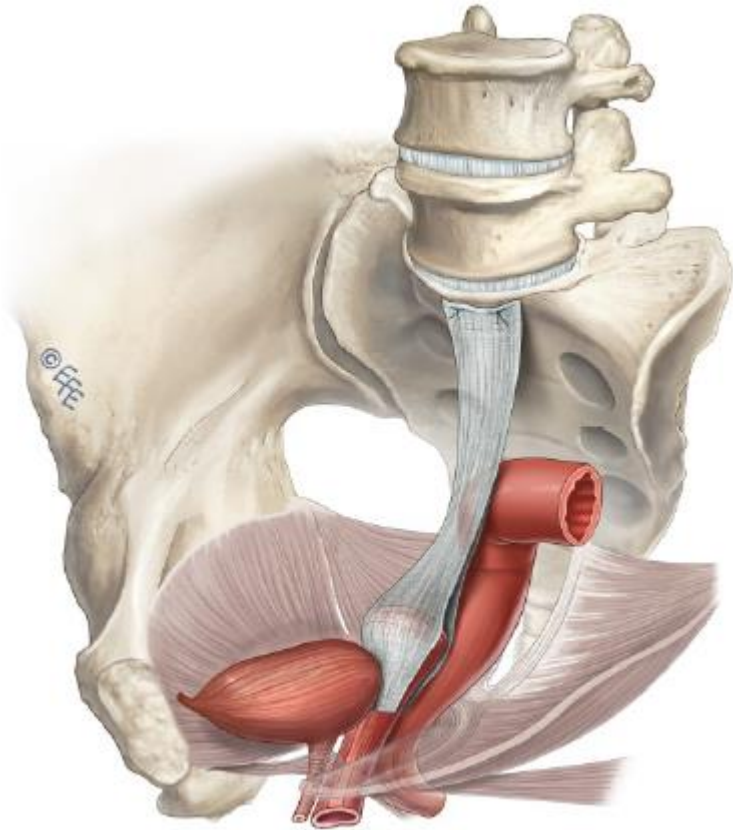
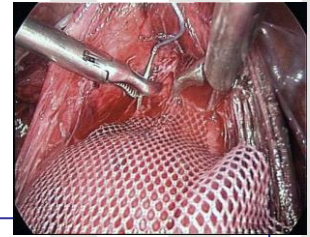


# Choix de la voie d'abord chirurgicale ?

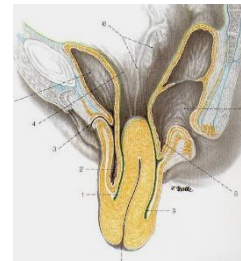


# Promontofixation

## Indications



- Femmes jeunes (< 50-60 ans)
- Hystéroptose prédominante
- Récidive après voie basse prothétique
- Pathologie annexielle associée
- Prolapsus rectal intra-anal associé  
(responsable IF gênante)
- Douleurs pelvi-périneales chroniques



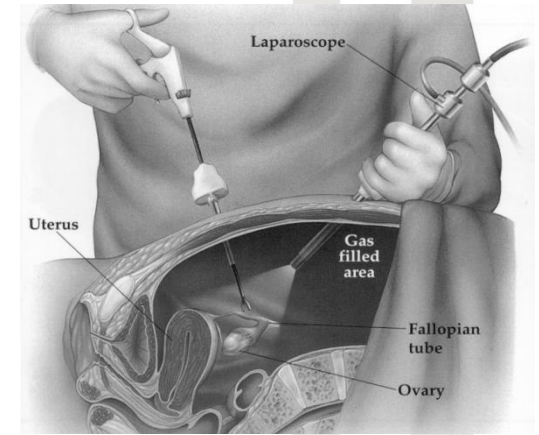
La promontofixation donne les meilleurs résultats anatomiques dans les prolapsus antérieurs (cystocèle) et apicaux avec un risque de récurrence moindre. Cependant, les résultats fonctionnels et subjectifs sont similaires à la voie vaginale autologue.

## Promontofixation : Avantages de la coelioscopie

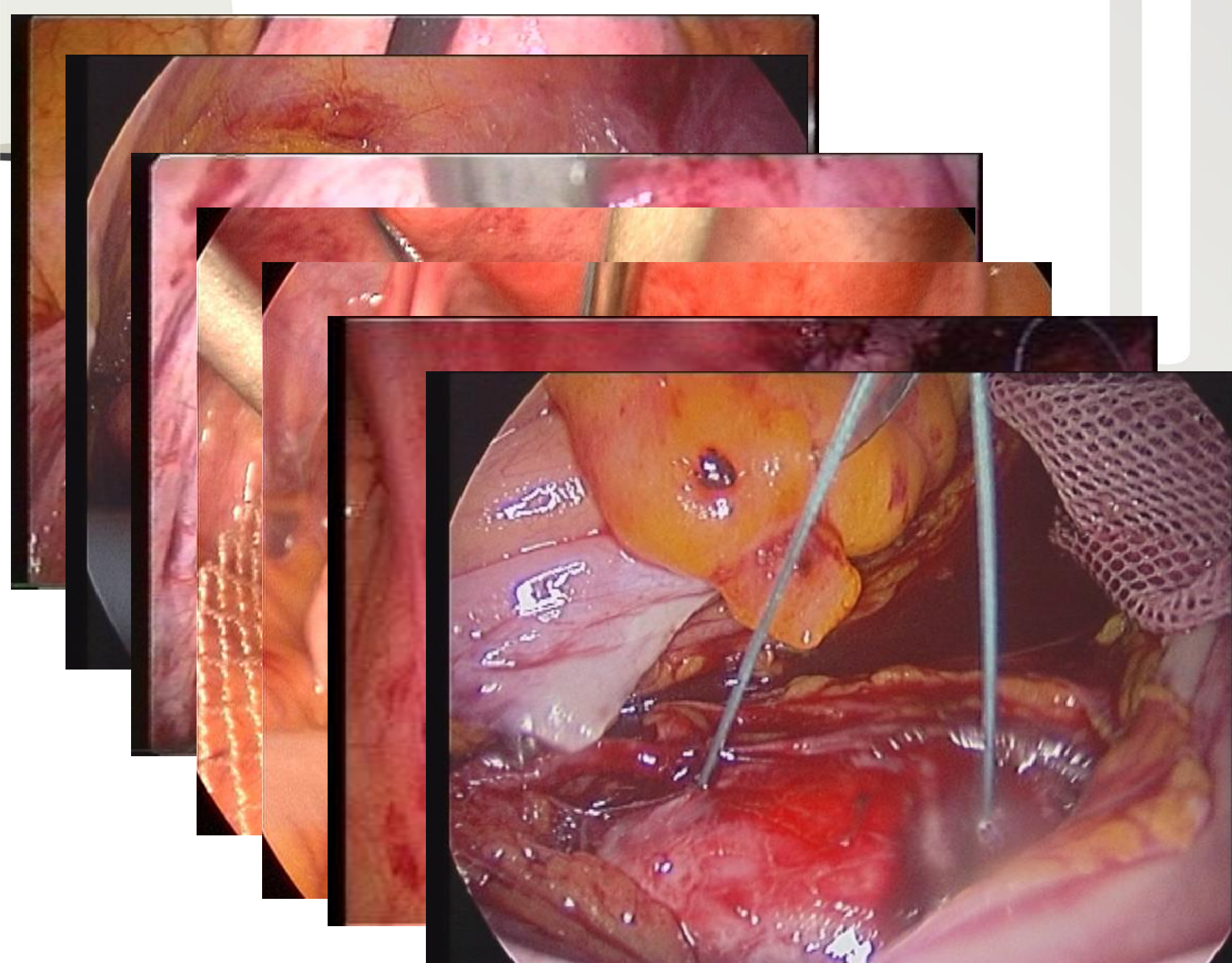
- ✓ Moins invasive
- ✓ Durée d'hospitalisation plus courte
- ✓ Reprise des activités plus rapide
- ✓ Meilleure qualité de la dissection des espaces vésico-vaginal et surtout recto-vaginal
- ✓ Résultats anatomiques comparables

Paraiso and al, Am J Obstet Gynecol 2005

- ✓ Place de la chirurgie robotisée ?







# Recommandations concernant le traitement chirurgical du prolapsus par promontofixation

Dr Laurent Wagner (Service d'Urologie – CHU de Nîmes)

Pour le groupe de travail

*Le Normand L, Hermieu JF, Fritel X, Cosson M, Fatton B, Cour F, Meurette G, Saussine C, Gourcerol G, Donon L, Ballanger P, Vidart A, Wagner L, Cayrac M, Lapray JF, Cortesse A, Basset V, Cardot V, Thibault F.*



## Quand et comment traiter l'étage postérieur en promontofixation ?

***Lors d'une cure de prolapsus génito-urinaire par promontofixation, il n'est pas recommandé de mettre systématiquement une prothèse postérieure en prévention d'une rectocèle secondaire (Grade C)***

**Les indications consensuelles de la rectopexie ventrale coelioscopique restent le prolapsus du rectum symptomatique (grade C)<sup>°</sup>**

**<sup>°</sup> D'Hoore A, Penninckx F. Laparoscopic ventral recto(colpo)pexy for rectal prolapse surgical technique and outcome for 109 patients. Surg Endosc 2006 ; 20 : 1919-1923**

## *Péritonisation d'une promontofixation*

La majorité des auteurs rapportent une péritonisation systématique en laparotomie comme en coelioscopie **Nezhat CH Obstet Gynecol 1994, Ganatra AM Eur Urol 2009, Higgs P, Br J Obstet Gynaecol 2005, Ross JW J Minim Invasive Gynecol 2005...**

Une étude rétrospective sans péritonisation = 128 patientes (POP post HT) Promonto + prothèses non résorbables , Recul moyen de 19 mois - Aucune complications digestive **Elneil S BJOG, 2005**

Aucune étude clinique comparative n'a étudié cette question, mais en l'absence de preuve, le groupe d'expert conseille d'effectuer une péritonisation (AE)

# Comparaison des résultats de la promontofixation Par coelioscopie versus robot assistée

Pas de DS sur résultats anatomique - fonctionnel entre la promontofixation coelio et robot (NP2) *SERROR – World J Urol 2011*

Pas de DS sur suites post-opératoires et taux de complications (NP3)  
*PARAISO MF Obstet Gynecol 2011*

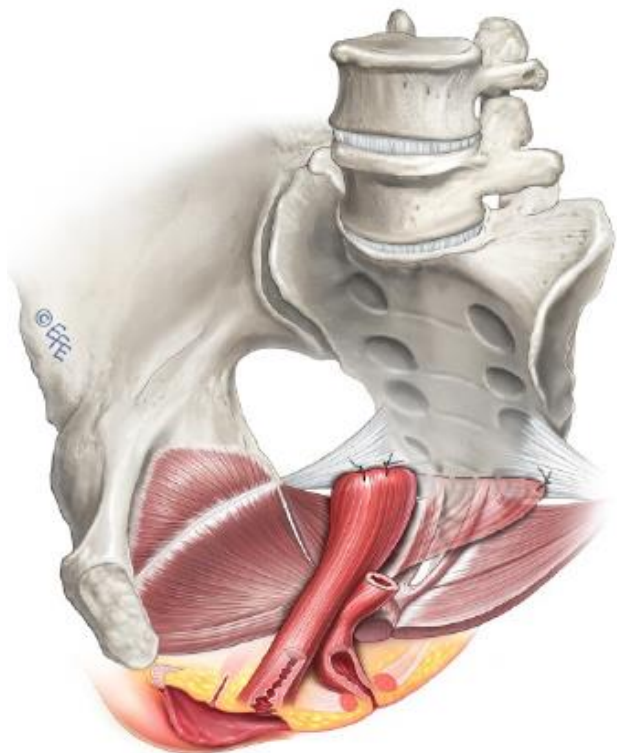
Mais courbe d'apprentissage plus rapide avec le robot (NP3)  
*Lenihan JP, J Minm Invasive Gynecol 2008*

Pas de recommandations à ce jour en faveur de la robotique (grade B)



# Chirurgie vaginale

## Indications



- Femmes âgées (> 60-70 ans)
- Cystocèle prédominante
- ATCD chirurgie abdominale adhésiogène
- Obésité morbide
- Récidive après promontofixation
- Contre-indication AG, coelio, chir longue
- Dysplasie sévère col utérin
- Douleurs dorso-lombaires chroniques

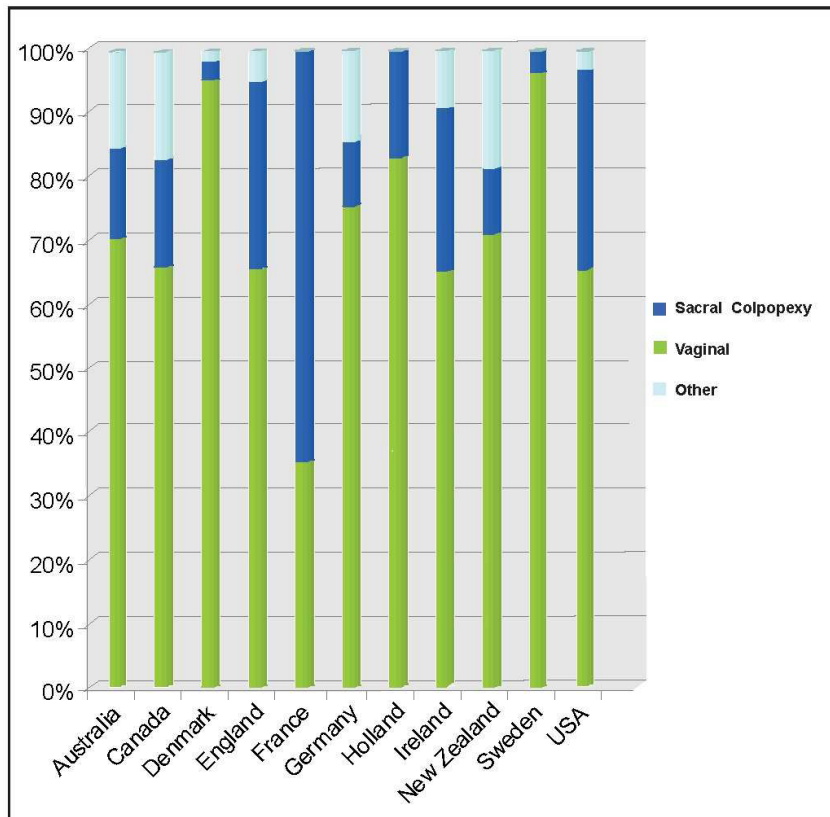
La voie vaginale autologue est la chirurgie la plus rapide et elle peut se faire sous rachianesthésie, ce qui constitue des arguments pour la proposer à des patientes âgées et fragiles.



# La chirurgie vaginale est la première voie d'abord chirurgicale en France et dans le monde

En France en 2010-2012, **76% des interventions** ont été réalisées par voie vaginale exclusive vs 23% par voie abdominale et 2% par voie mixte

Données Registre Gynerisq sur 4322 interventions parmi 286 chirurgiens gynécologues français



Dans les pays de l'OCDE en 2010-2012, sur 684.250 interventions, la chirurgie du prolapsus apical par voie abdominale ne représentait que 17% des cas

Haya N et al., Am J Obstet Gynecol 2015

Si la promonto est entrain de devenir le « gold standard » de la chirurgie du prolapsus, elle est parfois contre indiquée, non faisable ou en échec ...

### **Contre-indications (relatives) de la promontofixation :**

- Femmes âgée (> 70-80 ans) avec morbidités importantes
- ATCD chirurgie abdominale adhésiogène
- Obésité morbide
- Contre-indication AG / coelioscopie
- Dysplasie sévère col utérin
- Douleurs dorso-lombaires chroniques et sévères

**Taux de conversion en voie basse de la promonto coelio : 6,3%**

Lucot JP et al., Essai Prospere 2016 (donnée non publiée)

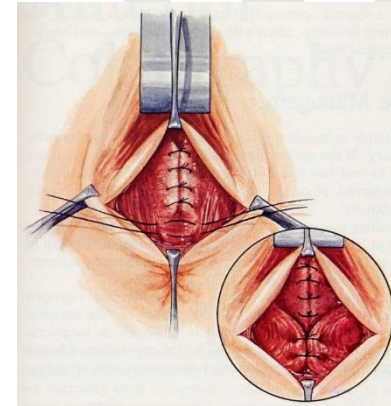
**Une récurrence après promonto est une indication privilégiée de voie basse**  
(sauf faute technique / lâchage précoce)

**La voie basse est également la voie d'abord de choix des expositions vaginales de prothèse après promontofixation ...**

## La chirurgie vaginale s'impose aussi pour certains types de prolapsus

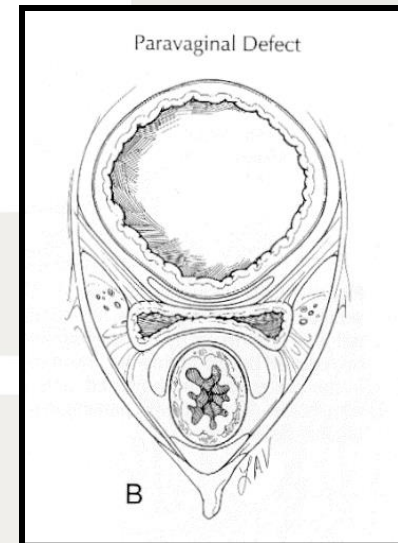
### **Rectocèle isolée (+/- élytrocèle et/ou prolapsus apical) :**

- Patiente essentiellement gênée par la boule
- Pas ou peu de constipation terminale
- Pas d'incontinence anale
- Rééducation asynchronisme avant la chirurgie
- Traitement autologue (plicature fascia pré-rectal +/- résection sac élytrocèle et sacrospinofixation postérieure)



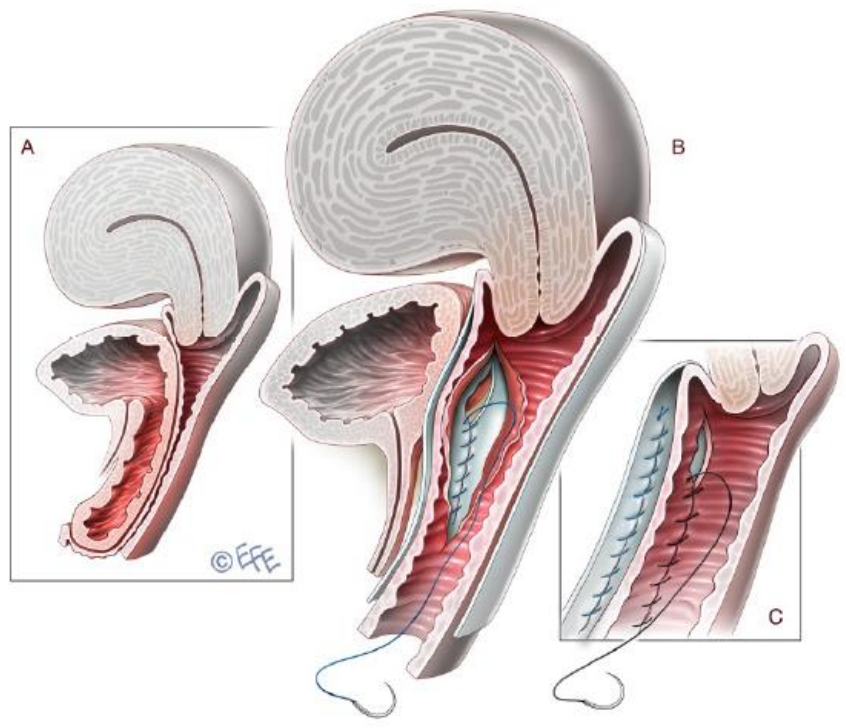
### **Cystocèle isolée (sans prolapsus apical) :**

- Cystocèle médiane, a fortiori latérale
- Bien s'assurer qu'il n'y a pas de prolapsus apical (sous-évalué) +++
- Traitement autologue (plicature fascia Halban, plastron ...) ou prothétique (prothèse TO, fixation LSE discutabile)

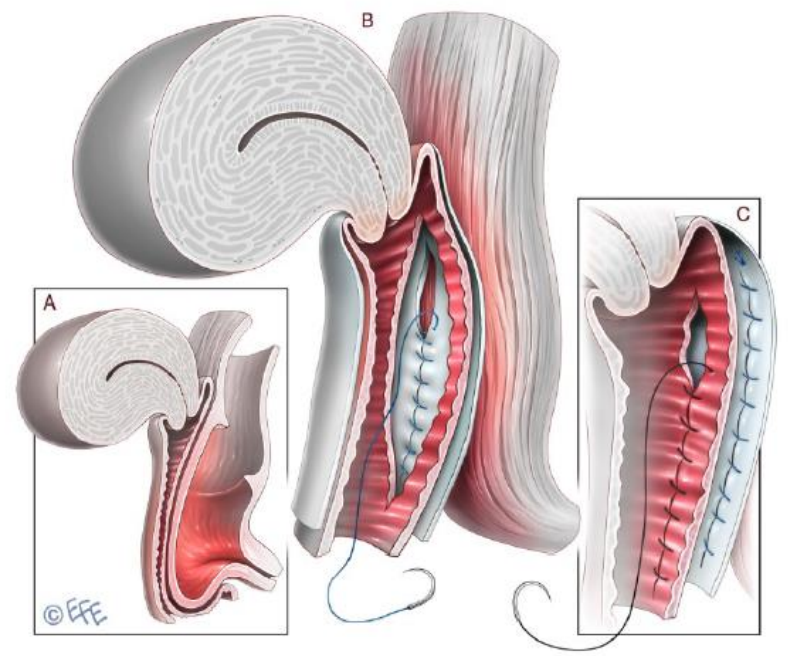


# Les réparations autologues

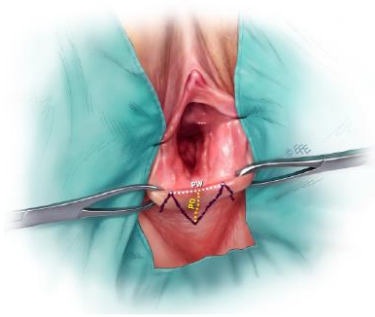
Morbidité faible (mais non nulle)  
par rapport aux réparations prothétiques  
mais également par rapport à la coelio



Plicatures sous-vésicales



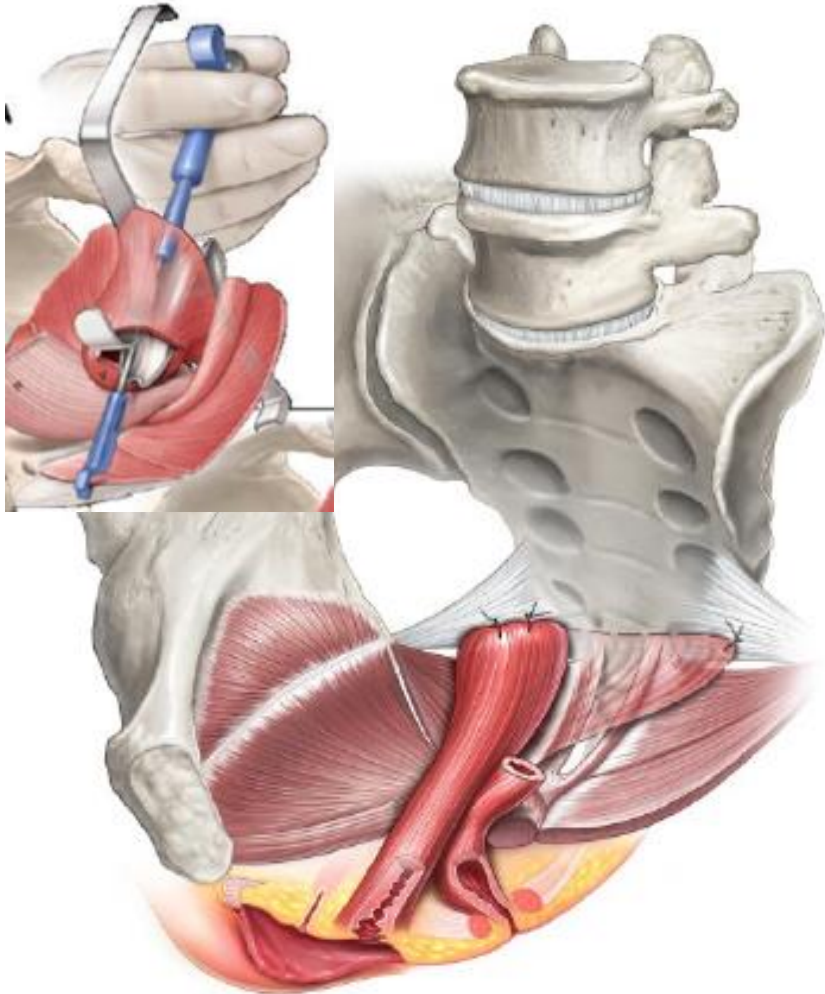
Plicatures pré-rectales



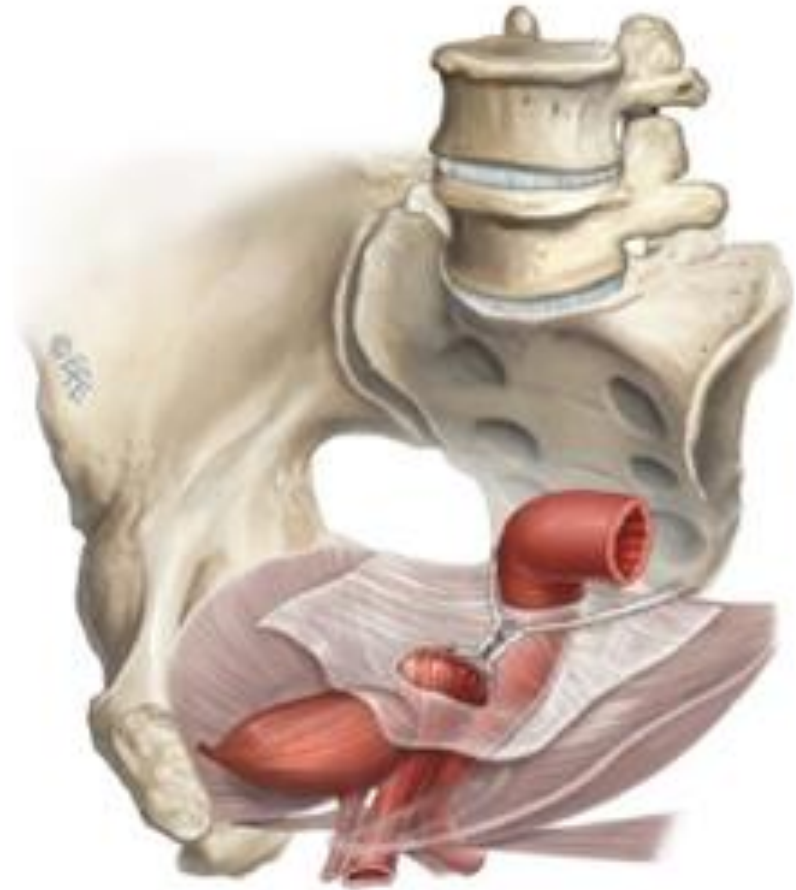
Périnéorraphies superficielles



# Chirurgie du prolapsus apical par voie vaginale



Sacrospinofixation



Suspension aux ligaments utéro-sacrés

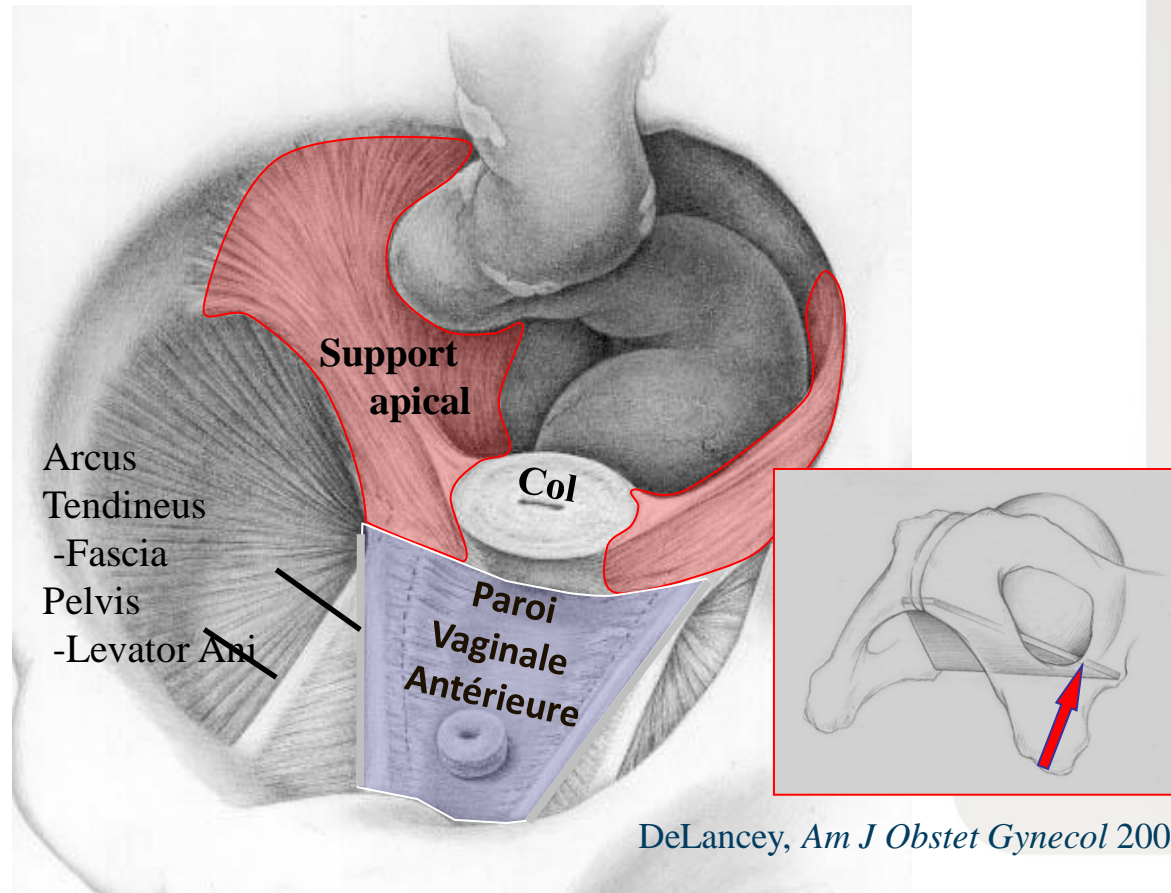
# Sacrospinofixation Selon Richter





# Sacrospinofixation par voie antérieure

**Le support apical (niveau I de DeLancey)  
joue un rôle majeur dans le traitement des cystocèles (niveau II)**



## ANTERIOR APPROACH BILATERAL SACROSPINOUS LIGAMENT FIXATION FOR VAGINAL VAULT PROLAPSE

R. DUANE CESPEDES

From Female Urology and Urodynamics, Wilford Hall Medical Center, University of Texas Health Sciences Center, San Antonio, Texas, USA

2000

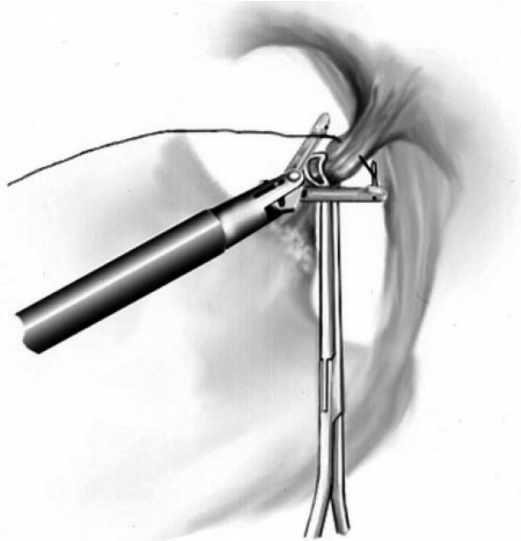


FIGURE 3. The first suture is placed into the sacrospinous ligament just medial to the Babcock clamp using an AutoSuture Endostitch suturing device.

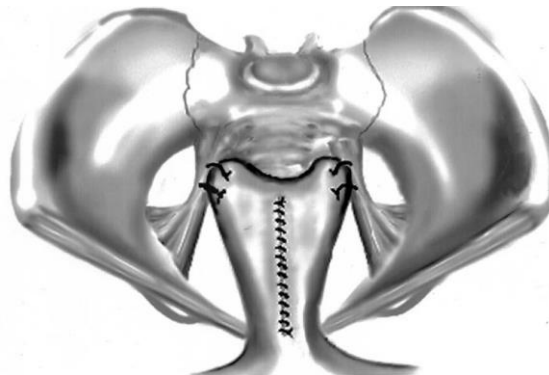


TABLE I. Procedures performed

Operation	Patients, n (%)
Bilateral sacrospinous ligament fixation	28 (100)
Pubovaginal sling	25 (89)
Cystocele repair	28 (100)
Rectocele repair	28 (100)
Enterocele repair	28 (100)
Vaginal paravaginal	22 (79)

TABLE II. Results and complications of bilateral sacrospinous ligament fixation

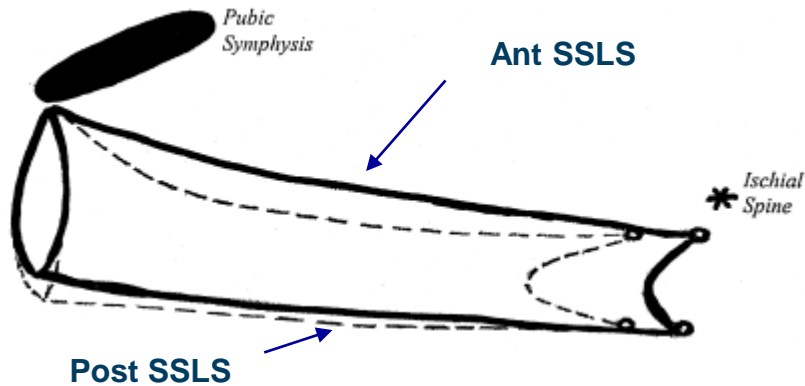
Result/complication	N (%)
Recurrent vault prolapse (grade 1)	1 (4)
Cystocele recurrence	2 (8)
Prolonged retention	1 (4)
Transient buttock pain	2 (8)
Transfusion	1 (4)
Residual urge incontinence	2 (8)



## SSF

### Antérieure vs postérieure

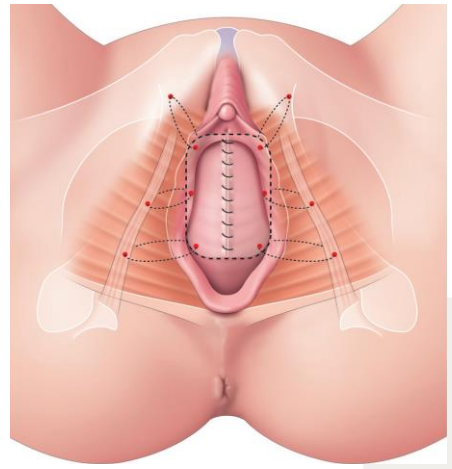
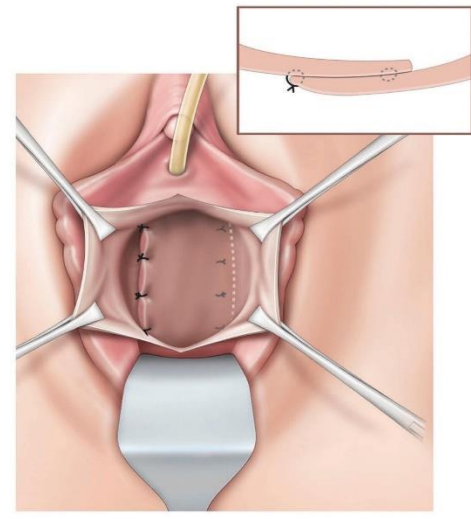
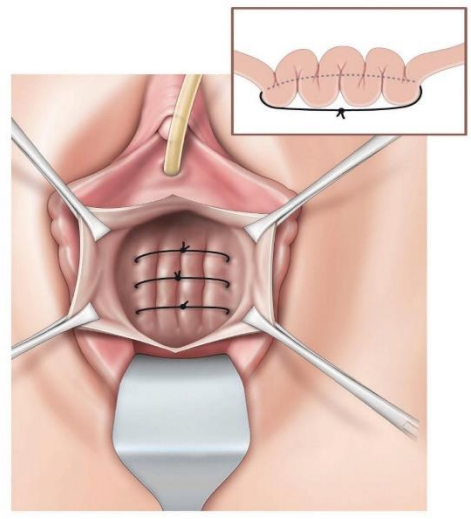
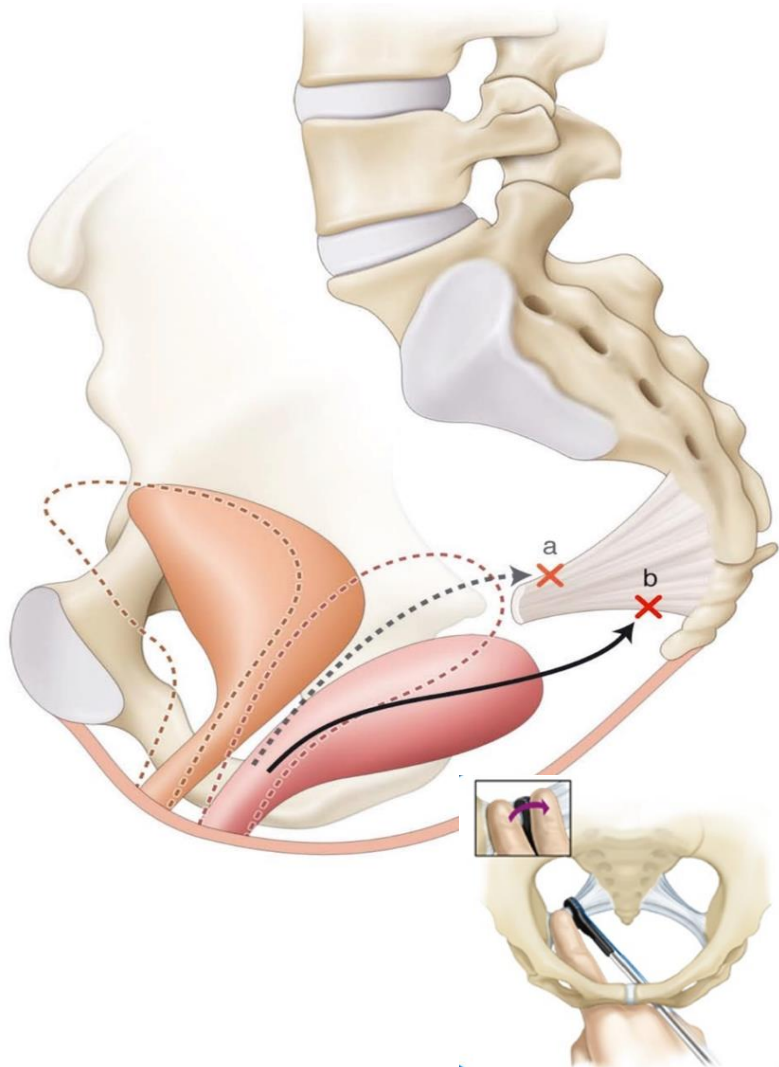
	Ant SSLS n = 76	Post SSLS n = 92	<i>p</i>
LVT (cm)	9.08	8.33	0.02
C/D points (POP-Q)	-8.51	-6.60	0.04
Ba point (ant wall)	-2.47	-1.65	0.05
Bp point (post wall)	-2.56	-2.86	0.05



## Données publiées sur la Sacrospinofixation par voie antérieure

Auteur	Pays	Année	Instrument	Matériel	n	Conservation utérine	Suivi en mois Moy (extrêmes)	Succès anatomique	Complications
Cespedes RD	US	2000	Endostich Capiro	Bilateral sutures 1 absorbable 1 permanent	28	Vault	17 (5-35)	96% Vault 92% Cystocele	8% (1 blood transfusion, 1 prolonged retention)
Goldberg RP	US	2001	Capiro	Unilateral (right) PTFE suture	76	46% hysterectomies	39 (4-37)	POP-Q measures	3.9% (reoperation rate)
Petruzzelli P	Italy	2016	Capiro	Bilateral PP sutures	42	Hysteropexies	13	97% Apex 97% Cystocele	3% (1 gluteal pain > 6 months)
Shkarupa D	Russia	2019	In-out transgluteal with hook	Unilateral Synthetic sling	174	Hysteropexies	12	99.3% Apex 92.6% Cystocele	0.7% (1 de novo dyspareunia)
Solomon ER	US	2020	Capiro with absorbable polydioxanone suture	Bilateral	144	37% hysterectomies	6	100% Apex 100% Cystocele	3.4% (1 blood transfusion, 3 lower urinary tract injuries, 1 rectal injury)

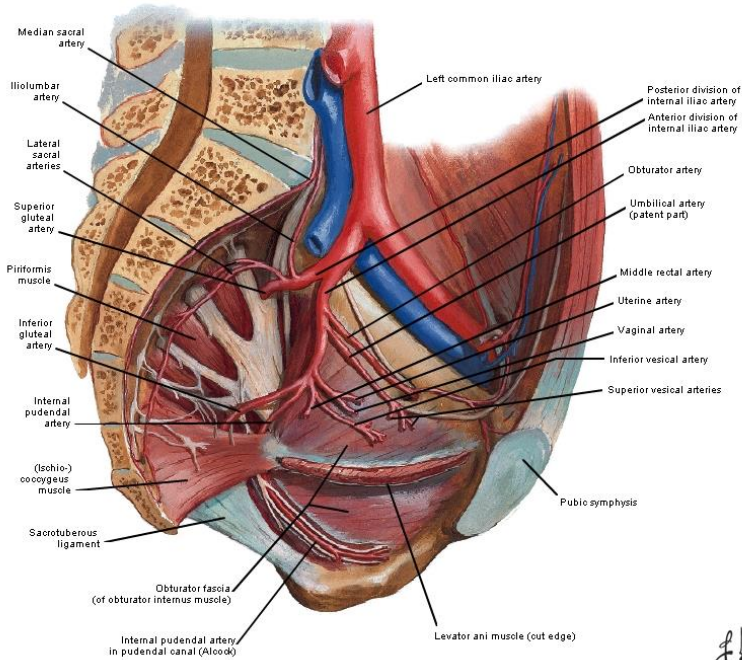
# Evolution vers la Sacrospinofixation antérieure



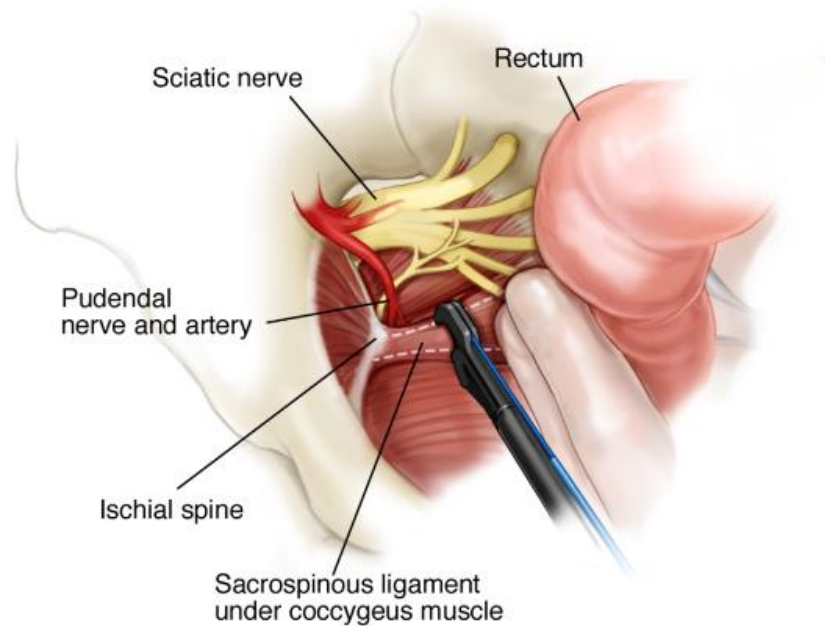


# Repères anatomiques / risques

**Arteries and Veins of Pelvis**  
Female - Sagittal Section



*F. Netter M.D.*  
© IBN





# La chirurgie vaginale est parfois l'option la plus raisonnable chez les patientes à risque

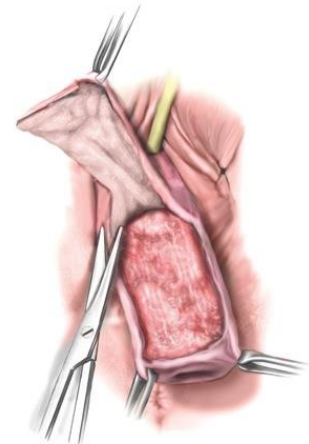
264 340 patientes opérées d'un prolapsus

Taux morbidité /1000 femmes

< 60 ans	60-69 ans	70-79 ans	≥ 80 ans	p
140	130	160	200	< 0,01
			<b>OR 1,4</b> [IC95% 1,3-1,5]	

Taux mortalité /1000 femmes

< 60 ans	60-69 ans	70-79 ans	≥ 80 ans	p
0,1	0,5	0,9	2,8	< 0,01
	<b>OR 3,4</b> [IC95% 1,7-6,9]	<b>OR 4,9</b> [IC95% 2,2-10,9]	<b>OR 13,6</b> [IC95% 5,9-31,4]	

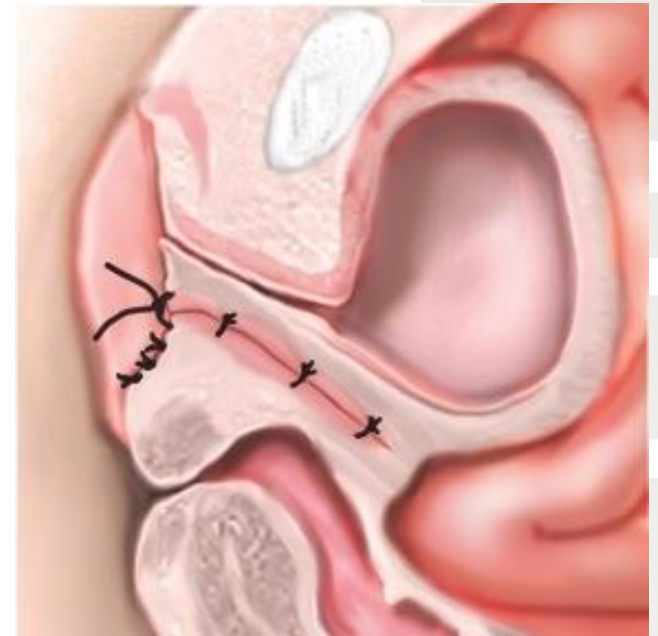
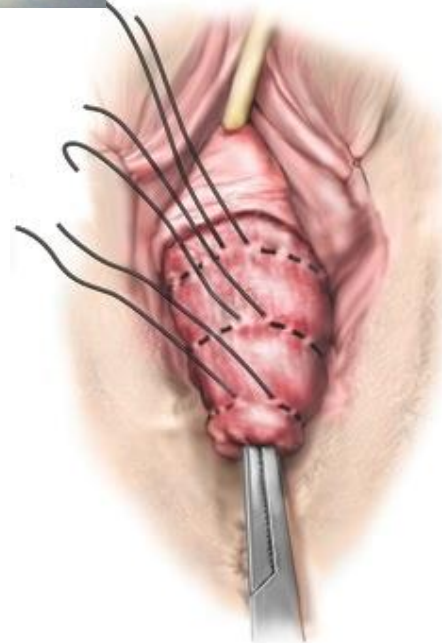
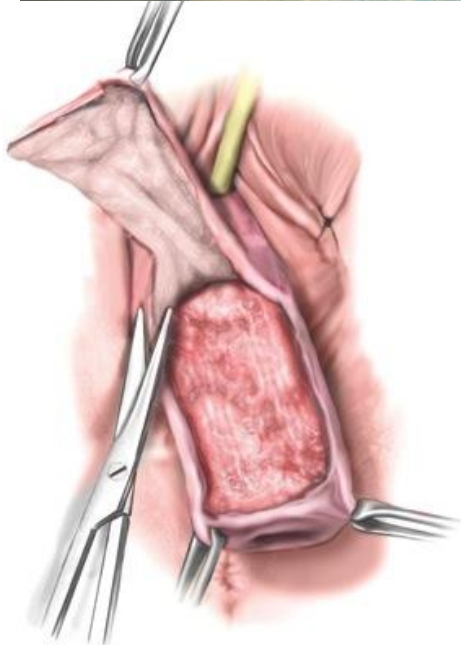


Les interventions les moins à risque de complications > 80 ans sont les colpopléxis (17% vs 24,7%,  $p < 0,01$ )

# Cas particulier : Les occlusions vaginales (colpoclésis)



Parfois la seule solution pour les très volumineux prolapsus  
Jamais avant 80 ans  
Intérêt si risque IUE post-opératoire sévère



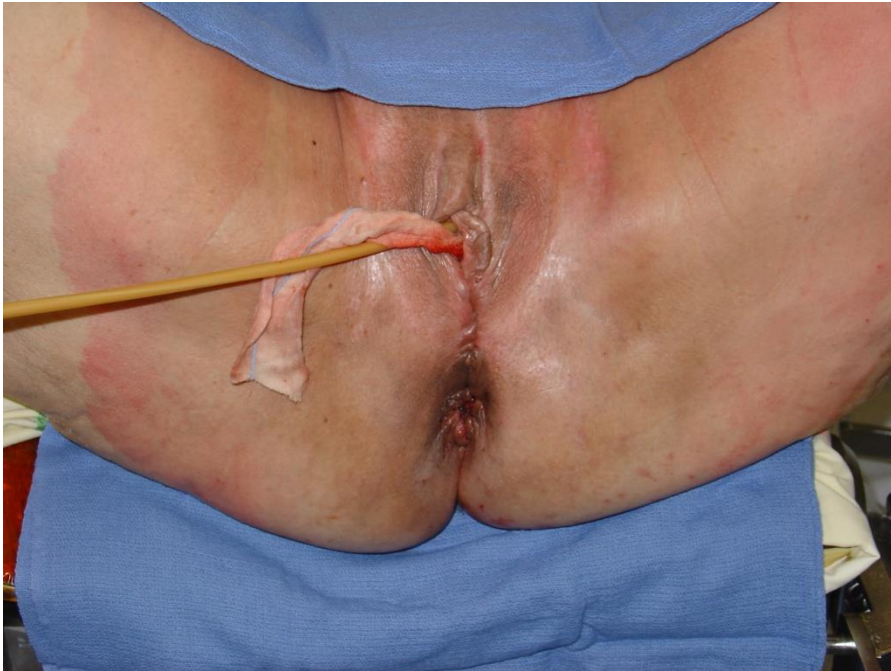
# COLPOCLEISIS



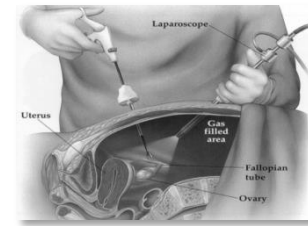




VULVOCLEISIS



# Choix de la voie d'abord chirurgicale



- ✓ Information pré-opératoire capitale
- ✓ Elaboration d'un schéma thérapeutique personnalisé
- ✓ Collaboration multi-disciplinaire
- ✓ Importance du délai de réflexion
- ✓ La patiente, dûment informée des risques des différentes chirurgies doit solliciter l'intervention
- ✓ Le respect des indications est une arme majeure de prévention des complications



# *Traitement du prolapsus par voie vaginale :*

## *cystocèle et colpocleisis*

**Xavier Deffieux (Clamart)**

Pour le groupe de travail

*Le Normand L, Hermieu JF, Fritel X, Cosson M, Fatton B, Ferry P, Cour F, Marret H, Meurette G, Saussine C, Gourcerol G, Donon L, Ballanger P, Vidart A, Wagner L, Cayrac M, Lapray JF, Cortesse A, Basset V, Cardot V, Thibault F.*

## Préparation digestive avant la chirurgie ?

Il est recommandé de **ne pas faire** de préparation digestive avant une chirurgie du prolapsus par voie vaginale **Grade B**

### Bowel Preparation Before Vaginal Prolapse Surgery

*A Randomized Controlled Trial*

OBSTETRICS & GYNECOLOGY



*Alicia C. Ballard, MD, Candace Y. Parker-Autry, MD, Alayne D. Markland, DO, MSc,  
R. Edward Varner, MD, Carrie Huisingsh, MPH, and Holly E. Richter, PhD, MD*

Diminution satisfaction des patientes (effets secondaires)

Pas d' amélioration des conditions opératoires

NP2

*Ballard et al, Obstet Gynecol, 2014*

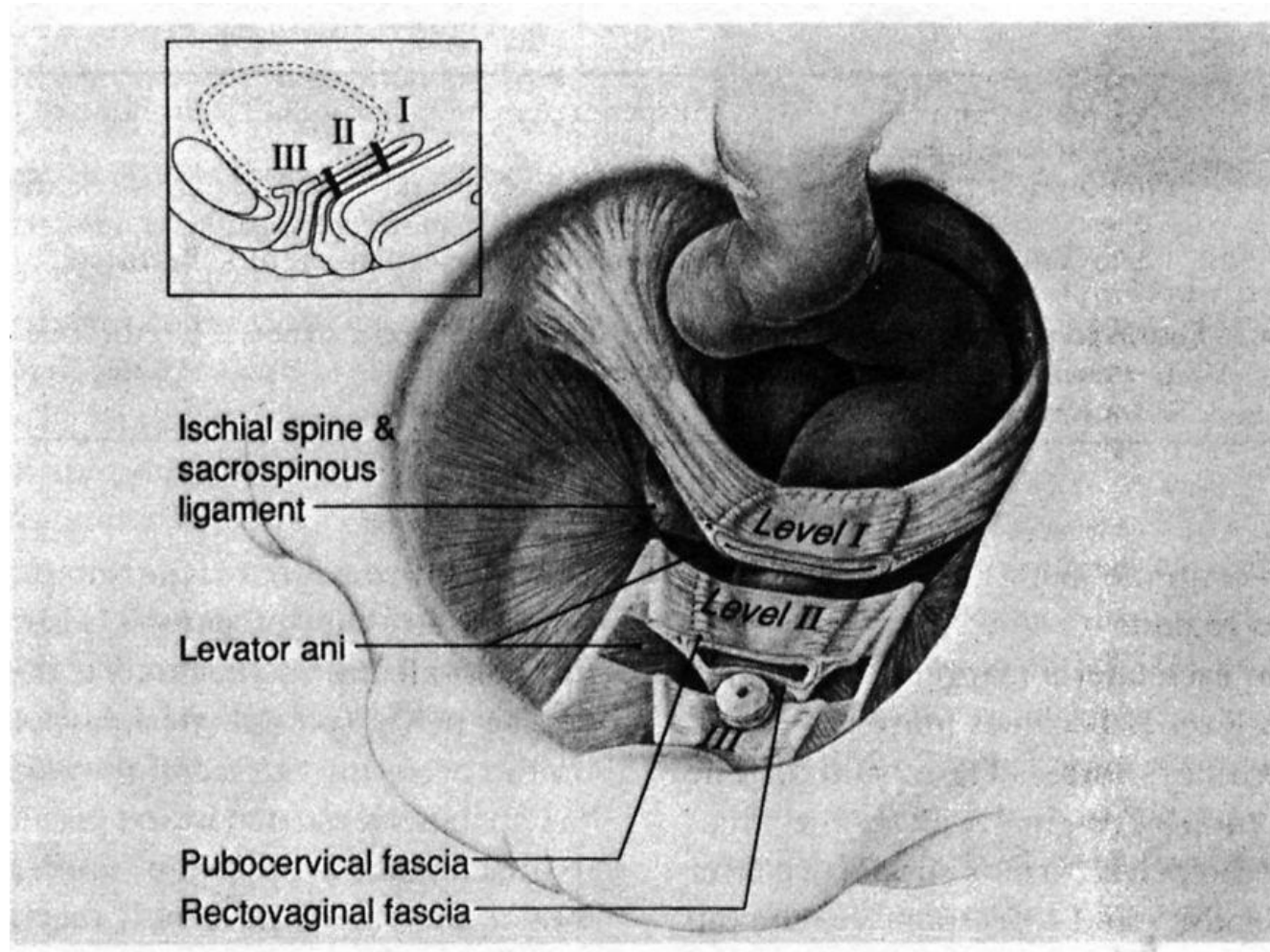
## Estrogènes locaux avant la chirurgie ?

Pas de preuve de leur utilité



# Conservation uterine ou Hystérectomie ?

# L'utérus n'a pas de rôle propre dans la statique pelvienne



## Interventions par voie haute : Indication hystérectomie associée ?

- étude prospective
- hysterোসacrocolpopexie versus hystérectomie + sacropexie
- recul moyen 51 mois
- succès objectif
  - 91% après sacropexie
  - 92% après hystérosacropexie
- récurrence cystocèle
  - 2,6% après sacropexie vaginale
  - 14,7% après hystérosacropexie (NS)
- récurrence rectocèle
  - 15,8% après sacropexie vaginale
  - 8,8% après sacropexie utérine (NS)

## Chirurgie par voie haute : Risque exposition de prothèse si hystérectomie totale ++

Étude rétrospective avec du polypropylène  
Taux érosion 4/121 (3,3%)

	<b>HST</b> n = 37	<b>HT</b> n = 49	<b>ATCD HT</b> n = 35
Taux érosion	0%	8,2%	0%

95% CI 2,3-19,6  
 $p < 0,05$



# Interventions par voie basse : Indication hystérectomie associée ?

- VOIE BASSE

	Comparaison	n	Recul <i>mois</i>	Succès %	Compl. %	Réinter. %
<b>Maher</b>	HVB + Richter	36	26	72		5,6
2001, RP	vs Richardson	34	36	74		8,8
<b>Hefni</b>	HVB + Richer	48	33	96	31,2*	4,1
2001, PNR	vs Richardson	60		94	11,5	4,9
<b>Van Brummen</b>	HVB + fix US	49		93		
2003, RP	vs Richardson	54		89		
<b>Neuman</b>	HVB + post IVS	44	29	100		
2006, PNR	vs post IVS	35		97		

\*p<0,05

**Résultats identiques si conservation utérine**  
**Augmentation temps op, saignements per-op, fièvre post-op**

# Hystérectomie seulement sur indication

## Pathologies Utérines

Fibromes, adénomyose, hyperplasie endométriale complexe ou atypique

Dysplasie du col

Ménorragies ou métrorragies post-ménopausiques

Allongement hypertrophique du col

## Risque familial BRAC1 & 2

## Syndrome de Lynch

ATCD personnel de cancer du sein (a fortiori patiente sous tamoxifène)

Obésité morbide (risque de K de l'endomètre x 3)

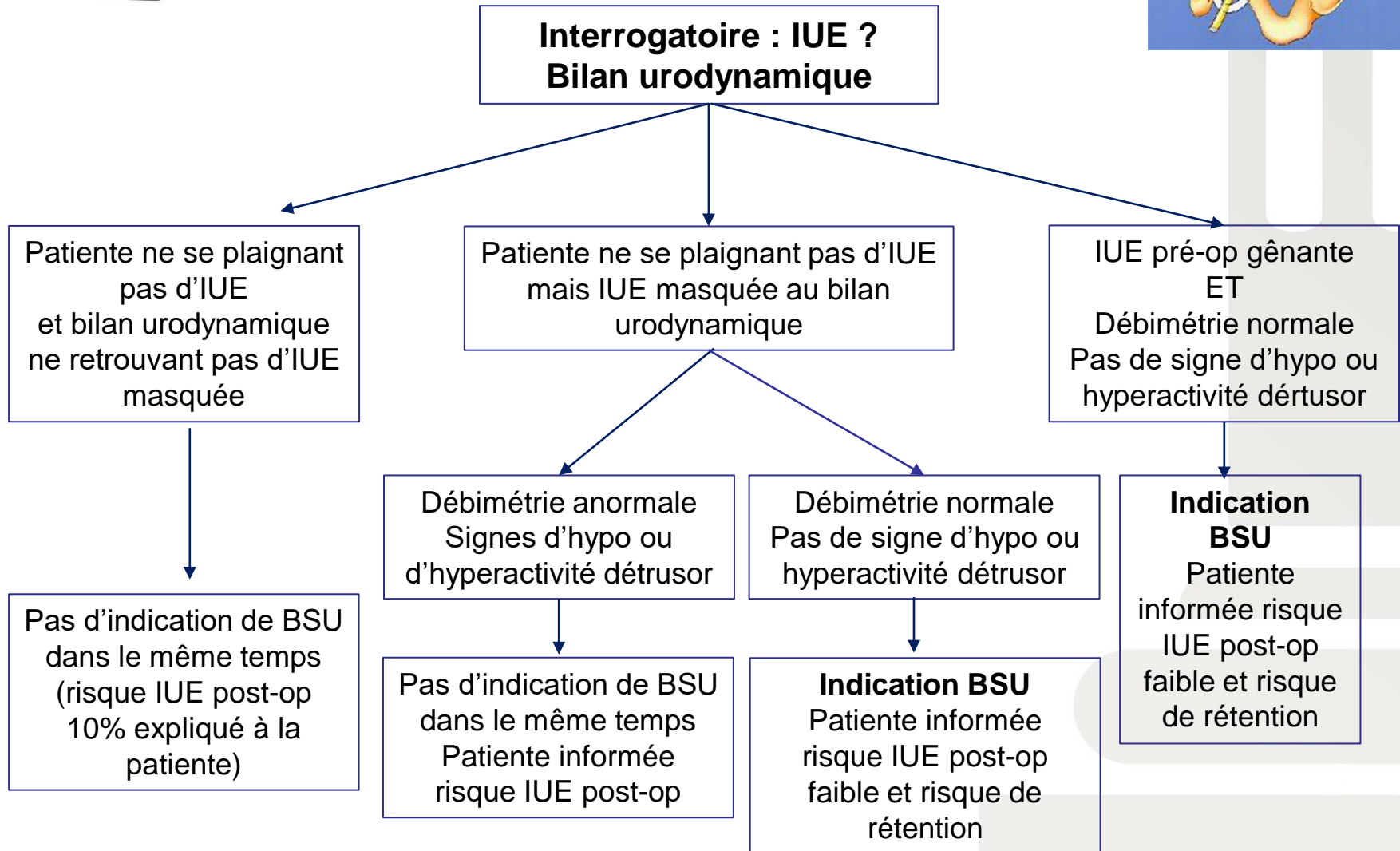
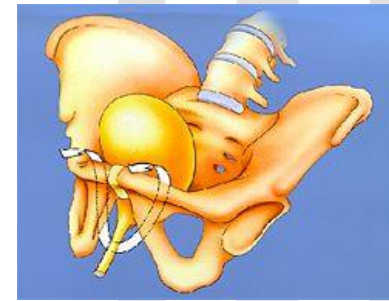
Patiente ne pouvant avoir une surveillance gynécologique ultérieure

Importance de l'évaluation pré-opératoire (FCV, écho, HSC, BE)  
et du suivi post-opératoire ++

L'hystérectomie n'améliore pas les résultats fonctionnels et anatomiques et elle augmente la morbidité péri-opératoire. En l'absence d'indication spécifique, il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement une hystérectomie au cours de la cure chirurgicale d'un prolapsus génital (AE).

En cas de prolapsus génital en permanence extériorisé, une hystérectomie dans le cadre d'une chirurgie vaginale peut concourir à limiter le risque de récurrence.

En cas d'allongement du col utérin, l'hystérectomie totale ou l'amputation du col utérin participent au traitement chirurgical du prolapsus utérin.



# Chirurgie préventive Chirurgie combinée prolapsus + IUE ?

Recommandations pour le traitement  
chirurgical du prolapsus génital

Cure POP + BSU

Cure POP seule

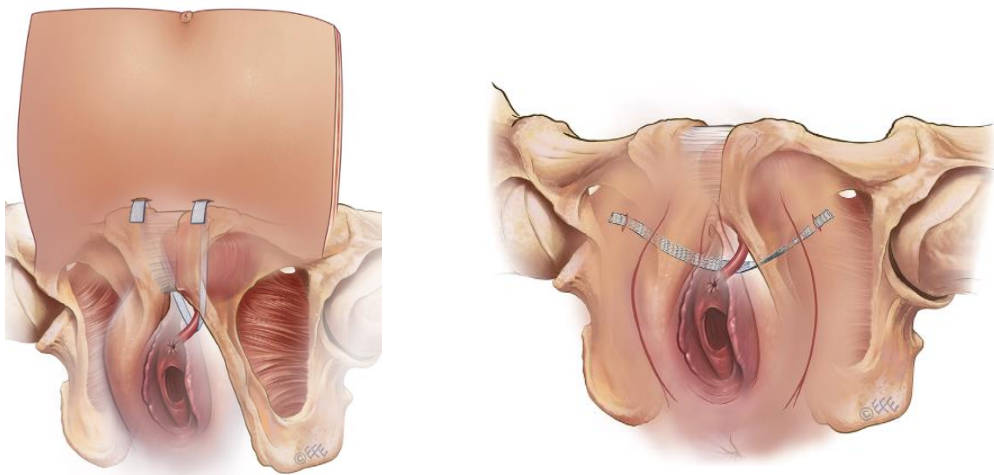
Statut pré-op	Risque IUE post-op	Risque dysurie, HAV	Taux « guérison » IUE
IUE pré-opératoire	Risque réduit (NP1)	Risque ↗	30%
IUE masquée	Risque réduit (NP1)	Risque ↗	60%

On peut proposer de ne pas traiter l'IUE dans le même temps à condition de prévenir les patientes de l'éventualité d'une chirurgie en 2 temps

# Traitement IUE de novo

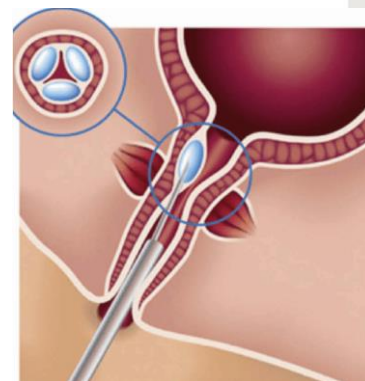
## Traitements chirurgicaux

### Bandelettes sous-urétrales



TVT rétropubien plus efficace que le TOT chez les femmes ayant une IUE de novo après chirurgie vaginale prothétique (88% vs 60%,  $p = 0,036$ )

### Injections trans-urétrales



### Sphincter urinaire artificiel





Chez les patientes présentant une atrophie vulvovaginale ou un syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM)<sup>3</sup> associé au prolapsus génital, un traitement local (hydratant, lubrifiant ou faibles doses vaginales d'œstrogènes locales) a montré une efficacité sur les symptômes et peut être recommandé (AE).

Il n'existe aucune donnée permettant de recommander l'utilisation du laser ou de la radiofréquence dans la prise en charge du prolapsus génital (AE).

- Etude randomisée
- Cystocèle et/ou Rectocèle stade 2/3
- Laser Yag chez 15 patientes vs surveillance simple chez 15 patientes
- Aucune amélioration à 4 mois
- Satisfaction 2/15 (14%) vs 0/15 (0%) (NS)

**S Athanasiou et al., Climateric 2021**

# Conclusion



- ✓ Importance de l'évaluation initiale :
  - ✓ Motif de consultation
  - ✓ Liste des symptômes étage par étage
  - ✓ Niveau de gêne et retentissement au quotidien (EVA, questionnaires spécifiques)
  - ✓ Qualité de vie sexuelle
  
- ✓ Prise en compte des différents symptômes :
  - ✓ 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
  - ✓ Abstention
  - ✓ Rééducation comportementale
  - ✓ Rééducation pelvi-périnéale
  - ✓ Appareillage (pessaires)
  - ✓ Reconstruction chirurgicale
  
- ✓ Importance de la pluridisciplinarité



TECHNIQUES CHIRURGICALES  
gynécologie

# Chirurgie de l'incontinence urinaire et du prolapsus

Michel Cosson  
Renaud de Tayrac  
Guillaume Meurette  
Jean-Nicolas Cornu  
François Haab  
Bruno Deval

2<sup>e</sup> édition



Elsevier Masson