

LA CHIRURGIE DES PROLAPSUS

« *Expliquée aux nuls* »

P. MADELENAT,



1670 : Première hystérectomie vaginale

1860 - 1910 : Première cure de prolapsus par voie basse

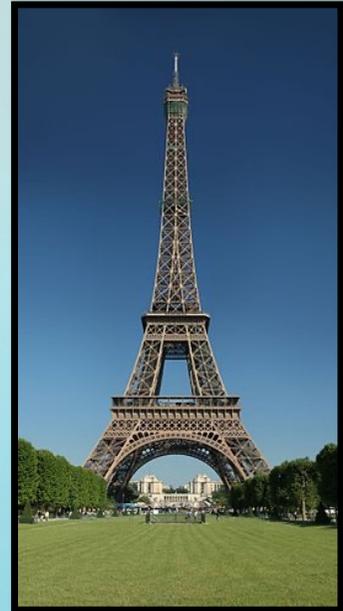
1950 : Promontofixation par laparotomie

1980 : Sacrospinofixation (Richter)

1990 : Promontofixation par coelioscopie

2000 : Prothèses par voie basse

Remerciement: R. de Tayrac (CHU Nîmes)



5 Av Emile
Deschanel
75007 PARIS

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



Stade 1 : 30%



Stade 2-3 : 10%



Stade 3-4 : 5%

Symptômes devant être recherchés chez une patiente consultant pour un prolapsus génital

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

DIGESTIFS

Fréquence approx. (%)

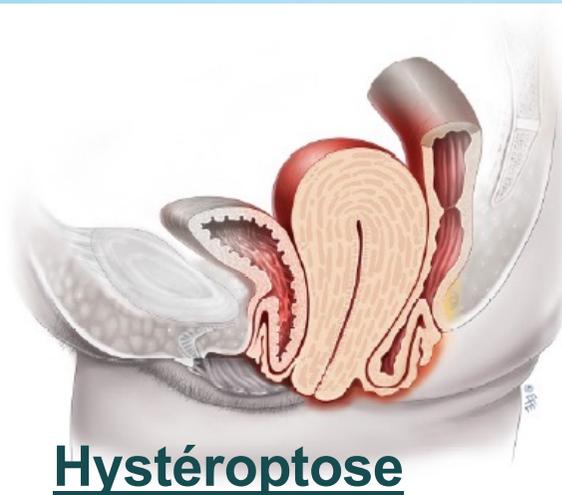
Incontinence anale	30
Impériosités défécatoires	?
Constipation terminale (dyschésie)	25
Prolapsus rectal extériorisé	5

GENITO-SEXUELS

Fréquence approx. (%)

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

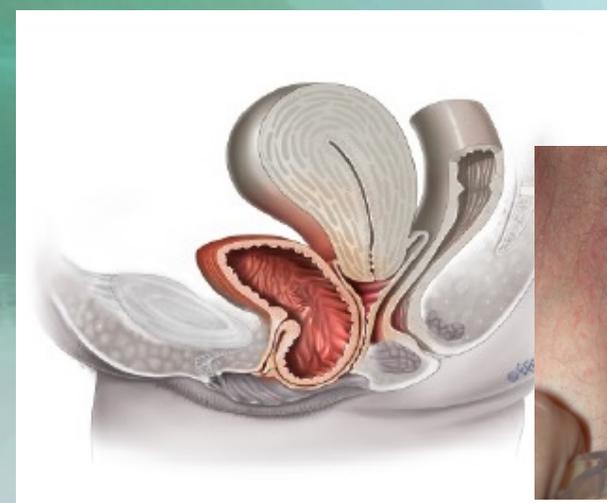
Les différents types de prolapsus



Hystéroptose



Prolapsus du dôme vaginal



Colpocèle antérieure (≈ cystocèle)



Colpocèle postérieure (rectocèle +/- élythrocelle)

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

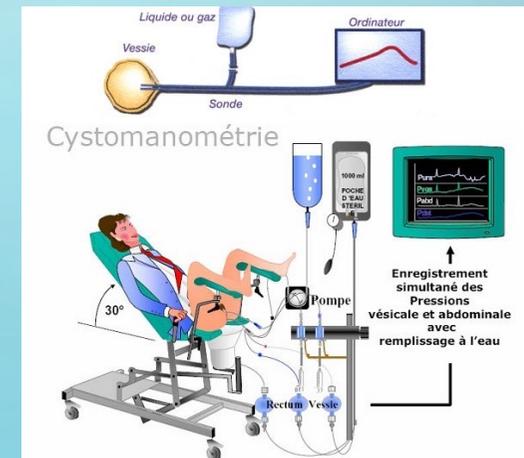
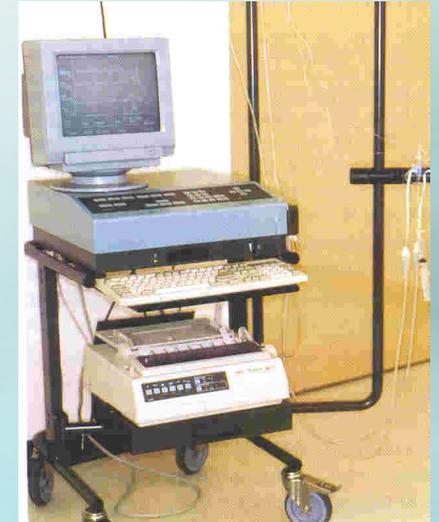
✕ Dépistage des hypocontractilités vésicales

- ✓ Surtout patientes âgées +/- diabétique
- ✓ Souvent vessies de grande capacité, hyposensibles
- ✓ Anomalies de la débitimétrie (courbe aplatie, débit max abaissé) sans obstacle urétral

✕ Dépistage des hypercontractilités vésicales

- ✓ Facteur explicatif hyperactivité vésicale

✕ Contre indication à la mise en place d'une bandelette associée (même si IUE pré-op)



Quatre questions essentielles si la chirurgie est décidée

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

Place de la chirurgie



Au terme de l'évaluation initiale et d'une 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

Réducation périnéale

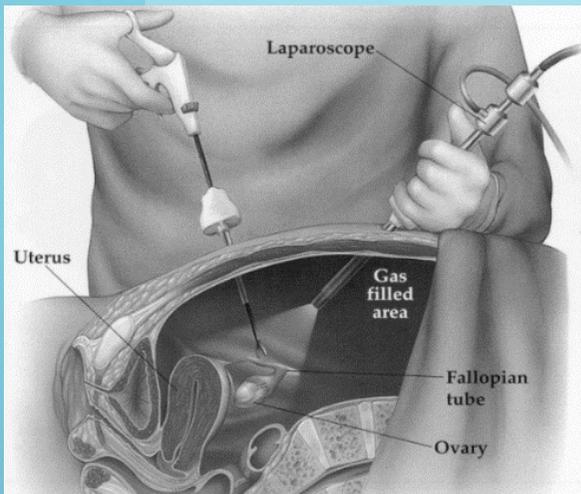
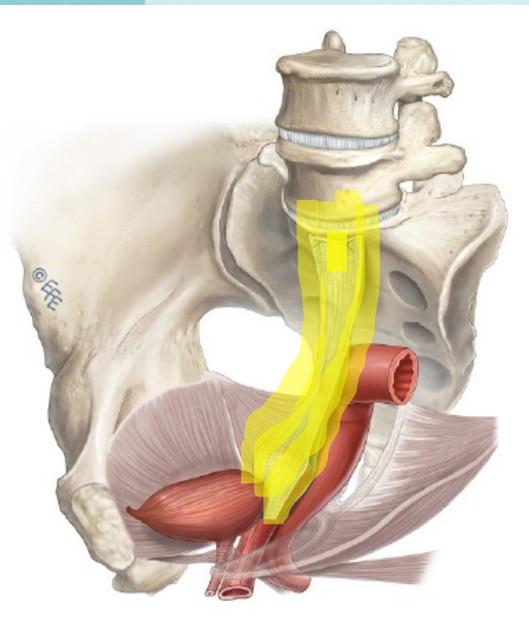
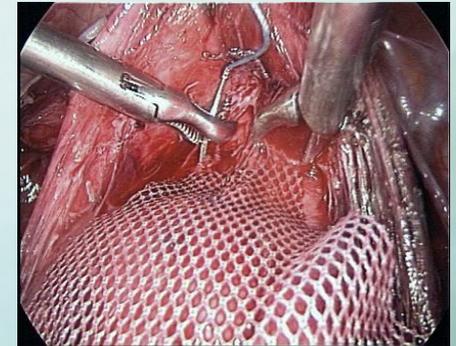
Appareillage par pessaire

Le traitement chirurgical devient le **TRAITEMENT DE REFERENCE DES PROLAPSUS** génito urinaires symptomatiques APRES ECHEC ou refus des mesures précédentes

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



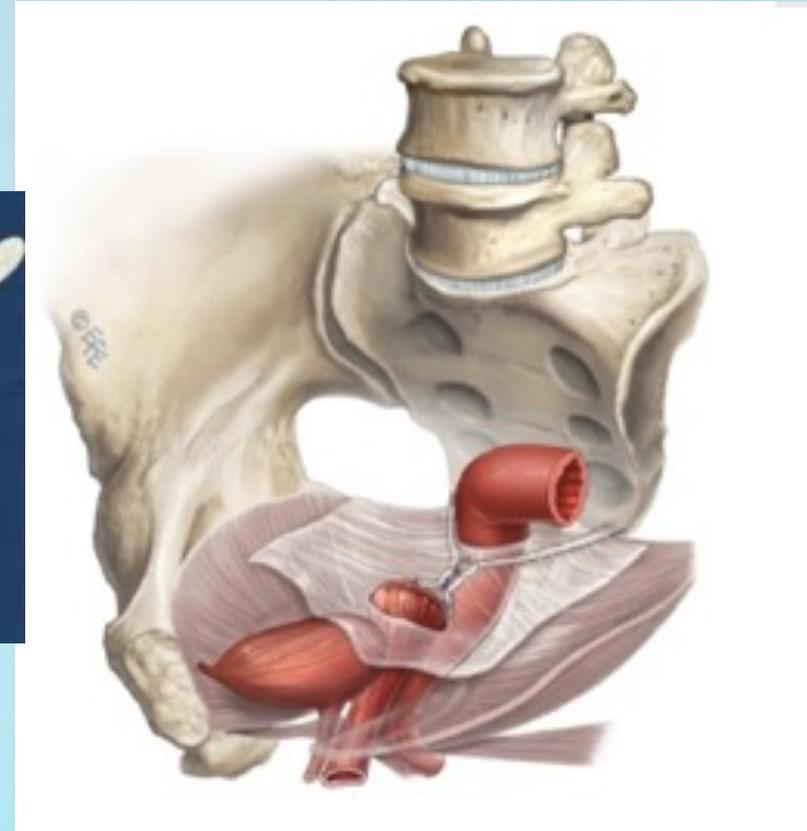
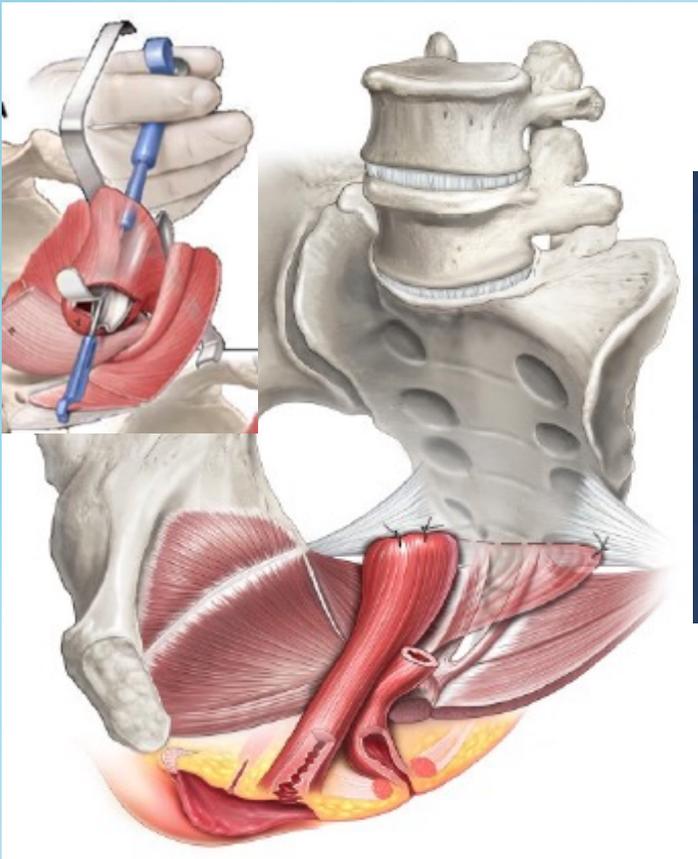
AVANTAGES DE LA COELIOSCOPIE

- ✓ Moins invasive
- ✓ Durée d'hospitalisation plus courte
- ✓ Reprise des activités plus rapide

ET LE ROBOT ?



Une alternative à la promontofixation coelioscopique:
sacrospinofixation selon Richter (ou Richardson)



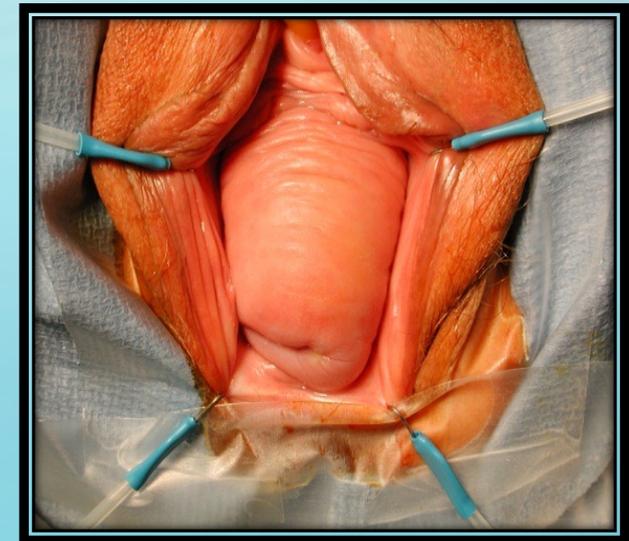
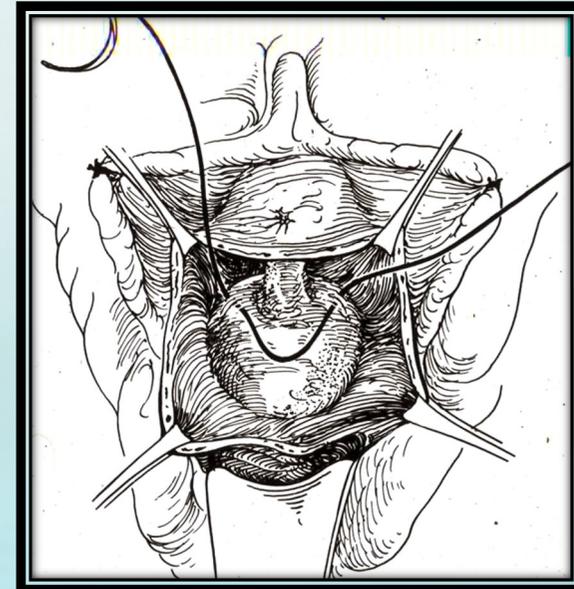
Sacrospinofixation AUTOLOGUE

Suspension PROTHETIQUE aux ligaments utéro-sacrés

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

- Femmes âgée (> 70 ans)
- ATCD chirurgie abdominale adhésiogène
- Obésité morbide
- Récidive après promontofixation
- Exposition prothétique vaginale après promontofixation
- Contre-indication à l'anesthésie générale
- Contre indication à la coelioscopie
- Dysplasie sévère col utérin
- Douleurs dorso-lombaires chroniques

Indications légitimes de la voie vaginale



La chirurgie vaginale s'impose pour certains types de prolapsus

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

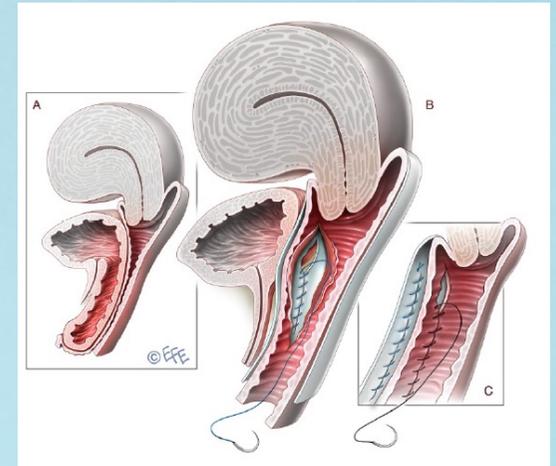
- Patiente essentiellement gênée par la boule
- Pas ou peu de constipation terminale
- Pas d'incontinence anale
- Traitement autologue (plicature fascia pré-rectal +/- résection sac élytrocèle et sacrospino-fixation postérieure)

Cystocèle isolée (sans prolapsus apical) :

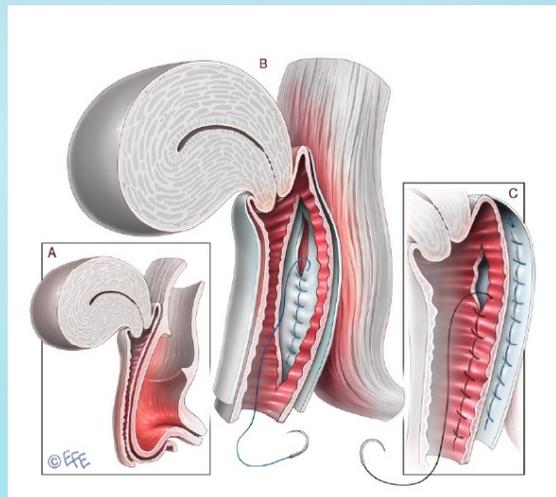
- Cystocèle médiane, a fortiori latérale
- Traitement autologue (plicature fascia Halban, plastron ...) ou prothétique (prothèse TO, fixation LSE)

Les réparations autologues sont toujours d'actualité

Morbidité faible par rapport aux réparations prothétiques mais également par rapport à la coelio .

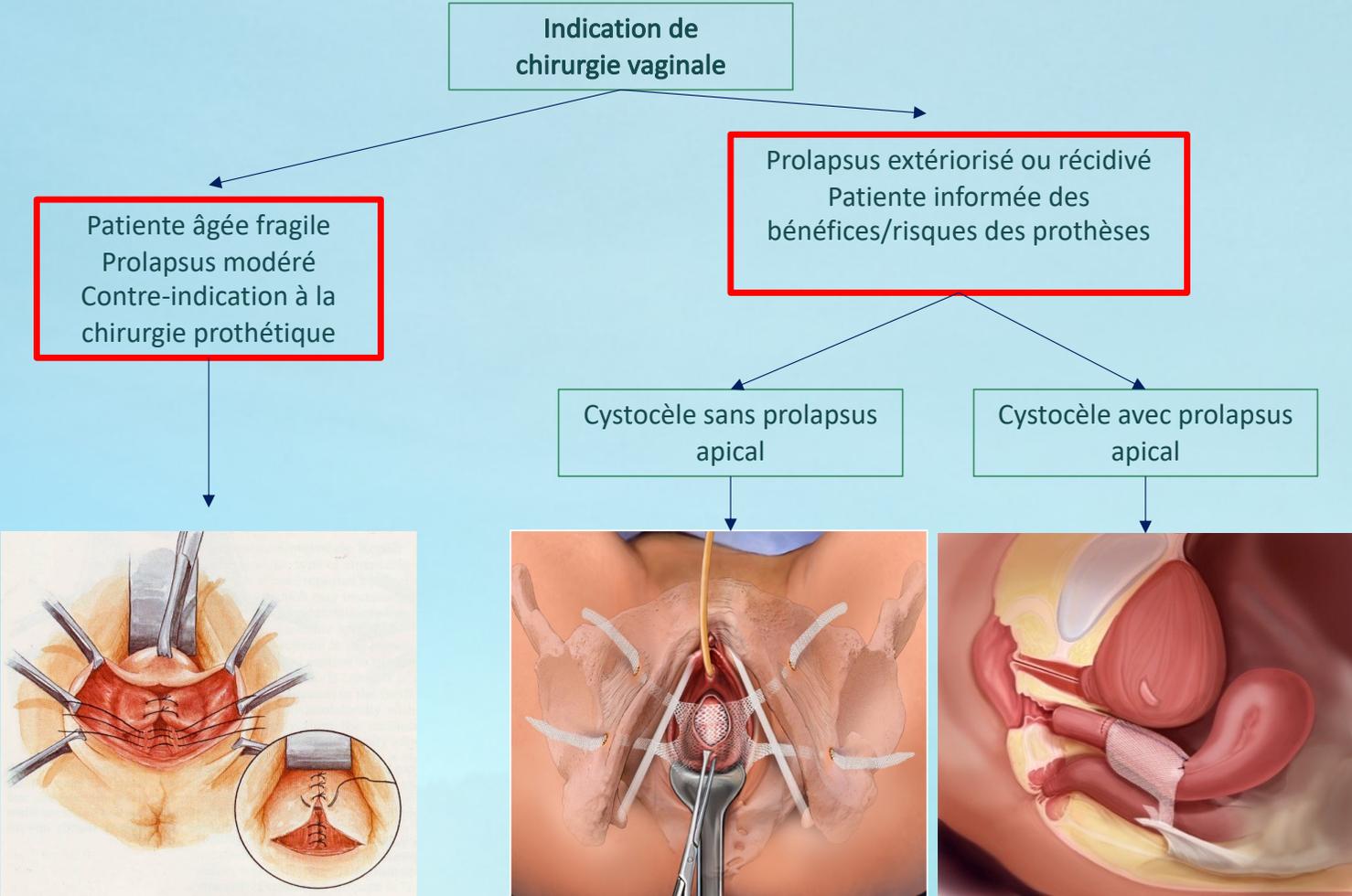


Plicatures sous-vésicales



Plicatures pré-rectales

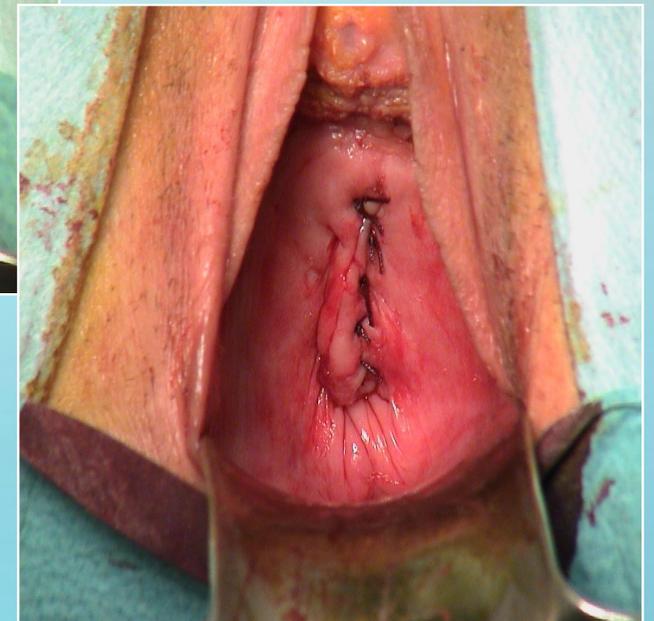
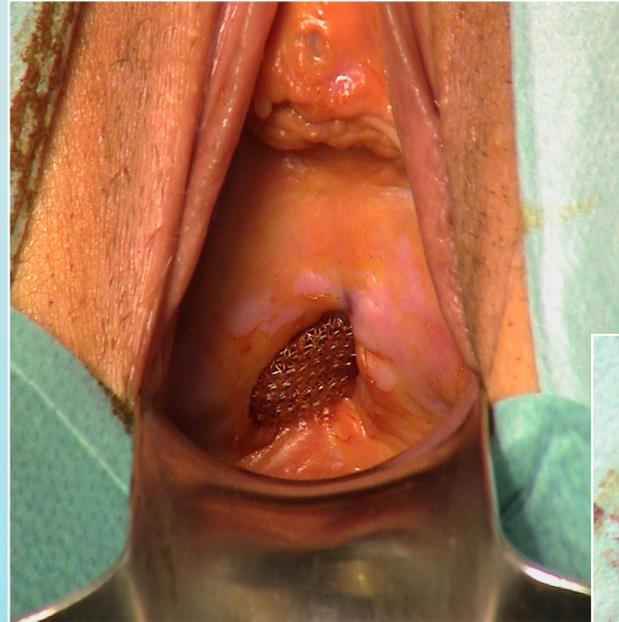
Contrairement à la promontofixation, la chirurgie vaginale offre le choix d'une chirurgie autologue ou prothétique



Prothèses non résorbables

Contre-indications (relatives)

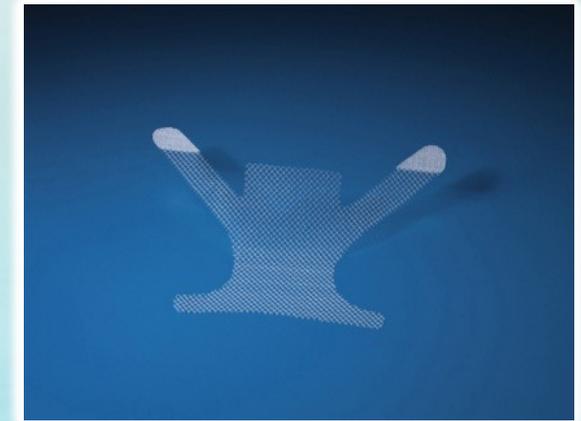
- Antécédent d'infection post-opératoire
- Diabète non équilibré
- Corticothérapie au long cours
- Immunodépression
- Tabagisme important
- Plaie vésicale (+/- complexe) per-opératoire
- Plaie rectale per-opératoire
- Indication d'hystérectomie associée



Chirurgie vaginale: technique autologue ou prothétique?

Prothèses non résorbables Indications actuelles (avis d'experts)

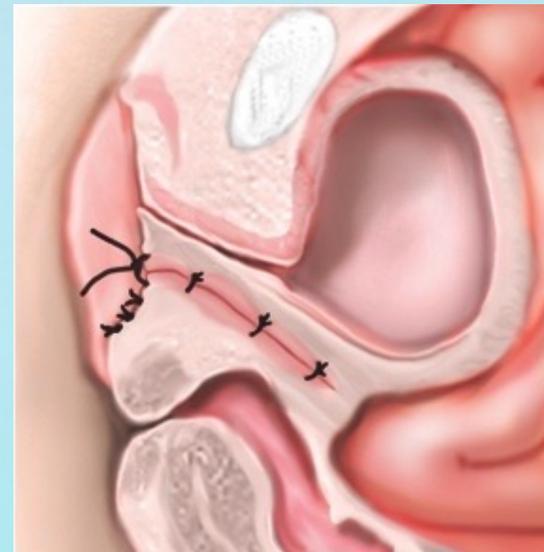
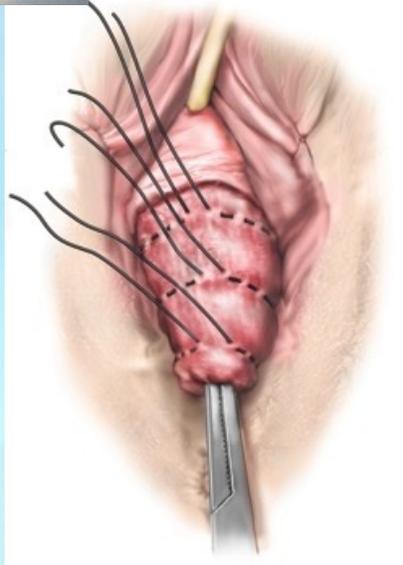
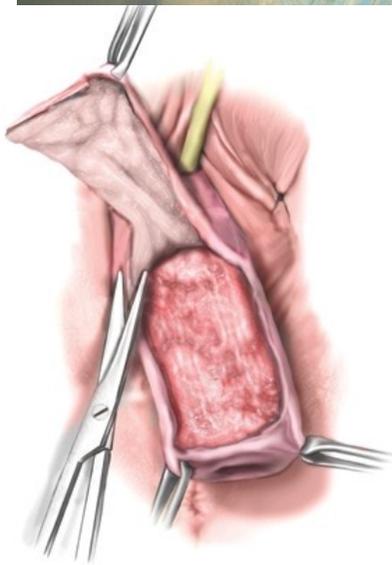
- Cystocèle récidivée
- Facteurs de risques de récives :
 - Cystocèle de haut grade
 - Surcharge pondérale
 - Hyperactivité physique (professions à risque, A.P.S)
 - Constipation chronique



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



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

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

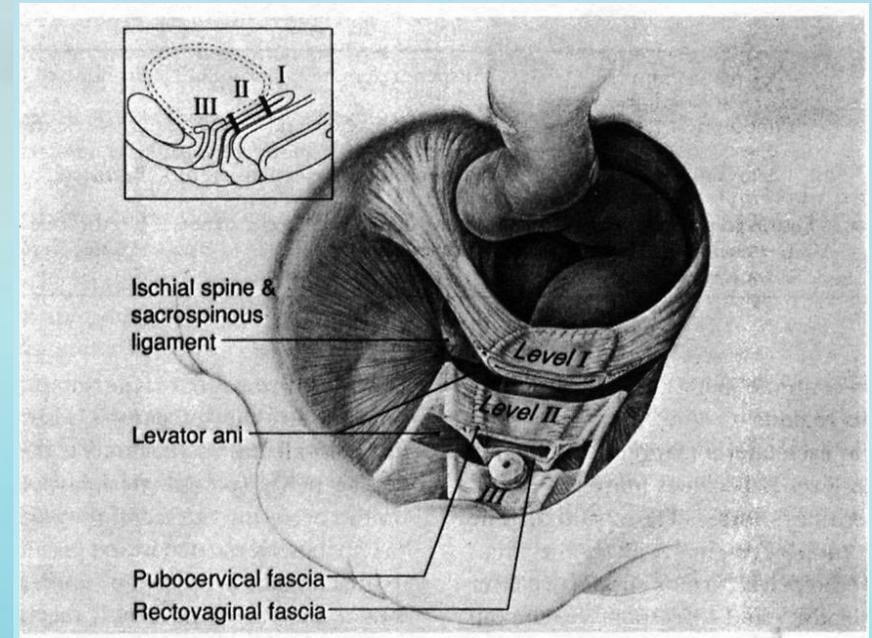
Syndrome de Lynch

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

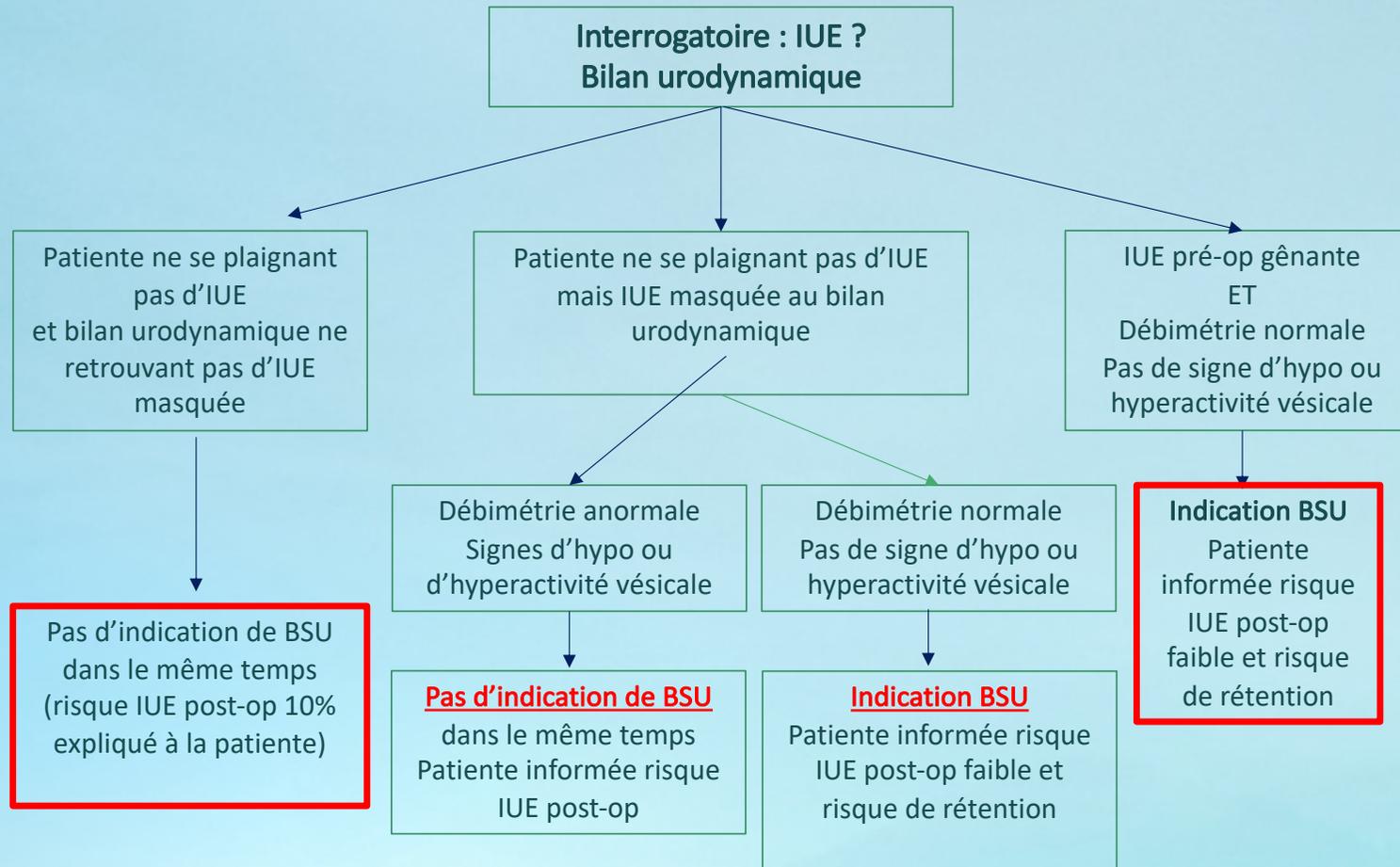
Obésité morbide (risque de K de l'endomètre x 3)

Patiente ne pouvant avoir une surveillance gynécologique ultérieure

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

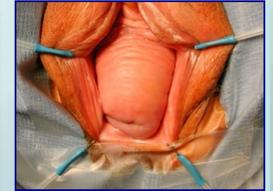
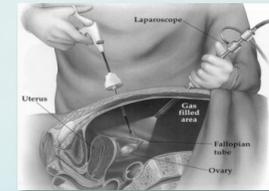


Bandelette sous-urétrale dans le même temps ?

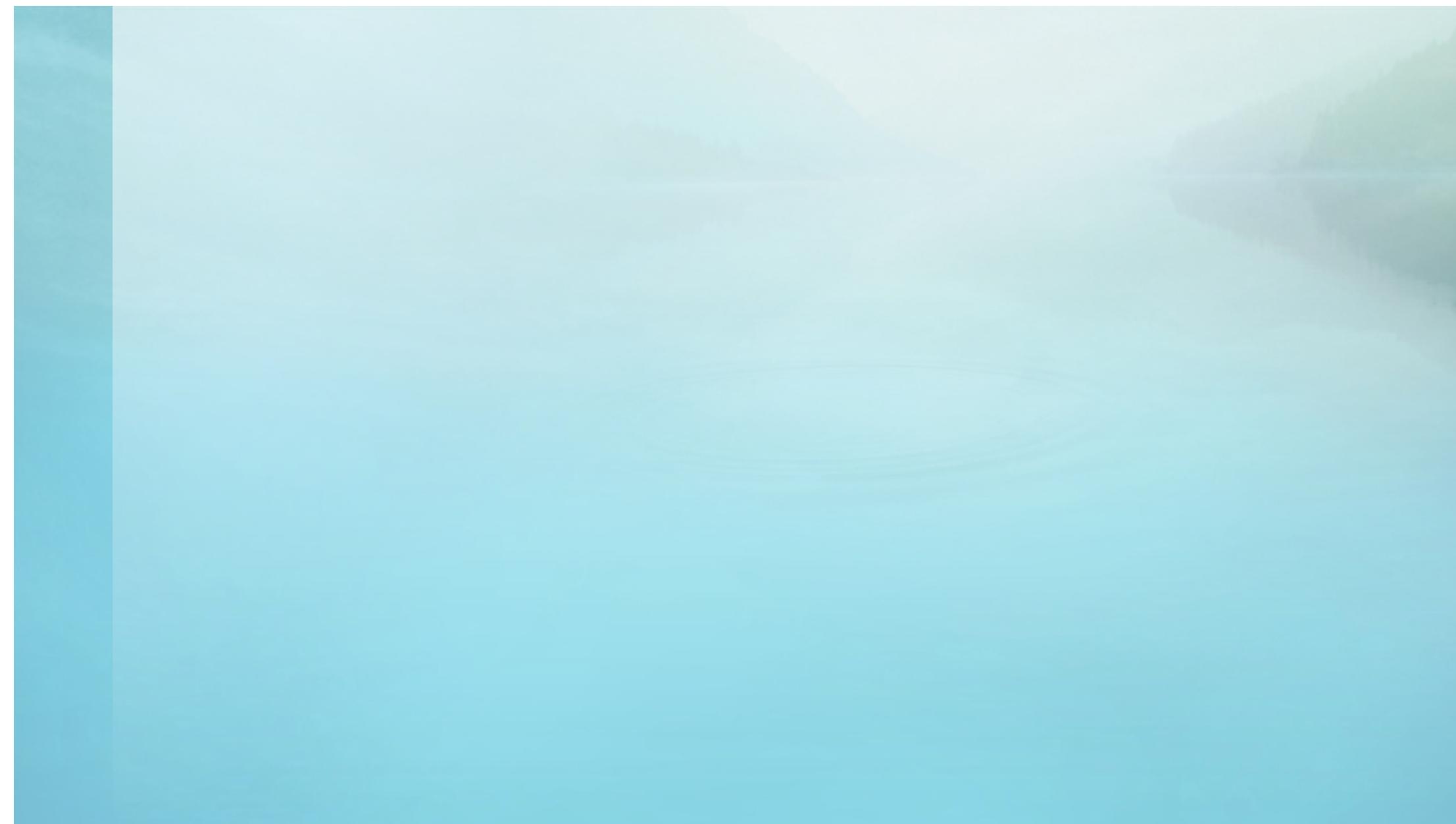


➤ On peut proposer de ne pas traiter l'IUE dans le même temps à condition de prévenir les patientes de l'éventualité d'une chirurgie en 2 temps.

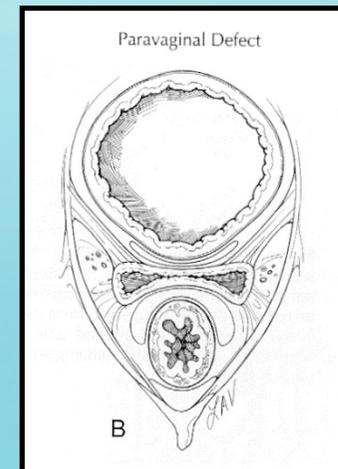
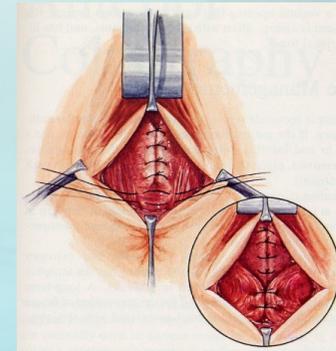
Choix de la voie d'abord chirurgicale



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



réserve



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

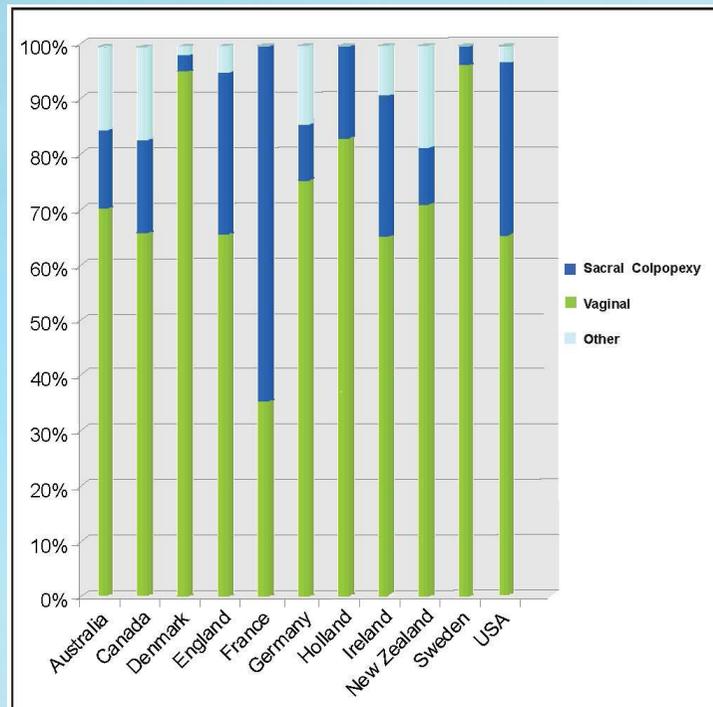
Stage IV: Complete eversion of the total length of the lower genital tract
The distal portion of the prolapse protrudes to at least TVL - 2 cm

-1 cm
↑
+1 cm

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

Choix entre chirurgie autologue et prothèse vaginale ?

- ✓ Apport indéniable des prothèses vaginales
- ✓ Indications limitées aux cures de cystocèles sévères ou récidivées à partir de 50-60 ans
- ✓ Respect des contre-indications et conditions d'utilisation
- ✓ Intérêt des nouvelles techniques de fixation des prothèses aux ligaments sacro-épineux
- ✓ Intérêt des prothèses légères (20-35 g/m²)