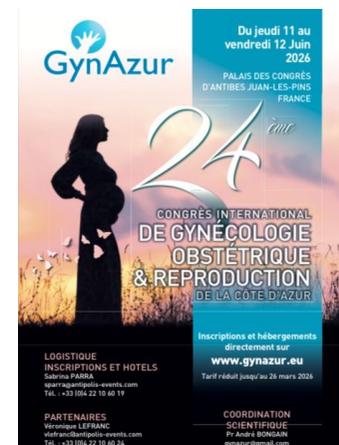
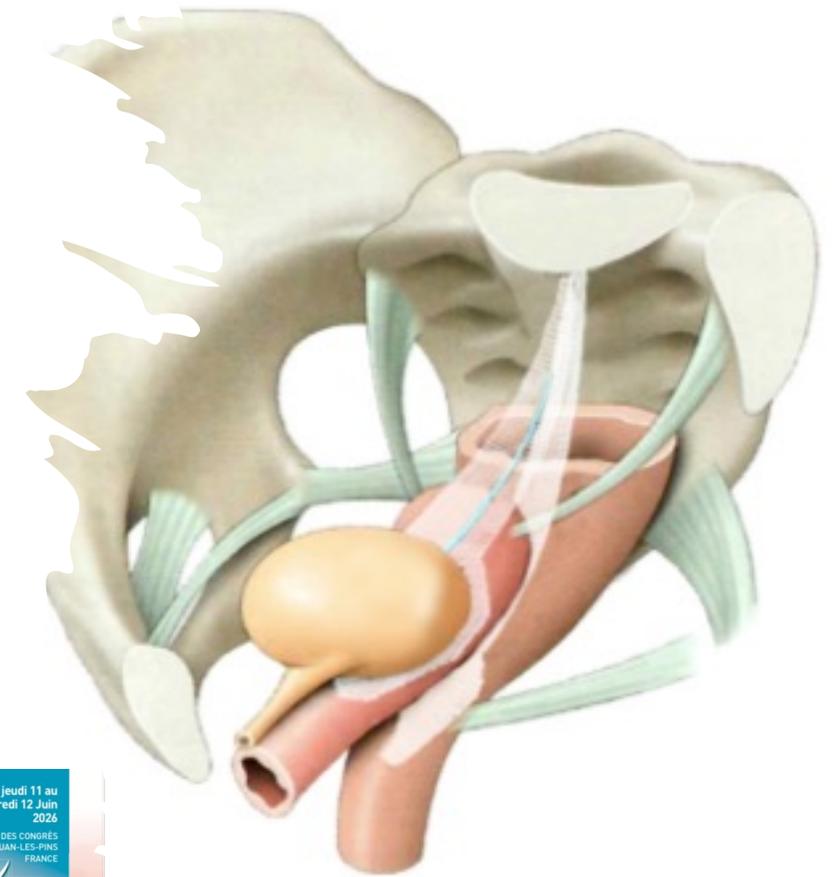


Peut-on encore utiliser des prothèses pour prendre en charge les prolapsus en 2025 ?

À propos d'une expérience personnelle

Dr Benyounes RHAZI
Clinique Achark - Oujda - MAROC

GynAzur - Juan-les-pins - 11-12 juin 2025



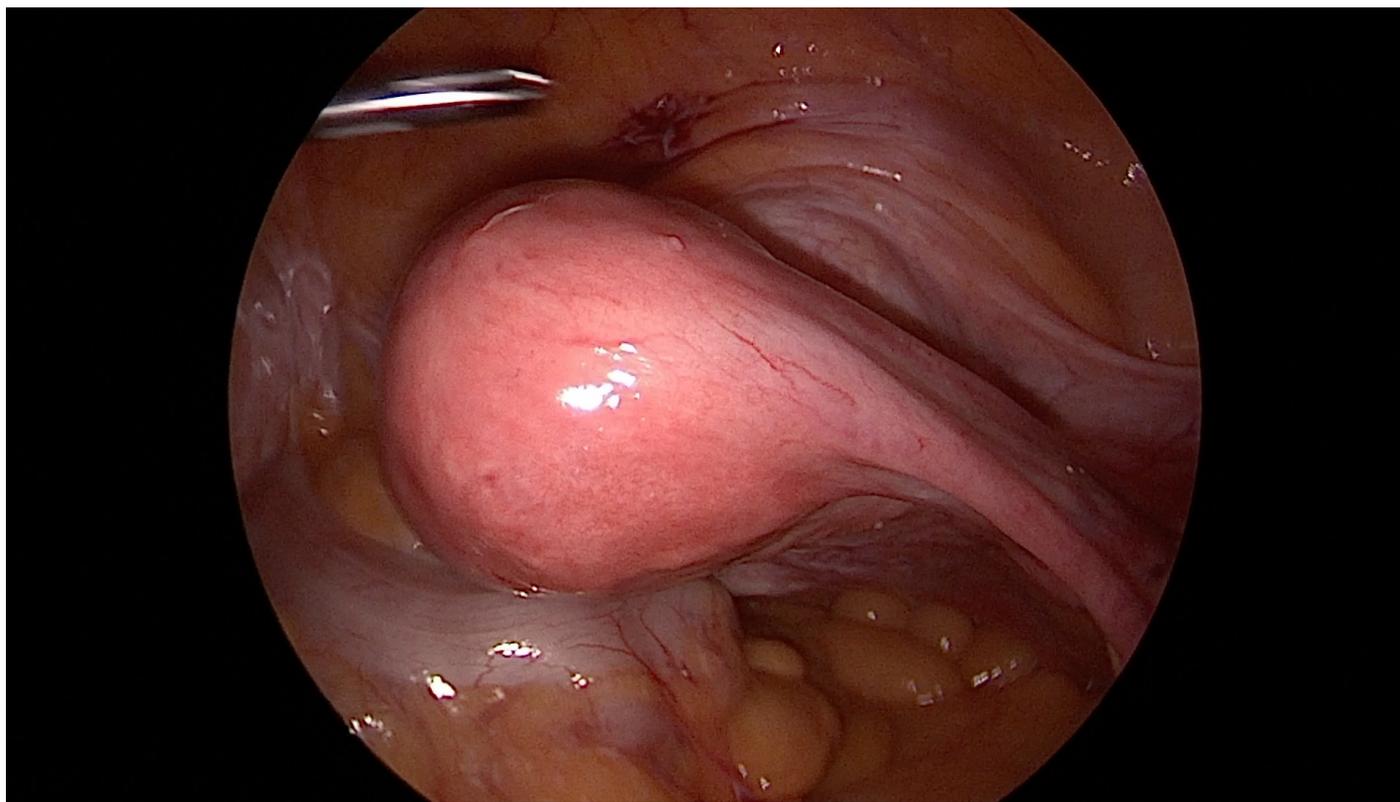
Différents stades de prolapsus génital



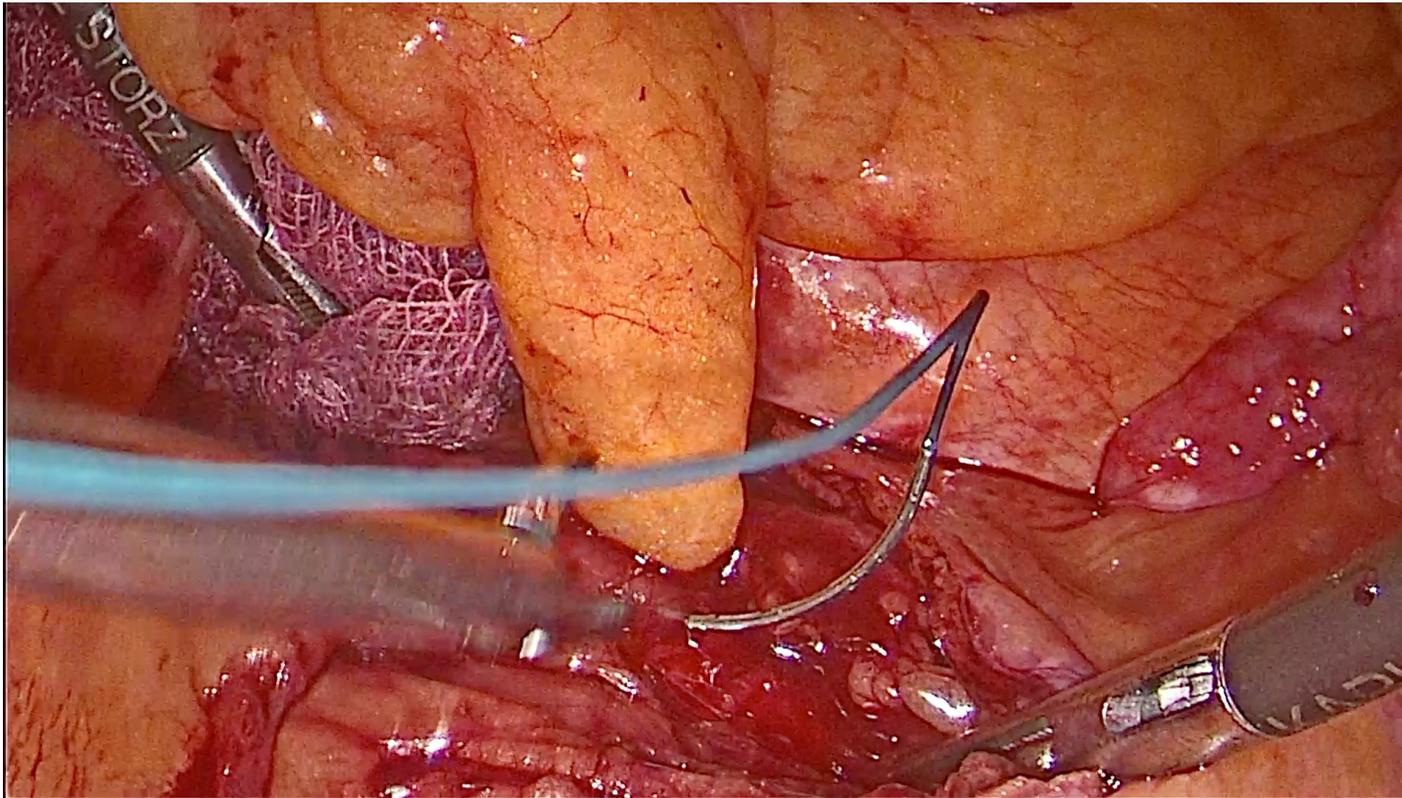
Introduction

- 2,9 à 11,4 % des femmes présentent des prolapsus ou 31,8 à 97,7 % selon que l'on utilise
 - un questionnaire ou
 - un examen clinique respectant la classification (POPQ)
- Les prolapsus Stade 3-4 sont associés dans 3 à 6% à une incontinence urinaire et nécessite une cure chirurgicale dont la voie d'abord dépend de l'âge de la patiente et de son désir de garder ou pas une activité sexuelle
- seule 11% des femmes se font opérées
- Cure de prolapsus par pose de plaque de polypropylène est elle indication idéale ?

Technique de la promontofixation avec conservation uterine



Technique de la promontofixation avec hystérectomie



Satisfaction post-opératoire



Taux de satisfaction :
60 - 85% selon les
formulaires de
satisfaction



Les études soulignent
l'importance d'un suivi
post-opératoire à la
recherche de complication
tardives



Taux de complications
variable et des fois
difficile à prendre en
charge

Article
Serious Complications and Recurrence following Sacrospinous Ligament Fixation for the Correction of Apical Prolapse

Susie De Gracia ¹, Brigitte Fatton ¹, Michel Cosson ², Sandrine Campagne-Loiseau ³, Philippe Ferry ⁴, Jean-Philippe Lucot ⁵, Philippe Debodinance ⁶, Laure Panel ⁷, Xavier Deffieux ⁸, Olivier Garbin ⁹, Géry Lamblin ¹⁰, Caroline Carlier-Guérin ¹¹, Rajeev Ramanah ¹², Arnaud Fauconnier ^{13,14}, Chris Serrand ¹⁵, Xavier Fritel ^{16,17} and Renaud de Tayrac ^{1,*}

- Étude sur 1359 sacrospinofixation
- 1,2 à 3,5% de complications grade III

	N	%
Vaginal mesh exposure	6	0.44
Bladder injury	6	0.44
Urinary retention	5	0.37
Ureteral obstruction	4	0.29
Delayed wound of healing or granuloma	3	0.22
Hematoma	2	0.15
Vaginal suture bleeding	2	0.15
Thigh pain	2	0.15
Bladder clot removal	1	0.07

Grade	
1	Any deviation from the normal postoperative course without the need for pharmacological treatment or surgical, endoscopic and radiological interventions. Acceptable therapeutic regimens are: drugs as antiemetics, antipyretics, analgetics, diuretics and electrolytes and physiotherapy. This grade also includes wound infections opened at the bedside.
2	Requiring pharmacological treatment with drugs other than such allowed for grade I complications. Blood transfusions, antibiotics and total parenteral nutrition are also included.
3	Requiring surgical, endoscopic or radiological intervention
3a	Intervention under regional/local anesthesia
3b	Intervention under general anesthesia
4	Life-threatening complication requiring intensive care/intensive care unit management
4a	Single organ dysfunction
4b	Multi-organ dysfunction
5	Patient demise

Clavien-Dindo classification of surgical complications

	Total Population N = 1359	Anterior SSLF with Mesh N = 566	Anterior SSLF with Native Tissue N = 331	Posterior SSLF with Mesh N = 57	Posterior SSLF with Native Tissue N = 405
Complications n (%)	34 (2.5)	20 (3.5)	7 (2.1)	2 (3.5)	5 (1.2)
Grade IIIA n (%)	5 (0.4)	5 (0.9)	0	0	0
Grade IIIB n (%)	28 (2.1)	15 (2.7)	6 (1.8)	2 (3.5)	5 (1.2)
Grade IVA n (%)	1 (0.07)	0	1 (0.3)	0	0

Complications de la chirurgie avec prothèse de l'incontinence urinaire d'effort et du prolapsus génital de la femme

Validée par le Collège le 16 mars 2023



Complications de la chirurgie avec prothèse du prolapsus génital

Complications per-opératoires

Plaie vésicale

- Test d'étanchéité vésicale en peropératoire, en cas de signes évocateurs :
 - Hématurie macroscopique ;
 - Présence d'air dans le collecteur d'urine (en cas de coelioscopie) ;
 - Écoulement vaginal.
- En cas de plaie au niveau du dôme : suture simple au fil à résorption lente.
- En cas de plaie dans la région du trigone : vérifier l'intégrité des uretères avant et après suture vésicale.
- Pas de contre-indication à la pose de la prothèse antérieure si réparation vésicale satisfaisante.

Lésion urétérale

- Réparation urétérale par :
 - Suture sur endoprothèse urétérale ;
 - Résection anastomose ;
 - Réimplantation urétéro vésicale.
- Pas de contre-indication à la pose des prothèses si située à distance de la réparation urétérale.

Plaie rectale

- Dérivation digestive non systématique.
- Suturer transversalement la plaie rectale avec du fil à résorption lente sans tension et sans rétrécir le rectum.
- Contre-indication à la pose de la prothèse pré-rectale.
- Pas de contre-indication à la pose d'une prothèse antérieure inter vésicovaginale en polypropylène monofilament macroporeux si réparation rectale satisfaisante.

Plaie vaginale

- Suturer la plaie vaginale.
- Pas de contre-indication à la pose d'une prothèse antérieure en polypropylène monofilament macroporeux si réparation vaginale satisfaisante.

Infection

- En préventif, prescrire une antibioprophylaxie en préopératoire.
- En cas infection abdomino-pelvienne (infection génitale, sigmoïdite ..) : reporter la pose de prothèse.

Péritonisation

- En cas de chirurgie prothétique par voie abdominale : Réaliser une péritonisation afin d'éviter le risque d'occlusion intestinale.

Complications PER OP

PLAIE VESICALE (0 - 2.6%)

- Y penser : « pneumo-Foley », hématurie, écoulement vaginal
- Test d'étanchéité
- Dôme vésical : suture simple fil à résorption lente
- Trigone : vérifier les uretères avant et après suture
- Prothèse possible si suture satisfaisante

PLAIE RECTALE

- suture sans dérivation
- PAS DE PROTHESE POST
- Prothèse sous vésicale POSSIBLE si suture OK et polypropylène

PLAIE URETERALE (!Mac Call 5%)

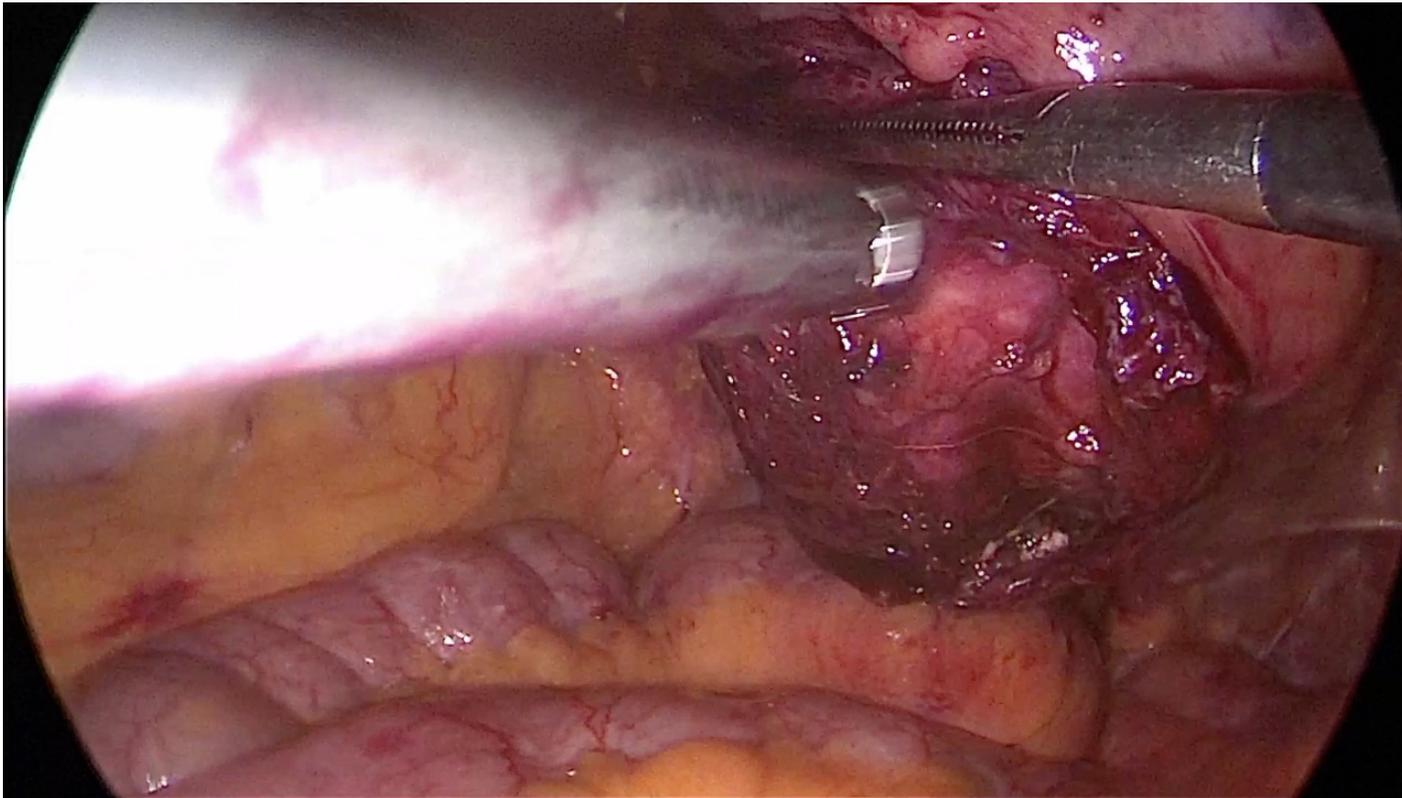
- suture / JJ / résection anastomose / réimplantation
- Prothèse possible si à distance de la plaie

PLAIE VASCULAIRE :

PLAIE VAGINALE

- Suture
- Prothèse possible si suture OK

Plaie vésicale



Complications PER OP

PLAIE VESICALE (0 - 2.6%)

- Y penser : « pneumo-Foley », hématurie, écoulement vaginal
- Test d'étanchéité
- Dôme vésical : suture simple fil à résorption lente
- Trigone : vérifier les uretères avant et après suture
- Prothèse possible si suture satisfaisante

PLAIE RECTALE

- suture sans dérivation
- PAS DE PROTHESE POST
- Prothèse sous vésicale POSSIBLE si suture OK et polypropylène

PLAIE URETERALE (!Mac Call 5%)

- suture / JJ / résection anastomose / réimplantation
- Prothèse possible si à distance de la plaie

PLAIE VASCULAIRE :

- Dissection pelvienne profonde (promontoire)
- Très graves voir décès

PLAIE VAGINALE

- Suture
- Prothèse possible si suture OK

Complications PER OP

PLAIE VESICALE (0 - 2.6%)

- Y penser : « pneumo-Foley », hématurie, écoulement vaginal
- Test d'étanchéité
- Dôme vésical : suture simple fil à résorption lente
- Trigone : vérifier les uretères avant et après suture
- Prothèse possible si suture satisfaisante

PLAIE RECTALE

- suture sans dérivation
- PAS DE PROTHESE POST
- Prothèse sous vésicale POSSIBLE si suture OK et polypropylène

PLAIE URETERALE (!Mac Call 5%)

- suture / JJ / résection anastomose / réimplantation
- Prothèse possible si à distance de la plaie

PLAIE VASCULAIRE :

- Dissection pelvienne profonde (promontoire)
- Très graves voir décès

PLAIE VAGINALE

- Suture
- Prothèse possible si suture OK

Complications PER OP

PLAIE VESICALE (0 - 2.6%)

- Y penser : « pneumo-Foley », hématurie, écoulement vaginal
- Test d'étanchéité
- Dôme vésical : suture simple fil à résorption lente
- Trigone : vérifier les uretères avant et après suture
- Prothèse possible si suture satisfaisante

PLAIE RECTALE

- suture sans dérivation
- PAS DE PROTHESE POST
- Prothèse sous vésicale POSSIBLE si suture OK et polypropylène

PLAIE URETERALE (!Mac Call 5%)

- suture / JJ / résection anastomose / réimplantation
- Prothèse possible si à distance de la plaie

PLAIE VASCULAIRE :

- Dissection pelvienne profonde (promontoire)
- Très graves voir décès

PLAIE VAGINALE

- Suture
- Prothèse possible si suture OK

Complications PER OP

PLAIE VESICALE (0 - 2.6%)

- Y penser : « pneumo-Foley », hématurie, écoulement vaginal
- Test d'étanchéité
- Dôme vésical : suture simple fil à résorption lente
- Trigone : vérifier les uretères avant et après suture
- Prothèse possible si suture satisfaisante

PLAIE RECTALE

- suture sans dérivation
- PAS DE PROTHESE POST
- Prothèse sous vésicale POSSIBLE si suture OK et polypropylène

PLAIE URETERALE (!Mac Call 5%)

- suture / JJ / résection anastomose / réimplantation
- Prothèse possible si à distance de la plaie

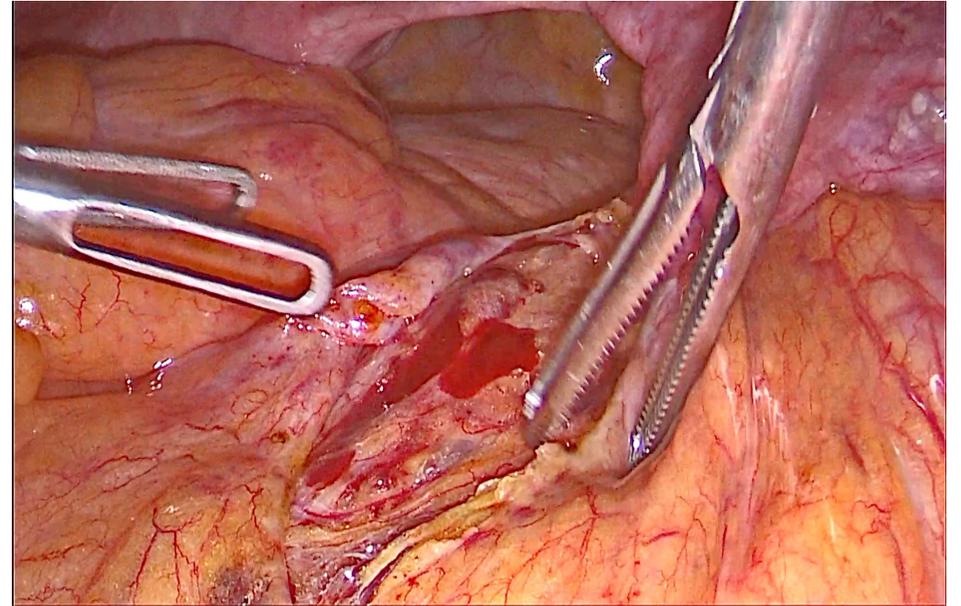
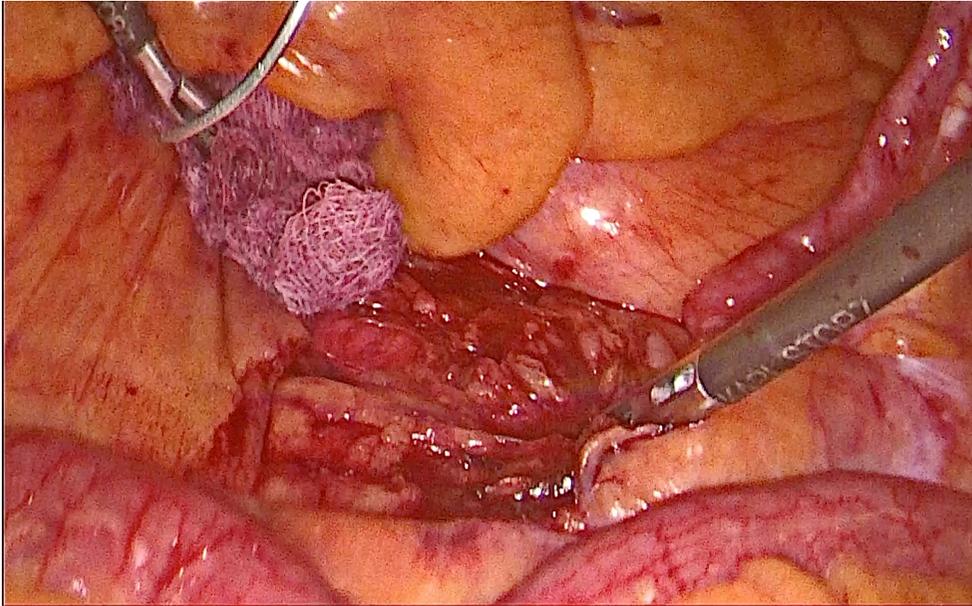
PLAIE VAGINALE

- Suture
- Prothèse possible si suture OK

PLAIE VASCULAIRE :

- Dissection pelvienne profonde (promontoire)
- Très graves voir décès

Promontoire difficile



Complications de la chirurgie avec prothèse de l'incontinence urinaire d'effort et du prolapsus génital de la femme

Validée par le Collège le 16 mars 2023



Complications post-opératoires précoces (< 1 mois)

Hématome, hémorragie

- A évoquer en cas de :
 - Plaintes fonctionnelles (douleurs abdominales, sensation de pesanteur pelvienne, symptômes urinaires (pollakiurie, rétention) ou digestifs (ténésme, constipation), asthénie, tachycardie fièvre) ;
 - Signes à l'examen clinique (bombement des faces antérieure ou postérieure du vagin, douleur au toucher vaginal, ouverture vaginale sur prothèse ou écoulement de sang par voie vaginale).
- A confirmer par :
 - Examens complémentaires : NFS, échographie abdomino-pelvienne ou scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste.
- En cas d'hématome post opératoire : compression manuelle sus pubienne et/ou mise en place de mèche intra-vaginale et/ou remplissage vésical).
- En cas de saignement actif : embolisation ou reprise chirurgicale.
- En cas d'hémodynamique instable : reprise chirurgicale urgente.
- En cas d'hématome compressif : drainage par voie chirurgicale ou par voie percutanée.

Rétention aiguë d'urines

- Vérifier la vidange vésicale en post opératoire : interrogatoire ciblé et mesure du RPM.
- Procéder à un drainage de la vessie en préférant les sondages intermittents, éventuellement un sondage à demeure de courte durée.

Douleurs aiguës

- Effectuer un traitement multimodal¹ de la douleur en pré, per et post-opératoires pour diminuer les douleurs post-opératoires précoces.
- En post sacrospinofixation, en cas de douleurs à type de sciatgie ou pudendalgie, résistante aux antalgiques : reprise chirurgicale en urgence pour lever le fil d'amarrage.

Complications POST OP < 1 mois

HEMATOME / HEMORRAGIE

- Signes cliniques : dlr, rétention ou pollakiurie, ténesmes
- TV : Bombement !
- NFS / écho / TDM
- Saignement actif : reprise chirurgicale ou embolisation si hémodynamique stable
- Hématome :
 - si précoce : compression manuelle, mèche, remplissage vésical
 - drainage percutané

RETENTION AIGUE D'URINES

- Vérifier vidange : RPM
- Rechercher hématome
- Cathétérisme intermittent ou sondage court

DOULEUR AIGUE :

- prévention multi modale pré et post op
- Si sacrospinofixation avec sciatalgie ou pudendalgie résistante : ablation précoce !

Complications POST OP < 1 mois

HEMATOME / HEMORRAGIE

- Signes cliniques : dlr, rétention ou pollakiurie, ténesmes
- TV : Bombement !
- NFS / écho / TDM
- Saignement actif : reprise chirurgicale ou embolisation si hémodynamique stable
- Hématome :
 - si précoce : compression manuelle, mèche, remplissage vésical
 - drainage percutané

RETENTION AIGUE D'URINES

- Vérifier vidange : RPM
- Rechercher hématome
- Cathétérisme intermittent ou sondage court

DOULEUR AIGUE :

- prévention multi modale pré et post op
- Si sacrospinofixation avec sciatalgie ou pudendalgie résistante : ablation précoce !

Complications POST OP < 1 mois

HEMATOME / HEMORRAGIE

- Signes cliniques : dlr, rétention ou pollakiurie, ténesmes
- TV : Bombement !
- NFS / écho / TDM
- Saignement actif : reprise chirurgicale ou embolisation si hémodynamique stable
- Hématome :
 - si précoce : compression manuelle, mèche, remplissage vésical
 - drainage percutané

DOULEUR AIGUE :

- prévention multi modale pré et post op
- Si sacrospinofixation avec sciatalgie ou pudendalgie résistante : ablation précoce !

RETENTION AIGUE

D'URINES

- Vérifier vidange : RPM
- Rechercher hématome
- Cathétérisme intermittent ou sondage court

Complications de la chirurgie avec prothèse de l'incontinence urinaire d'effort et du prolapsus génital de la femme

Validée par le Collège le 16 mars 2023



Complications tardives

Douleurs chroniques post-opératoires

- Rechercher systématiquement un point « gâchette » sur la zone prothétique et/ou une exposition prothétique.
- Rechercher systématiquement une douleur neuropathique (questionnaire DN4) et un état de sensibilisation à la douleur (score de Convergences PP).
- Rechercher des syndromes myofasciaux : examen des muscles pelvi-trochantériens et élévateurs de l'anus.
- Débuter par des traitements médicaux non invasifs.
- Réaliser le retrait complet ou partiel de la prothèse si point gâchette sur le trajet prothétique/exposition prothétique ou persistance de la douleur malgré les traitements non invasifs.
- En préventif : limiter la prescription d'opioïdes en post opératoire immédiat.

Dyspareunies/Troubles sexuels

- Rechercher un point « gâchette » sur la zone prothétique et/ou une exposition prothétique.
- Comparer avec les éléments recueillis en pré opératoire* (en l'absence d'un point « gâchette » sur la zone prothétique) avant d'envisager une ablation.
- Débuter par des traitements médicaux non invasifs.
- Réaliser le retrait complet ou partiel de la prothèse, en cas d'exposition vaginale ou en cas d'inefficacité des traitements non invasifs.

Exposition prothétique vaginale

- À rechercher en cas de : saignement ou écoulement vaginal anormal, douleurs vaginales spontanées ou provoquées par les rapports sexuels (dyspareunie) et douleurs périoïtales rapportés par le partenaire sexuel (hispareunie).
- Si exposition d'une prothèse en polypropylène, monofilament macroporeuse, une exérèse de la partie exposée de la prothèse est à réaliser. Toutefois, en cas d'exposition prothétique asymptomatique et de moins de 1 cm², une surveillance et des œstrogènes locaux peuvent être proposés.
- Si surinfection de la partie exposée : exérèse de la prothèse la plus complète possible.
- En cas de récurrence d'exposition prothétique, prise en charge par une équipe spécialisée.

Exposition prothétique vésicale

- À rechercher en cas de troubles de novo : douleurs vésicales, parfois douleurs urétrales ou vaginales, signes d'hyperactivité vésicale, infections urinaires récurrentes, hématurie.
- À confirmer par une cystoscopie.
- Retrait au minimum de la partie de bandelette exposée dans la vessie.

Infection prothétique

- En cas d'abcès pelvien après promontofixation : réaliser une explantation la plus complète possible du matériel prothétique infecté.
- En cas de spondylodiscite après promontofixation : discussion multidisciplinaire pour le retrait de la prothèse.

Hyperactivité vésicale (HAV)

- Rechercher une infection urinaire, une exposition prothétique, ou une obstruction et les traiter le cas échéant.
- En l'absence de cause, prendre en charge comme une hyperactivité vésicale idiopathique :
 - Mesures hygiéno-diététiques et rééducation périnéale ;

Complications tardives POST OP > 1 mois

- Récupérer : CRO(s), références du dispositif médical
- Rechercher les FDR : tabac, RX, diabète, immunodépression
- En cas de complication grave post prothèse :
 - RCP spécialisée (1uro+1gynéco) et décision partagée avec patiente
 - Si réintervention envisagée : centre de référence ++++

En fonction des symptômes :

- Cystoscopie
- Écho
- IRM
- rectoscopie

Complications POST OP > 1 mois

DOULEUR CHRONIQUE (2.5 – 5.7 % après prothèse) (HAS 2011)

- rechercher :

- Élément pré-op
- Point « gâchette » prothétique ou exposition prothétique
- Douleur neuropathique (questionnaire DN4)
- Etat de sensibilisation à la douleur (Scores de convergence PP)
- Syndromes myofasciaux : examen des muscles plevi-trochanteriens et elevateurs de l'anus

- **ttt médicaux non invasifs**

- **Retrait complet ou partiel de la prothèse si :**

- Point gâchette
- Exposition prothétique
- Persistance dlr malgré ttt médical

DYSPAREUNIE :

- pré-op : 22 -31 %
- De novo : 9 %
- Amélioration globale de la sexualité après cure de prolapsus (HAS 2021)

INFECTION PROTHETIQUE

- Echo / IRM
- Abscess pelvien après promonto
- Spondylodiscite après promonto
- Sauf urgence : RCP + centre de référence (arrêté d'Avril 2025)
- Explantation la plus complète du matériel prothétique

Complications POST OP > 1 mois

DOULEUR CHRONIQUE (2.5 – 5.7 % après prothèse) (HAS 2011)

- rechercher :

- Élément pré-op
- Point « gâchette » prothétique ou exposition prothétique
- Douleur neuropathique (questionnaire DN4)
- Etat de sensibilisation à la douleur (Scores de convergence PP)
- Syndromes myofasciaux : examen des muscles plevi-trochanteriens et elevateurs de l'anús

- **ttt médicaux non invasifs**

- **Retrait complet ou partiel de la prothèse si :**

- Point gâchette
- Exposition prothétique
- Persistance dlr malgré ttt médical

DYSPAREUNIE :

- pré-op : 22 -31 %
- De novo : 9 %
- Amélioration globale de la sexualité après cure de prolapsus (HAS 2021)

INFECTION PROTHETIQUE

- Echo / IRM
- Abcès pelvien après promonto
- Spondylodiscite après promonto
- Sauf urgence : RCP + centre de référence (arrêté d'Avril 2025)
- Explantation la plus complète du matériel prothétique

Complications POST OP > 1 mois

DOULEUR CHRONIQUE (2.5 – 5.7 % après prothèse) (HAS 2011)

- rechercher :

- Élément pré-op
- Point « gâchette » prothétique ou exposition prothétique
- Douleur neuropathique (questionnaire DN4)
- Etat de sensibilisation à la douleur (Scores de convergence PP)
- Syndromes myofasciaux : examen des muscles plevi-trochanteriens et elevateurs de l'anús

- **ttt médicaux non invasifs**

- **Retrait complet ou partiel de la prothèse si :**

- Point gâchette
- Exposition prothétique
- Persistance dlr malgré ttt médical

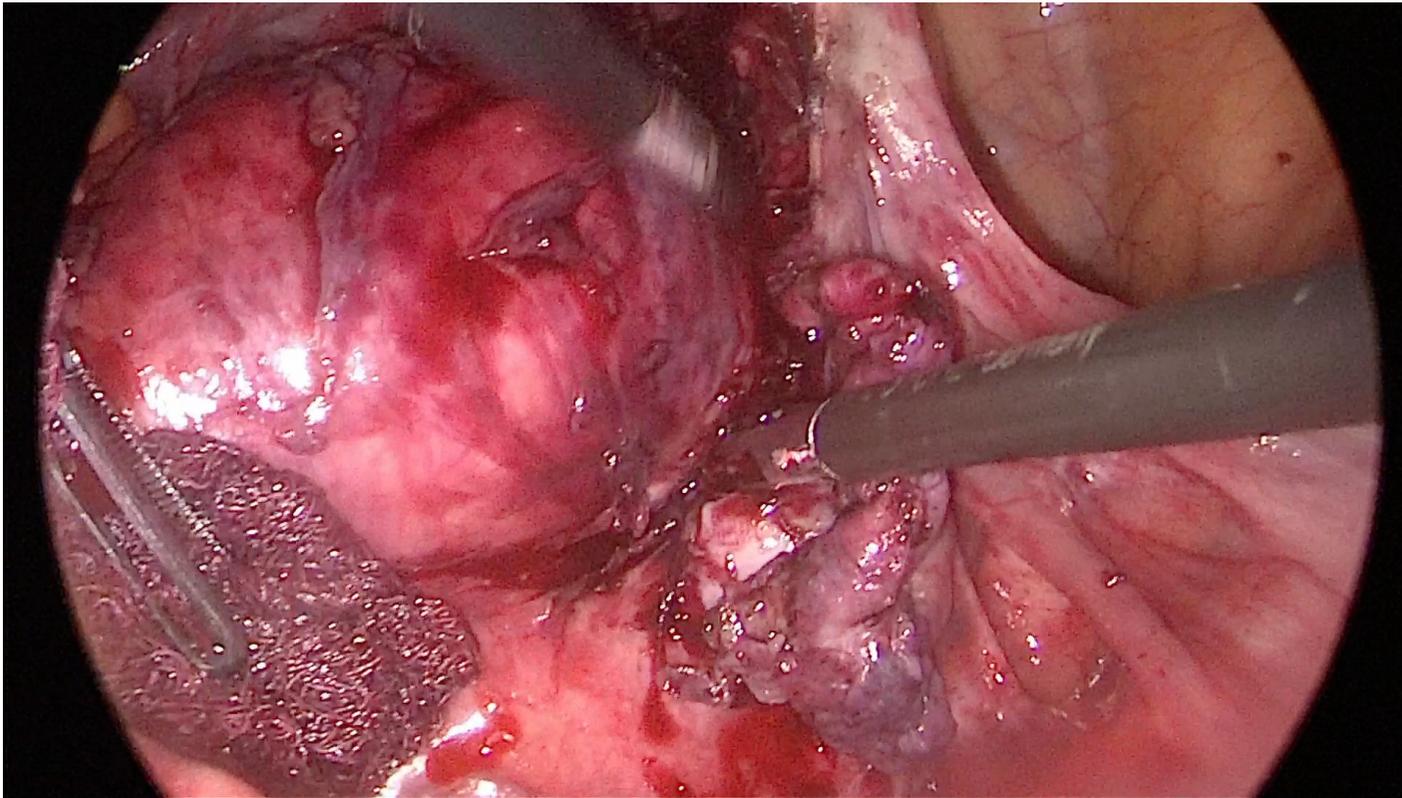
DYSPAREUNIE :

- pré-op : 22 -31 %
- De novo : 9 %
- Amélioration globale de la sexualité après cure de prolapsus (HAS 2021)

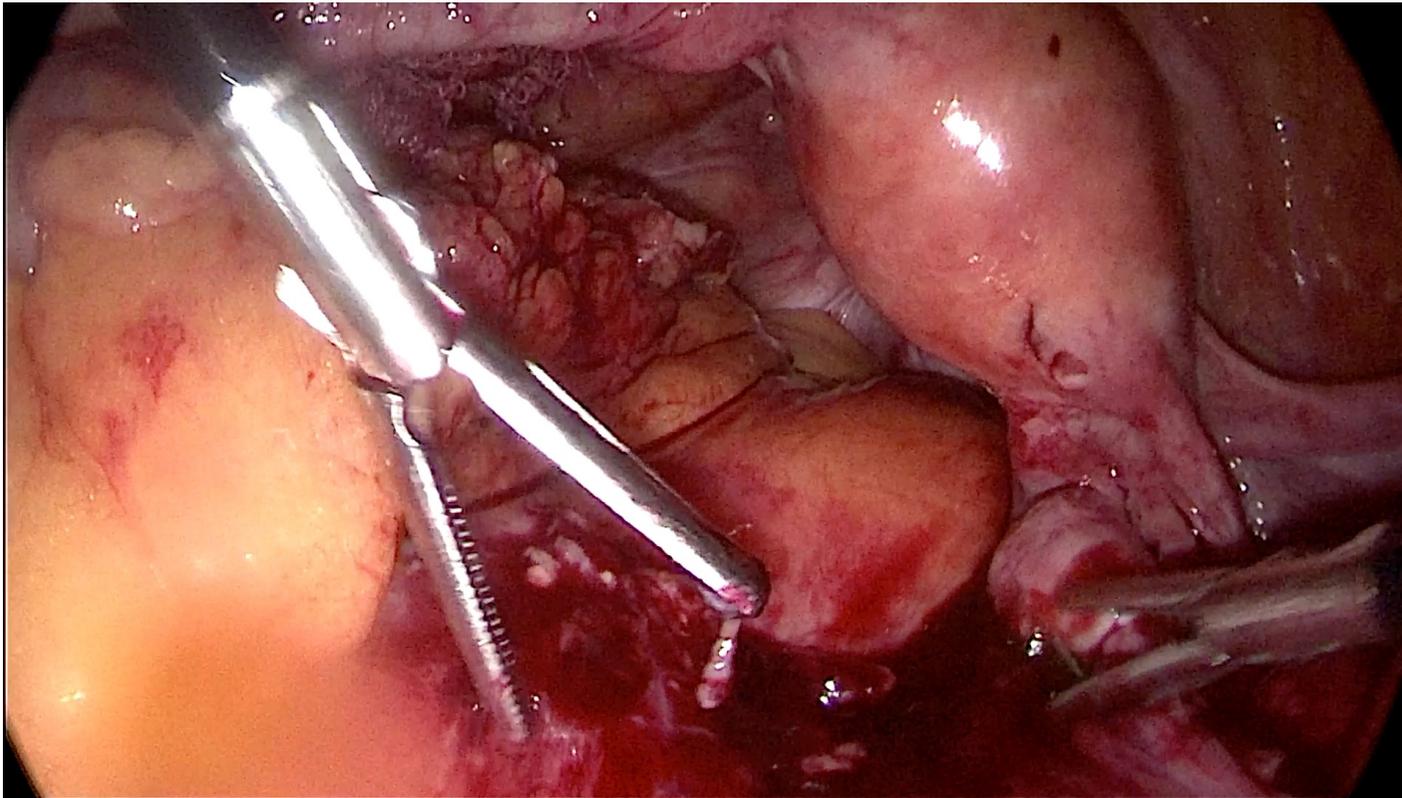
INFECTION PROTHETIQUE

- Echo / IRM
- Abscess pelvien après promonto
- Spondylodiscite après promonto
- Sauf urgence : RCP + centre de référence (arrêté d'Avril 2025)
- Explantation la plus complète du matériel prothétique

Abcès pelvien



Spondylodiscite



Complications POST OP > 1 mois

EXPOSITION PROTHETIQUE VESICALE

- Troubles de novo : dlr vésicales, urétrales ou vaginales, HAV, IU récidivantes, hématurie
- Cystoscopie
- retrait au minimum de la partie de la bandelettes exposée dans la vessie

EXPOSITION PROTHETIQUE RECTALE

- ! Tenèsme, anisme, incontinece anale, douleurs, émission pus/glaires
- rectoscopie / IRM / Echo
- Resection prothèse par voie transanale
- Si echec : laparo

EXPOSITION PROTHETIQUE VAGINALE

1-12% en voie vaginale et 0.4-12%
promontofixation

- métrorragies, leucorrhées, douleurs, dyspareunies, HISPAREUNIE
- si asympto < 1cm² : surveillance et E2 local
- si surinfecté : exérèse la plus complète possible

TROUBLES DE L'EVACUATION DU RECTUM

Éliminer une striction rectale par la prothèse

Complications POST OP > 1 mois

EXPOSITION PROTHETIQUE VESICALE

- Troubles de novo : dlr vésicales, urétrales ou vaginales, HAV, IU récidivantes, hématurie
- Cystoscopie
- retrait au minimum de la partie de la bandelettes exposée dans la vessie

EXPOSITION PROTHETIQUE RECTALE

- ! Tenèsme, anisme, incontinence anale, douleurs, émission pus/glaires
- rectoscopie / IRM / Echo
- Resection prothèse par voie transanale
- Si échec : laparo

EXPOSITION PROTHETIQUE VAGINALE

1-12% en voie vaginale et 0.4-12%
promontofixation

- métrorragies, leucorrhées, douleurs, dyspareunies, HISPAREUNIE
- si asympto < 1cm² : surveillance et E2 local
- si surinfecté : exérèse la plus complète possible

TROUBLES DE L'EVACUATION DU RECTUM

Éliminer une striction rectale par la prothèse

Exposition prothétique rectale



Complications POST OP > 1 mois

EXPOSITION PROTHETIQUE VESICALE

- Troubles de novo : dlr vésicales, urétrales ou vaginales, HAV, IU récidivantes, hématurie
- Cystoscopie
- retrait au minimum de la partie de la bandelettes exposée dans la vessie

EXPOSITION PROTHETIQUE RECTALE

- ! Tenèsme, anisme, incontinece anale, douleurs, émission pus/glaires
- rectoscopie / IRM / Echo
- Resection prothèse par voie transanale
- Si echec : laparo

EXPOSITION PROTHETIQUE VAGINALE

1-12% en voie vaginale et 0.4-12% promontofixation

- métrorragies, leucorrhées, douleurs, dyspareunies, HISPAREUNIE
- si asympto < 1cm² : surveillance et E2 local
- si surinfecté : exérèse la plus complète possible

TROUBLES DE L'EVACUATION DU RECTUM

Éliminer une striction rectale par la prothèse

Complications POST OP > 1 mois

EXPOSITION PROTHETIQUE VESICALE

- Troubles de novo : dlr vésicales, urétrales ou vaginales, HAV, IU récidivantes, hématurie
- Cystoscopie
- retrait au minimum de la partie de la bandelettes exposée dans la vessie

EXPOSITION PROTHETIQUE RECTALE

- ! Tenèsme, anisme, incontinece anale, douleurs, émission pus/glaires
- rectoscopie / IRM / Echo
- Resection prothèse par voie transanale
- Si echec : laparo

EXPOSITION PROTHETIQUE VAGINALE

1-12% en voie vaginale et 0.4-12% promontofixation

- métrorragies, leucorrhées, douleurs, dyspareunies, HISPAREUNIE
- si asympto < 1cm² : surveillance et E2 local
- si surinfecté : exérèse la plus complète possible

TROUBLES DE L'EVACUATION DU RECTUM

Éliminer une striction rectale par la prothèse



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Pose de prothèse

L'arrêté du 23 octobre 2020, encadrant la pose des bandelettes sous-urétrales, précise que le chirurgien réalisant la pose doit être formé aux techniques d'implantation des bandelettes sous-urétrales en ayant notamment participé à la réalisation d'au moins 15 procédures par voie d'implantation en présence d'un chirurgien expérimenté. Une pratique régulière est ensuite nécessaire.

L'arrêté du 22 septembre 2021, encadrant la pose des implants de renfort vaginal par voie haute, précise que le chirurgien réalisant la pose de ces implants doit être formé à cette pose par coelioscopie et par voie haute en chirurgie ouverte. Cette formation repose sur une formation théorique suivie d'une formation pratique acquise par apprentissage. Après cette formation, une pratique régulière est nécessaire.

Ces deux arrêtés précisent que l'explantation de ces implants doit être réservée à des chirurgiens formés à cette technique. Cette formation repose sur une formation pratique acquise par apprentissage auprès d'un chirurgien expérimenté. Après cette formation, une pratique régulière est nécessaire.

« Complications graves post BSU ou prothèses pour prolapsus »

Arrêté du 25 avril 2025 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 la santé publique

- Fistules ou érosions
 - Urétrales
 - Rectales
 - Vésicales
- Infections de matériel
- Douleur chronique et tout autre complication pouvant donner lieu à l'explantation de l'implant de suspension

➤ À l'issue de la RCP

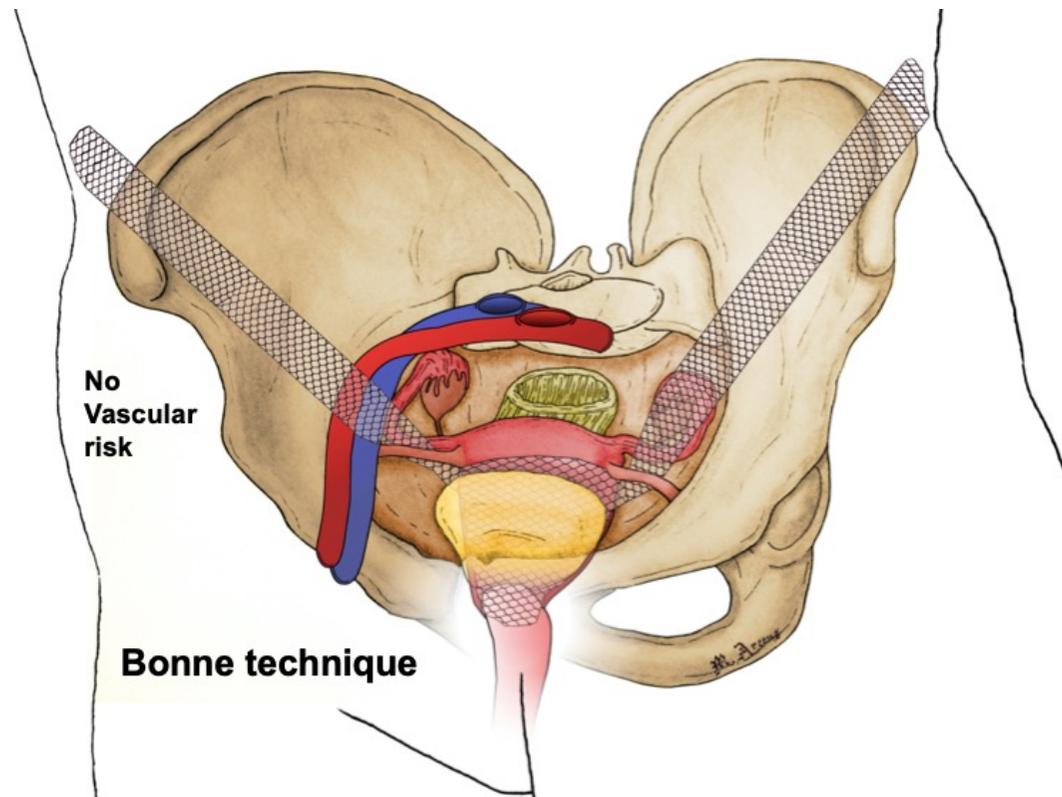
Complications sévères post-implantation faisant appel potentiellement à une chirurgie

- La gestion de complications graves post-implantation fait appel à une concertation pluridisciplinaire et une décision partagée avec la patiente après qu'elle a été dûment informée de toutes les options et qu'elle a bénéficié d'un délai de réflexion suffisant.
- En cas de décision d'explantation, l'explantation est réservée aux chirurgiens formés à l'explantation de ces implants. Cette formation repose sur une formation pratique acquise par apprentissage auprès d'un chirurgien expérimenté. L'explantation doit alors être réalisée dans un centre expert ayant un plateau technique de chirurgie multidisciplinaire.

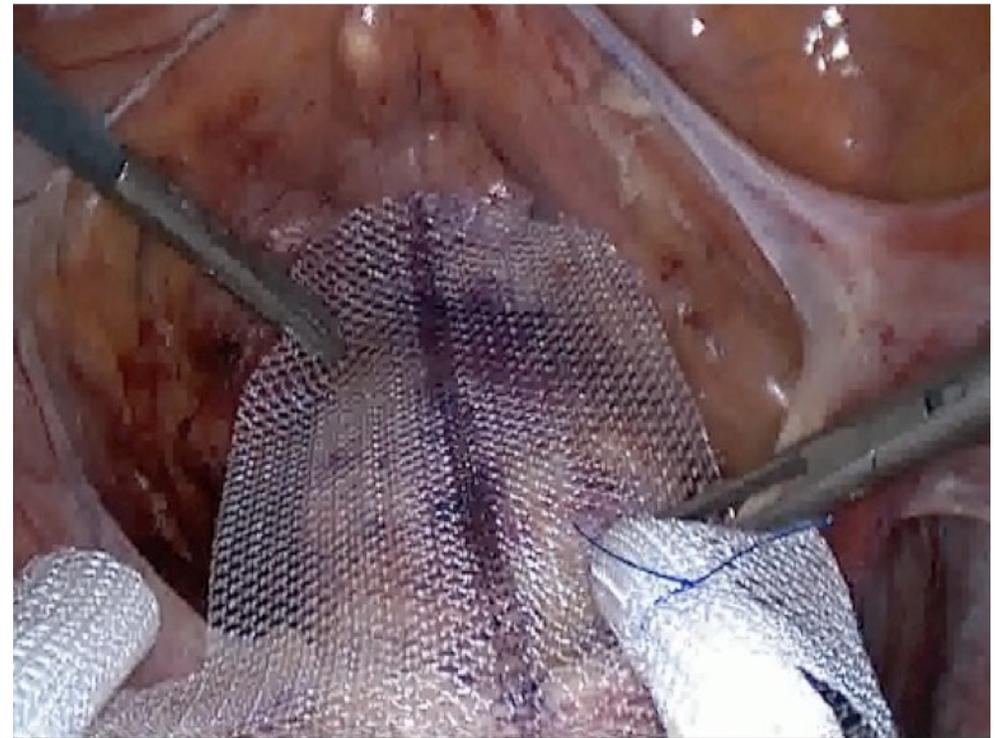
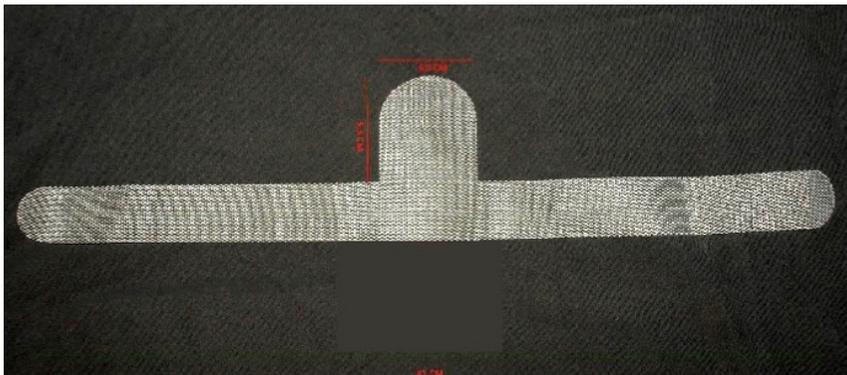
Alternatives ?

Technique de Dubuisson

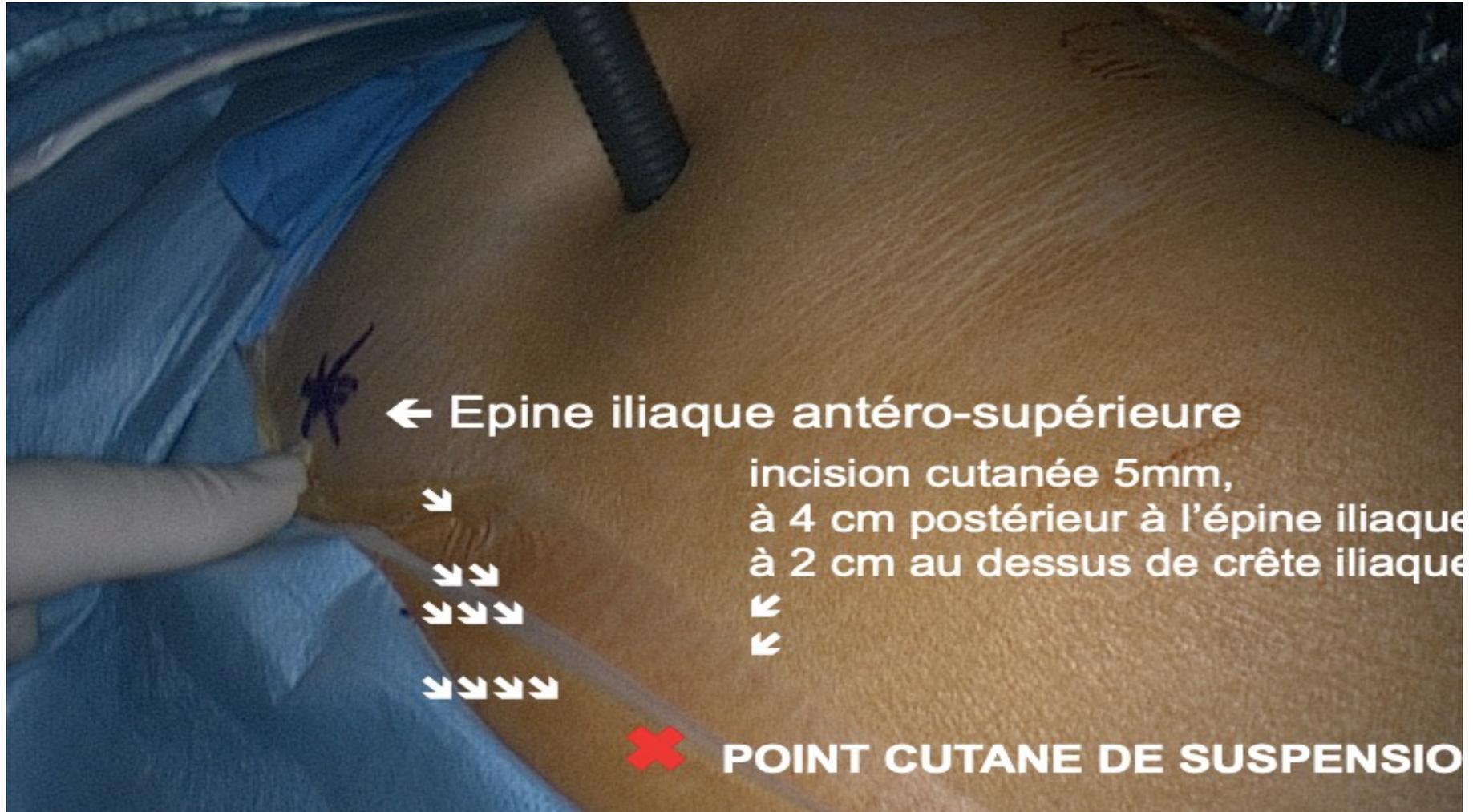
SUSPENSION LATÉRALE COELIOSCOPIQUE

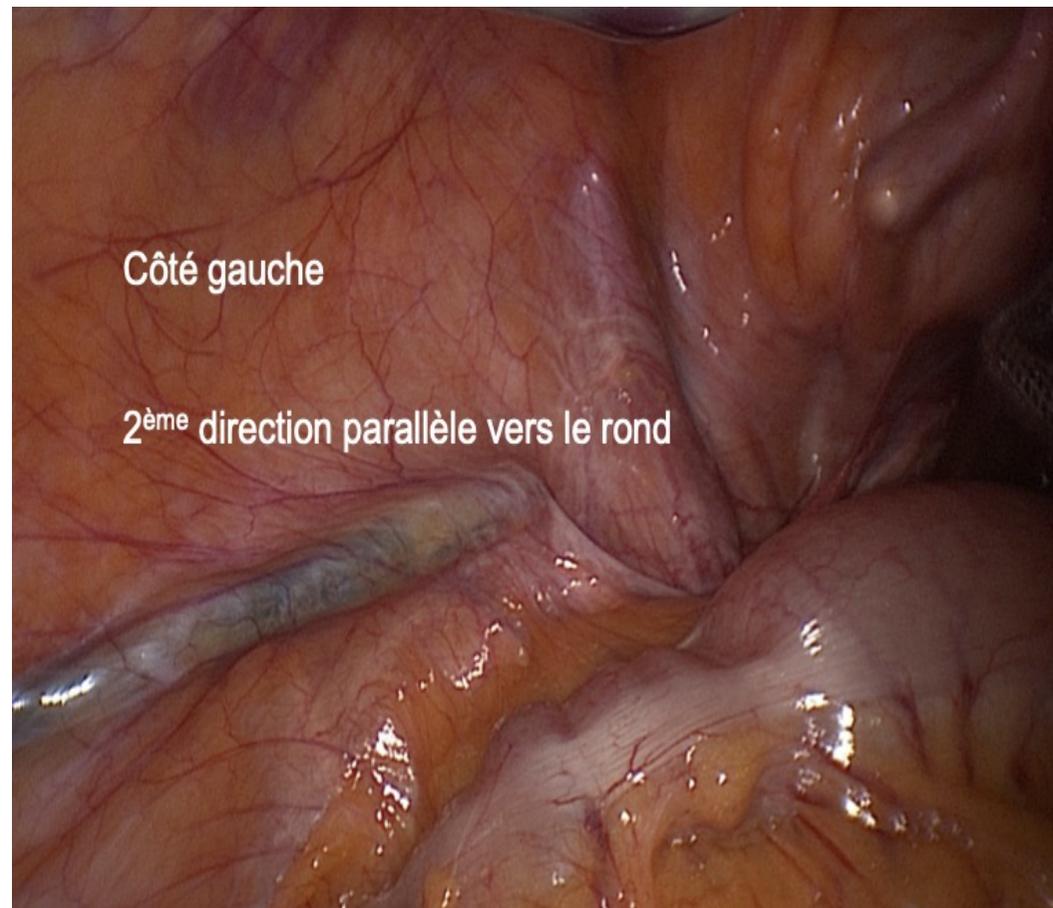
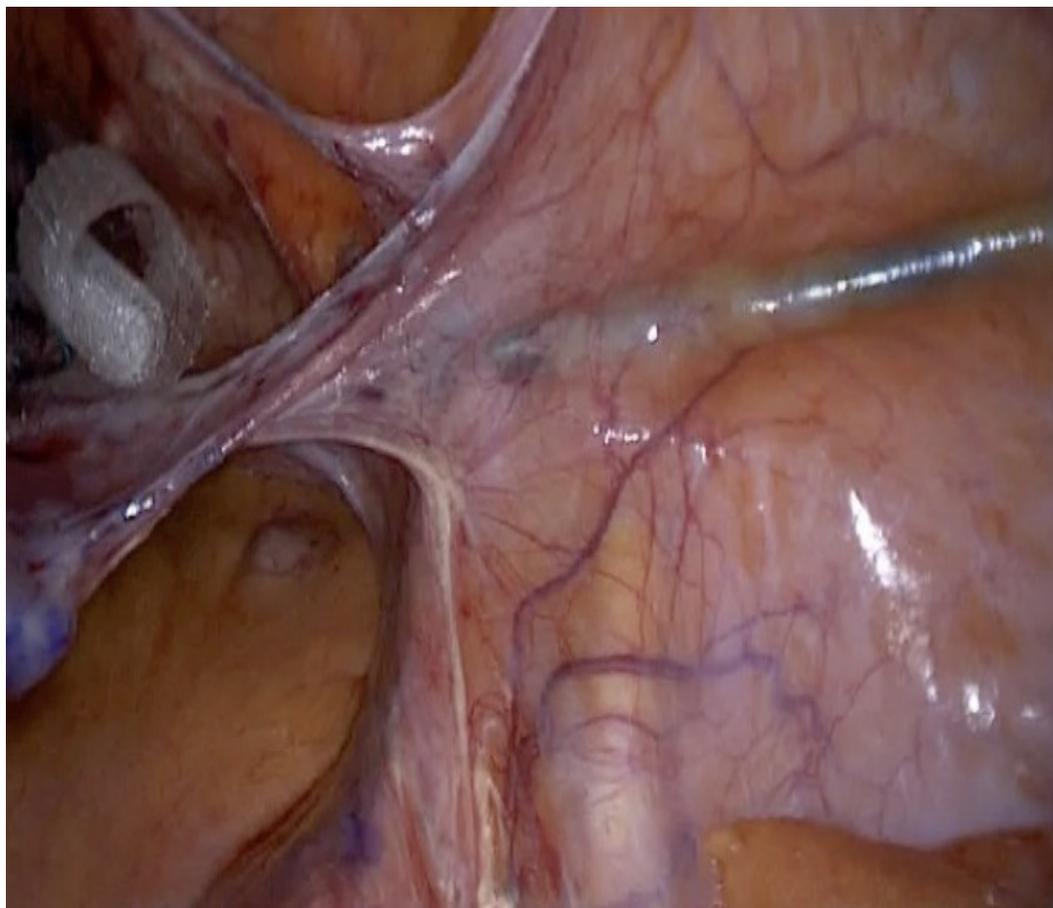


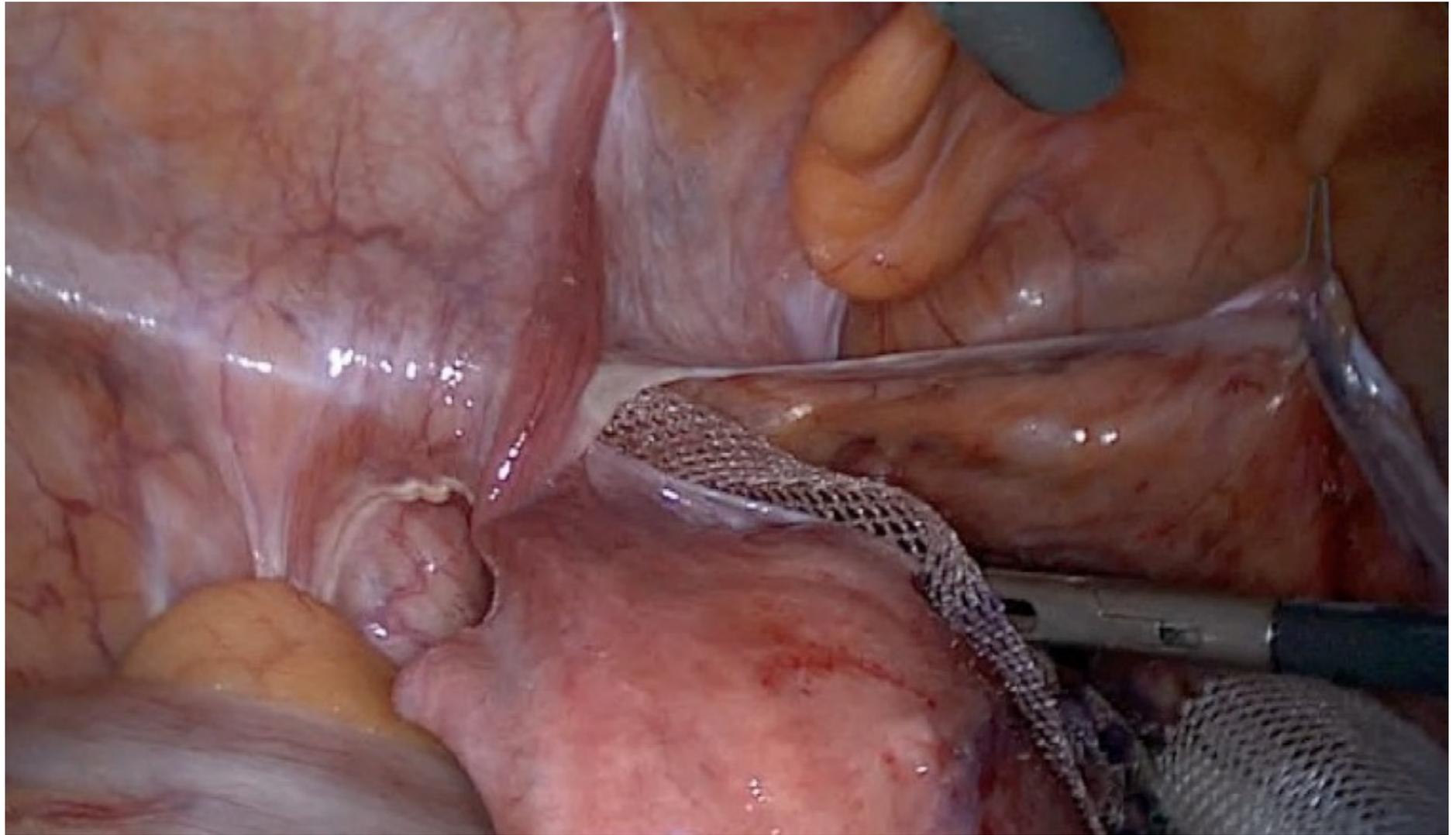
Pose de la bandelette

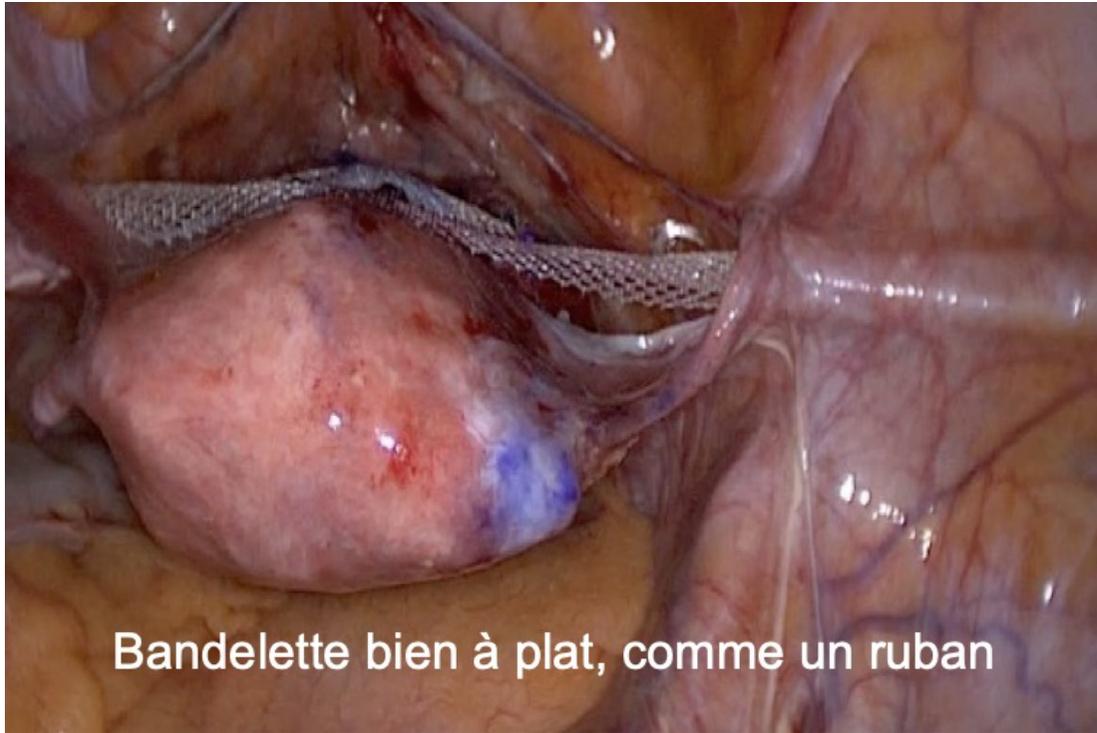


Points cutanés de suspension

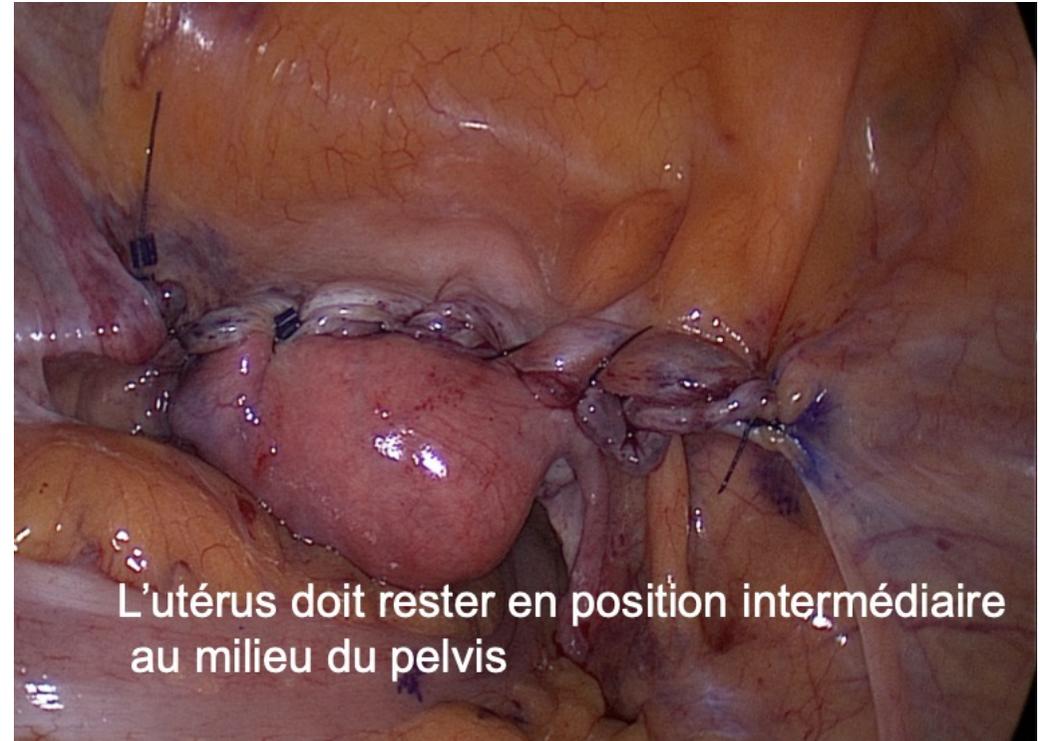








Bandelette bien à plat, comme un ruban



L'utérus doit rester en position intermédiaire
au milieu du pelvis

Patient satisfaction after laparoscopic lateral suspension for pelvic organ prolapse: outcome report of a continuous series of 417 patients
(University hospitals of Geneva)

N Veit-Rubin, JB Dubuisson, A Gayet-Ageron, S Lange, I Eperon, J Dubuisson

Int Urogynecol journal--- 2017

-**Amélioration** clinique et anatomique significative est observée pour les 3 compartiments à **3 mois et à 1 an**.

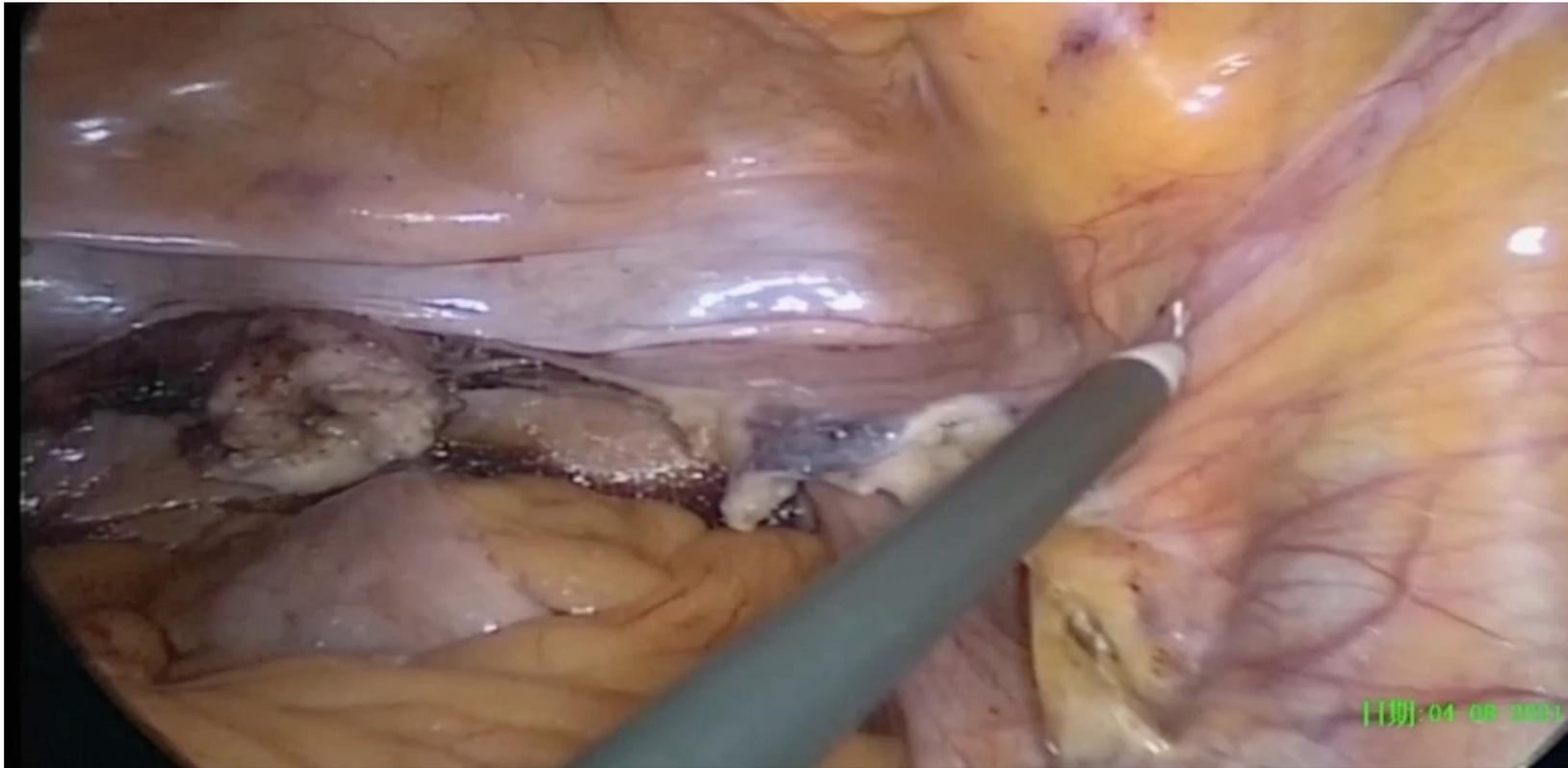
=> **Taux de guérison** (objectif) 91.6% pour l'antérieur, 93.6% pour l'apical
85.3% pour le postérieur.

=> **Complications immédiates**, grade 3 (Clavien scale) : **2.2%**

=> **Complications liées à la bandelette**: **(4.3%)**

=> **Retrait de 17 bandelettes**

Pectopexie au fil



Wenju Zhang, Willy Cecilia Cheon, Hextan Yuen Sheung Ngan
The University of Hong Kong

Conclusion

La promontofixation est une technique qui semblait révolutionner la prise en charge des prolapsus par voie haute

Complications non négligeables

Techniques alternatives