

La chirurgie du prolapsus génital par les tissus natifs : technique du plastron patch vaginal

Evaluation prospective d'une série consécutive de 245 cas

Pr Abderrahim ABOULFALAH
MARRAKECH WOMEN'S HEALTHCARE



Introduction et Contexte

Le retour de la chirurgie autologue face aux enjeux réglementaires et cliniques des prothèses synthétiques.

Pourquoi les Tissus Natifs ?

Limites des Prothèses Synthétiques

Depuis les restrictions réglementaires mondiales ((FDA & agences européennes, dont la HAS en France), l'utilisation des implants vaginaux synthétiques est très limitée ou suspendue.

La chirurgie réparatrice urogynécologique a dû opérer un retour nécessaire vers les tissus autologues.

Les complications prothétiques graves telles que l'érosion vaginale (8-12%), l'exposition, les douleurs pelviennes chroniques et les dyspareunies sévères ont poussé à une réévaluation du rapport bénéfice/risque.

Avantages de la Voie Autologue

La reconstruction par tissus natifs n'expose à aucun risque d'érosion ou de rejet. Elle s'appuie sur les structures ligamentaires et fasciales de la patiente.

Cette approche est idéale pour les patientes fragiles, âgées, ou souhaitant préserver leur trophicité vaginale et leur activité sexuelle sans matériel synthétique étranger.

Le défi thérapeutique?

Échecs des Techniques Classiques

La colporraphie antérieure traditionnelle expose à un taux d'échec de 30 % à 50 % en cas des cystocèles de stade élevé.

Un renforcement autologue efficace et reproductible est devenu indispensable.

Principes de la Technique Plastron Patch Vaginal

- Concept du plastron: Utilisation d'un lambeau vaginal rectangulaire autologue, attaché à la vessie, servant de renfort naturel sous-vésical .
- Un amarrage solide : Suspension bilatérale au ligament sacro-épineux antérieur (SSLF-A) et à l'arcade tendineuse du fascia endopelvien (ATFP).
- Un double avantage : Restaure simultanément le support de niveau I (apical) et de niveau 2 (antérieur).
- Un Zéro corps étranger : Elimine définitivement tout risque d'exposition, d'érosion ou de rejet prothétique.

Caractéristiques de la population cible

- Étude prospective, série consécutive de 245 patientes
- Janvier 2016 – Décembre 2022
- POP symptomatiques stade 3–4
- Évaluation : POP-Q, PFDI-20, Clavien-Dindo
- Suivi : 6 mois et 2 ans
- Toutes ménopausées
- Age moyen : 68,4 ans
- Parité moyenne : 3,2
- Comorbidités : 25,3 %
- Cystocèle grade III–IV : 100 %

Distribution des patientes en fonction du type anatomique du prolapsus et le score POP-Q

	Grade POP-Q	Nombre cas (245)	Pourcentage
Cystocèle	Grade IV	192	78.4
	Grade III	53	21.6
	Grade II	0	00
	Grade I	0	00
Hystérocèle	Grade IV	152	62
	Grade III	48	19.6
	Grade II	45	18.4
	Grade I	0	00
Rectocèle	Grade IV	55	22.4
	Grade III	65	26.5
	Grade II	110	44.9
	Grade I	15	06.1

La cystocèle grade III et IV est retrouvée dans 100% des cas. L'hystérocèle grade III et IV était présente dans 200 cas (81,6%). La rectocèle III et IV est notée dans 120 des cas (48,9%).

Les différentes techniques opératoires qui ont été adoptées pour le traitement des prolapsus génitaux.

	No cas	%
Hystérectomie vaginale	245	100
PPV fixé au LUS	198	80,8
PPV fixé au LSE	47	19,2
PPV postérieur fixé au LSE	68	27,7
Douglassectomie	112	45,7

Morbidité et résultats anatomiques

- Plaies vésicales : 1,2 %
- Hémorragies : 2,4 %
- Rétention aiguë d'urine : 2 %
- Infections urinaires : 1,6 %
- Pas de lésion urétérale, ni rectale

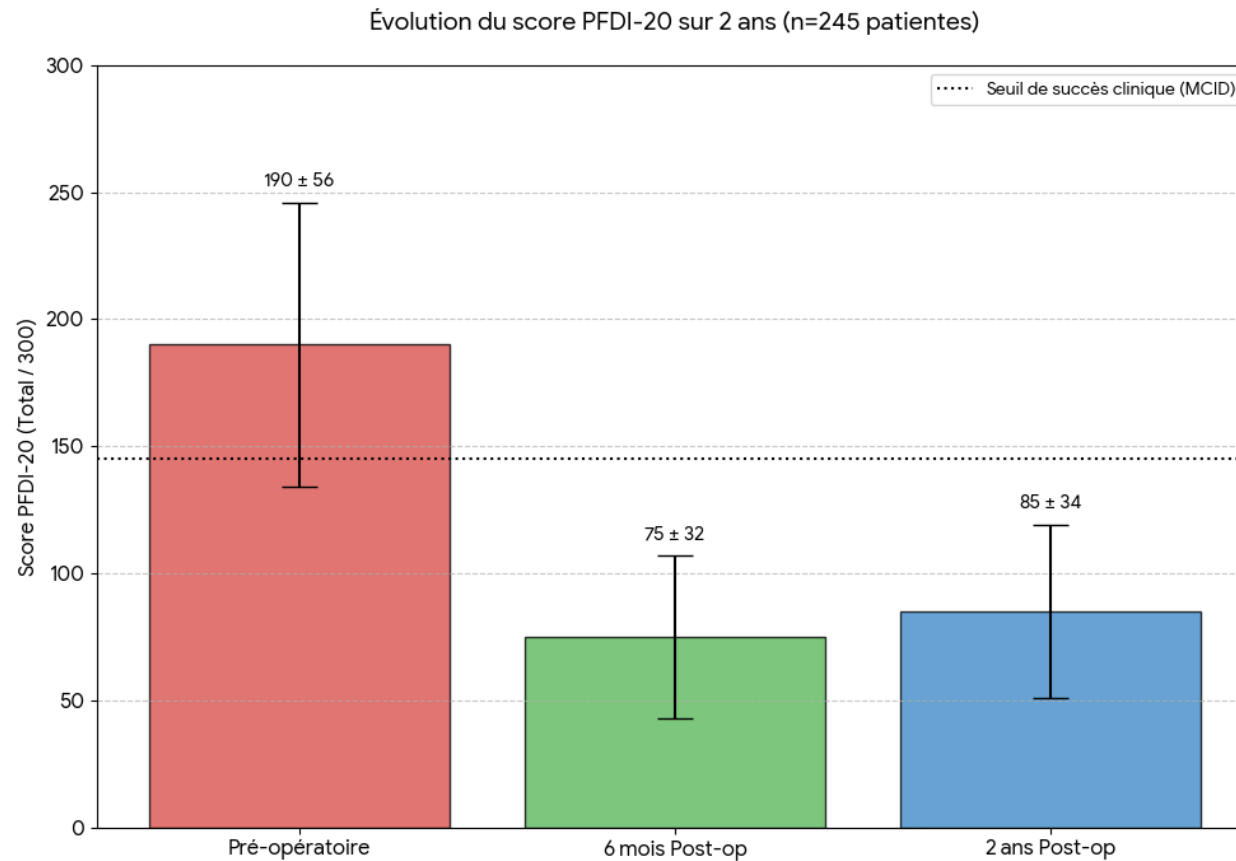
➤ Récidive à 6 mois : 3,8 %

➤ Récidive à 2 ans : 7,7 %

19 cas au total: 15 cystocèles et 4 rectocèles

➤ Ré-intervention: 13 cas (5,3%)

Les scores PFDI-20 établis en pré-opératoire, à 6 mois et à 2 ans en post-opératoire



L'analyse statistique montre une diminution très significative du score PFDI-20 de 190 en pré-opératoire à 85 à 2 ans ($p < 0,001$). Aucune différence statistique n'a été notée entre le score PFDI-20 entre 6 mois et 2 ans ($p > 0,05$) témoignant de la stabilité des résultats cliniques.



Conclusion

- Depuis les dernières mesures ayant interdit l'utilisation des prothèses par voie vaginale dans le traitement du POP ; la littérature s'est enrichi de plusieurs techniques de la chirurgie vaginale utilisant les tissus natifs. Cependant, ces différentes études manquent d'un niveau de preuve élevé, et leur évaluation est très hétérogène.
- Les approches vaginales ont un taux de récurrences anatomiques significatif. Mais, les récurrences symptomatiques sont toutefois limitées et la satisfaction des patientes reste bonne.
- Leur connaissance reste indispensable comme base à l'approche de la chirurgie du prolapsus. Il reste encore à améliorer les indications et les critères de choix des différentes variantes techniques vaginales non prothétiques.
- En l'absence voire l'impossibilité de réaliser des essais de haut niveau de preuve, nous estimons que notre série montre que le recours à la technique du PPV avec ses variantes pourrait représenter une bonne alternative aux autres méthodes utilisant des prothèses synthétiques dans la prise en charge des POP.