

Nouvelle approche dans la PEC du prolapsus Génital: à propos d'une expérience personnelle



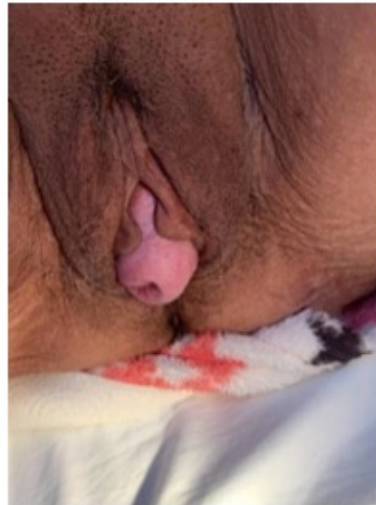
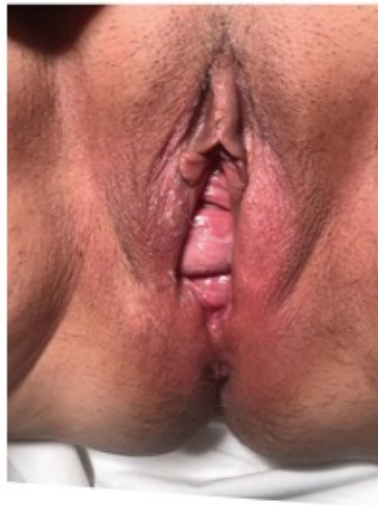
Dr RHAZI Benyounes
Clinique ACHARK – Oujda, Maroc

GynAzur 12-13 Juin 2026

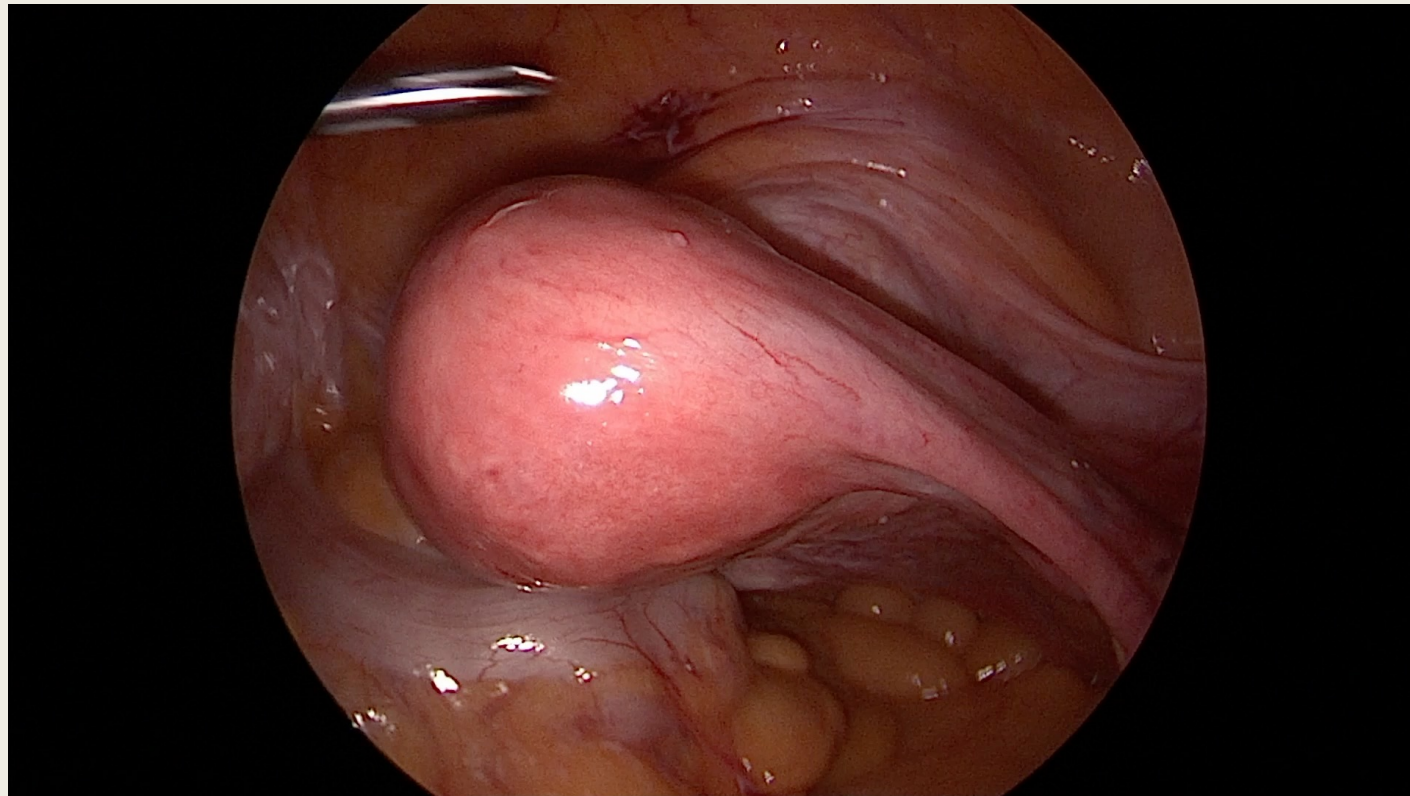
Introduction

- **1991** : premières promontofixations par voie laparoscopique ont été décrites par Michel Cosson et d'autres équipes pionnières.
- La cure du prolapsus par laparoscopie, qui consiste en une pose de plaque de polypropylène entre l'isthme utérin et le promontoire, est devenue le gold standard depuis les années 2000.
- Des variantes techniques ont vu le jour :
 - *Pectopexie : pose de la plaque entre l'isthme utérin et le ligament ilio-pectiné*
 - *Latero suspension par plaque de polypropylène selon Dubuisson*
- Certains opérateurs posent une seule plaque antérieure, d'autres posent une 2^e plaque postérieure pour corriger les rectocèles importantes.
- Au fil des années, des complications tardives importantes voire graves (spondylodiscite, abcès pelvien, érosions et migration des plaques). Ont poussé à réfléchir à d'autres alternatives.

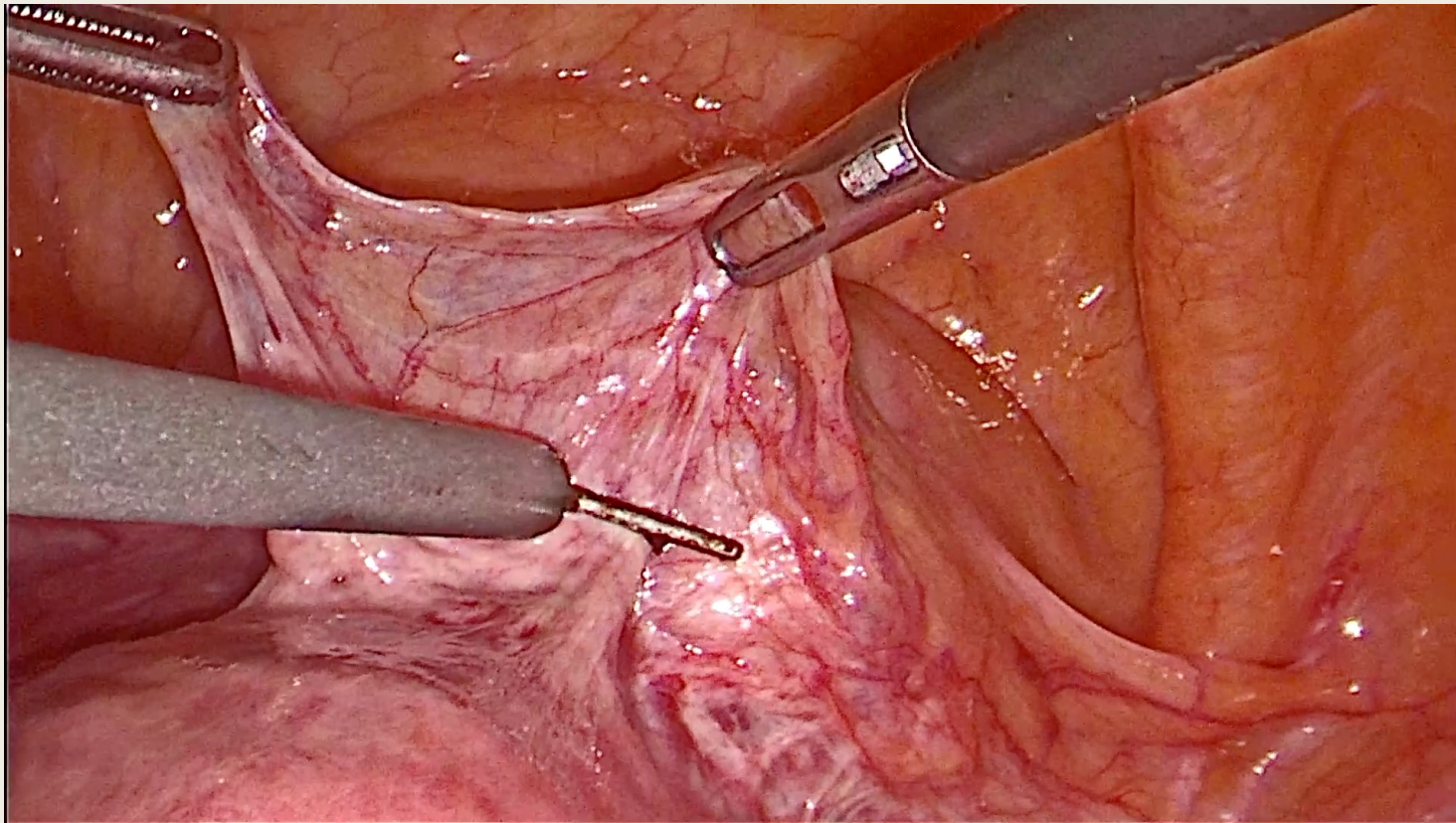
Différents stades de prolapsus génital



Promontofixation avec conservation utérine



Promontofixation sans conservation utérine (hystérectomie)

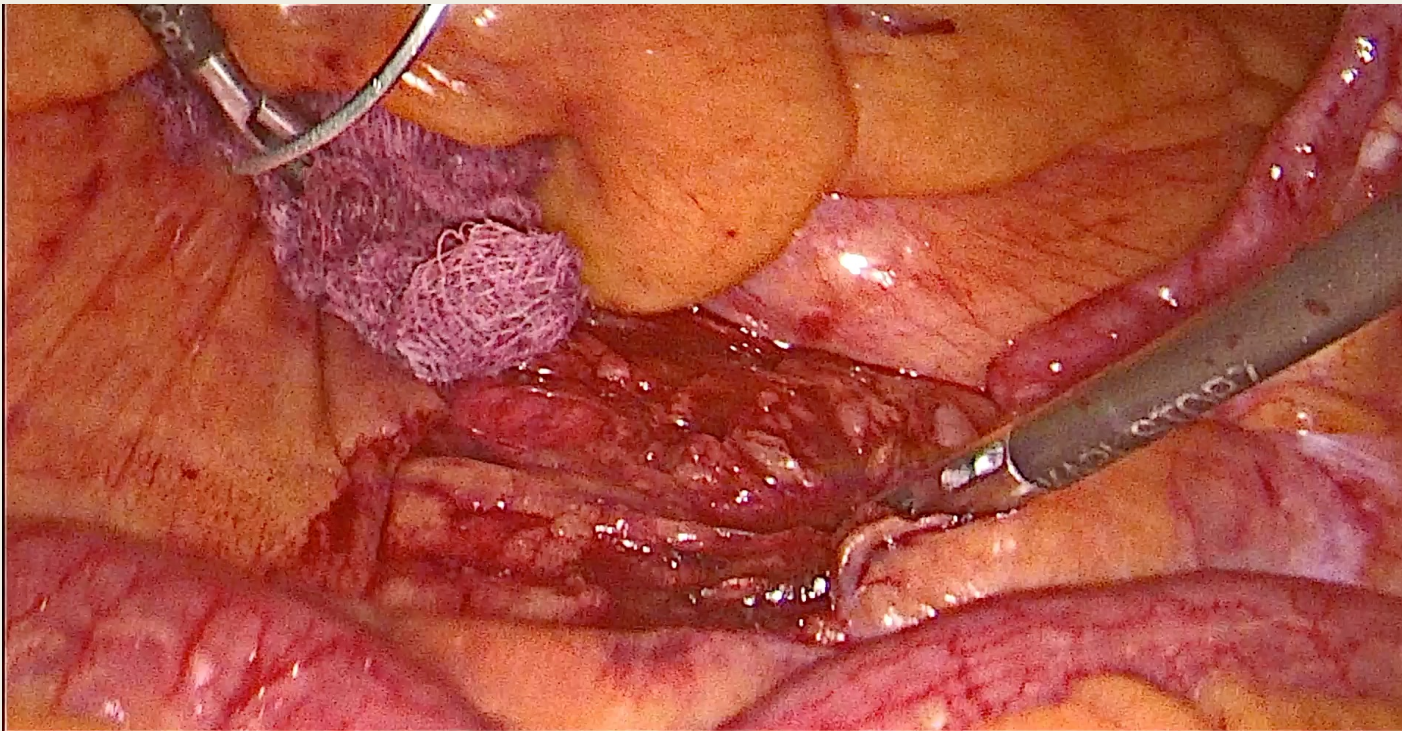


Complications per-opératoires et précoces

- Essentiellement liées à l'expérience du chirurgien et à l'état du pelvis (antécédent hystérectomie, chirurgie gynécologique, promontoire inaccessible ou variqueux)
 - *Hémorragie*
 - *Plaie urétérale*
 - *Plaie vésicale*
 - *Plaie rectale*

Hémorragie

- L'hémorragie par plaie vasculaire peut être mortelle par plaie des gros vaisseaux et son hémostase est très difficile.

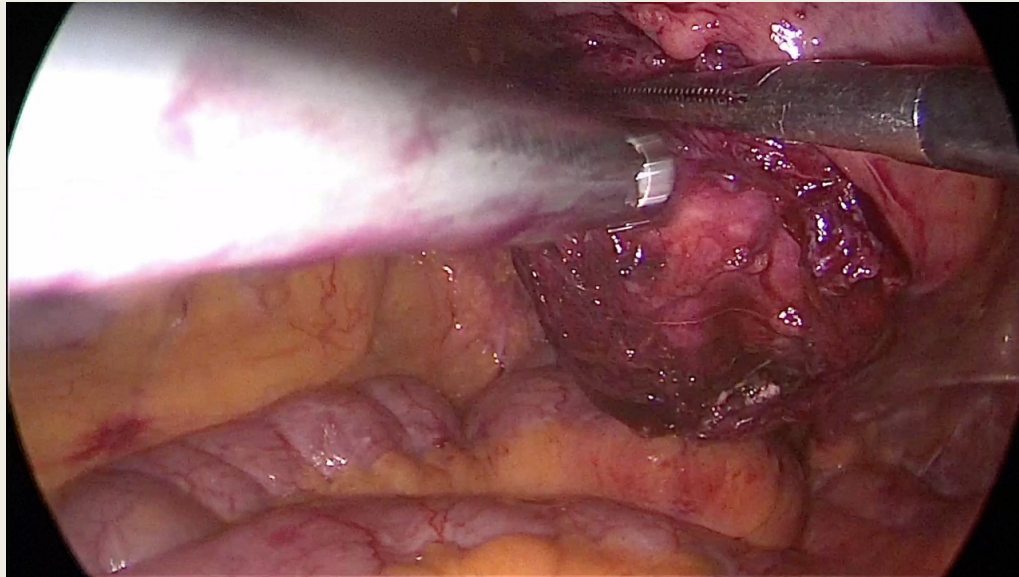


PROMONTOIRE DIFFICILE

➤ *Plaie urétérale :*

- 5% des cas
- On peut réaliser : suture, une montée de sonde double J, une resection anastomose, ou une réimplantation

➤ *Plaie vésicale : surtout en cas d'antécédent de césarienne ou d'hystérectomie*



PLAIE
VÉSICALE

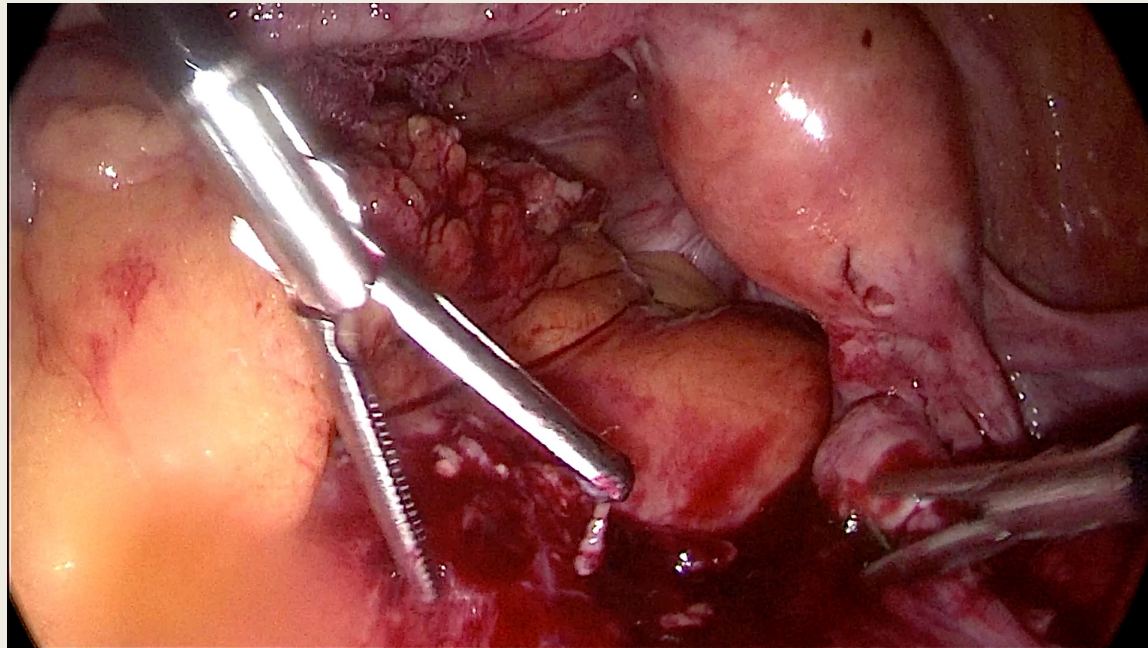
➤ *Plaie rectale : surtout en cas d'adhérences*

- suture sans nécessité de dérivation.
- prothèse postérieure INTERDITE.
- on peut toute fois poser une prothèse antérieure si la suture de la plaie rectale est jugée satisfaisante.

Complications tardives

- DOULEUR CHRONIQUE (2.5 – 5.7 % après prothèse) (HAS 2011)
- - rechercher :
 - *Spondylodiscite qui est la complication la plus redoutable, et qui ne peut être diagnostiqué que par une IRM,*
 - *parfois on ne retrouve pas de germe à la recherche bactériologique après ablation de la prothèse, on peut conclure à une intolérance de la patiente à la plaque*

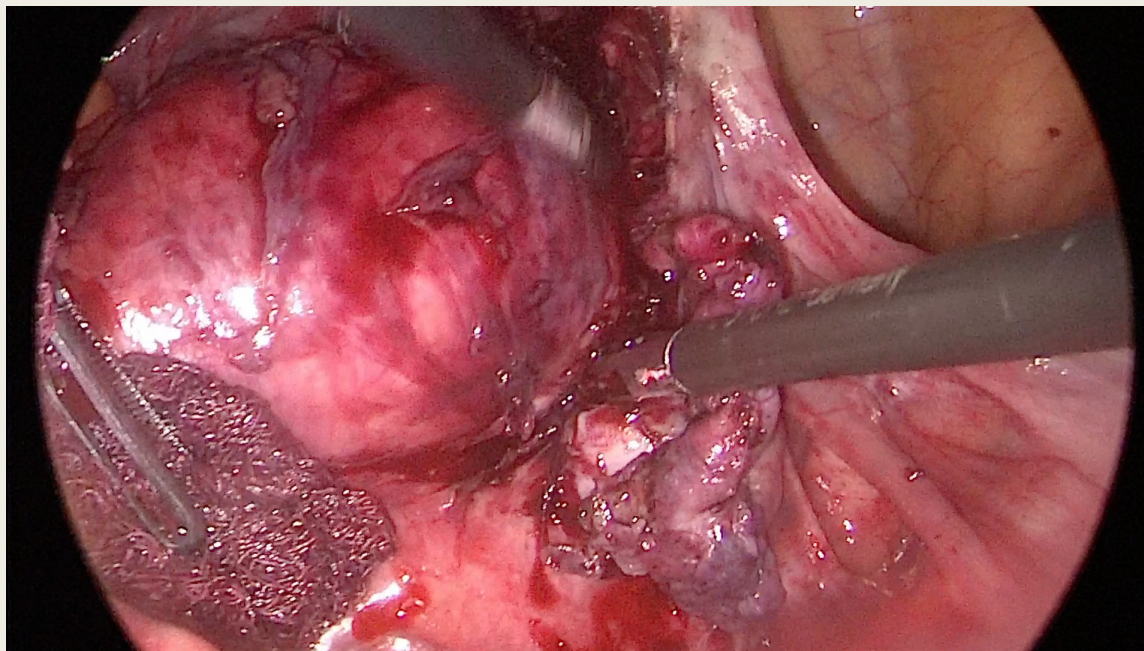
Spondylodiscite



INFECTION PROTHETIQUE

- L'infection prothétique est une complication redoutable à évoquer devant des douleurs et un syndrome infectieux (fièvre, hyperleucocytose, CRP ou PCT élevée) et qui nécessitera souvent une IRM pour poser le diagnostic
- On peut retrouver un abcès pelvien ou une spondylodiscite
- Il convient de prendre en charge ces complications en centre de référence pour réaliser une explantation la plus complète possible du matériel prothétique

Abcès pelvien





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

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

Exposition prothétique rectale



EXPOSITION PROTHETIQUE VAGINALE

- 1-12% en voie vaginale et 0.4-12% promontofixation
- -métrorragies, leucorrhées, douleurs, dyspareunies, HISPAREUNIE
- -si asymptotique < 1cm² : surveillance et E2 local
- -si surinfecté : exérèse la plus complète possible

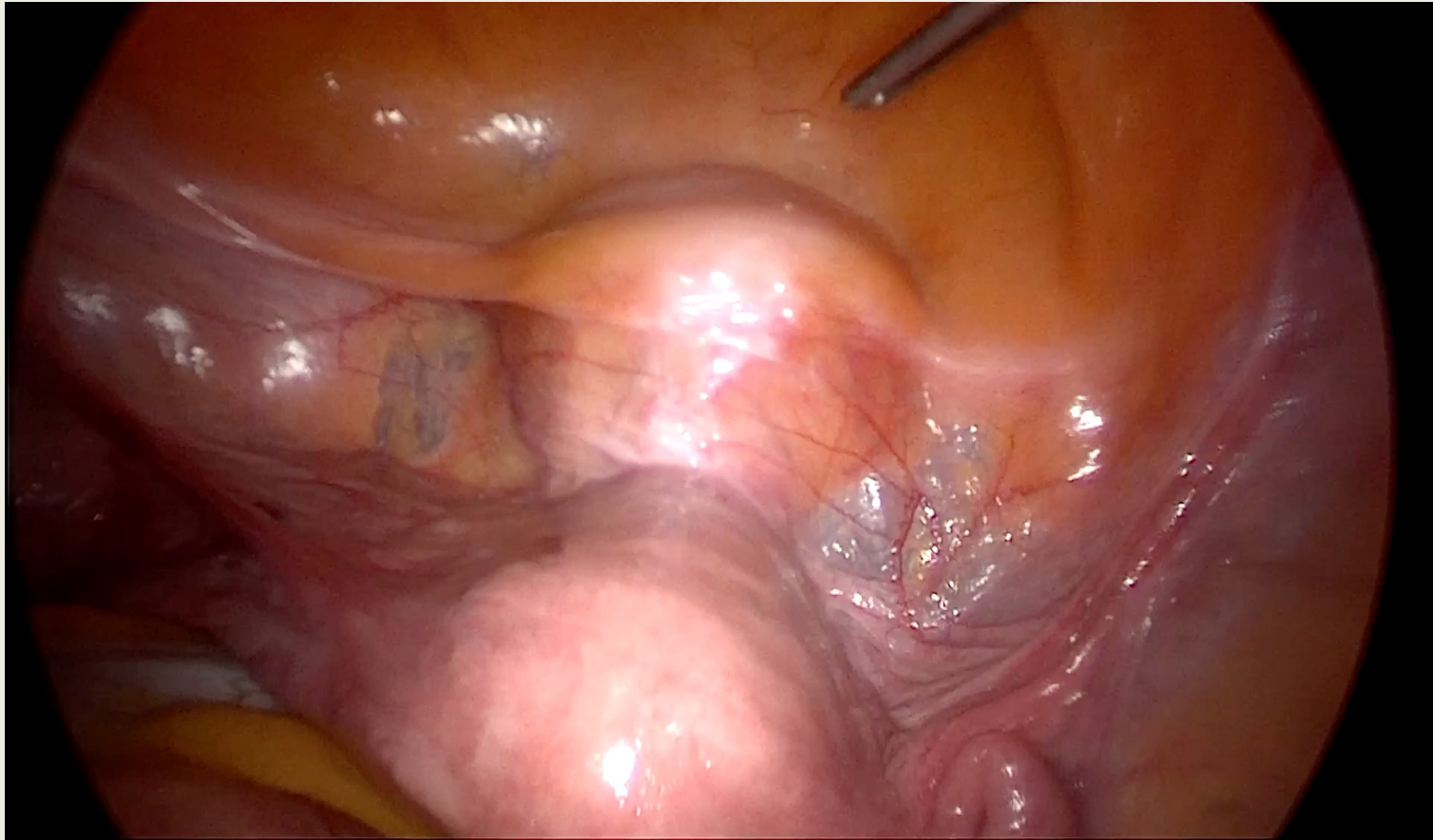
TROUBLES DE L'EVACUATION DU RECTUM

- Secondaire à une lésion nerveuse durant le décollement du rectum lors de la pose de la plaque postérieur
- Complication redoutable car pas de traitement
- Il faut avant tout éliminer une striction rectale par la plaque



ALTERNATIVES ?

Pectopexie au fil



Notre expérience

- 37 patientes entre le 1^{er} Aout 2025 et le 30 Mai 2026
- L'âge a varié en 48 et 70 ans
- Parité : 4 en moyenne
- Incontinence urinaire : 5% des patientes
- Durée de séjour : 24-48h
- Sonde urinaire : pendant 24h
- Complication : 0
- Taux de satisfaction : 97,3%
- La patiente non satisfaite avait un incontinence urinaire qui a persisté en post-op, et non corrigée par la pose d'un TOT

Conclusion

- Afin d'éviter les complications liés à la pose et au retrait des plaques de polypropylène, notre proposition de remplacer la plaque par du simple fil non résorbable et une plicature du ligament rond me semble une alternative idéale.
- L'avenir nous le dira car la technique est récente.
- C'est une technique facile, reproductible et sans danger.

Merci