

Quelle voie pour la chirurgie du prolapsus

Dr Annie Jacquet

-

Dr Patrick Janin

Tours

-

Chambray les Tours

Collège de Gynécologie CVL

Les symptômes du prolapsus

- Sensation de boule à la vulve ou extériorisée
- Sensation de corps étranger dans le vagin ou à la vulve
- Sensation de poids dans le vagin
- Douleur et gêne en s'asseyant
- La nécessité de réintroduire une boule pour soulager ou uriner ou pour aller à la selle
- Dysurie
- Les symptômes se majorent avec les efforts ou en fin de journée
- Ne sont pas spécifiques: les douleurs
 - la dyspareunie
 - les pesanteurs pelviennes

et les Complications

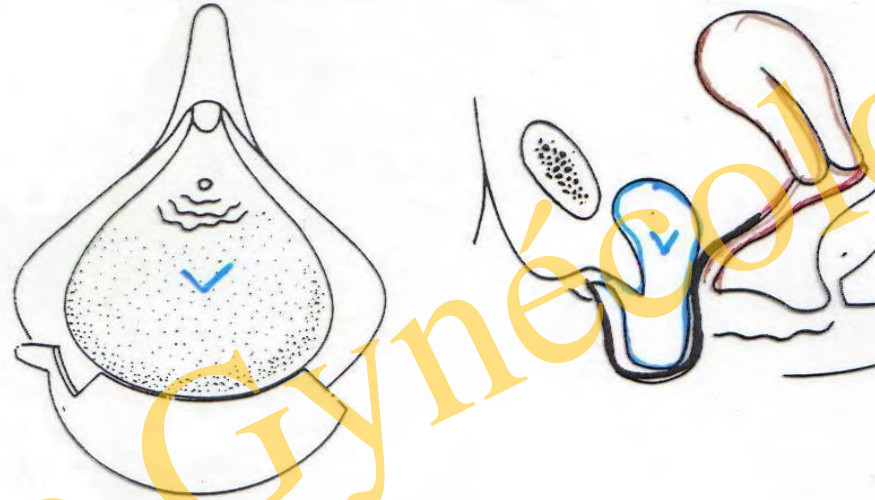
Le prolapsus est une maladie dynamique

- Toutes les combinaisons sont possibles et polymorphisme des patientes : ATCD âge comorbidités
- Il peut augmenter ou régresser (9 à 20 %)
- Pas de chirurgie prophylactique : traitement fonctionnel ou si complications
- Peu d'études contrôlées beaucoup de techniques différentes et surtout des études de cohortes

L'examen clinique: la manœuvre des valves

Ne pas oublier l'examen pelvien TV TR, frottis, testing releveurs, +-examens complémentaires

Signes fonctionnels associés



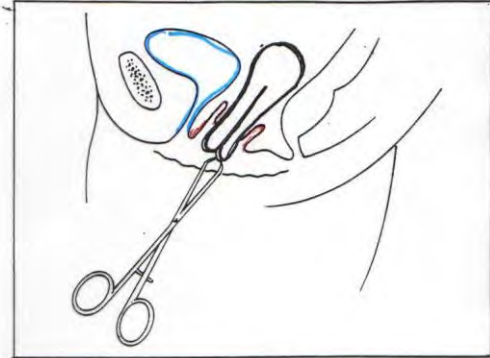


Fig. 15 - Hystérocèle isolée : la traction sur la pince extériorise l'utérus.

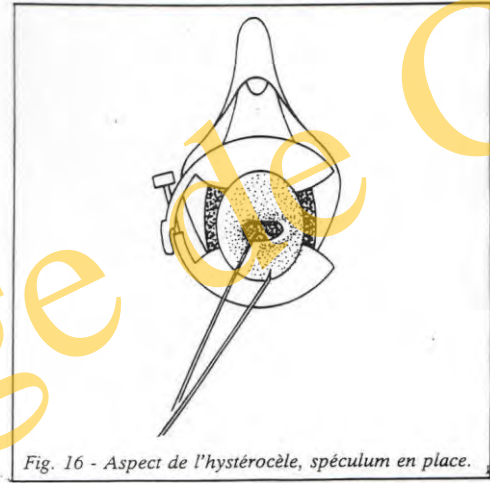
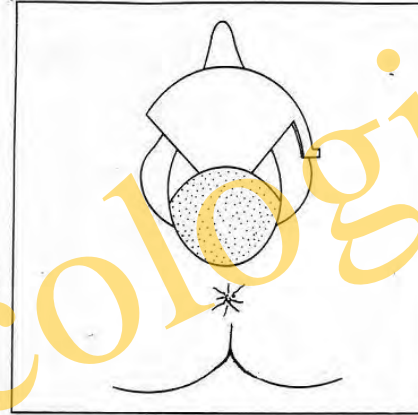
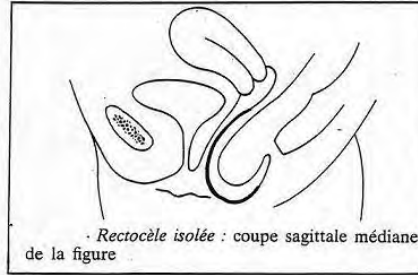


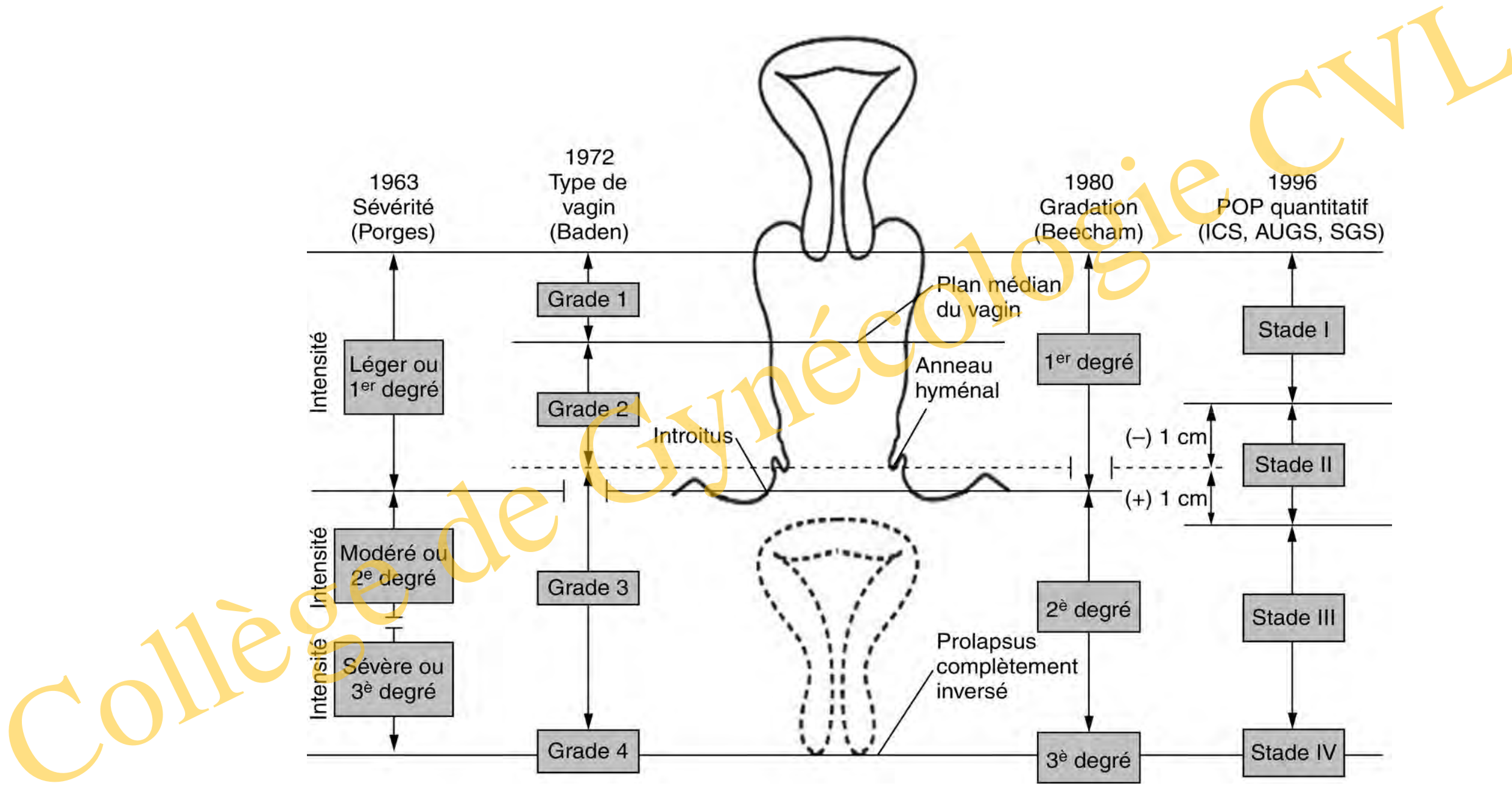
Fig. 16 - Aspect de l'hystérocèle, spéculum en place.



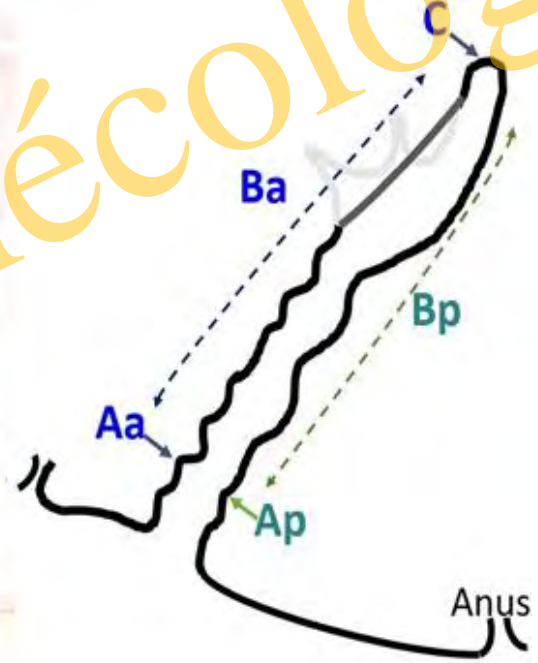
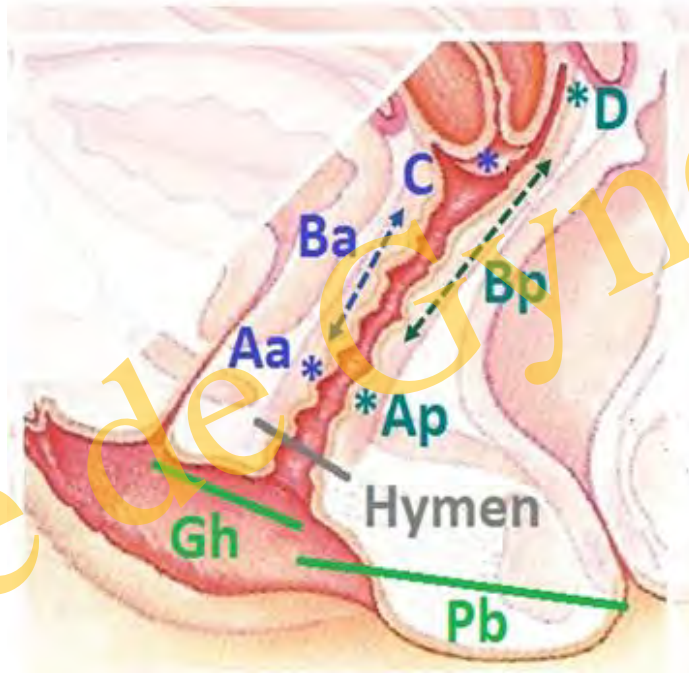
- Colpocele postérieure : la saillie de la paroi vaginale recouvre le rectum, dans ce cas particulier... mais il faudra le vérifier par toucher rectal



- Rectocèle isolée : coupe sagittale médiane de la figure

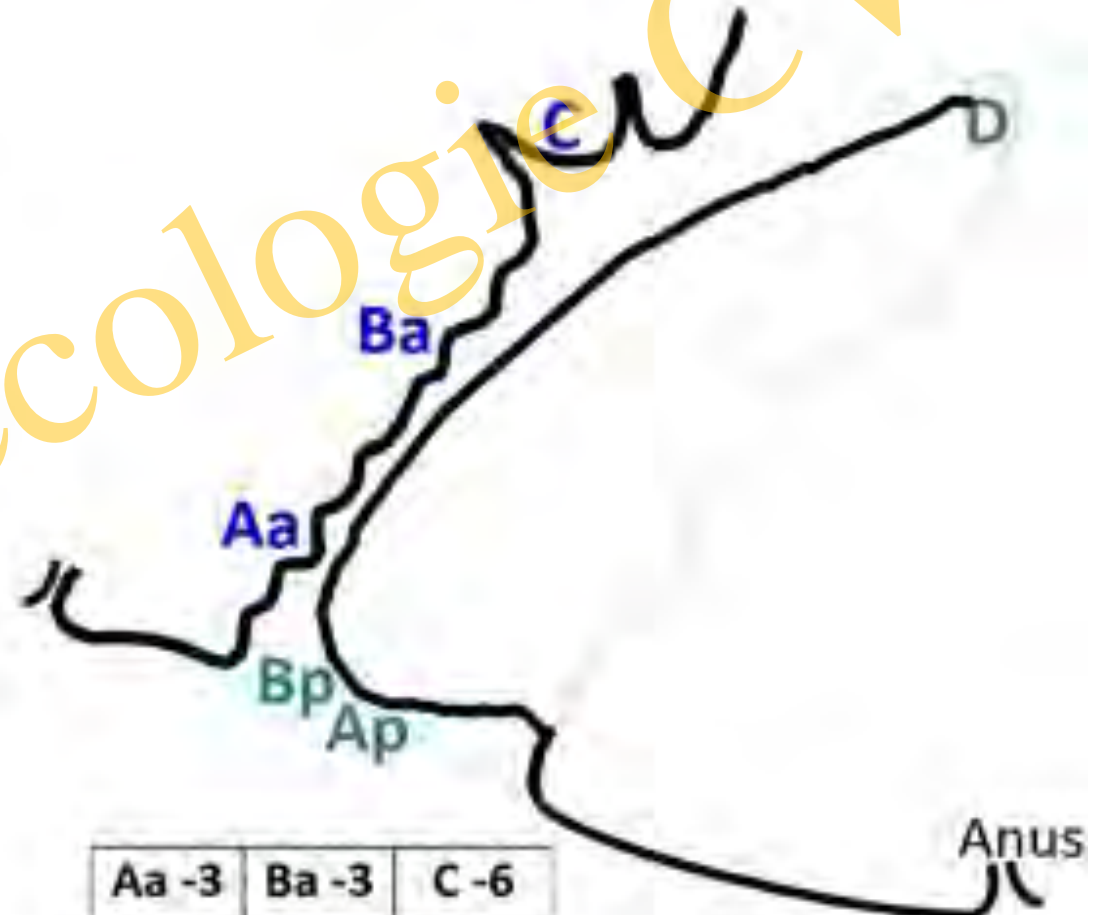


Collège de Gynécologie CVL





Aa 0	Ba 0	C-6
Gh 4	Pb 4	TVL 9
Ap -3	Bp -3	D -8



Aa -3	Ba -3	C-6
Gh 4	Pb 4	TVL 9
Ap 0	Bp 0	D -8

Collège de Gynécologie CVL



CIII soit Aa+2, Ba+2 (POP-Q)

C III ou Aa +3, Ba+3(POP-Q)



Examen clinique

• Au repos

• A la poussée



- Examen normal.



- Colpocèle antérieure → cystocèle III
- Hystérocèle II (col \approx la fourchette vulvaire)
- Colpocèle postérieure → rectocèle I

Hystérocèle II ou C=0(POP-Q)



Stade IV Aa+3, Ba+9, C+10 (POP-Q)



Collège de

Gynécologie CVL



Prolapsus négligé
Remarquer les multiples ulcérations cicatrisées, la béance vulvaire,
et les calculs retrouvés dans la vessie et favorisés par la
stase des urines du fait de la dysurie
Aucun pessaire ne tenait du fait de la largeur du hiatus
génital



Béance vulvaire, CII, R II, - Aa=0, Ba=0





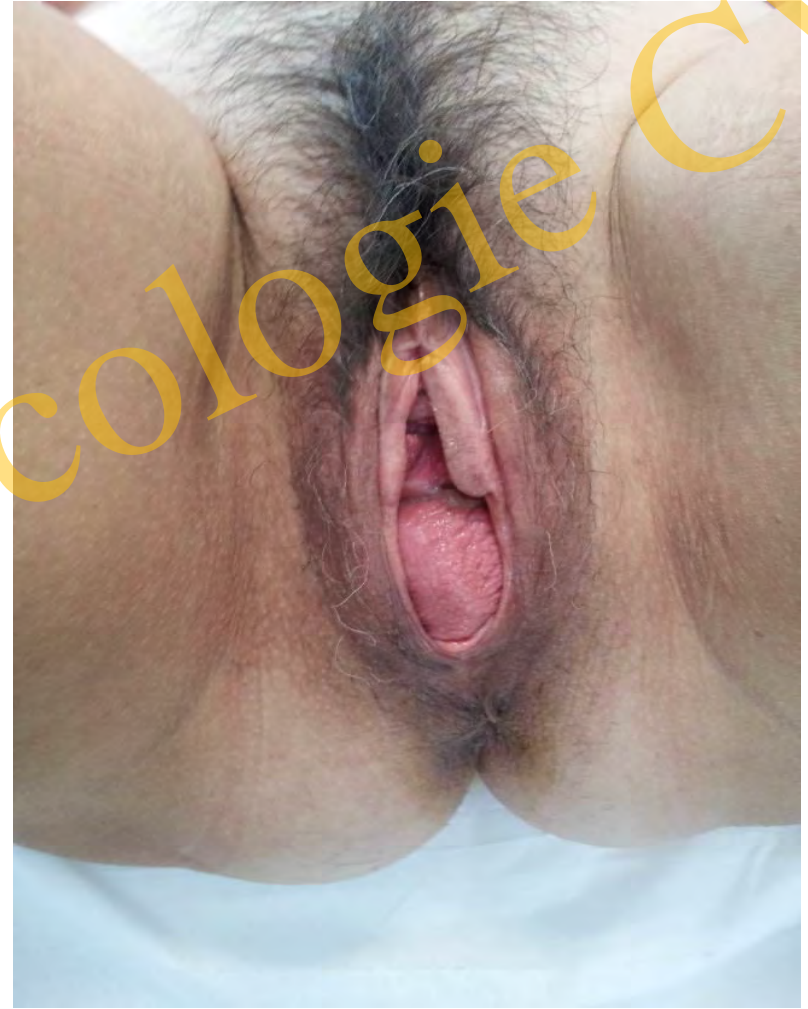
Beance

Collège de Gynécologie CVA



Patiente qui consulte pour
une sensation de prolapsus
et incontinence anale

Collège de Gynécologie CVL



Collège de Gynécologie CVL

Elytrocèle de 17 cm mesurée en déféco IRM
ATCD d'hystérectomie vaginale + périnée, puis promontofixation
antérieure puis à nouveau richter par voie vaginale



Collège de Gynécologie CVL



Collège de Gynécologie CVL



EPIDEMIOLOGIE

- C'est un problème majeur de santé publique
- Le nb de consultations et interventions augmente de plus en plus
- Augmentation des prolapsus avec le vieillissement de la population
- Cout médico-économique direct :
200 000 interventions (Suback –Boyls) / plus d'1 milliard /an aux US
- 11% de la population risque d'être opérée d'un prolapsus après 59 ans (Olsen 1997)

PREVALENCE - INCIDENCE

- PREVALENCE
 - 2.9 à 11.4% par questionnaire
 - 31 à 97 % par examen (Pop-Q Baden)
 - Selon l'étage
- | | antérieur | moyen | postérieur |
|-------|-----------|-------|------------|
| Versi | 51% | 27% | 20% |
| Handa | 24.5% | 12.9% | 3.8% |

- INCIDENCE
- cystocele 9.3/100 femme
- Hysterocele 1.5/100
- Rectocèle 5.7/100

Selon l'âge

- Sévérité croît avec l'âge
- Prévalence augmente jusqu'à 50 ans puis stable
- 4.1% 30-39 ans
- 6.2% 40-49
- 11.8% 50-59
- 12.2% 60-69
- 11% 70-79
- La chirurgie diminue après 59 ans

Les signes fonctionnels associés

urinaires

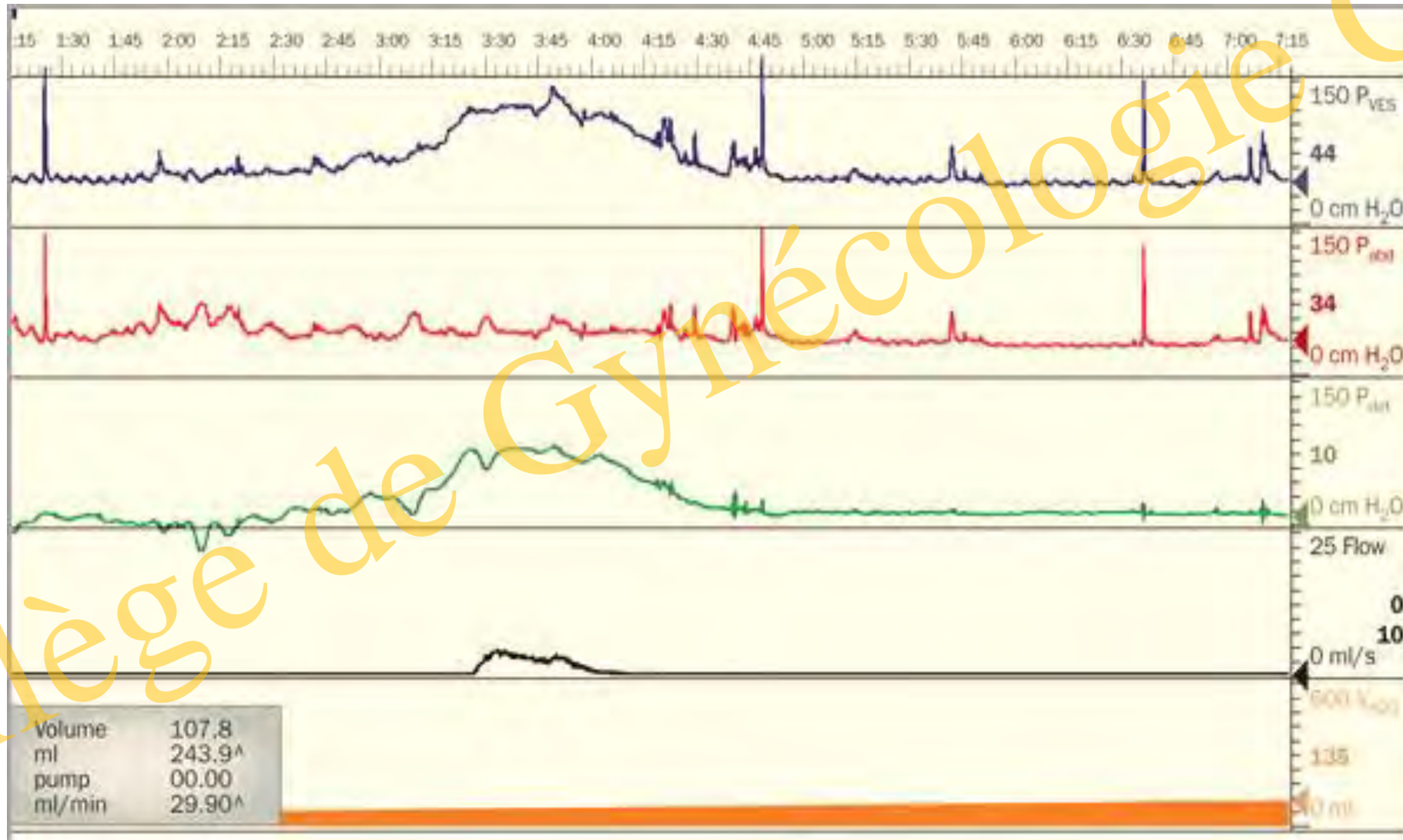
ano-rectaux

sexuels

Quel bilan réaliser?

Collège de Gynécologie CVL

Le bilan urodynamique : BUD explore l'équilibre vésico sphinctérien



L'ICS recommande le BUD avant la cure d'un prolapsus de stade >II

Mais

les recommandations sont en pratique :

Le BUD n'est pas indiqué en cas de :

- **Dysurie** 60% des prolapsus de stade >II
Disparaît dans 95 % des cas après la chirurgie du prolapsus
- **Trouble de la vidange vésicale** : disparaît 2/3 après la chirurgie
- **Pollakiurie, urgences mictionnelles sans fuites**
Améliorées dans 70% des cas après chirurgie
Causes multiples - traitement médical

BUD

Conseillé si

- **Incontinence urinaire d'effort (IUE) patente (Dg clinique)**
- **IUE masquée** : le prolapsus augmente la P de clôture qui chute lors de sa réduction c'est la vraie indication du BUD
- **Incontinence mixte** : troubles de la contraction vésicale (20 à 40%)
hyperactivité du détrusor

À rechercher vessie pleine et prolapsus réduit

→ TVT - TOT ?

Discussion: traiter l'IUE pendant la chirurgie du prolapsus ou en différé

Pas de BSU systématique

Si IUE patente ou masquée avec P de clôture basse

elle peut être source de complication et résultats meilleurs si posée isolément

Echographie pelvienne et des voies urinaires

Rechercher

- une pathologie génitale associée surtout si l'on conserve l'utérus lors de la chirurgie (ne pas oublier le frottis)
- une dilatation des cavités pyélocalicielles sur les gros prolapsus négligés Résidu post mictionnel

La voie périnéale:

- mesurer la taille du hiatus génital
- mesurer la trophicité du pubo rectal

Le bilan en gastroentérologie

Echographie du sphincter anal : rechercher une rupture et la taille du défaut (atrophie)

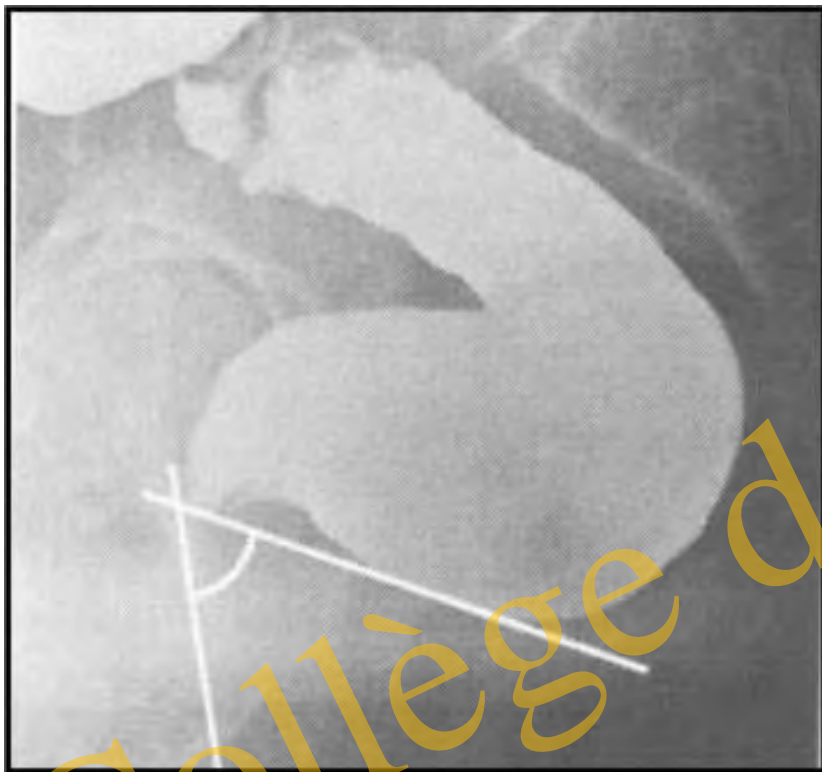
Manométrie ano rectale mesure

- Le volume rectal / sensibilité de l'ampoule : sensation de besoin
- Tonus du sphincter anal au repos, en retenue et en poussée

Transit au pellets : mesure le temps de transit

DEFECOGRAPHIE

La défécographie diagnostique la rectocèle, l'anisme, l'intussusception le prolapsus rectal, l'élytrocèle +ou-



Angle ano-rectal normal



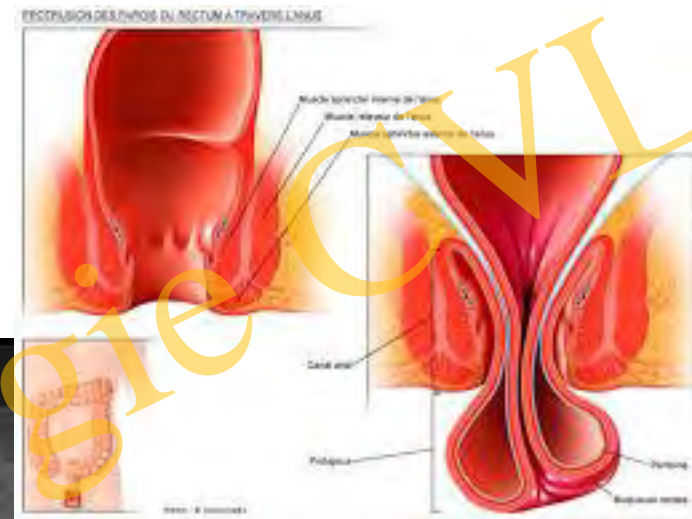
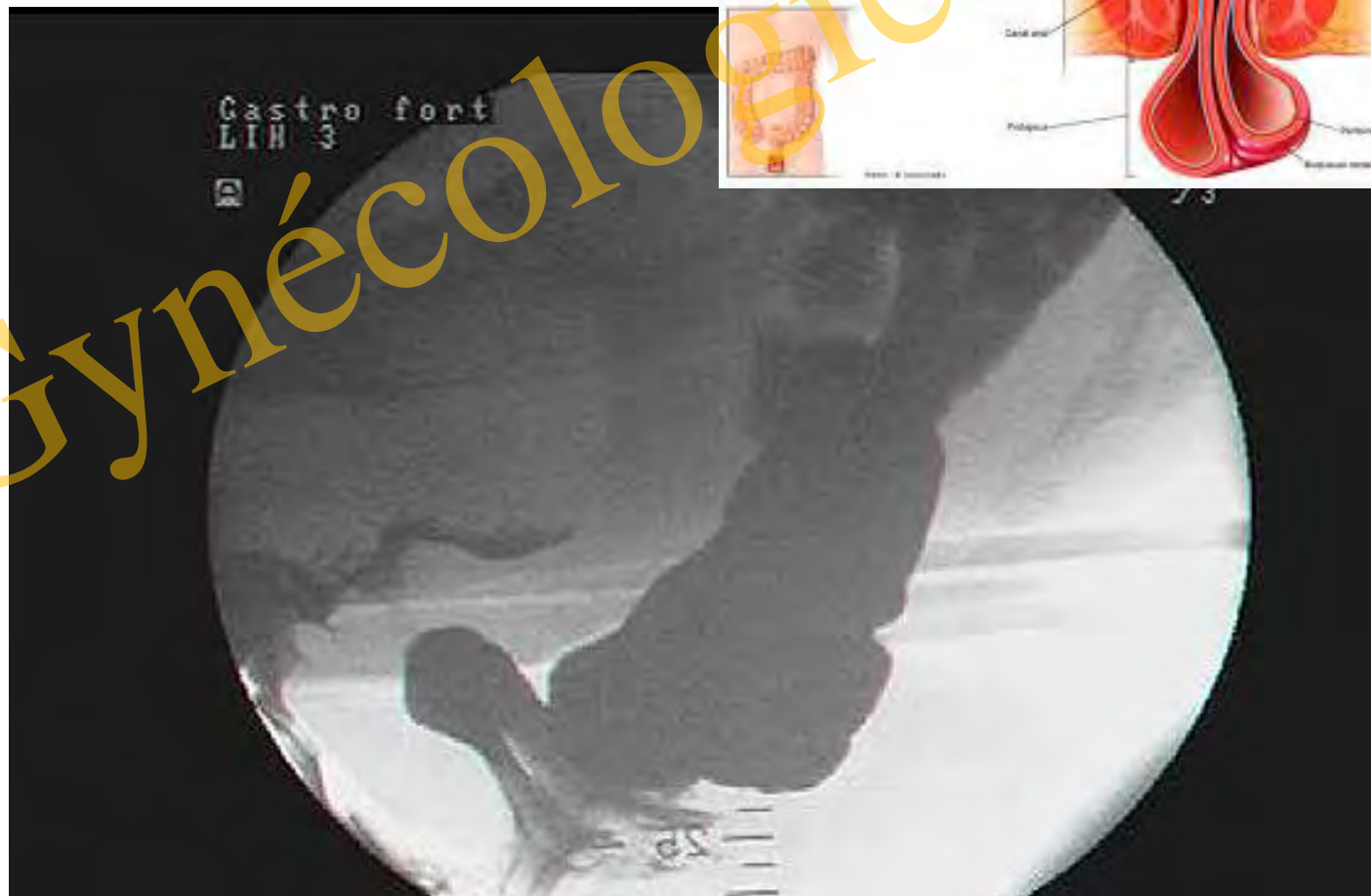
Ouverture du canal anal et de l'angle lors de la défécation

Anisme: empreinte du puborectal lors de l'exonération

Rectocèle



Intussusception

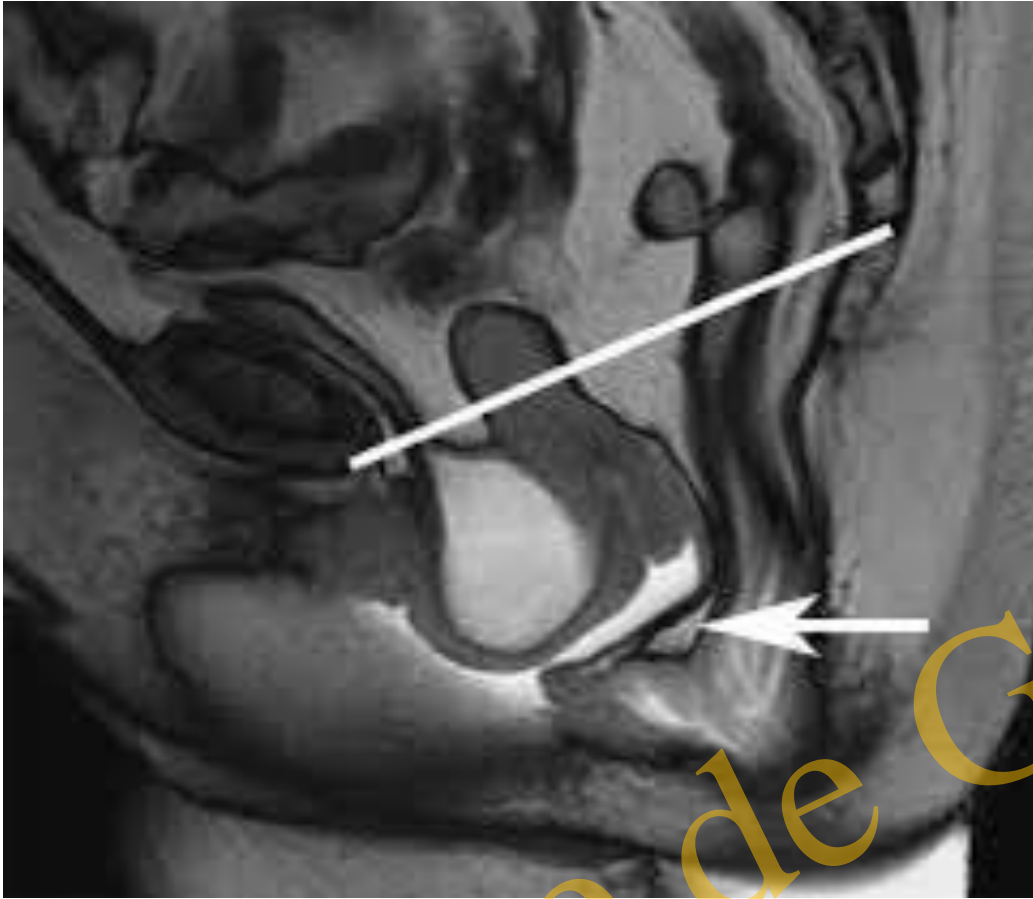


Collège de Gynécologie

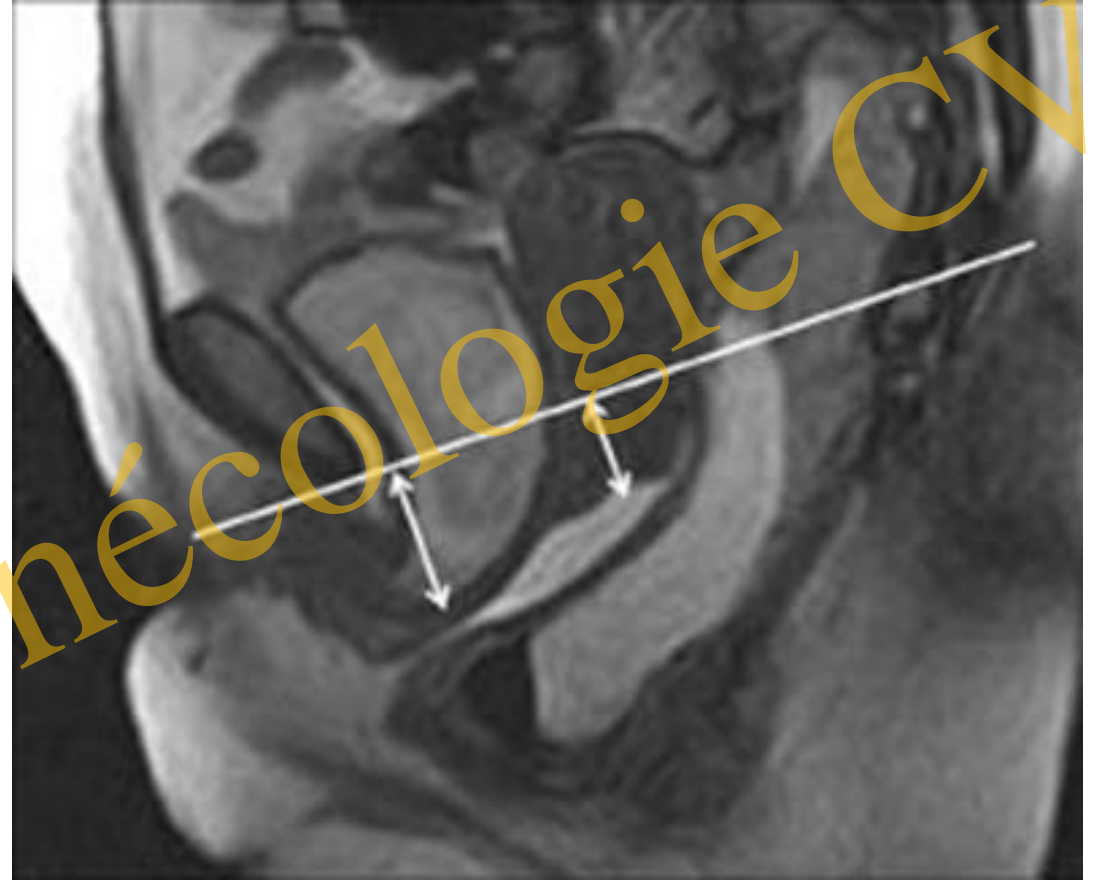
IRM DYNAMIQUE – DEFECO IRM



Collège de Gynécologie CVL

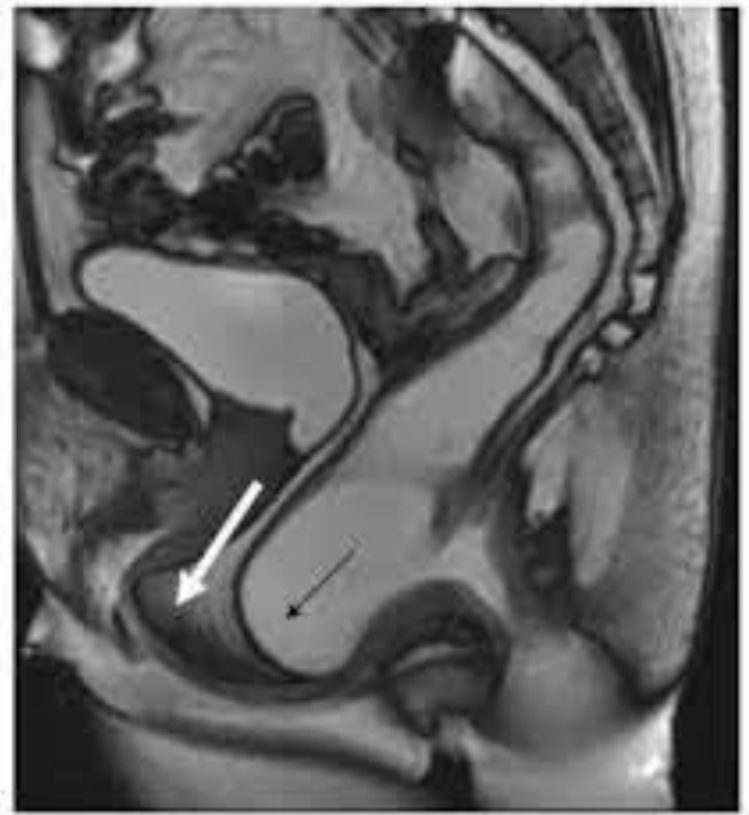


Cystocèle Entérocele

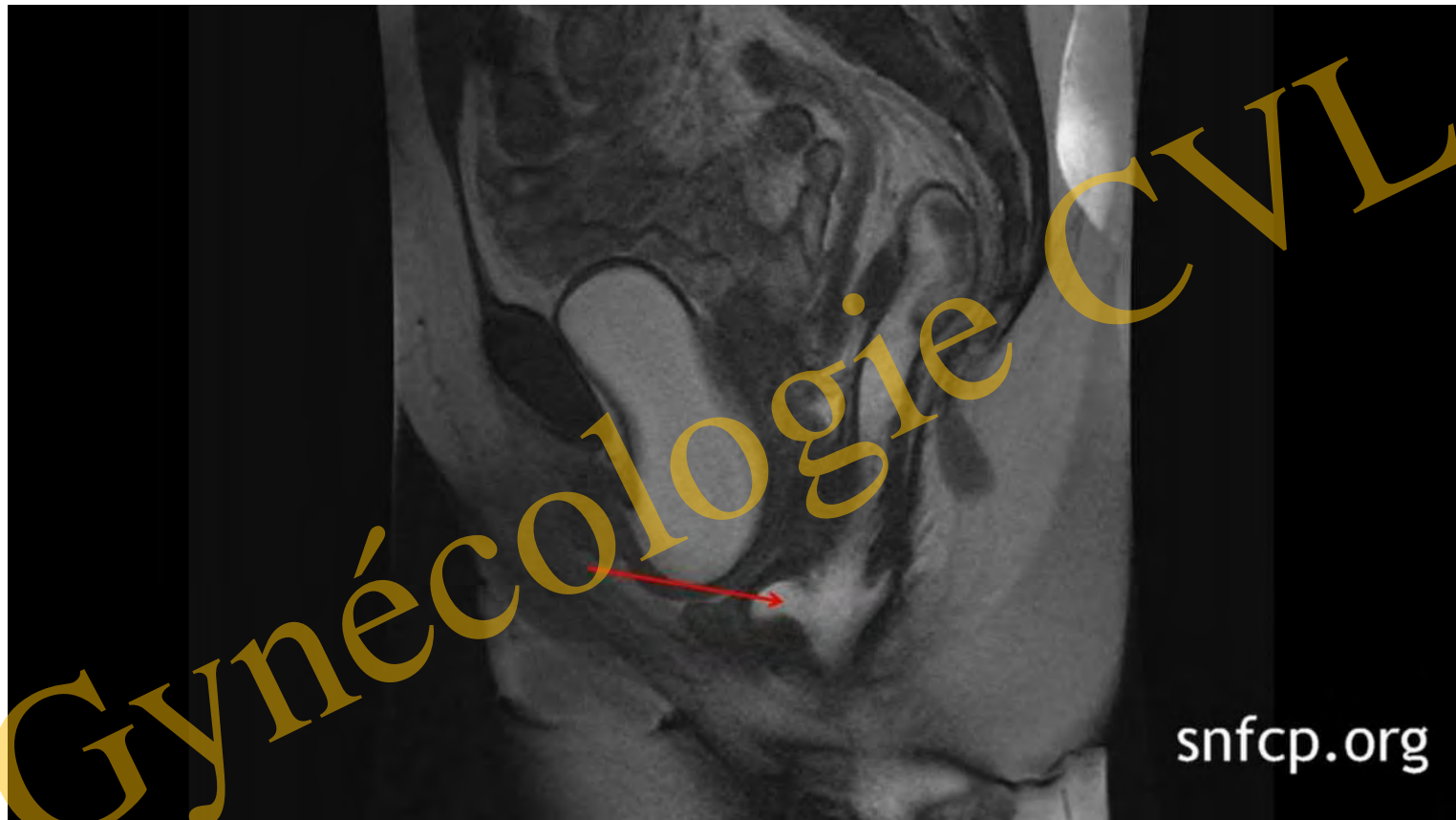


Cystocèle hystérocele rectocèle

Collège de Gynécologie CVL



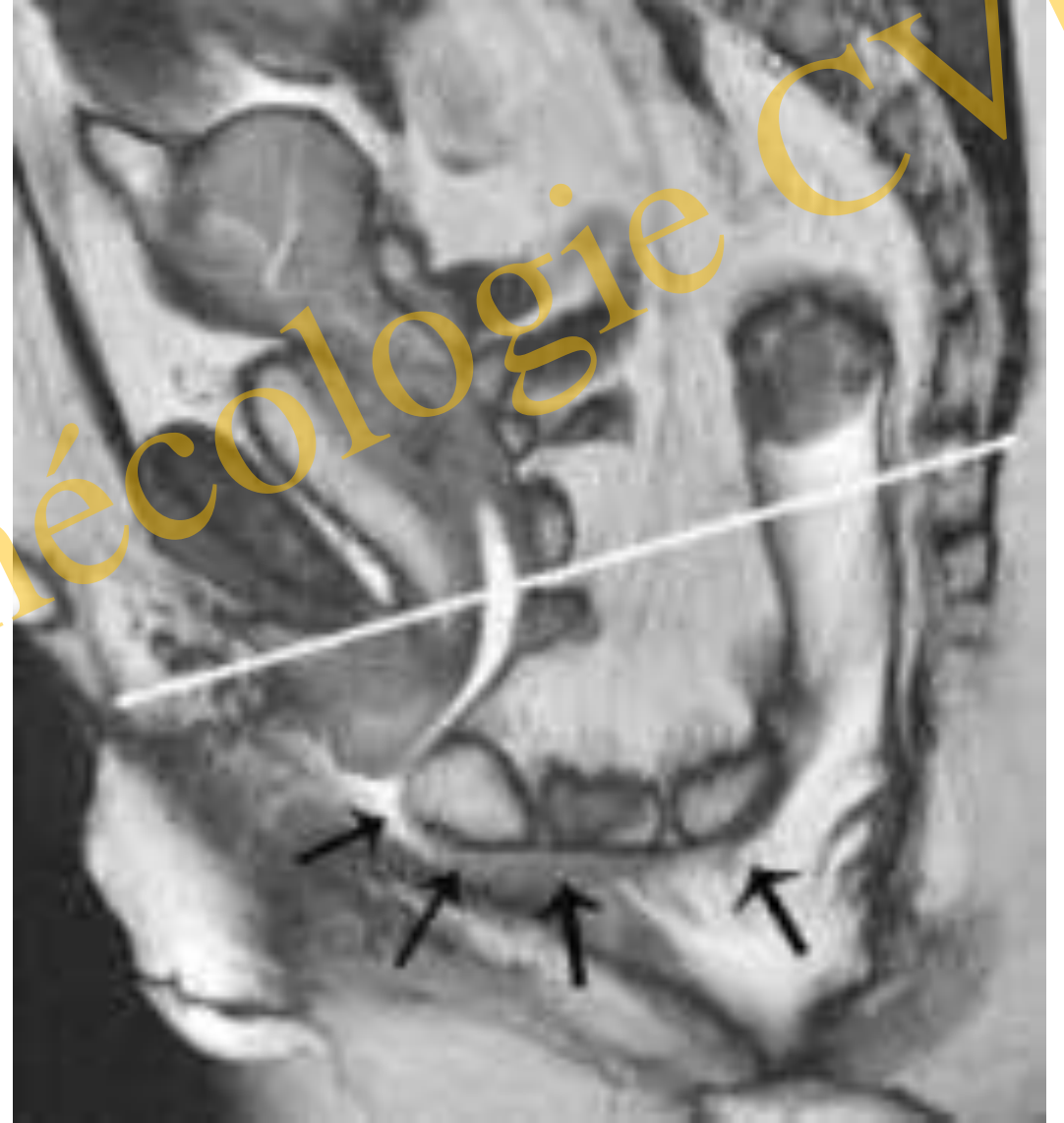
Rectocèle



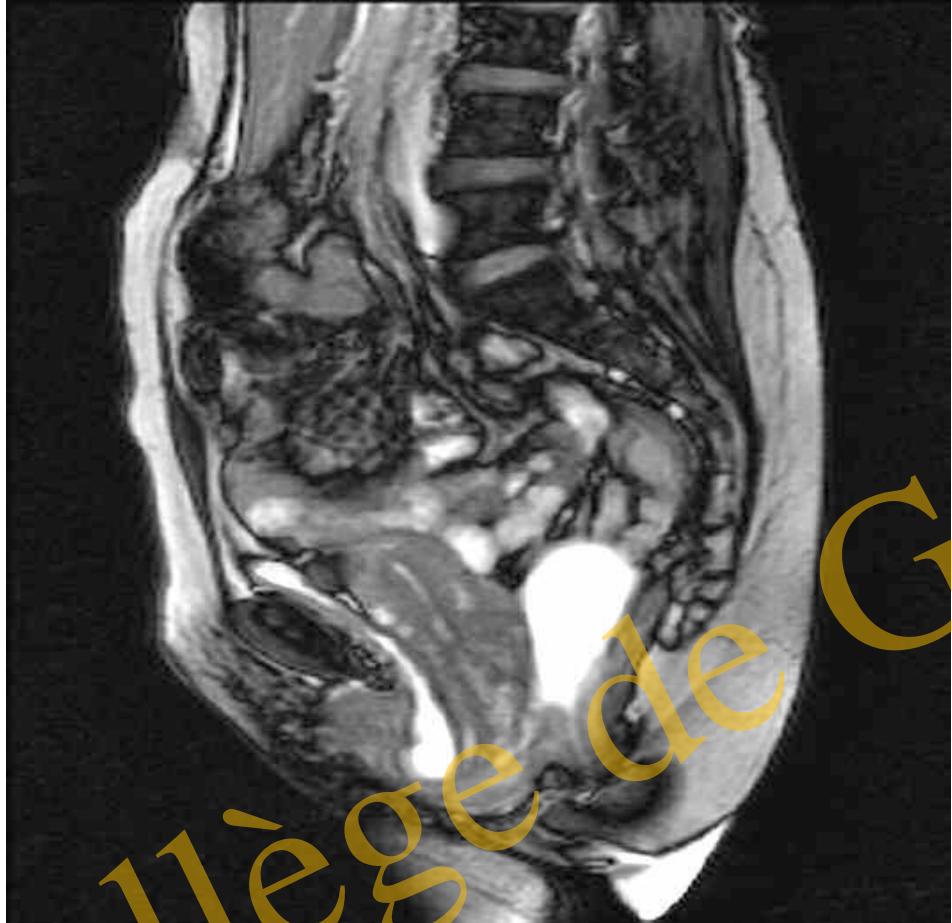
Cystocèle, intussusception

Collège de

Elytrocèle volumineuse avec entérocéle



Collège de Gynécologie CVL



Collège de Gynécologie CVL

La déféco IRM ou IRM pelvienne dynamique

- Permet l'analyse les 3 étages

Mais pas supérieure à l'examen clinique pour la cystocèle et l'hystérocèle

- de différentier élytrocèle /rectocèle lors de colpocèle postérieure ++
- de diagnostiquer une intussusception , un prolapsus anal
- de diagnostiquer un anisme
- de diagnostiquer la descente du plancher pelvien , la taille du hiatus génital

Indiquée dans les situations complexes, récidives

LES OBJECTIFS DE LA CHIRURGIE

Restaurer l'anatomie et faire disparaître les symptômes fonctionnels du prolapsus et avec le minimum de complication

Repositionner les différents organes et respecter leurs relations anatomiques

Sans dégrader les fonctions urinaires, ano-rectale et sexuelle

Obtenir un résultat durable dans le temps

MAIS AVANT LA CHIRURGIE

- Proposer les alternatives à la chirurgie (rééducation, pessaires)
- s'assurer que la gêne ressentie par la patiente est en rapport avec le prolapsus
- Faire le bilan des troubles fonctionnels associés
- Intérêt des RCP de pelvipérinéologie
- Chercher les facteurs de récidence ou de complications post opératoire

LA CHIRURGIE PEUT

- améliorer les symptômes de pollakiurie, les urgences et la dysurie
- révéler une IUE (à évaluer avant la chirurgie) voir au contraire la guérir dans 30% (TVT ou TOT simultané?)
- être source de dyspareunie
- être source de douleur pelvienne chronique

LA CHIRURGIE VA

Améliorer la défécation si rectocèle sans problème fonctionnel ano-rectal

Un problème fonctionnel traité fera surseoir à la chirurgie ainsi:

- Un anisme doit être corrigé par la rééducation avant la chirurgie de la rectocèle (anisme: cause de la rectocèle?) son traitement peut faire disparaître les symptômes
- Revoir le régime alimentaire
- Diminuer la compliance de l'ampoule rectale pour améliorer la sensation de besoin et augmenter la fréquence des selles = rééducation

Une incontinence anale a de gros risques d'être aggravée par la chirurgie de la rectocèle qui va diminuer la capacité de l'ampoule: régime alimentaire et rééducation

CHIRURGIE VOIE VAGINALE AVEC TISSUS AUTOLOGUES

Cure de cystocèle voie basse : temps antérieur

- Campbell
- Plicature du fascia de Halban
- Prothèse antérieure

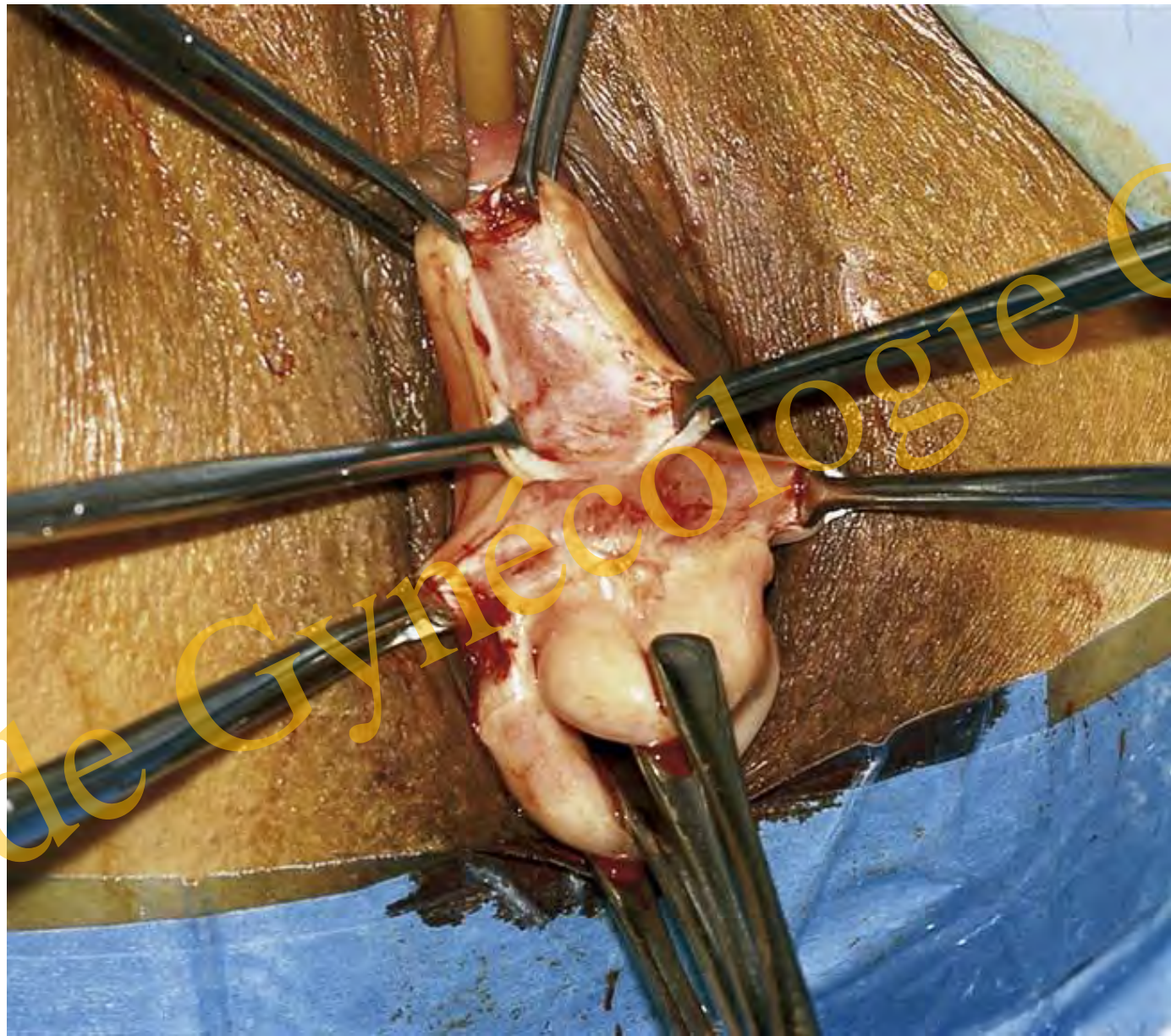
Hystérectomie et richter +/- douglassectomie: temps moyen

Cure de rectocèle – myorrhaphie - périnéorrhaphie: temps postérieur

Infiltration de l'espace
vésico-vaginal



Fascia de Halban



Incision de Crossen et décollement vésico-utérin



Dissection recto-vaginale, fascia de Denonvillier laissé coté vagin

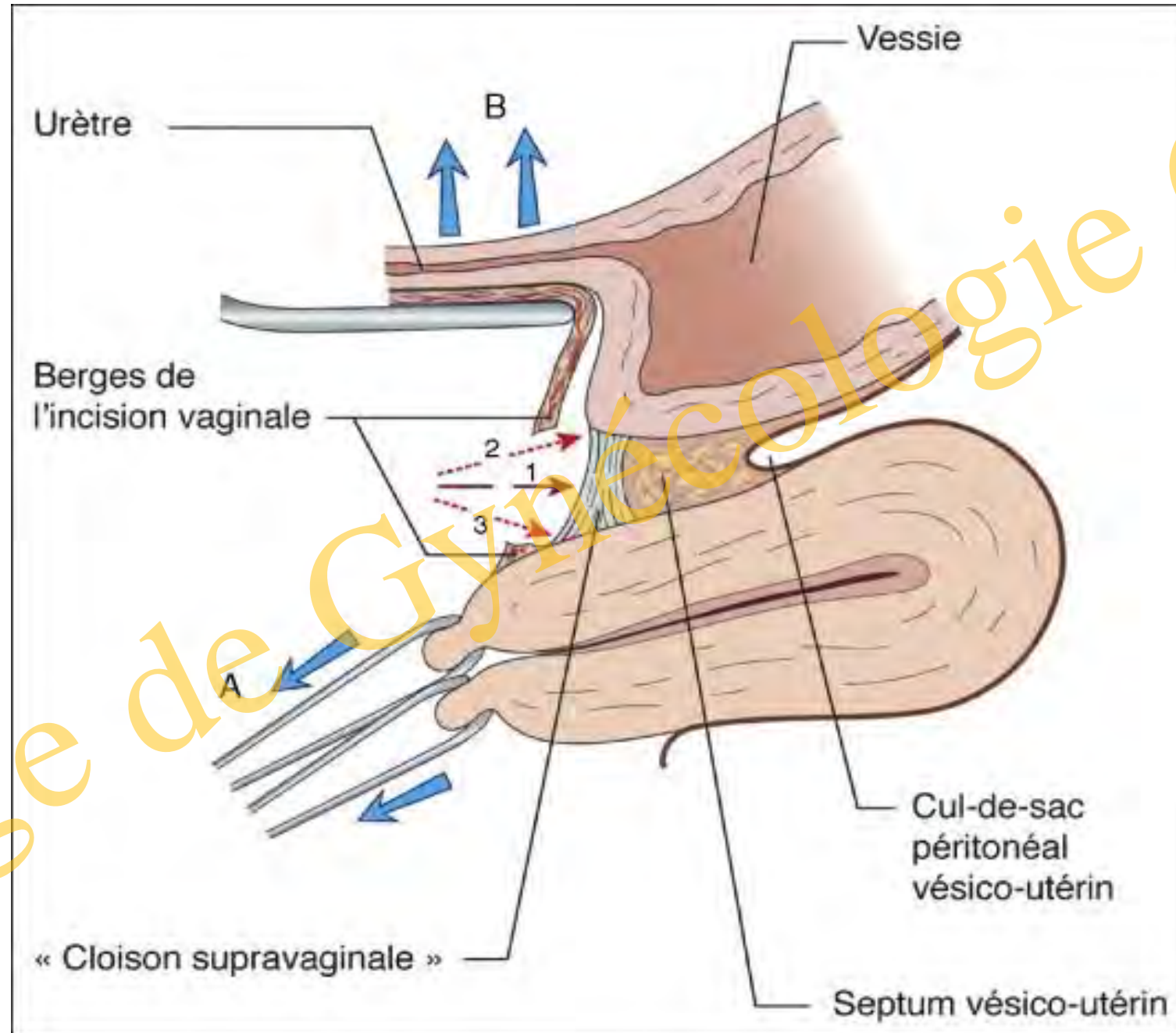
Collège de Gynécologie CVL

Collège de Gynécologie CVL



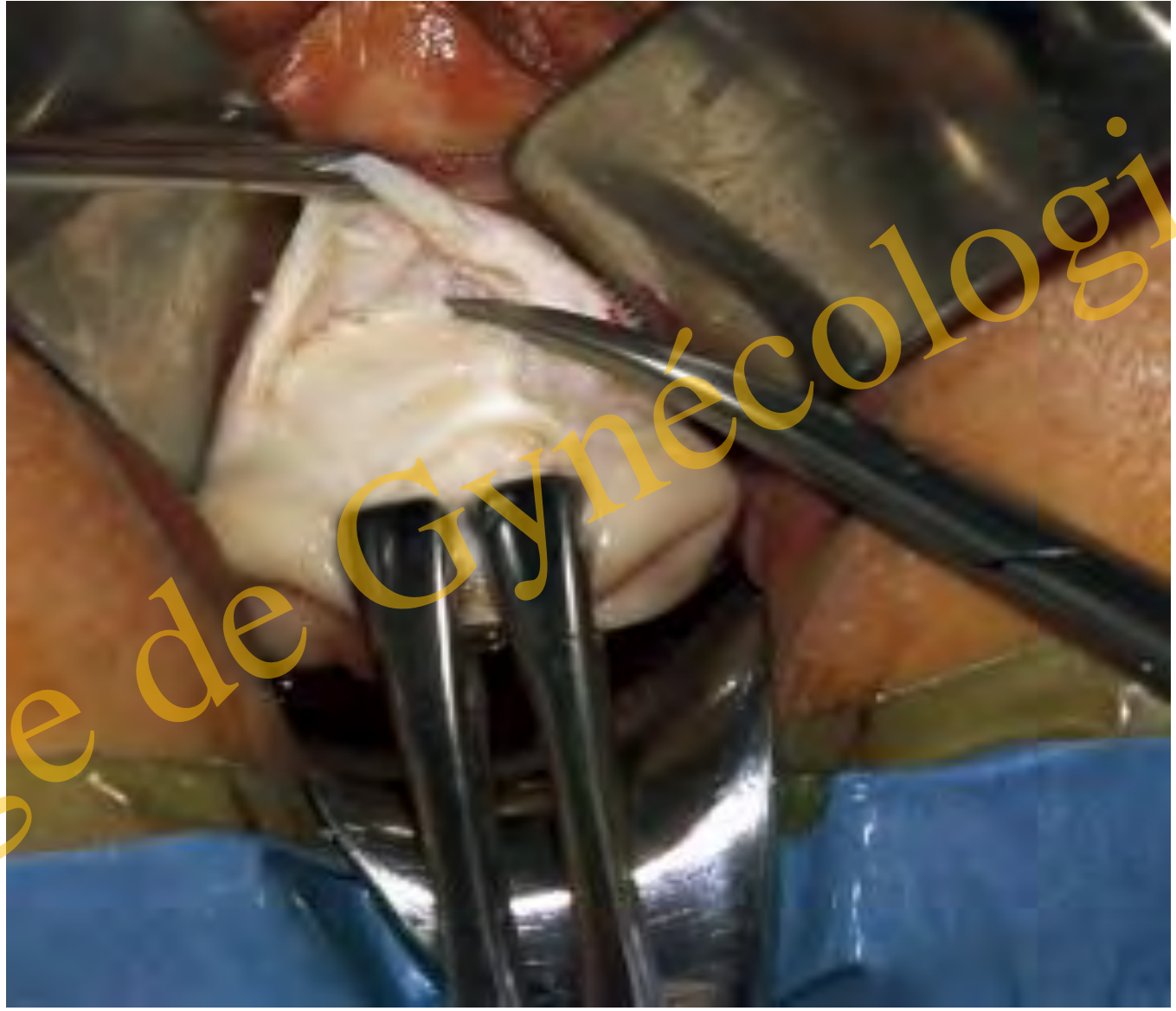


Dissection vésico-vaginale menée latéralement des 2 cotés sans ouvrir les fosses paravésicales



Collège de Gynécologie CVL

Collège de Gynécologie CVL



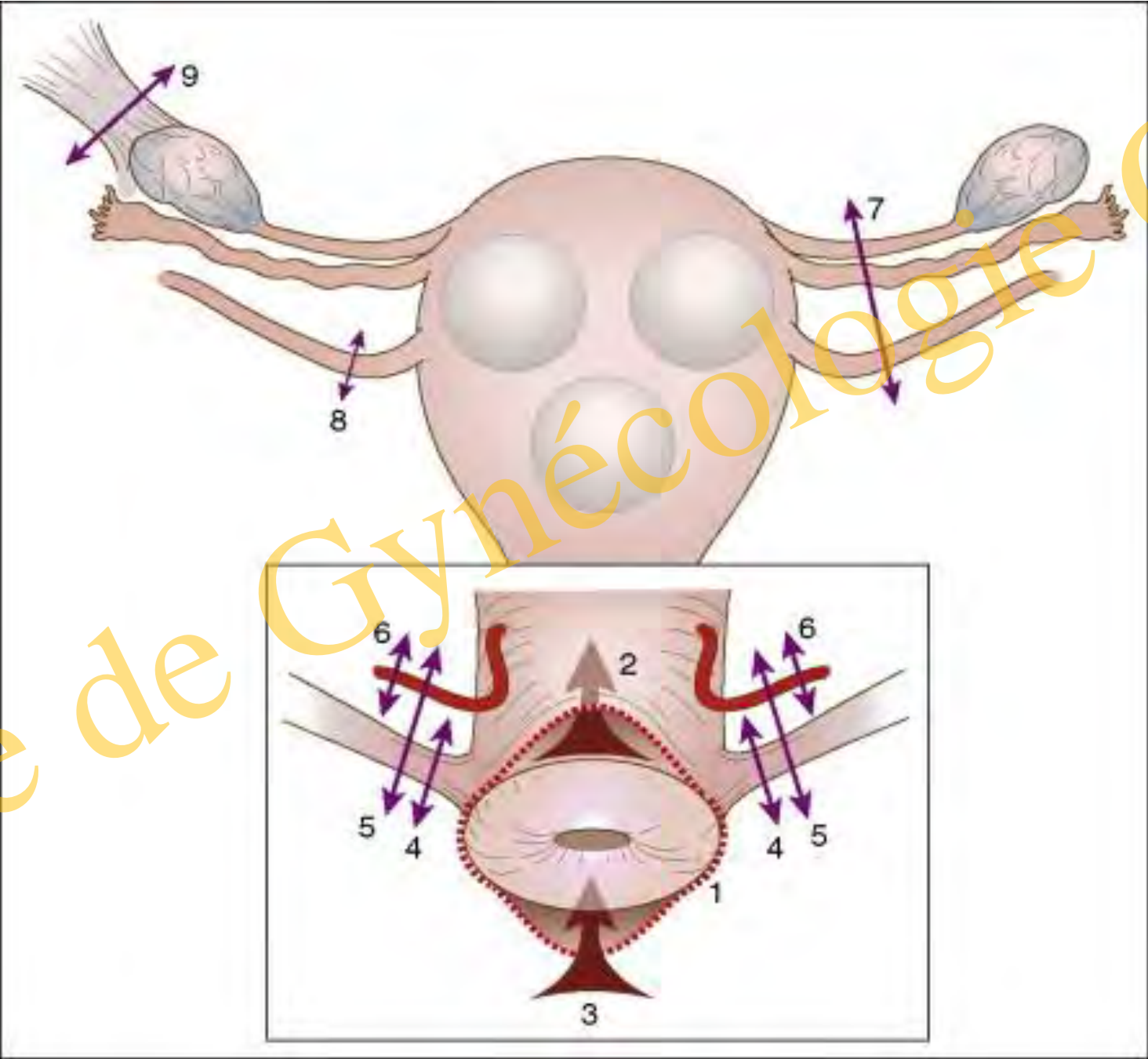


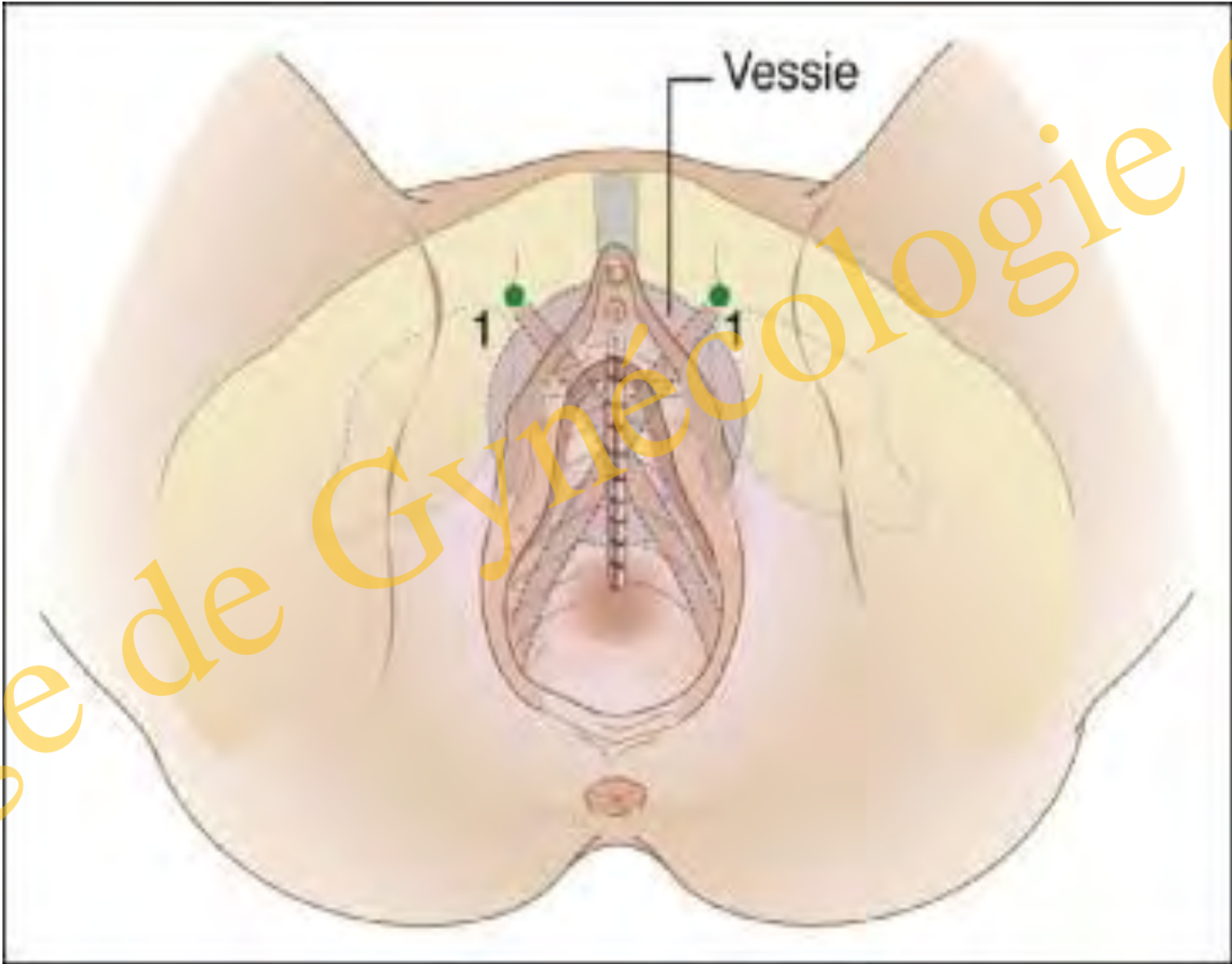
Collège de Gynécologie CVL

Collège de Gynécologie CVL

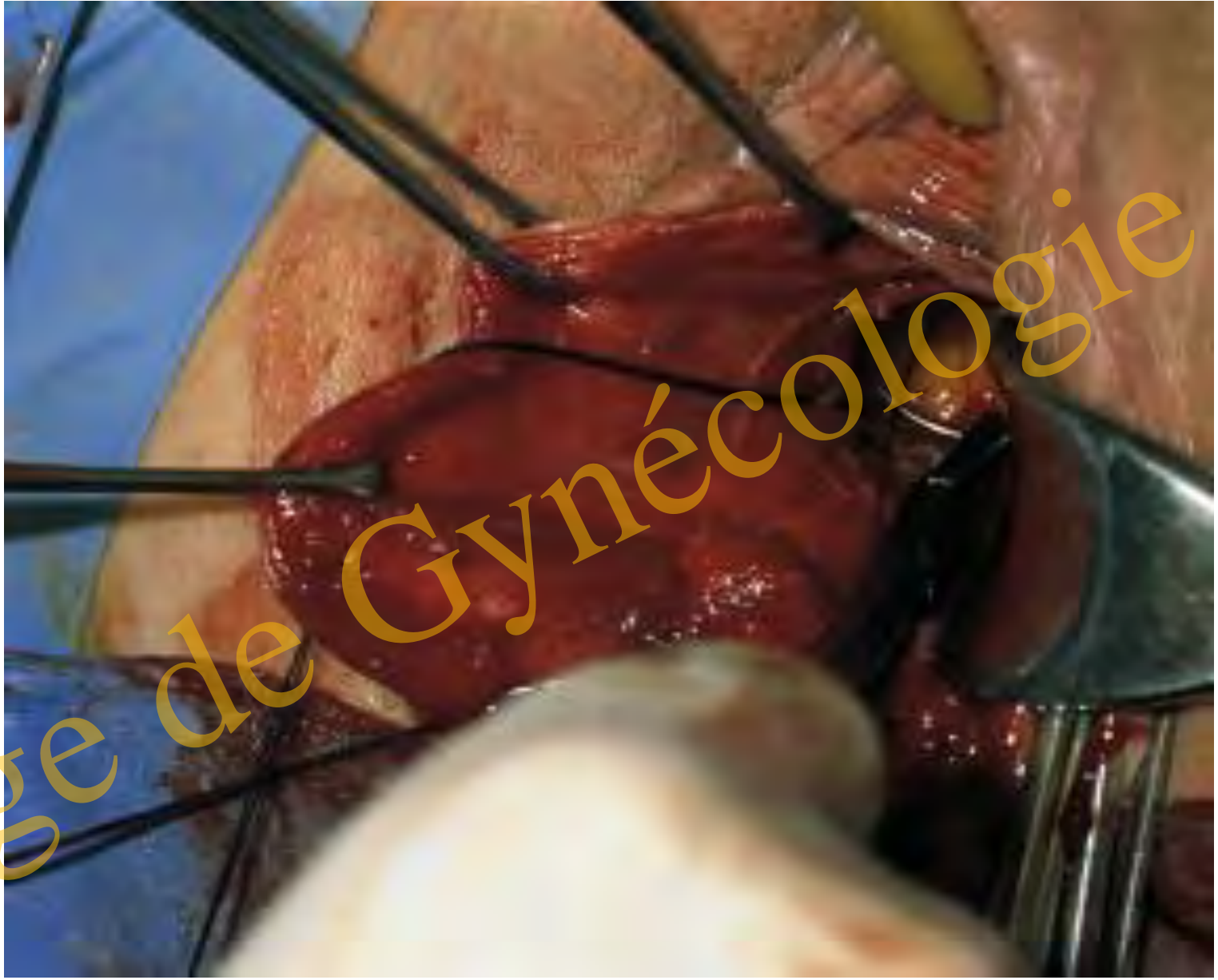


Collège de Gynécologie CVL





Collège de Gynécologie CVL





Colpotomie postérieure après infiltration espace recto vaginal

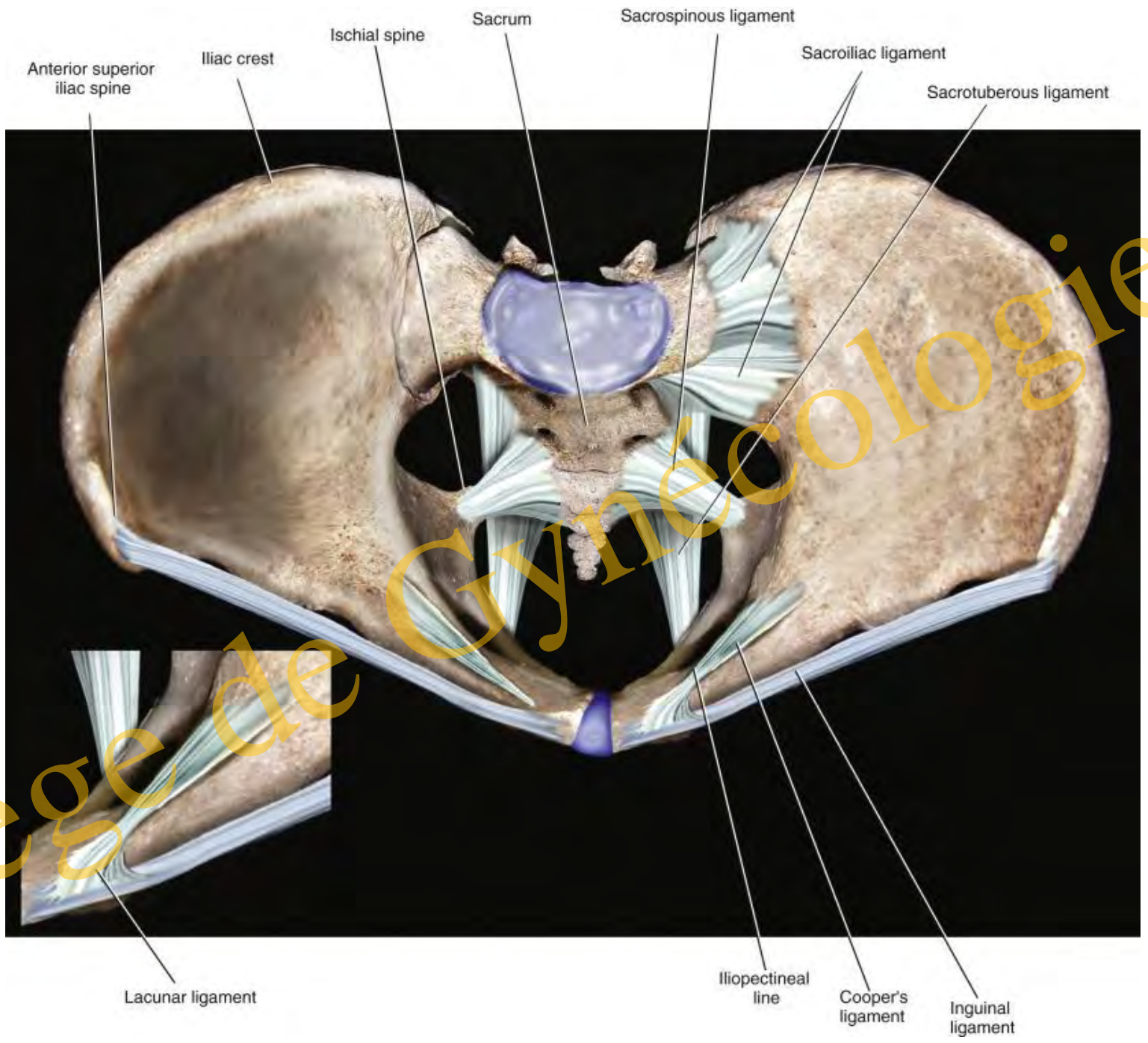
Collège de Gynécologie CVL





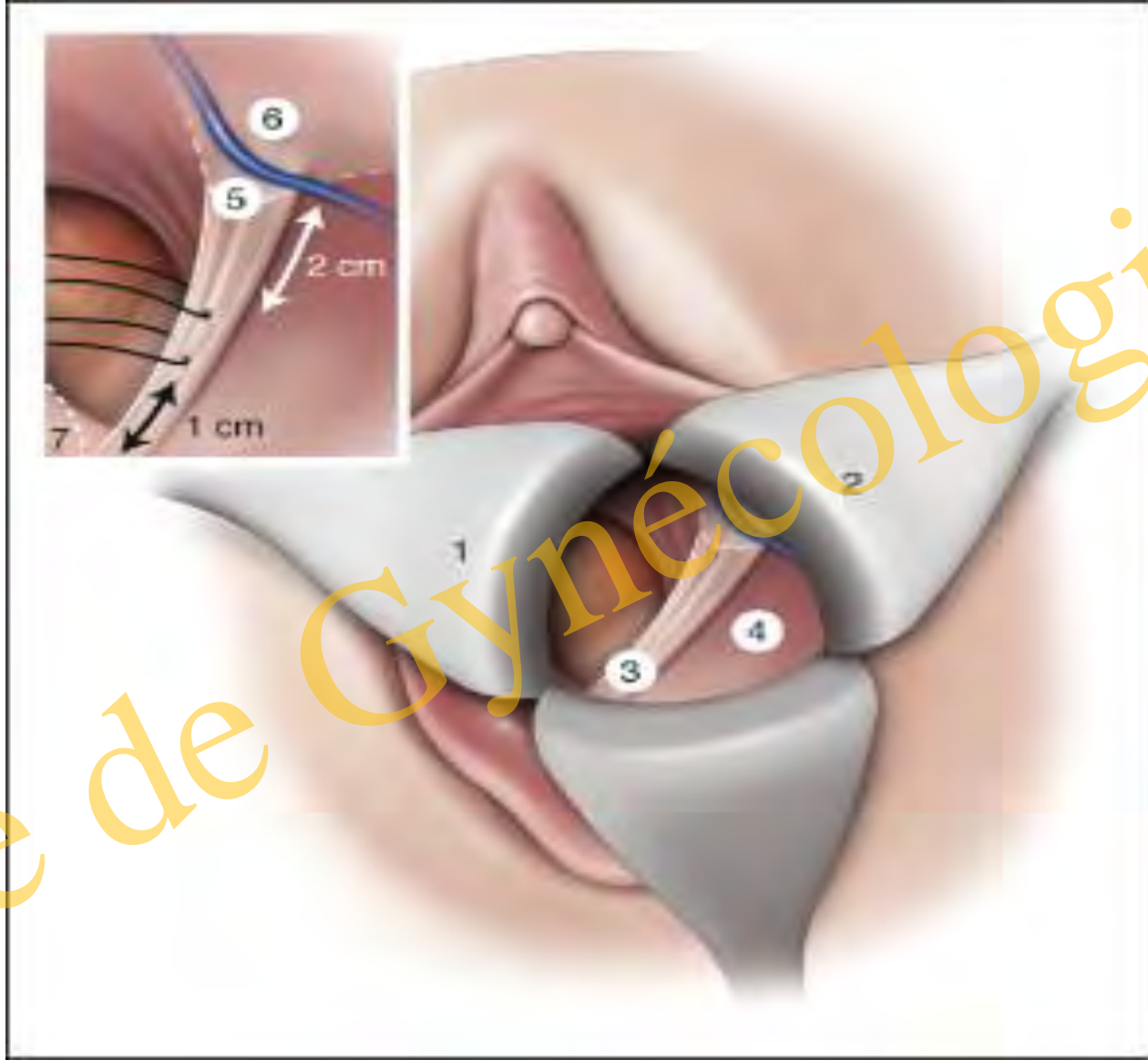
Dissection en direction de la fosse pararectale

Collège de Gynécologie CVL



Collège de Gynécologie CVL

Collège de Gynécologie CVL





Dissection au contact du muscle iliococcygien

Ouverture de la fosse pararectale



Dissection au contact de l'iliococcygien, on voit le lig sacro épineux

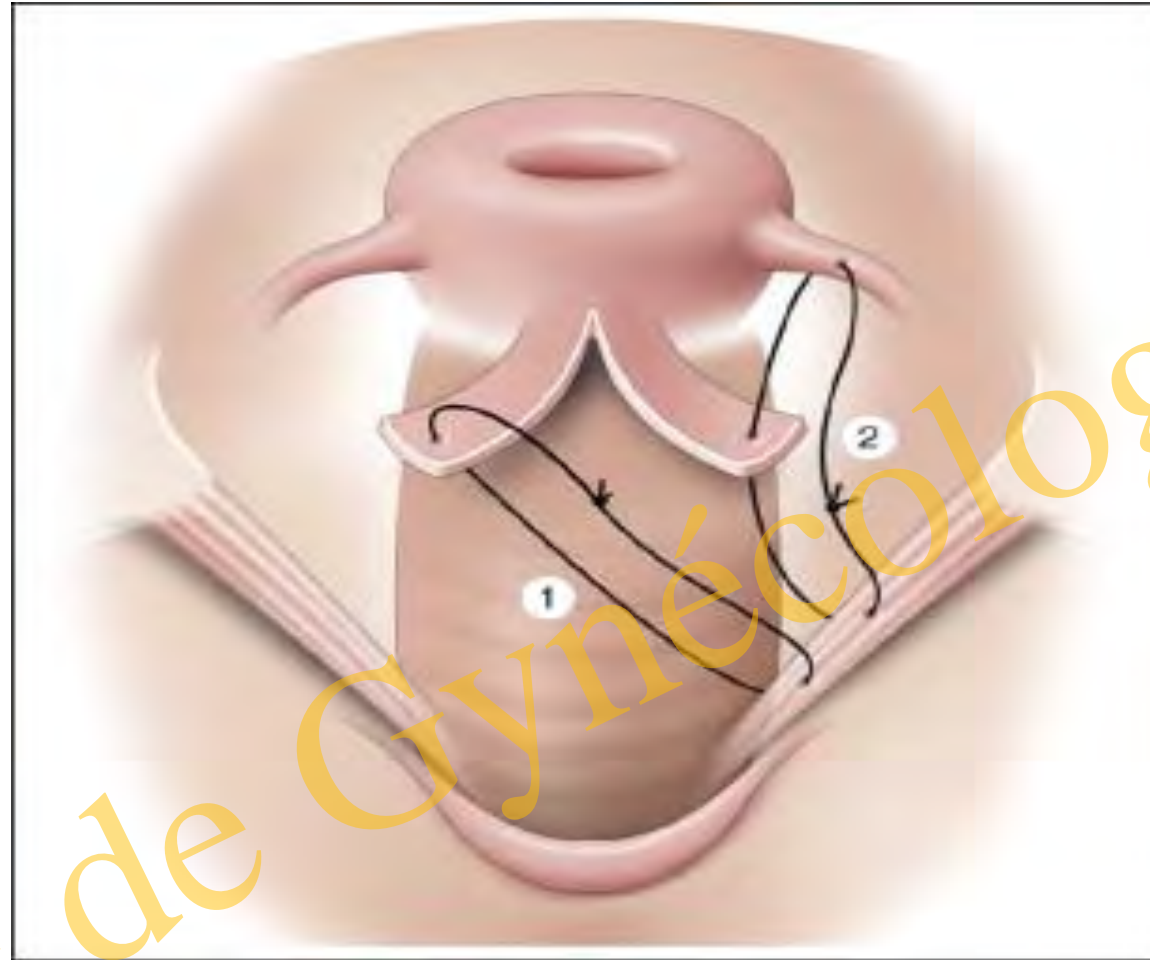


Le ligament, le muscle iliococcygien est récliné par la valve



Le lig sacro coccygien est chargé avec 2 fils non résorbable

Collège de Gynécologie CVL



Richter avec 2 bandelettes vaginales (Ici on conserve l'utérus –indication rare)



Ouverture de la fosse pararectale

Collège de Gynécologie CVL

Myorrhaphie des releveurs



Mise en place d'un point de myorrhaphie sur le releveur, le doigt protège le rectum et le canal anal

RESULTAT DE LA CHIRURGIE VOIE BASSE DE LA RECTOCELE

F Cour, L Le Normand, G Meurette traitement par voie basse des colprocèles postérieure: recommandations pour la pratique clinique. Progrès en urologie 2016, S47-S60

Pas de prothèse

Myorrhaphie des releveurs non recommandée en 1ere intention: 50% de dyspareunie

Plicature du fascia pré-recti au fil résorbable

80 à 96% de bons

résultats à 1 an voir +

Améliore la défécation :36 à 89 % pour la sensation de vidange incomplète

Signes ano-rectaux de novo :11%

Périnéorrhaphie superficielle rapproche les muscles bulbocaverneux et transverse superficiel : sensation de béance lors des rapports

CURE DU PROLAPSUS LAPAROSCOPIQUE

la voie abdominale est depuis longtemps préférée des urologues
Dorsey en 1993 décrit 5 premières procédures de fixation sacrée
laparoscopiques

En France début des études en 1993 : Querleu

Avantages de la laparoscopie : bonne vision et une dissections à minima

- **Contre indications de la coelioscopie.**

- Très peu : CI anesthésiques : AG et pneumopéritoine tredelenbourg
- Les ATCD de chirurgie abdominale ou pelvienne sont des CI relatives (expérience du chirurgie types de chirurgie
- impossibilité d'aborder le sacrum
- (prothèses vasculaires...)

- **Soins préopératoires**

- Pas de préparation digestive
- ECBU stérile
- Antibio prophylaxie (bandelette)
- Prévention anti-thrombotique 10 jours

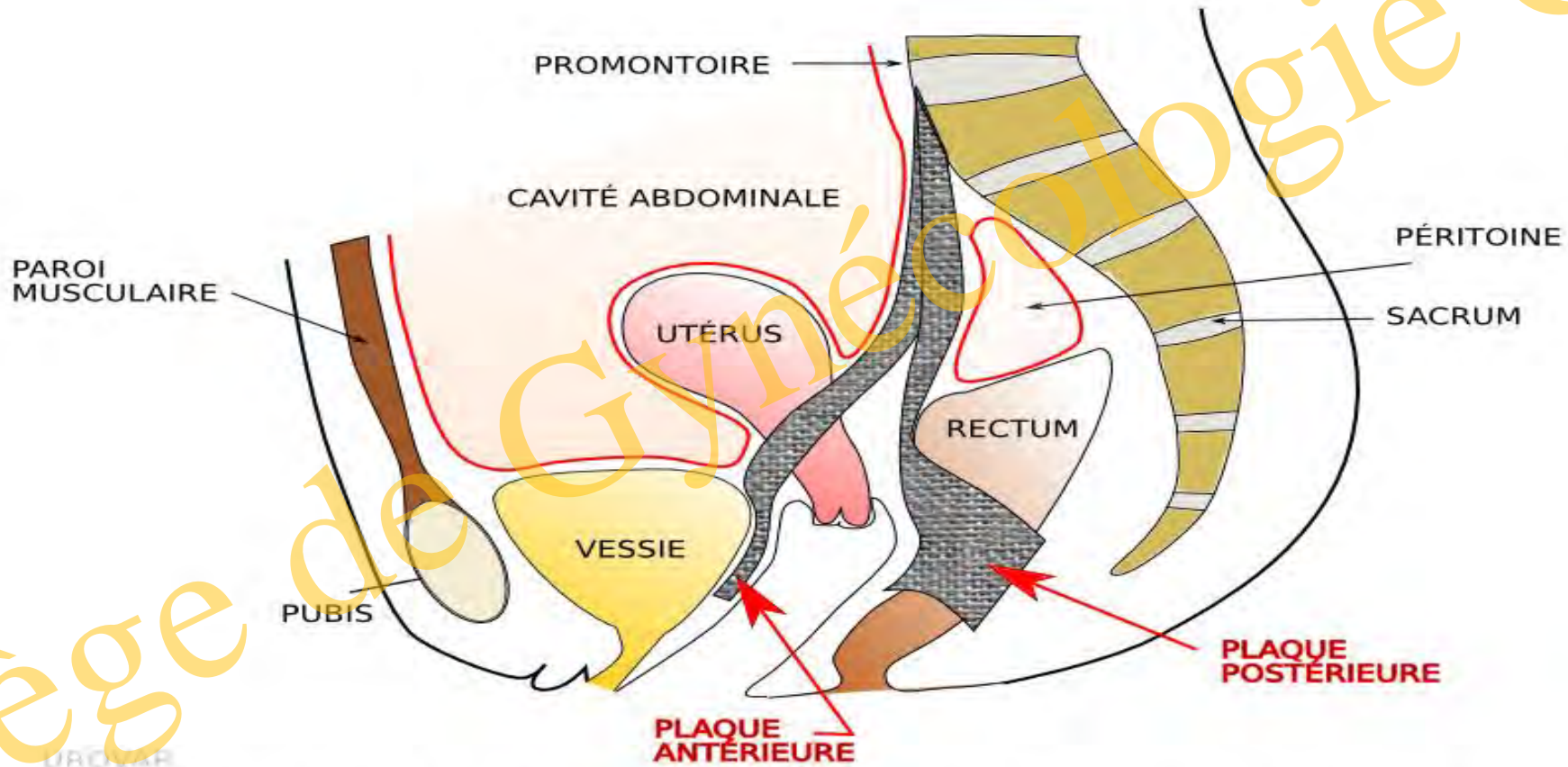
- Installation de la patiente
- Jambes écartées un peu relevées
- accès au périnée
pour la valve vaginale
- 4 trocarts
- Sondage vésical
- Robot?



LES DIFFERENTS TEMPS

- Préparation du promontoire
et dissection latérale du péritoine en évitant l'uretère collé au péritoine
vers le paramètre droit sous la trompe
- Temps postérieur
- Temps antérieur
- si nécessaire l'hystérectomie sera faite en premier
- Temps urinaire en dernier (BSU)

BANDELETTES



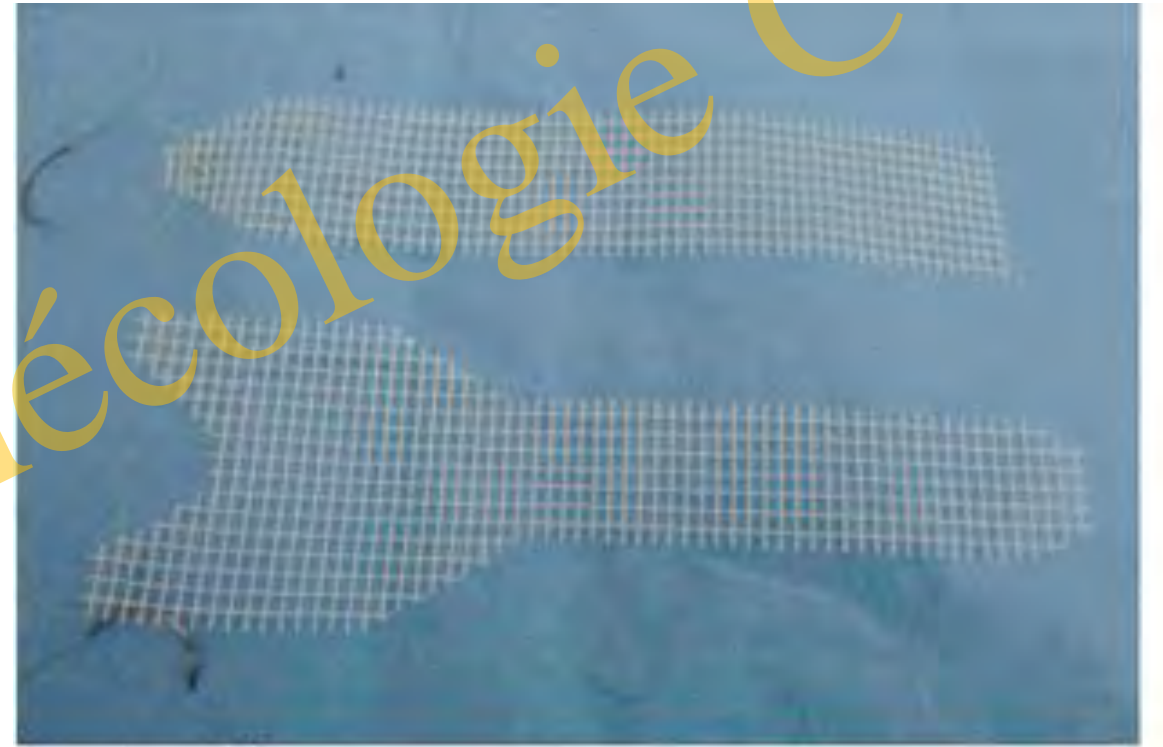
BASSIN FEMININ APRÈS PROMONTOFIXATION, COUPE TRANSVERSALE

Collège de Gynécologie CVL

PROTHESE S

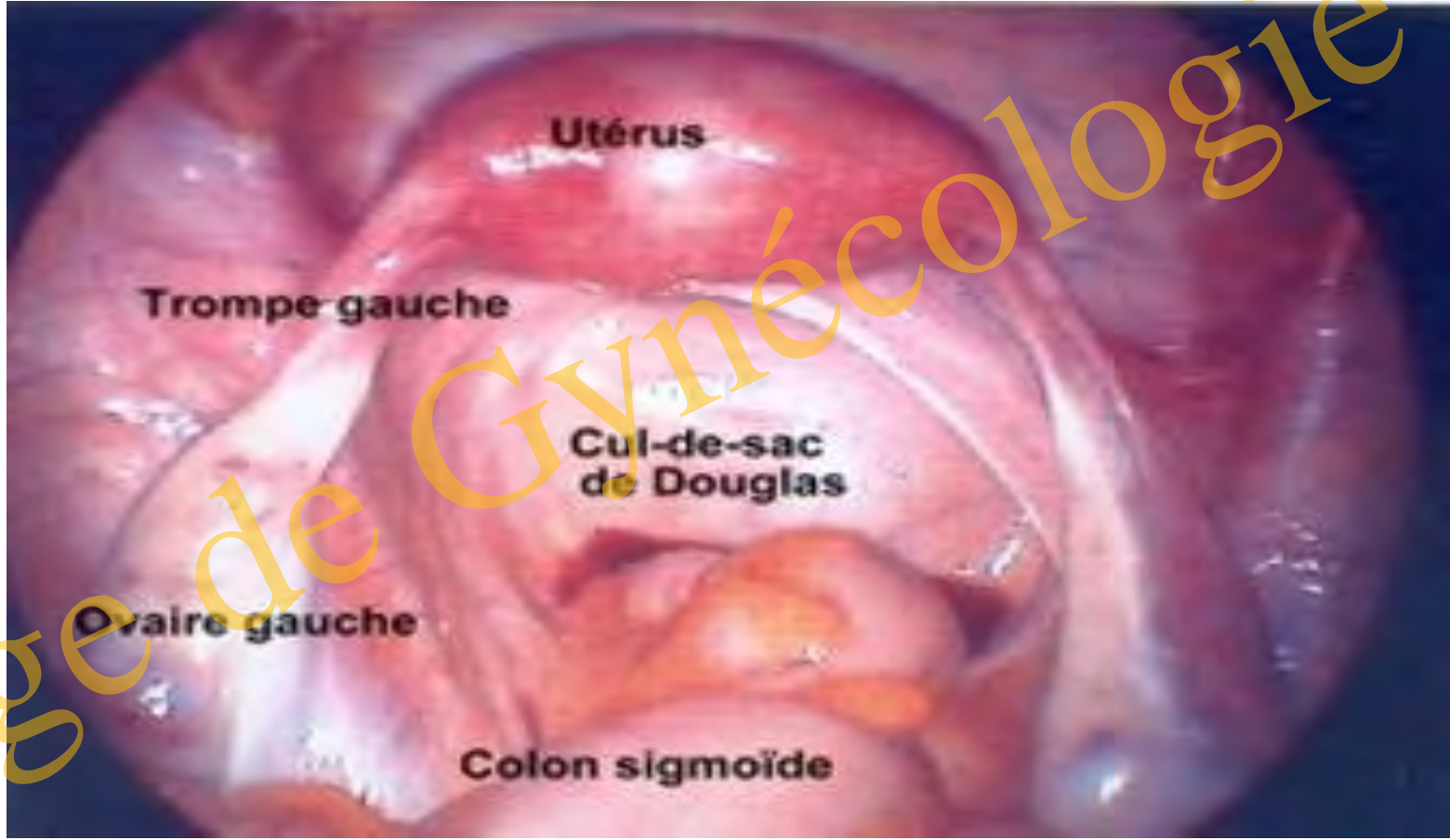
- Plus de TEFLON PTFE ou silicone
- Polypropylène
- Polyester

- Nécessité se repéritoniser
- Fixation par fils résorbables recommandée

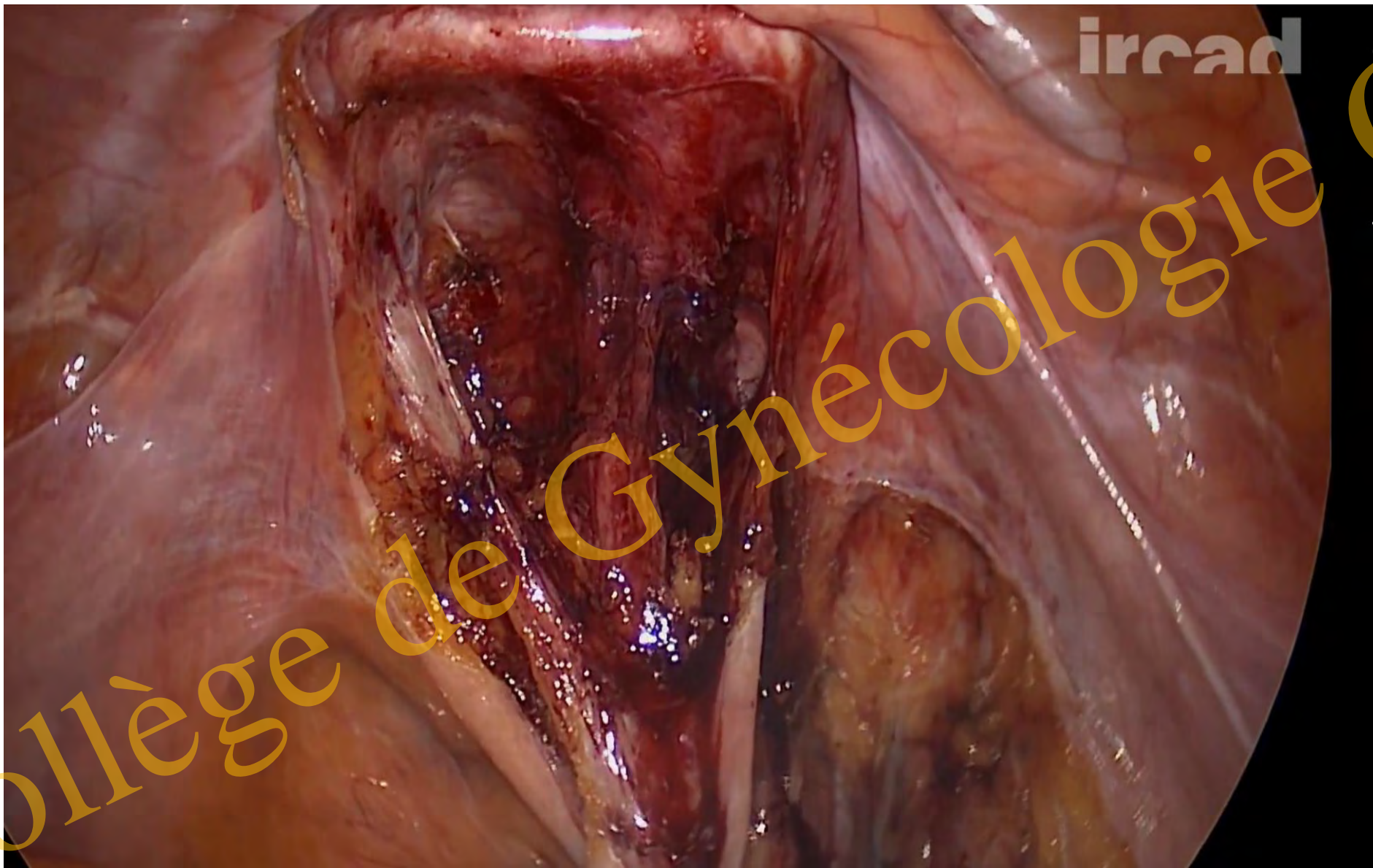


TEMPS POSTERIEUR

- Fixation de l'utérus en avant par un fil
- Fixation du sigmoïde sur le coté gauche par un fil
- Dissection de l'espace recto-vaginal de part et d'autre du rectum ouverture du douglas et latéralement à droite ouverture du péritoine pour faire passer la prothèse
- Dissection modérée du rectum
- Dissection des 2 espaces latéraux pour aborder l'aponévrose des releveurs



Collège de Gynécologie CVL

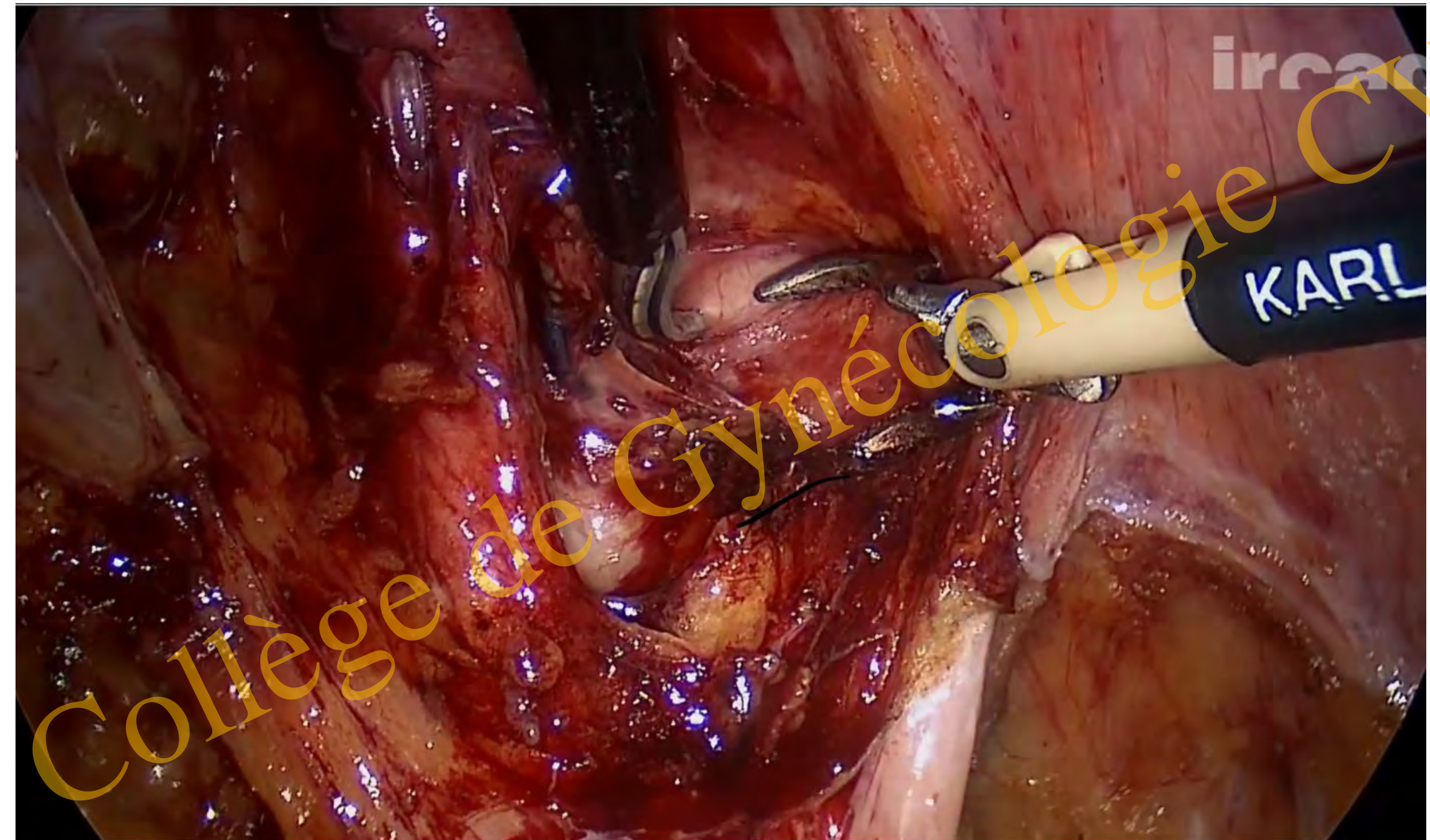


ircad

Collège de Gynécologie CVL

FIXATION DE LA PROTHESE

- Soit sur le vagin points de fils non résorbable ou résorbable (pas de consensus)
- Ou sur les ligaments utéro-sacrés
- Sur les muscles releveurs
- Sur le rectum
- On peut rapprocher les éléments musculaires et faire une myorrhaphie des muscles pubo-rectaux.



irca

KARL

Collège de Gynécologie CVL

ircanl

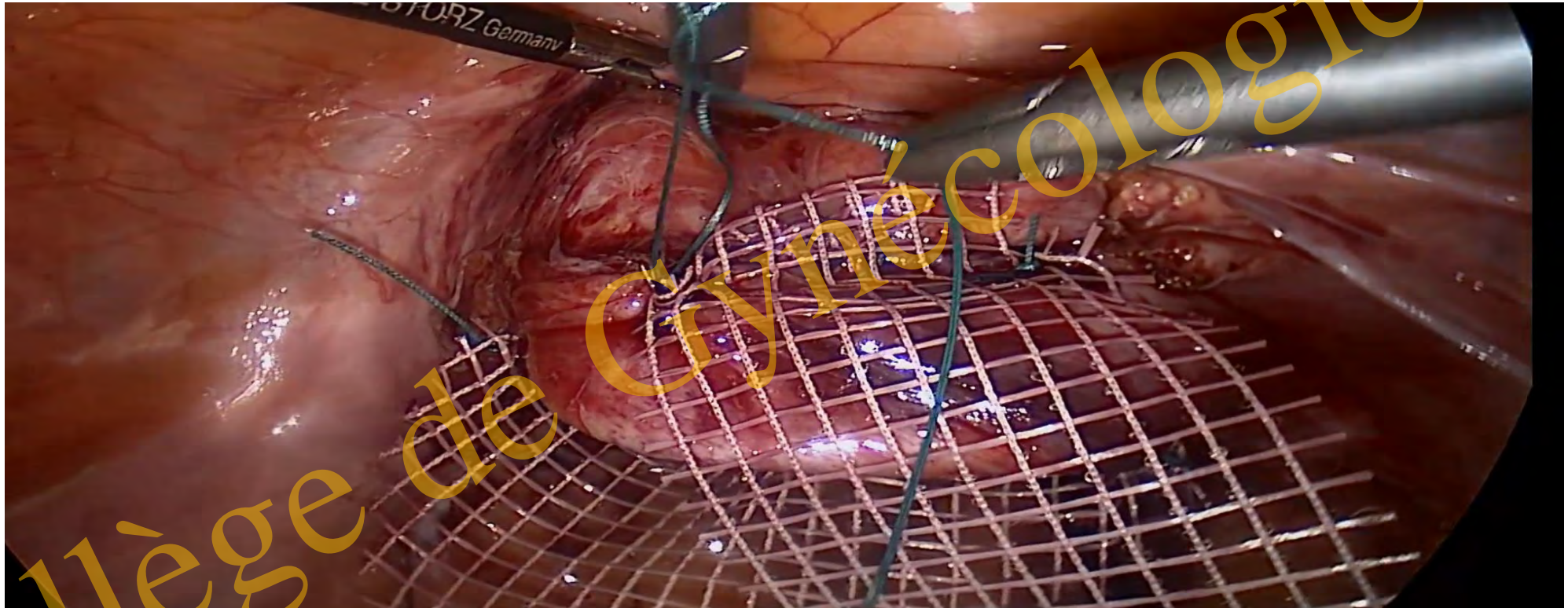


Collège de Gynécologie CVL

TEMPS ANTERIEUR

- Dissection de l'espace inter vésico-vaginal sur la valve vaginale on repère la vessie par le ballonnet de la sonde
- Dissection de la vessie jusqu'au trigone
- Bien aller latéralement pour éviter les récives latérales

BANDELETTE ANTERIEURE



Vessie

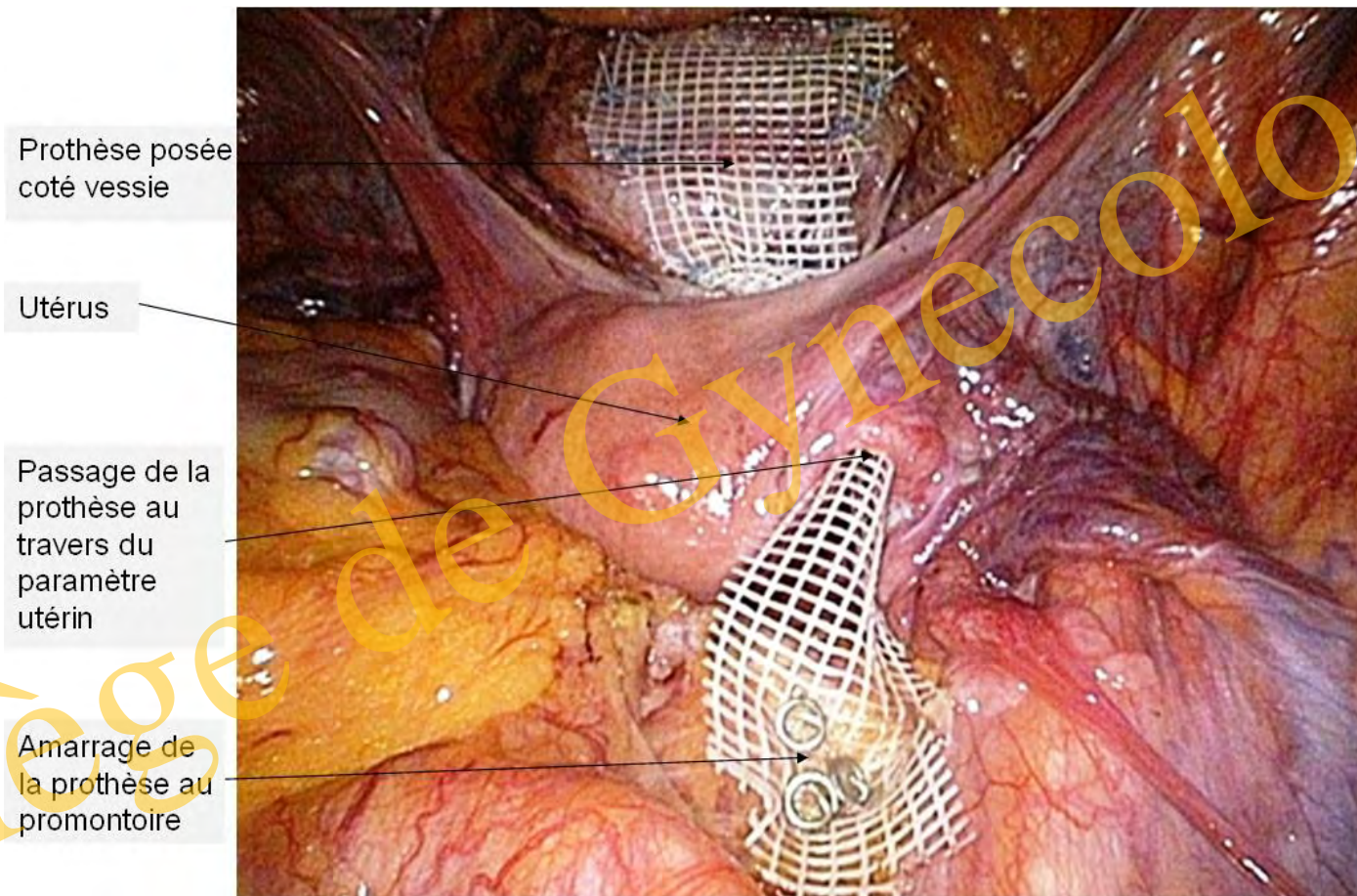
Prothèse posée
cote vessie

Utérus



Collège de Gynécologie CVL

Vue d'ensemble de la prothèse antérieure



- Fixation de la bandelette au vagin
- 1 bras à droite ou 2 bras de part et d'autre de l'utérus
- Eventuellement sur l'isthme utérin
- Faire passer la bandelette dans le paramètre droit elle est récupérée en arrière du paramètre
- Elle sera réunie à la bandelette postérieure déjà en place
- Repéritonisation antérieure et latérale
- Fixation de la ou des 2 bandelettes sur le ligament vertébral antérieur du sacrum
- Fixation au fil non résorbable (préférable) ou aux agrafes
- Traction modérée
- Repéritonisation complète

SOINS POST-OPERATOIRE

- Pas de drainage
- Sonde retirée à J1
- Alimentation à J1
- Sortie JO (sonde retirée à domicile par IDE) ou J1 le plus souvent
- Pas de sport ou effort pour 1 mois
- Reprise de l'activité marche voiture rapide
- Contrôle à 2 mois

COMPLICATIONS PER -OP

- Complication de la coelioscopie (saignement digestif)
- Plaies de vessie elle est refermée immédiatement pas de conséquence sur la suite de l'intervention.
- Plaie du vagin (femme âgée) récidive
- Attention au risque d'infection de la prothèse
- Décaler la prothèse par rapport à la suture
- Risque d'érosion plus important.
- Plaie du rectum très rares : réparation immédiate CI la pose de la plaque
- Plaie obstruction de l'uretère très rares

COMPLICATIONS POST-OP

- Occlusion post opératoires orifices sur le fil de repéritonisation
- Saignement post op secondaire à bas bruit
- Spondylodiscite
- Douleurs pelviennes invalidantes
- Dyspareunies 7.8%
- Erosion de la prothèse de 2 àmois (3 à 10%)
- Le plus souvent postérieures Écoulement séro-hématique
- Douleur dyspareunies Pas d'infection péritonéale
- Migration de la prothèse (vessie rectum)
- Digestives : constipation dyschésie 9.8%

Les complications liées aux prothèses

Revue de la littérature exposition de la prothèse ou érosion:

- 5 à 30% (12% en moy) pour la VB
- 0 à 12% pour la promontofixation (moy 3 à 5%)

Quiboeuf 2015 : 43 expositions vaginales sur prothèse

- | | | | |
|----------------------|-----------|-----------|------------------------|
| - Prévalence | VB 7,3% | VH 2,8% | (VH= promontofixation) |
| - Moy délai survenue | 14,9 mois | 45,2 mois | |
| - Reprise | 31%. | 64,9%. | (trait médical 21,4%) |

Facteurs d'exposition: diabète, tabac++, expérience du chir, hystérectomie, l'incision vaginale en T pour la voie basse

Pour la promontofixation : l'atrophie vaginale , l'hystérectomie totale concomittente ou l'ATCD d'hystérectomie

Complications prothèses voie vaginale (suite)

Infections rares mais graves: cellulite pelviennes , abcès

Rétraction de la prothèse : douleurs vaginales, pelviennes, raccourcissement et ou rétrécissement du vagin = dyspareunie

Douleurs 0 à 16,6%

- Facteurs de risque de douleurs postop: l'état de santé de la patiente, , la dyspareunie préop (RR 3,7) les douleurs préop (RR 6) ATCD de chirurgie du prolapsus (RR 3,6), plusieurs prothèses,
- Protègent: l'expérience de l'opérateur (RR 0,88) le stade du prolapsus (RR 0,71), la ménopause (RR 0,71)

Résultats fonctionnels à 6 -12 mois (études prospectives randomisées)

Pas de différence significatives des résultats avec questionnaires validés

PFDI 20, P QOL, PISQ 12, UDI

Idem pour les méta-analyses

Pas de différence sur le taux de reprise

Plus de complication avec la laparoscopie

Qualité de vie post-op identique

La voie vaginale plus rapide moins chère

Le retentissement sexuel post opératoire

Est fonction

- De l'âge
- De l'existence de rapport auparavant
- De la libido
- De l'image corporelle
- Du type de chirurgie pratiquée
- Des douleurs post opératoires

Résultats anatomiques , études prospectives randomisées

	N	suivi	Promontofixation	Voie vaginale
Lo 1998	118	2,1 an	94%	80,3%
Rondini 2015	54	1 an	100%	82,5%
Roovers 2004	82	1 an	16% (en laparo)	5%
Maher 2004		6 à 60 mois	91%	69%

Méta-analyses :meilleurs résultats anatomiques VH/VB mais plus des complications liées à la prothèse ou à l'encrage des prothèses en promontofixation

VB: peu de résultats à long terme, hétérogénéité des modalités chirurgicales

Résultats fonctionnels sur la défécation *Bowel symptoms 1 year after surgery for prolapse further analysis of randomised trial of rectocèle repair. Gustilo-Ashby M, Paaraiso MFR, Jelovsek JE, Walters MD, Barber MD. Am J Obst Gynecol 2007.197:76.e1-5*

N = 106 Suivi 1 an	Préop	résolu	Stable ou aggravation	De novo
Manœuvre d'appui	41% (42/102)	68%	22%	0%
Incontinence matières solides	7% (7/101)	86%	14%	2%
Incontinence matières liquides	23% (23/101)	50%	45%	0%
Incontinence aux gaz	49% (49/100)	36%	36%	10%

Collège de Gynécologie

VOIE BASSE OU VOIE HAUTE ?

	Promontofixation	Voie vaginale
Temps antérieur cystocèle	Prothèse antérieure inter vésico-vaginale	Campbell Plicature fascia de Halban Prothèse VB
Temps moyen hystérocèle	Prothèse antérieure pour l'hystéropexie ou le col (HT subtotale) au promontoire	Hystérectomie (parfois non) Fond vaginal ou utérus amarré au LSE = Richter
Temps postérieur Élytrocèle Rectocèle	Douglassectomie si élytrocèle Prothèse postérieure amarrée à l'ishme utérin ou au promontoire	Douglassectomie si élytrocèle Plicature du fascia pré-recti Myorrhaphie Périnéorrhaphie

Voie basse

+ / -

voie haute

-
- Moins chère
- Moins de complications
- Nombreuses techniques
- Reprise activité plus rapide?
- femme âgée sans activité sexuelle
- Allongement du col
- Tissus autologues
- CI coelio
- Résultats semblables
- ttt de choix de la rectocèle
- Hystérectomie totale
- Dyspareunies
- BSU plus simple à poser
- CI coelio patientes plus fragiles

durée d'hospit plus courte

prothèse

intervention uniformisée

traitement du fond vaginal : gold standart (Halaskan)

jeunes

plus de complications

traitement des récives

apprentissage plus long

% reprises identique

ttt de choix de la cystocèle

subtotale l'hystérectomie favorise les érosions

Moins de dyspareunie ?

Les points de discussion

Que comparent les études ?

Tenir compte de l'expérience du chirurgien

Intérêt d'équipes pluri-complémentaires VB et VH

RCP de pelvi périnéologie

Information de la patiente sur les bénéfices / risques

....

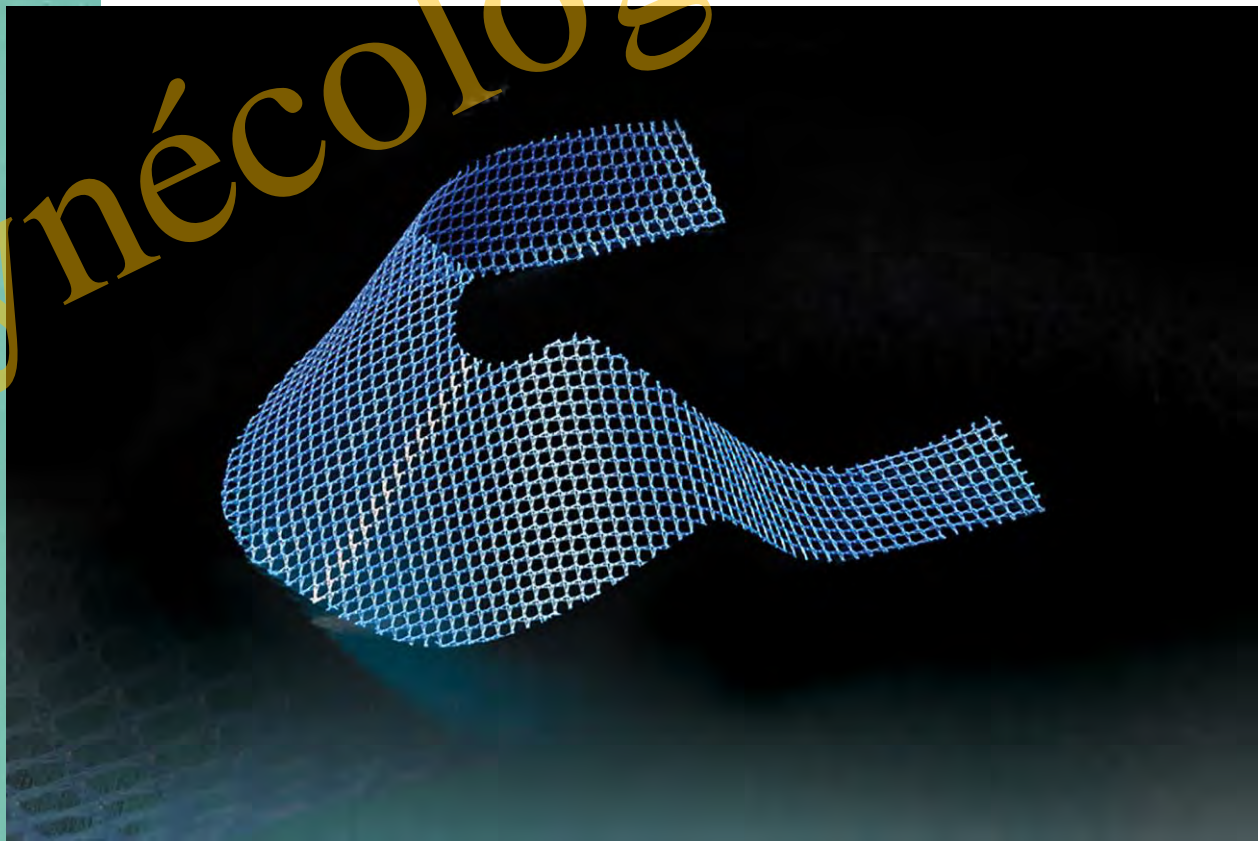
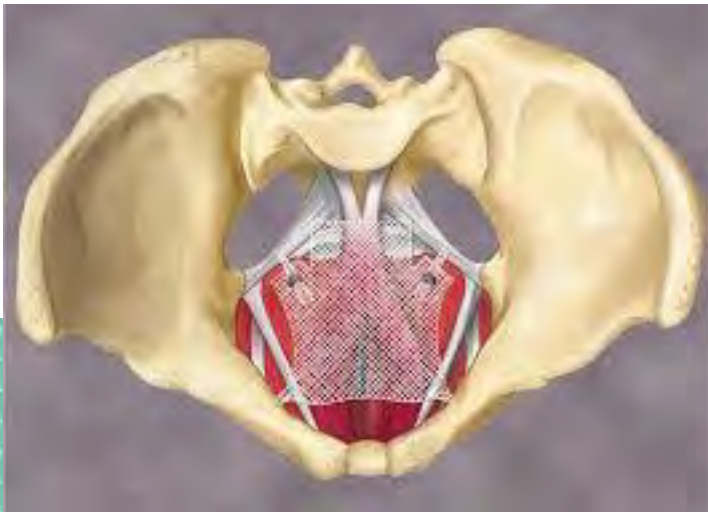
MERCI

Collège de Gynécologie CVL

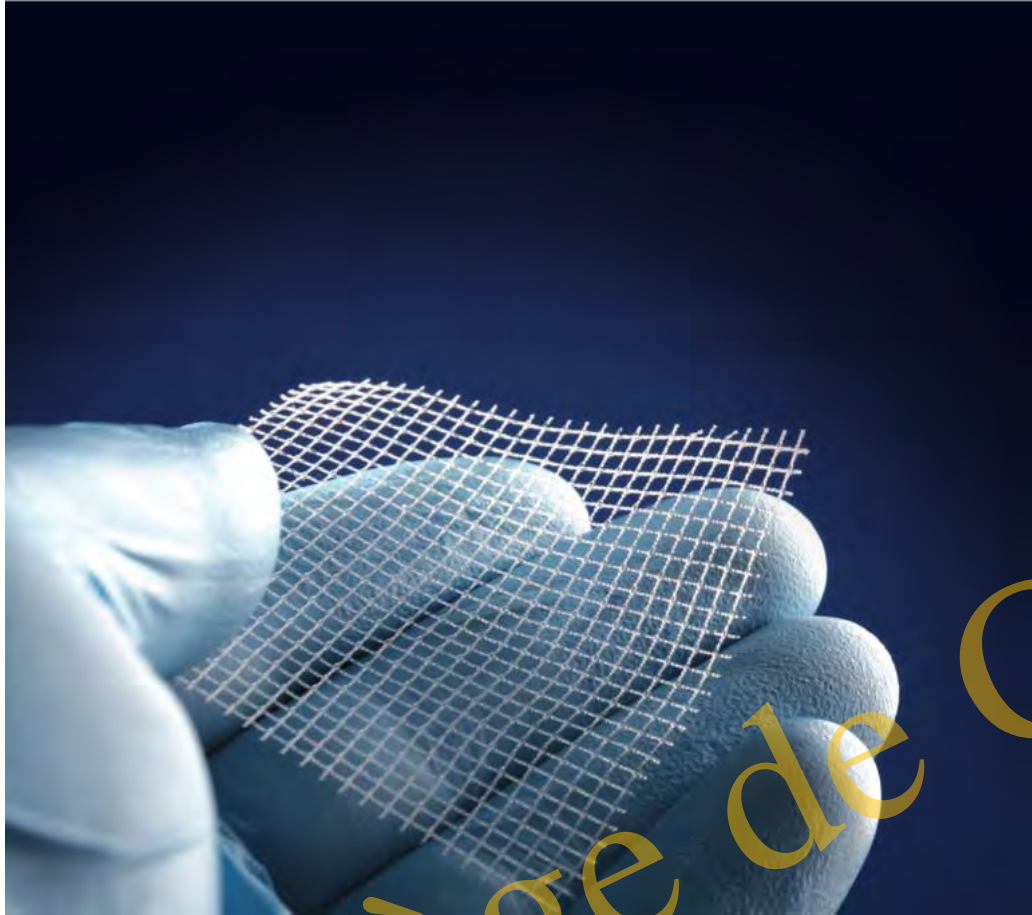
Collège de Gynécologie CVL

La voie vaginale prothétique

Collège de Gynécologie CVL



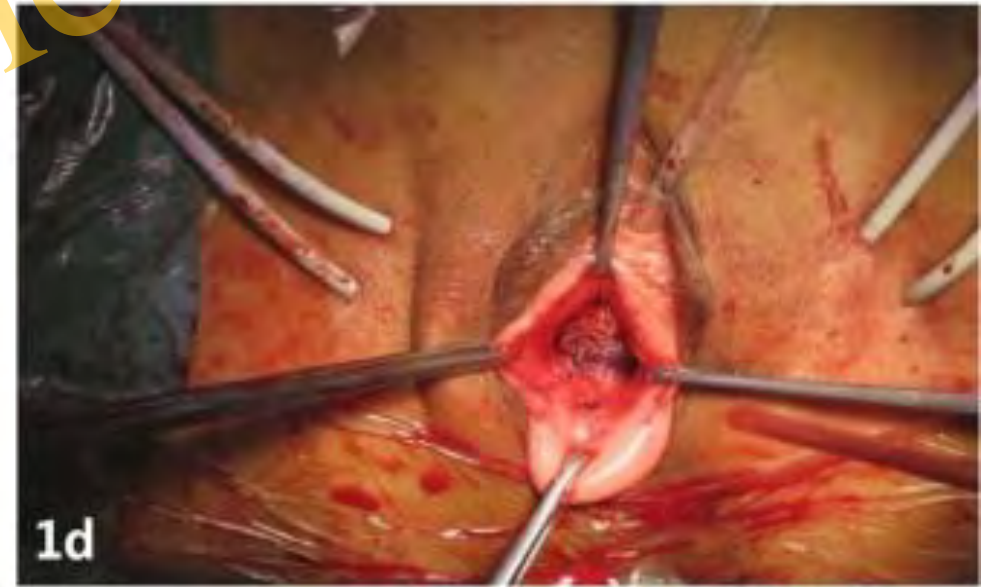
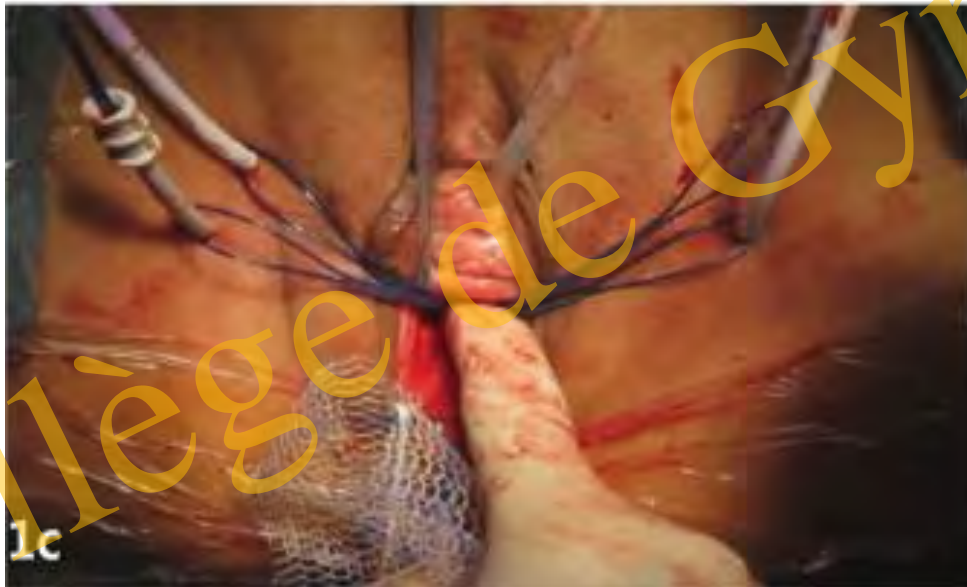
Collège de Gynécologie CVL



Collège de Gynécologie CVL

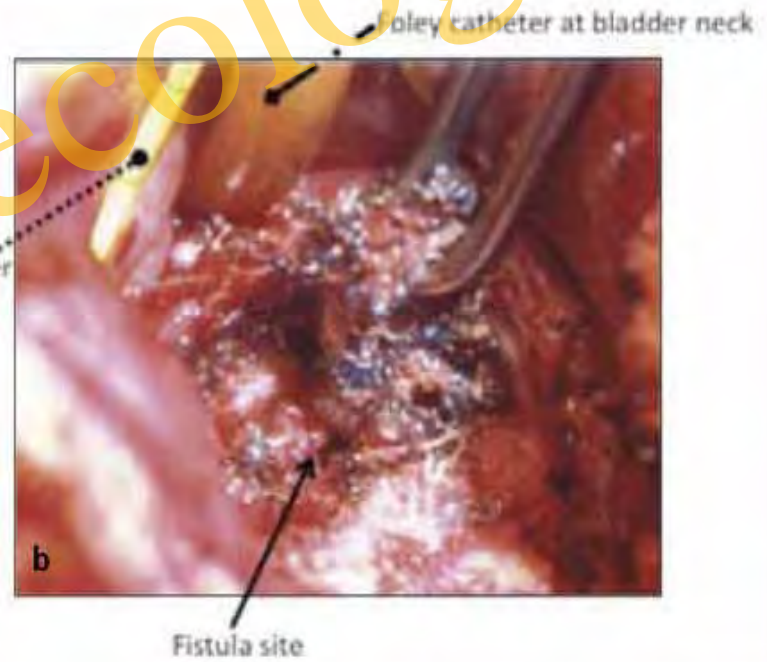


Collège de Gynécologie CVL



Collège de Gynécologie CVL

FIGURE 1. VESICOVAGINAL FISTULAE



Gynemesh : registre morbi-mortalité
 suivi 18 mois (2010-11) de 3327 patiente
 Complications per-opératoire

	Voie vaginale	Promontofixation (dont coelio 80%)
N	2563 (49,8% de prothèse)	764 (69,7 %prothèses ant +post)
Complications	6%	5,2%
Complications sévères	2,5%	2,4%
Plaies de vessie	1,2%	1,3%
Plaies rectales	0,4%	0,4%
Plaies vasculaires	0,2%	0,4%
Hémorragies	0,8%	0,3%

Gynemesh : registre morbi-mortalité
 suivi 18 mois (2010-11) de 3327 patiente
 Complications post-opératoire

	Voie vaginale	Promontofixation (80% coeilo)
N	2563 (49,8% prothèses)	763 (69,7% proth Ant +Post)
Complications	26,3%	24%
Complications graves	5,2%	6,8%
Hématome	2,1%	1,3%
Erosion vaginale	2,6%	1,1%
Erosion viscerale	0	0,4%
Douleurs persistantes	1%	1,6%
Fistules	0,2%	0,1%
occlusion	0	1,6%
Spondylodiscite	0	0,1%
Décès	0,04%	0,1%



Collège de Gynécologie CVL