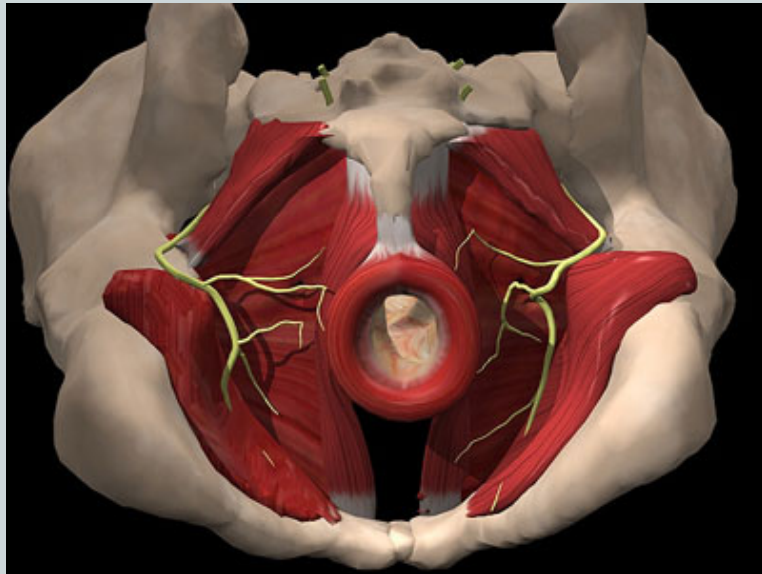


# Cystocèles et Rectocèles: indications thérapeutiques chirurgicales



CENTRE L'AVANCÉE – CLINIQUE AXIUM, 44 Avenue du  
Maréchal de Lattre de Tassigny, Aix-en-Pce

- **E Bautrant, C. Levêque, P Carbone, R Boyer, D Bartoli et S Collet.**

# Lésions périnéales: analyse de la littérature

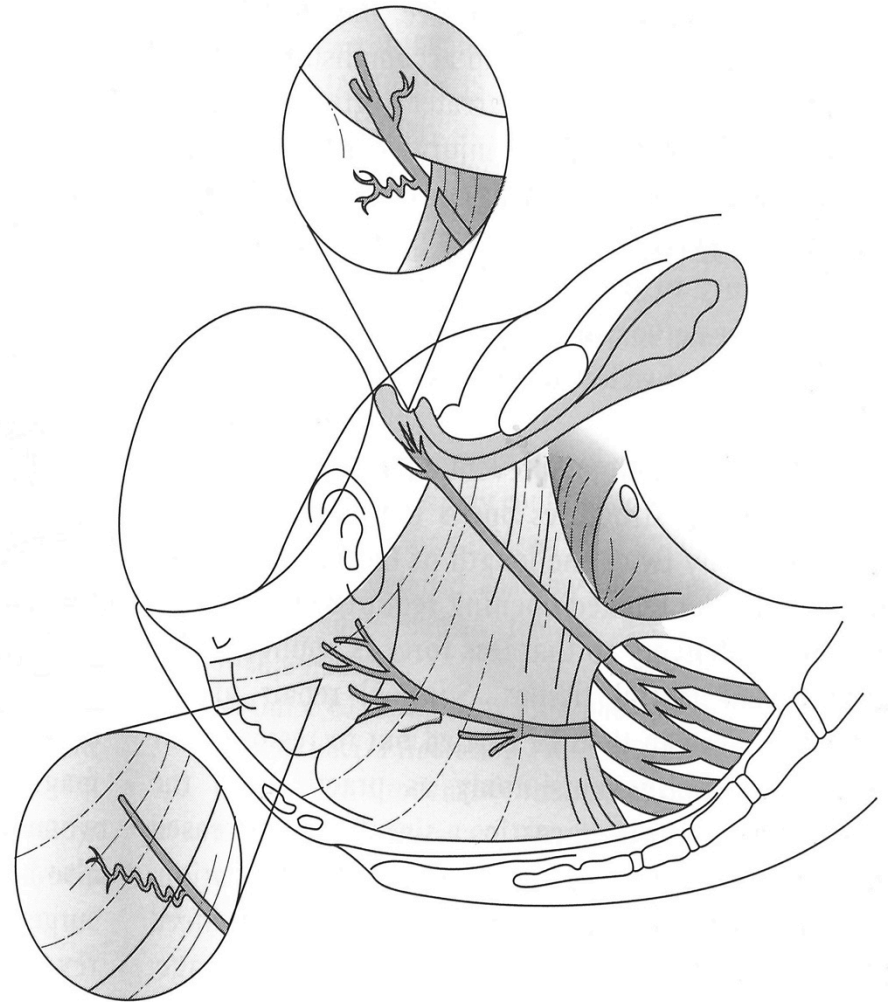
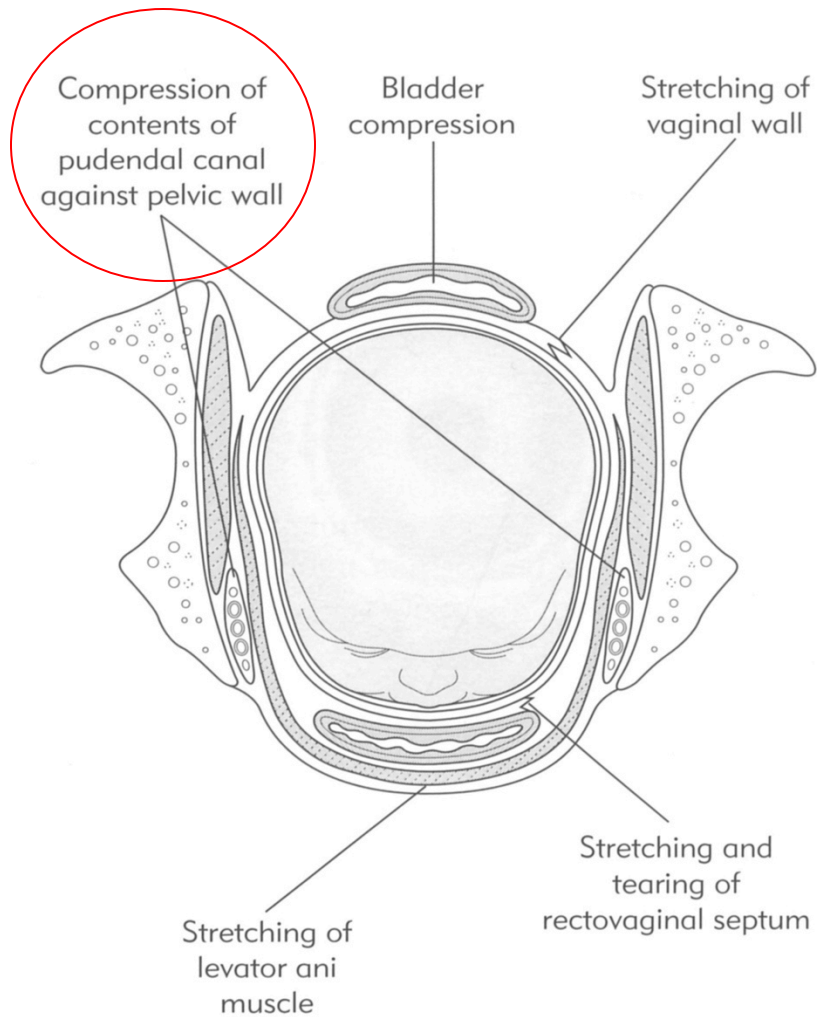
## Prévalence PROLAPSUS après accouchement voie vaginale

### La confirmation du surrisque n'est obtenue qu'à la fin des années 2000:

(les publications des années 90 et du début des années 2000 ne montrent pas de différence significative entre voie vaginale et césarienne)

- **2007: Immédiatement après le 1er acct: prévalence 2X + importante pour la voie vaginale VS césarienne:** Press JZ. Birth 2007
- **2005: Surrisque soeurs gemellaires monozygotes (3 à 4X):** Abramov Obstet Gynecol 2005, Goldberg Am J Obstet Gynecol 2005.
- **2009: Sur des séries plus vastes et en croisant les registres de chirurgie des prolapsus et de l'IU / accouchements, le surrisque de l'accouchement par voie basse apparaît:** Larsson C Am J Obstet Gynecol 2009.
- **2011: Etude Suédoise: de cohorte de 33000 voie vaginale VS 33000 Césariennes de 1973 à 1983 = augmentation significative des interventions pour IU, IA et prolapsus dans le groupe voie basse pour les 3 décades.** Leijonhufvud Am J Obstet Gynecol 2011
- **2015: Etude Suédoise: Clustering of pelvic floor disorders 20 years after one vaginal or one cesarean birth.** Gyhagen M, Int Urogynecol J (2015) 26: 1115-1121.

# Les lésions périnéales de la 2e phase du travail



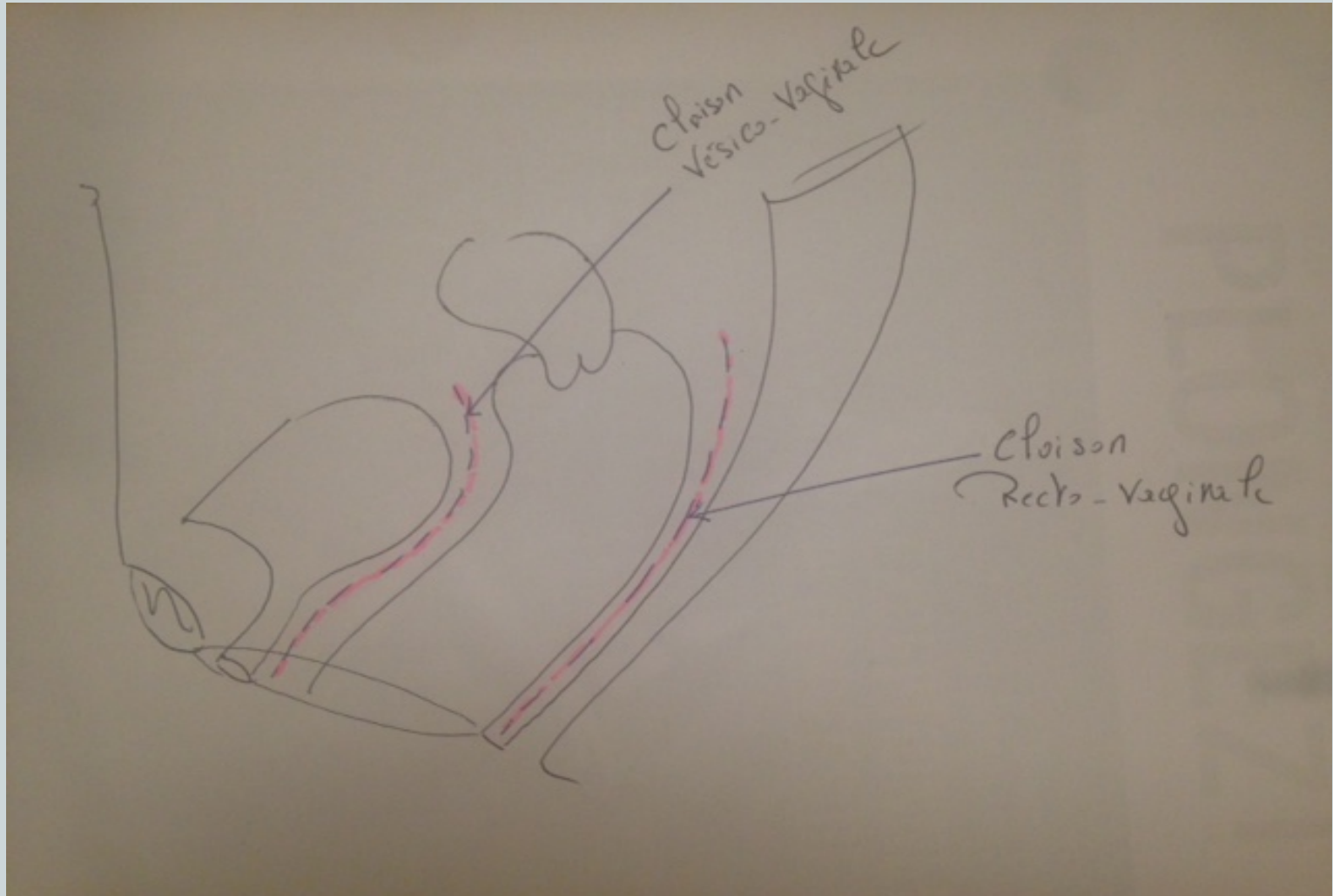
# Analyse de la littérature

## Facteurs de risques

- **Le 1er accouchement: le plus délétère** (Sultan N Eng J Med 1993)
- **L' instrumentation: surrisque avec forceps / ventouse / voie basse eutocique / césarienne.** Leijonhufved (2011): surrisque X2 forceps / ventouse et accouchement spontané et X 20 forceps / Césarienne.
- **Longueur de la 2e phase du travail: augmente la prévalence des déchirures et lésion périnéales** (Cheng Am J Obstet Gynecol 2004)
- **Episiotomie: réduit la prévalence des ruptures sphincter anal** (Laine Eur j Obstet Gynecol 2009) **mais pas de modification de la prévalence de l' IU, IA et prolapsus** (Fritel BJOG 2008)
- **2010: Poids foetal / circonférence de la tête fœtale: facteur de risque+++** (Hudelist Am J Obstet Gynecol 2005, Hornemann Arch Gynecol Obst 2010)
- **2012: Lavy et al (Int Urogynecol J):** facteurs de risques de lésions de désinsertion muscles élévateurs de l' anus (echo 3D) = Poids foetal, circonférence tête fœtale (X 3,5 si > 35,5cm) et longueur 2e phase du travail (X 2 si >90 mn).

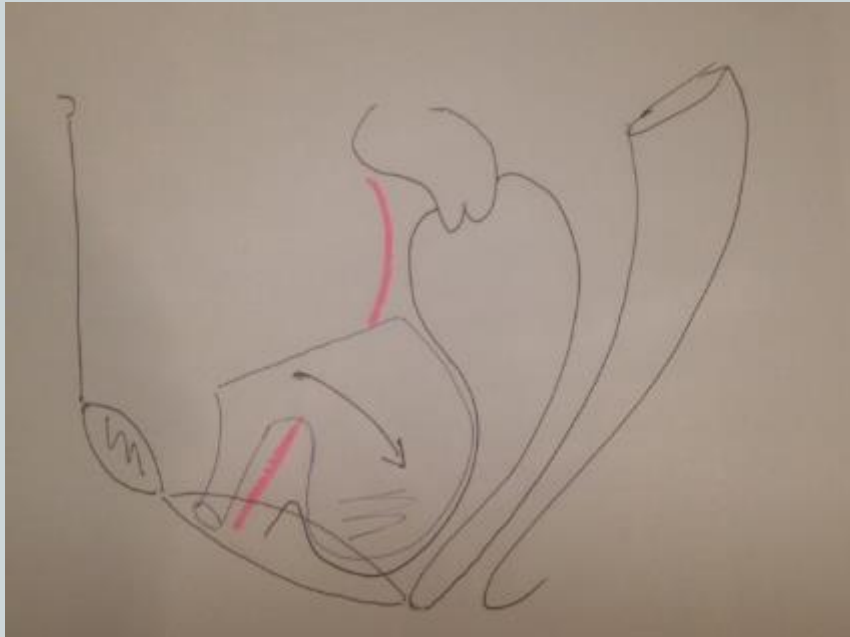


# Mécanismes de la cystocèle et de la rectocèle

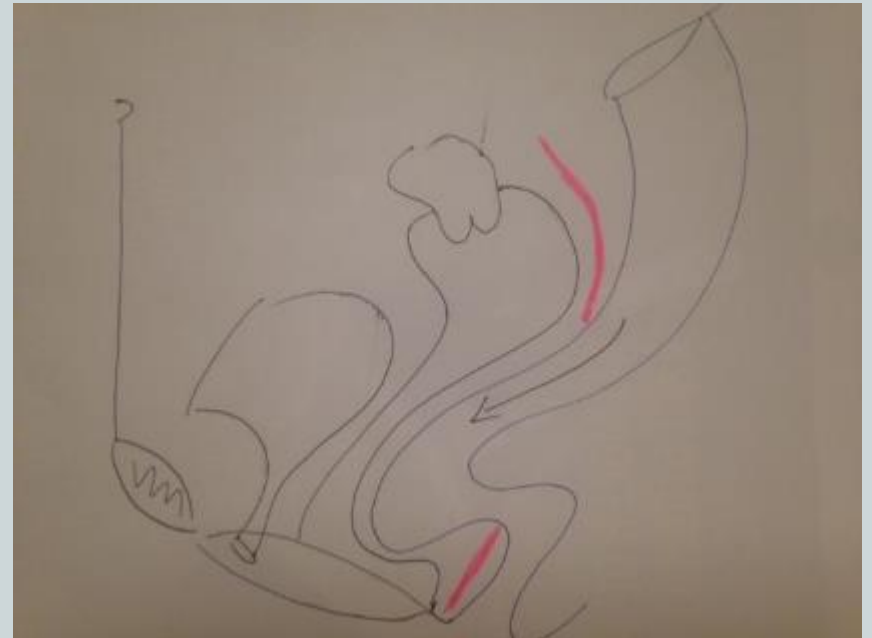


# Mécanismes de la cystocèle et de la rectocèle

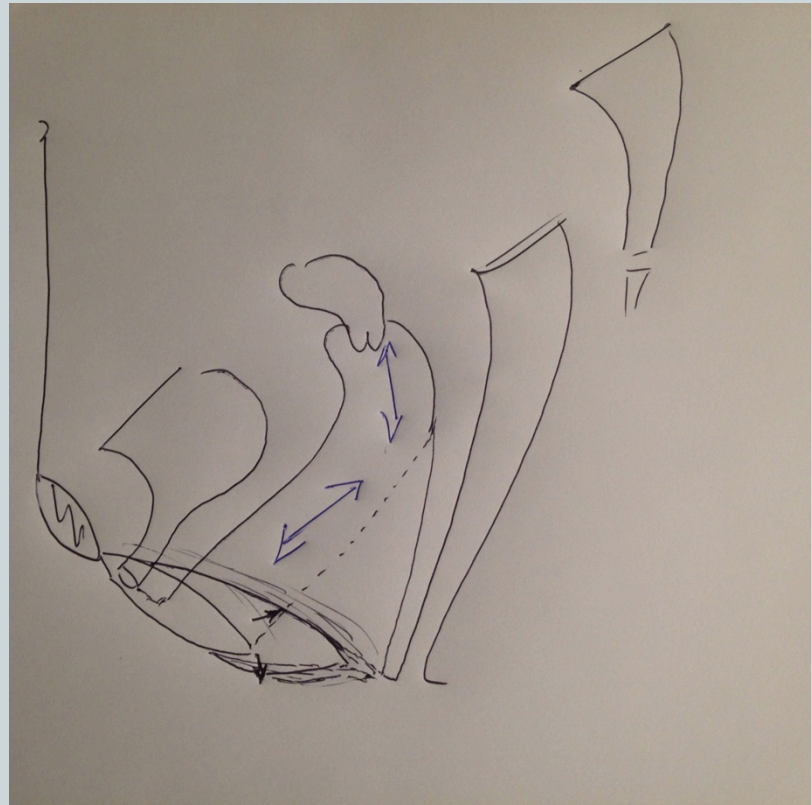
## Cystocèle



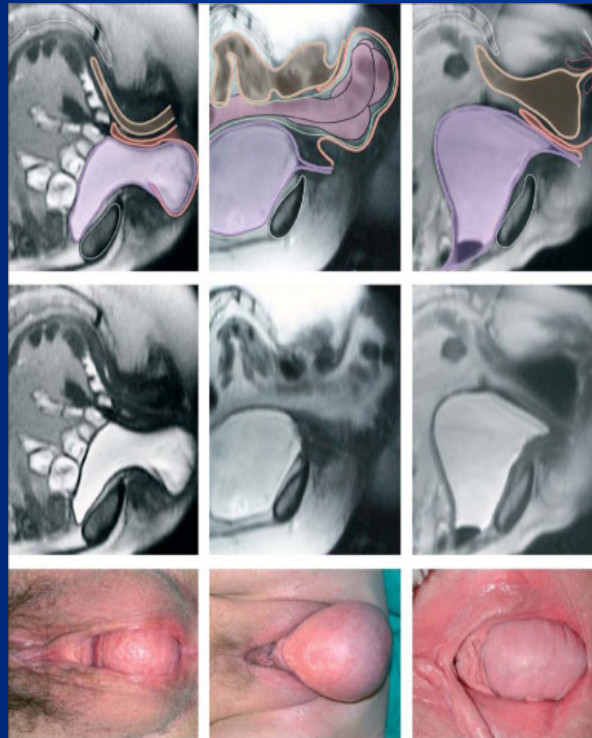
## Rectocèle



# Les lésions périnéales postérieures de l'accouchement



# Examen clinique / Echographie / IRM dynamique / Colpocystogramme et défécographie



# Quelles interventions?

## **1/ Les techniques dites « autologues » (Récidives 20 à 40%):**

- Voie haute: opérations de Burch, Stanton, Marshall-Marchetti, Orr-Loygue
- Voie basse: opérations de Shirodkar, Manchester, Pereira, Bologna, périnéorraphie antérieure (dédoublement du « fascia de Halban »), périnéorraphie postérieure, Richter, Shauta-Wertheim, etc...

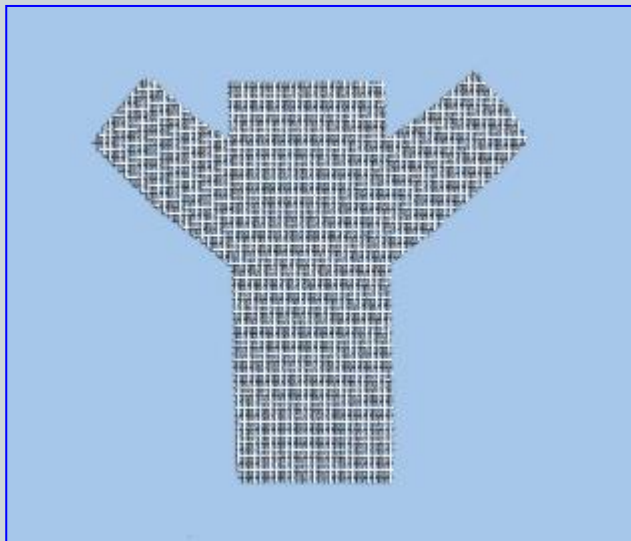
## **2/ Les techniques dites « prothétiques » (Récidives 2 à 10%):**

**inter-vésico-vaginale = antérieure et / ou inter-recto-vaginale = postérieure**

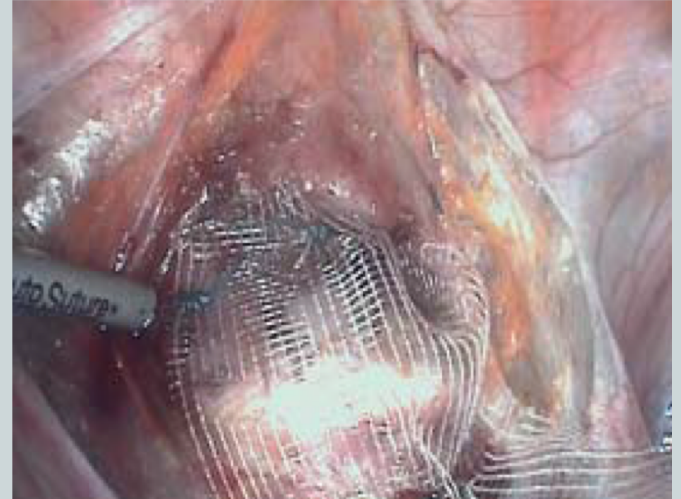
- Voie haute: promonto-fixation (prothèse antérieure et/ou postérieure)
- Voie basse : voie vaginale (prothèse antérieure et / ou postérieure)



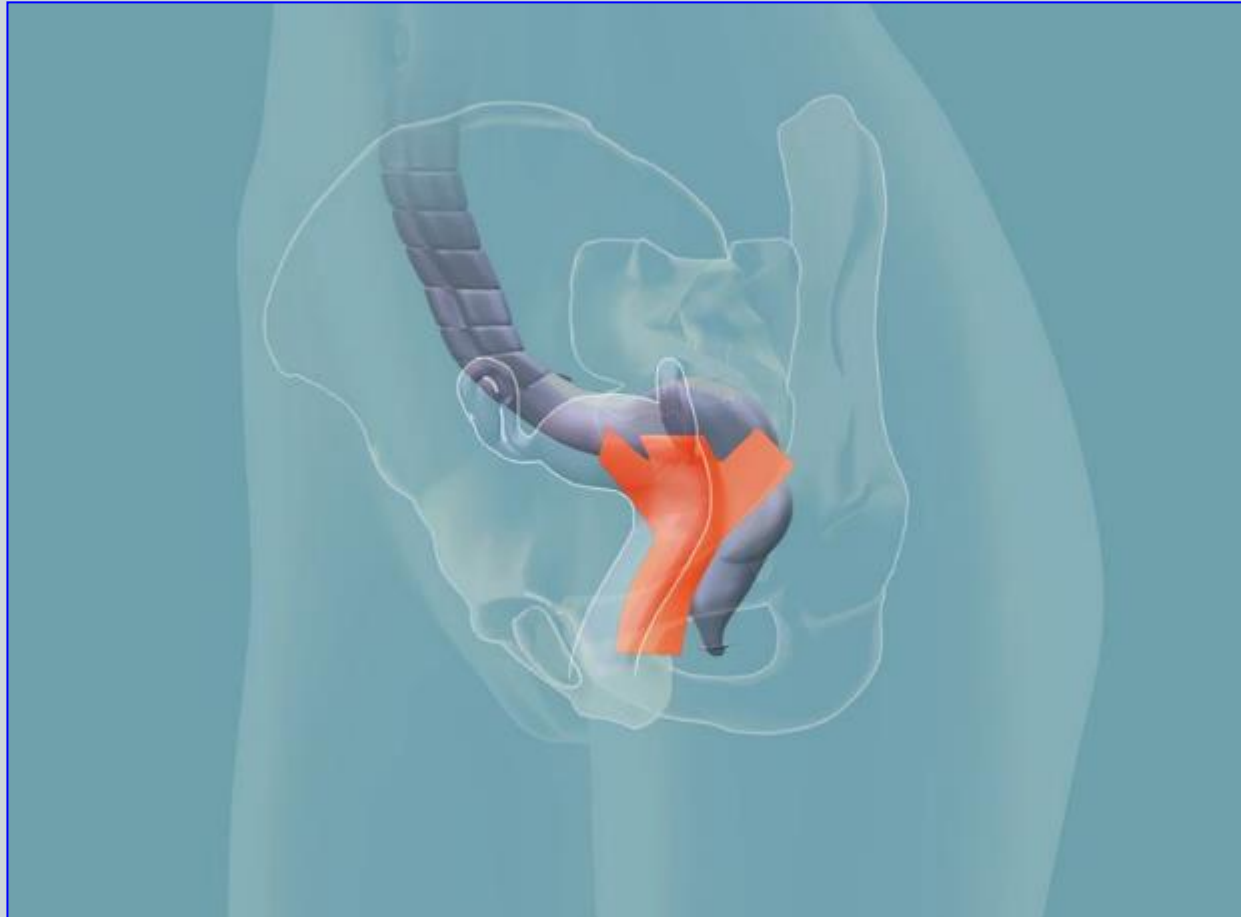
## Prothèses par voie vaginale

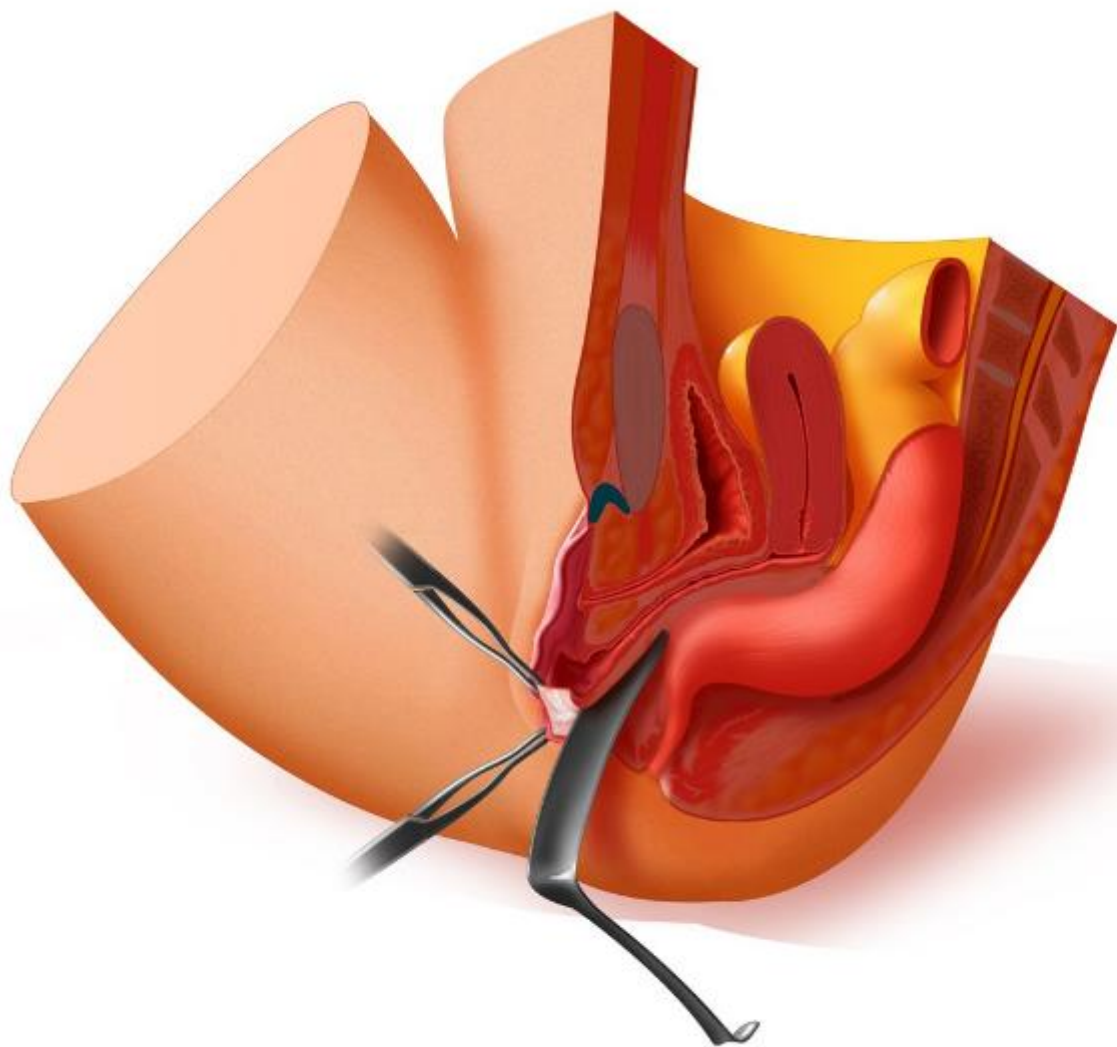


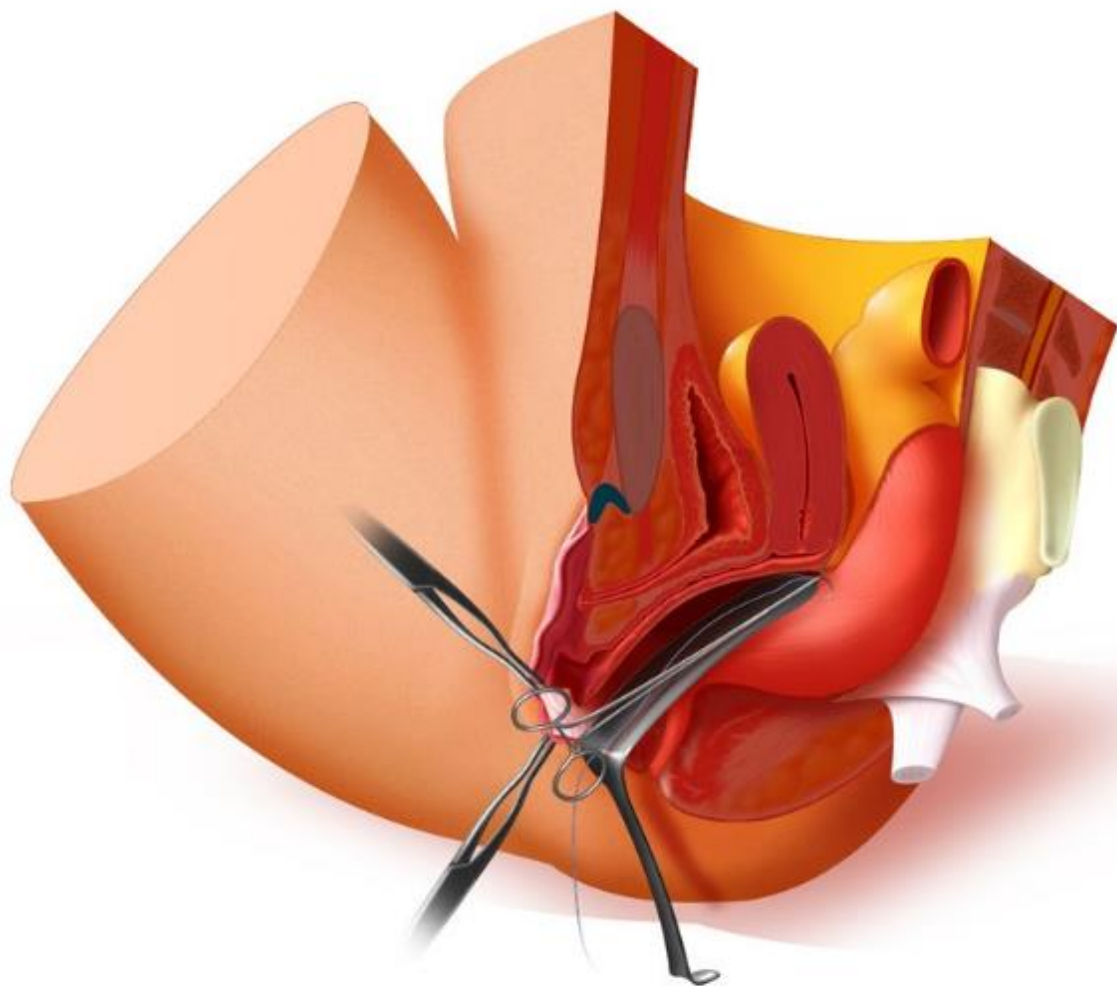
## Prothèses par coelioscopie

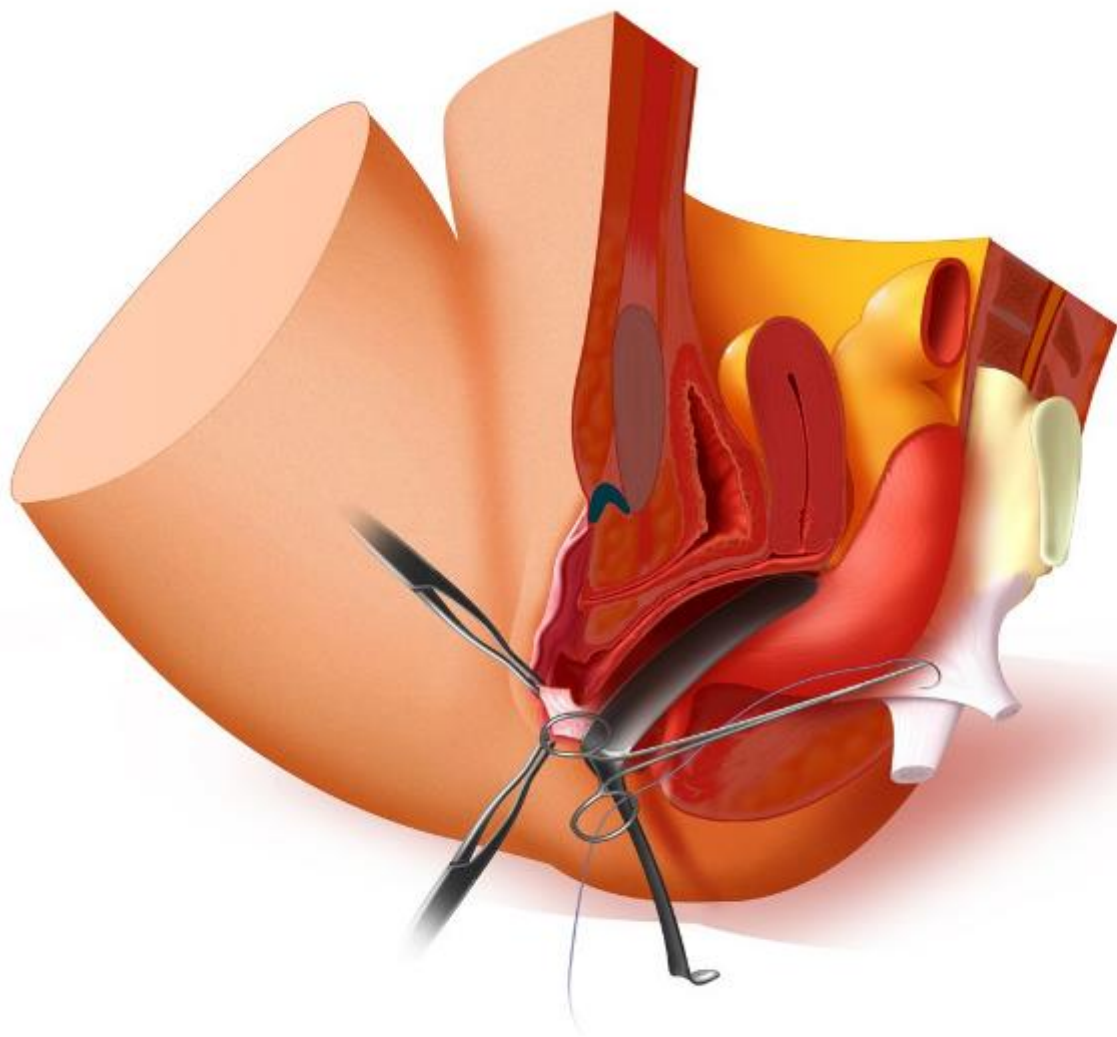


# Correction de rectocèle voie vaginale

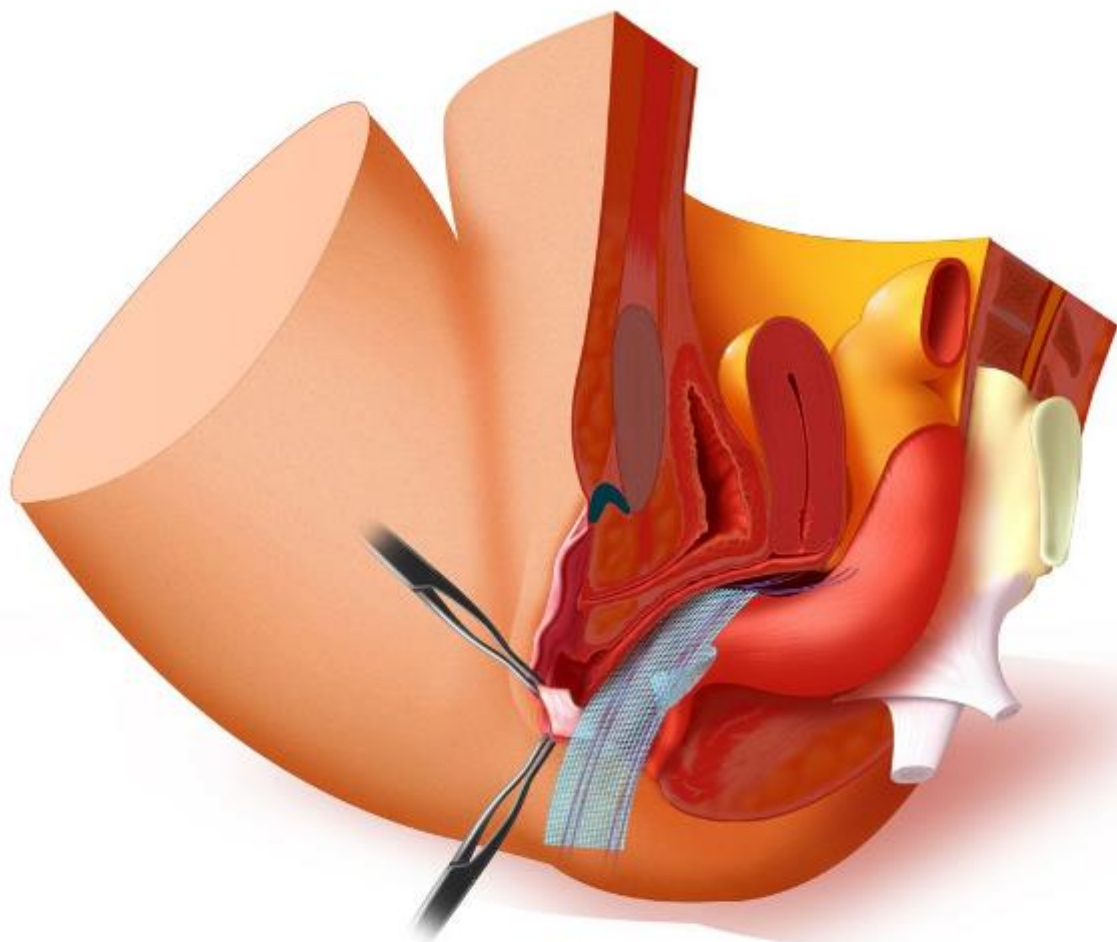


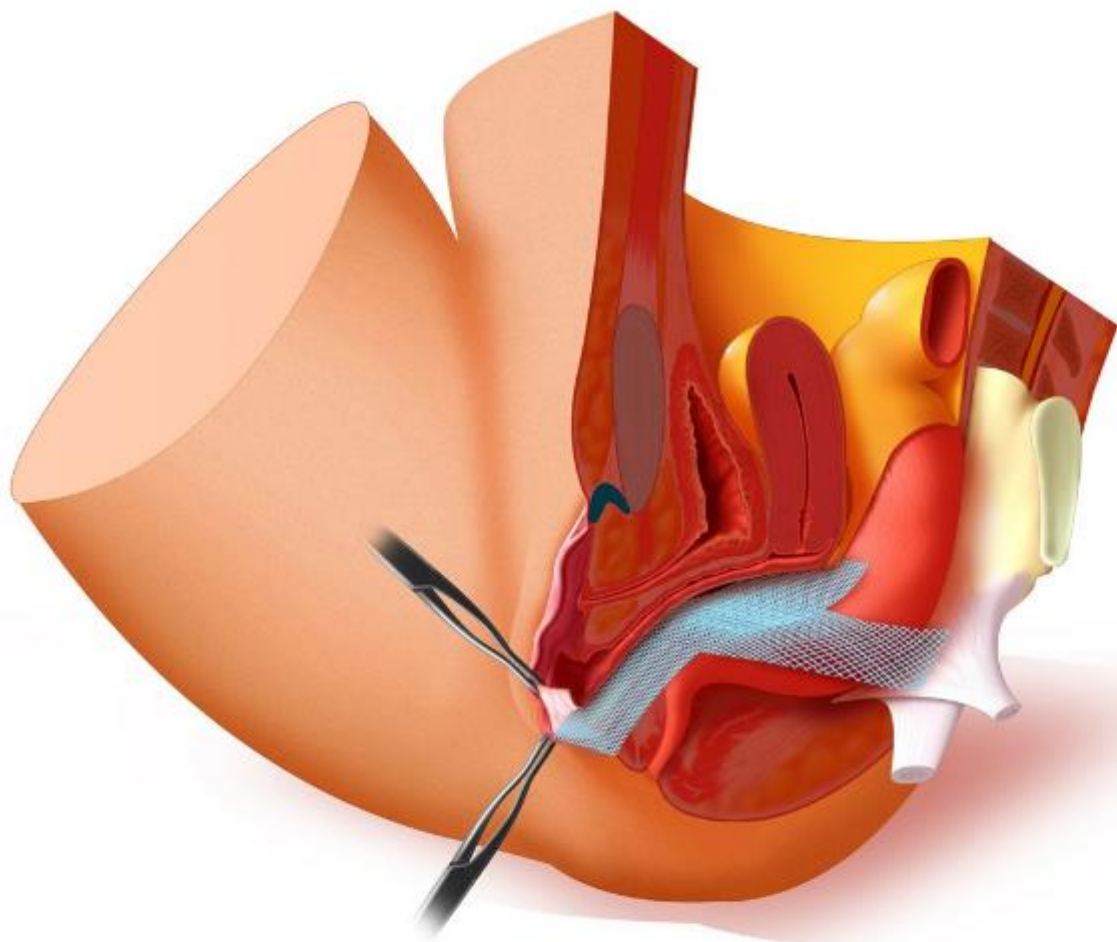




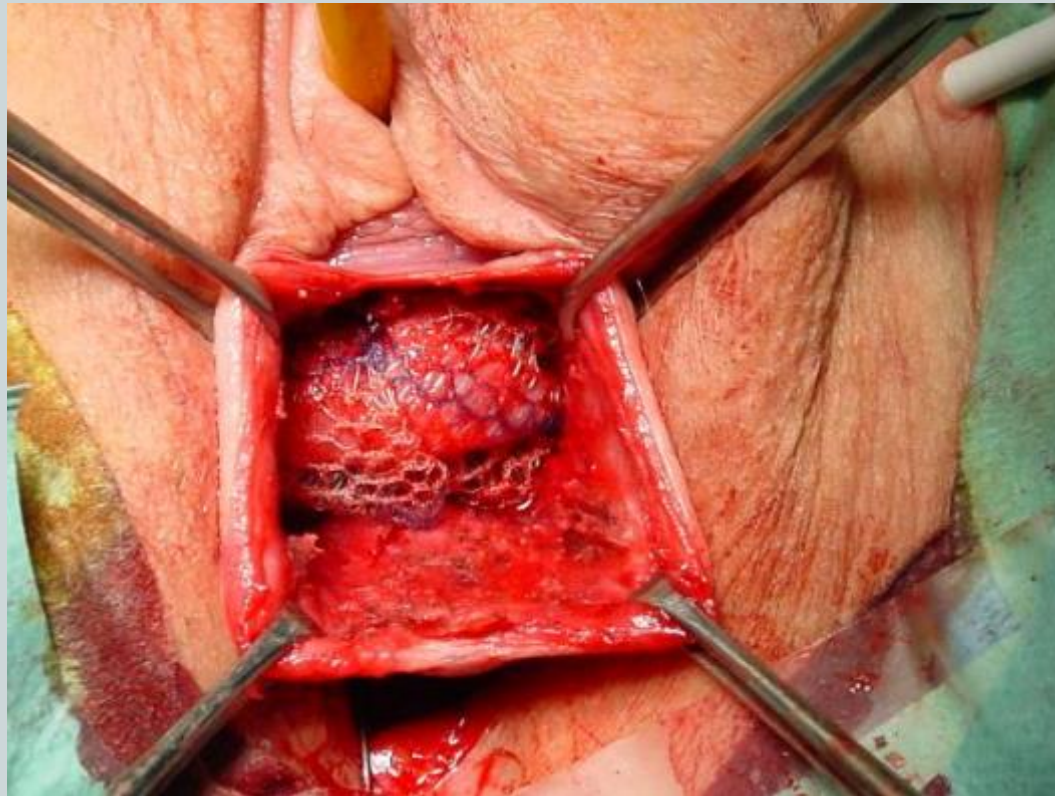


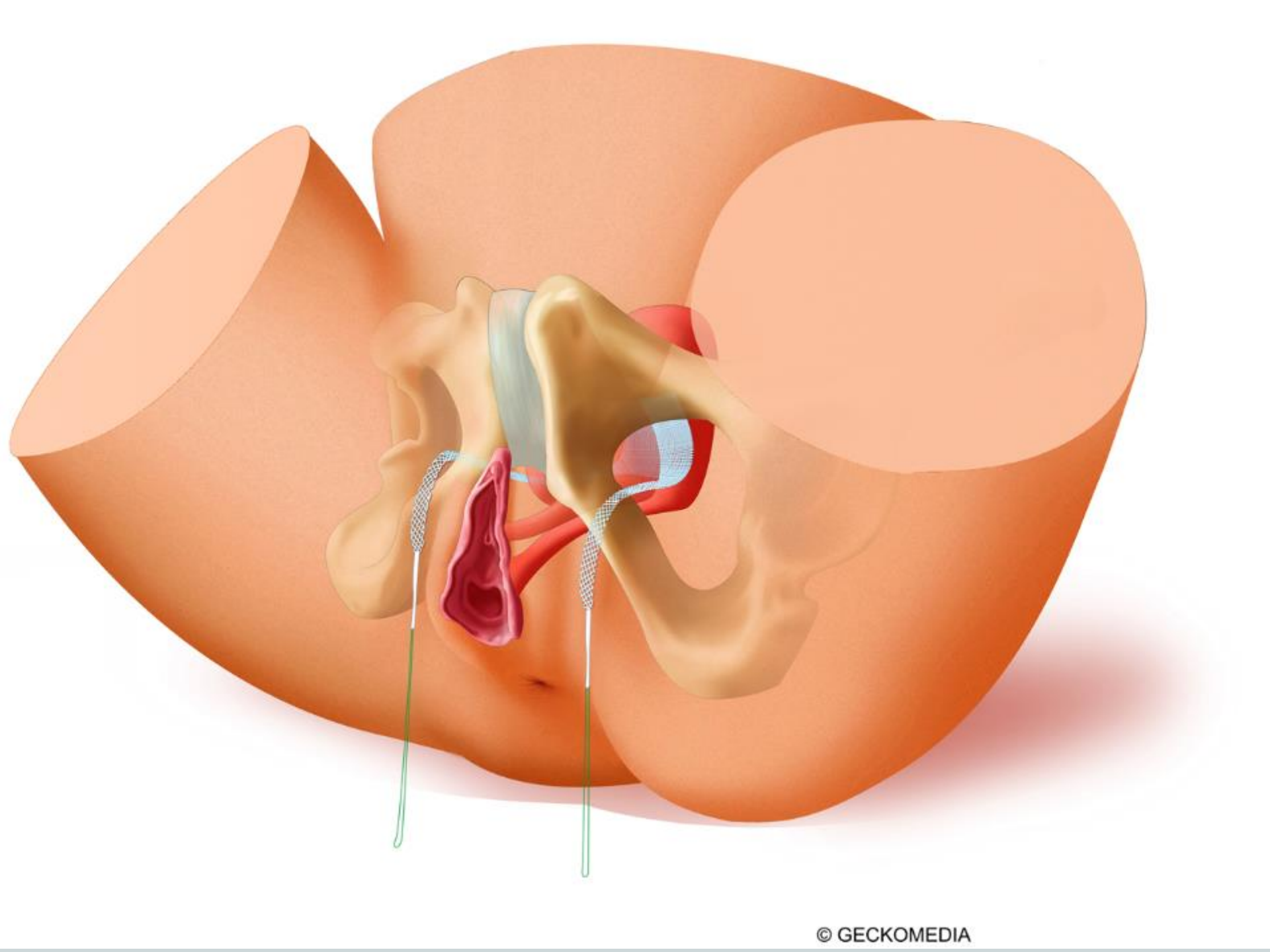






# Correction de cystocèle voie vaginale







# Correction prothétique par voie haute (coelioscopique)

## Le choix des matériaux



- Le matériau est indifférent ?
- Prédécoupées
- Mailles larges
- Faible grammage
- « Faciles à travailler »

www.2fsurgical.com

2f

## Installation: les trocars



- L'optique est le plus souvent ds l'ombilic
- En cas de gros utérus la position des trocars remonte
- Si 5 mm exclusif: nécessité de stockage et de comptage des aiguilles

www.2fsurgical.com

2f

## Abord du promontoire



- Soulever le péritoine
- Suspendre le colon?
- Toujours avoir à l'esprit:
  - la veine iliaque
  - l'uretère droit

www.2fsurgical.com

2f

## Fixation au promontoire



- Amarrage L5/S1 :
  - Plus facile que S1
  - Risque spondylodiscite: rester superficiel
  - Les tackers pénètrent dans le disque

www.2fsurgical.com

2f



# Correction prothétique par voie haute (coelioscopique)

## Abord postérieur



Incision en fer à cheval inversé



Traction horizontale du péritoine et du rectum par l'aide

Verticalisation du vagin par l'hystérophore

www.2fsurgical.com

2f

## Décollement vésical



Poussée horizontale de l'hystérophore



Verticalisation de la vessie par l'aide

www.2fsurgical.com

2f



Prothèse bien étalée et agrafée à ses 4 angles



En bas: 2 agrafes sur chaque plaque levatorienne.

www.2fsurgical.com

2f

## Fixation prothèse



Étaler la prothèse par des points vaginaux non transfixiants en bas et sur les cotés



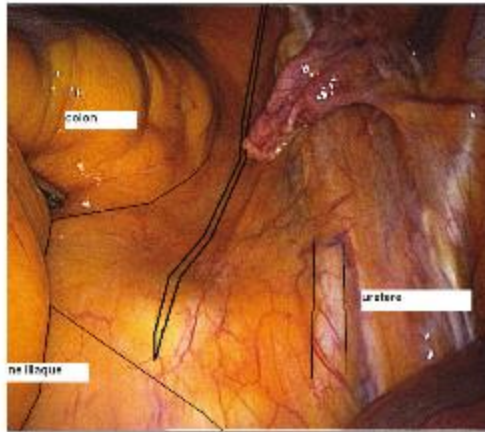
L'amarrage à l'isthme fait la solidité

www.2fsurgical.com

2f

# Correction prothétique par voie haute (coelioscopique)

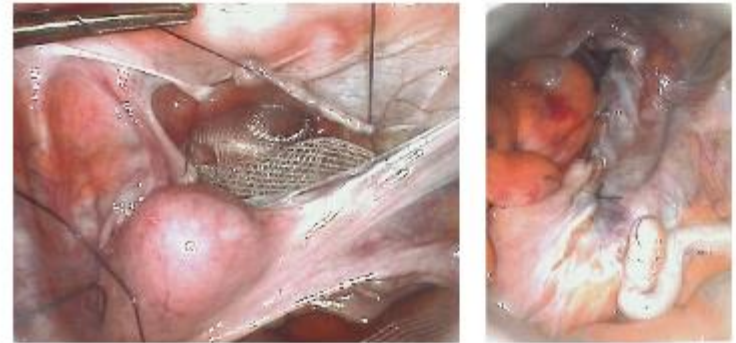
Les pièges anatomiques



www.2fsurgical.com

2f

Péritonisation complète



www.2fsurgical.com

2f

# Les reconstructions périnéales chirurgicales après lésions d'origine obstétricale

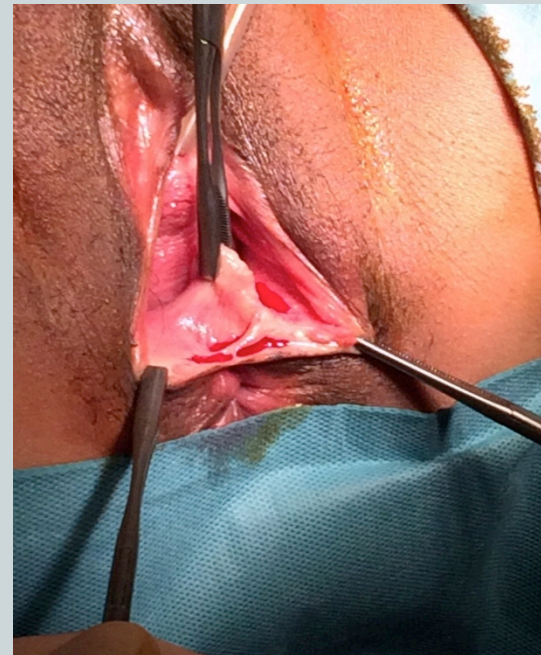
## Vaginoplaste, réinsertion des élévateurs et reconstruction périnéale postérieure





# Les reconstructions périnéales chirurgicales après lésions d'origine obstétricale

## Reconstruction périnéale postérieure et sphincteroplastie anale



# Les reconstructions périnéales chirurgicales après lésions d'origine obstétricale

## Sphincteroplastie anale + plastie de l'AFCP





# Quand choisir coelio / voie vaginale?

## **1/ Plutôt Promonto-fixation coelio:**

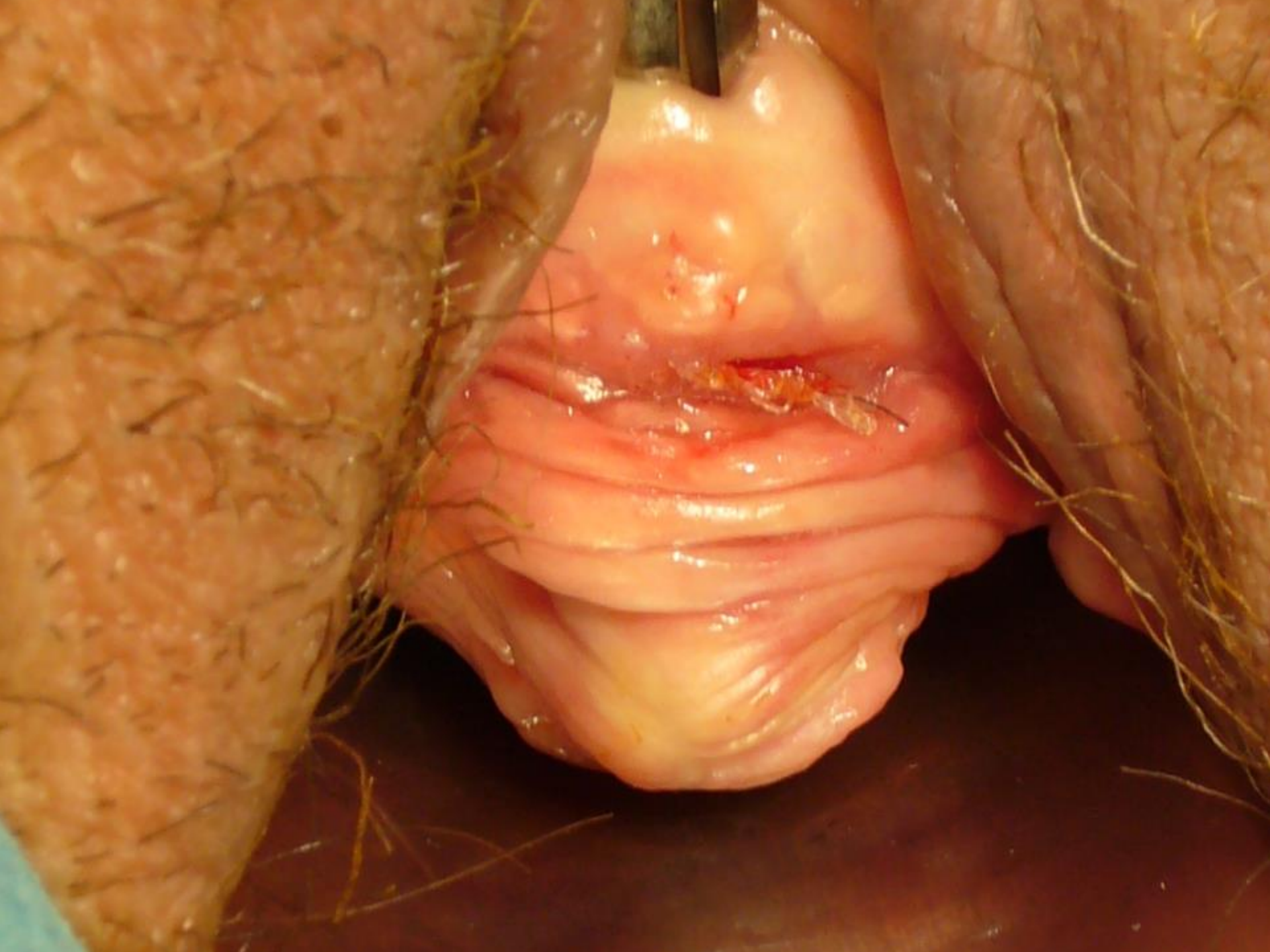
- Nécessité d'une fixation de l'étage moyen (col, utérus ou dome vaginal)
- Périnée cicatriciel, vagin fragile.
- Souhait de la patiente++

## **2/ Plutôt correction prothétique voie vaginale:**

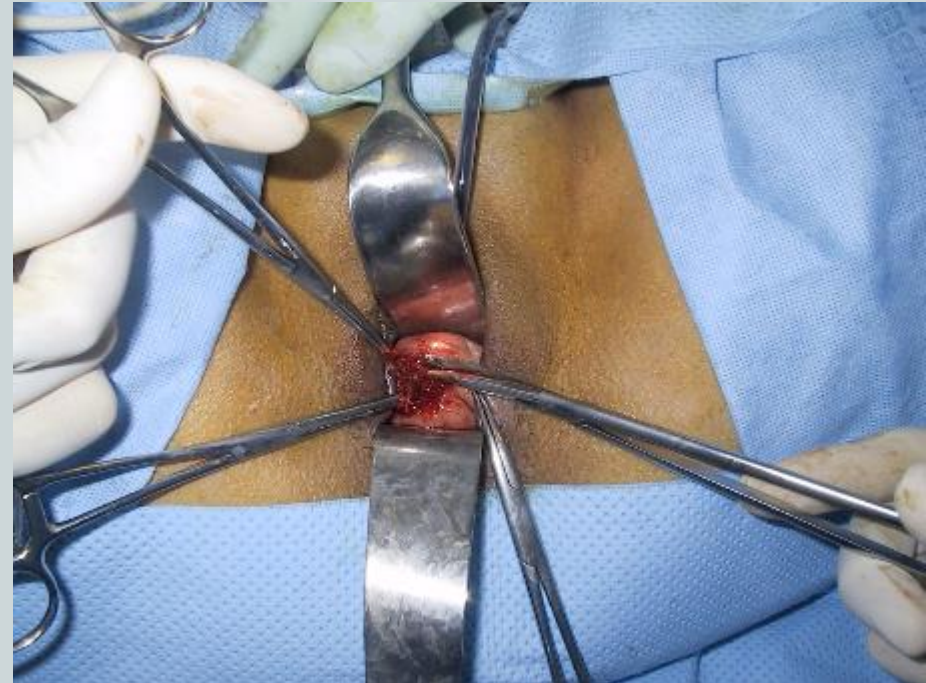
- Nécessité geste complémentaire périnéal (reconstruction postérieure, bandelette, sphincterorraphie anale)
- Abdomen cicatriciel ou adhérentiel, obésité.
- Contre-indication au pneumopéritoine, insuff respi, age.
- Souhait de la patiente++

# Les complications





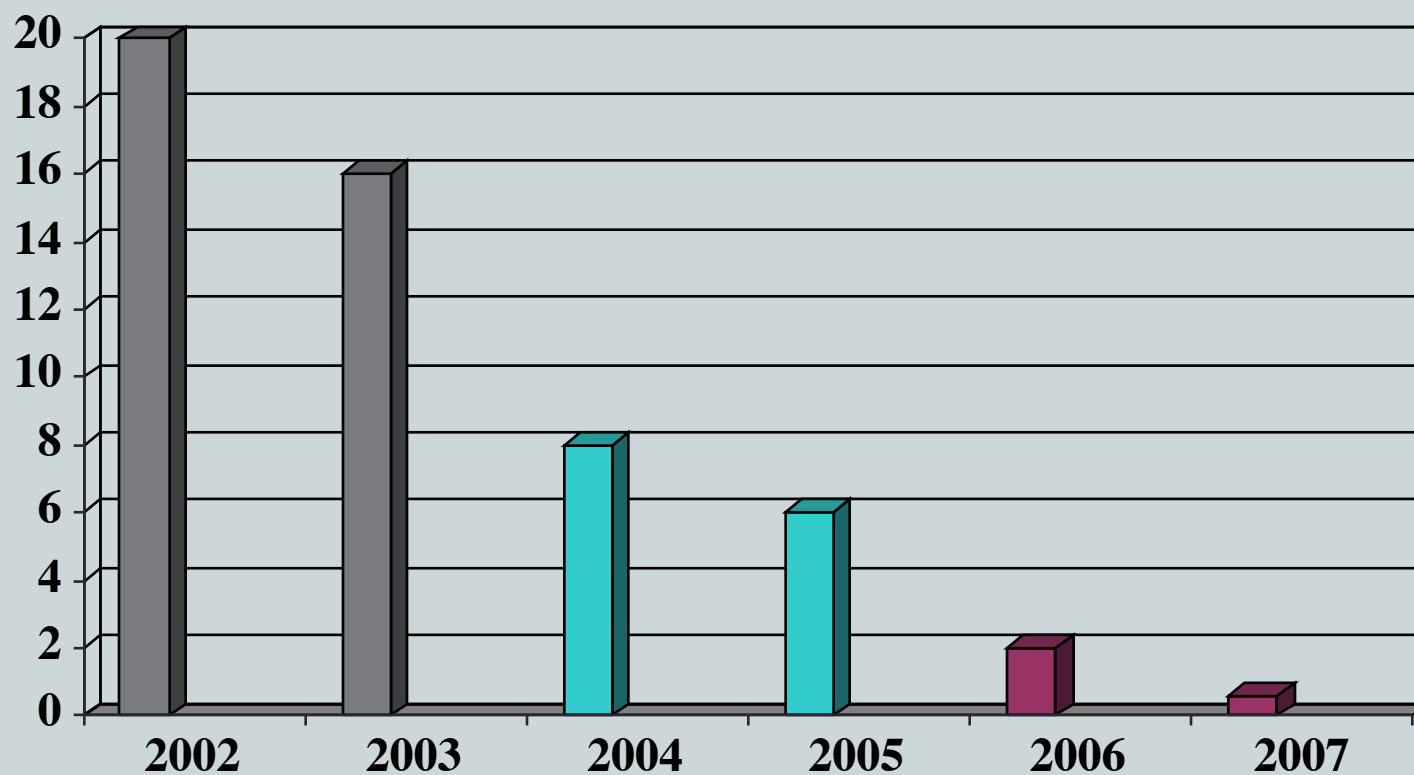
# Les complications





# ANALYSE DES RESULTATS: Les érosions

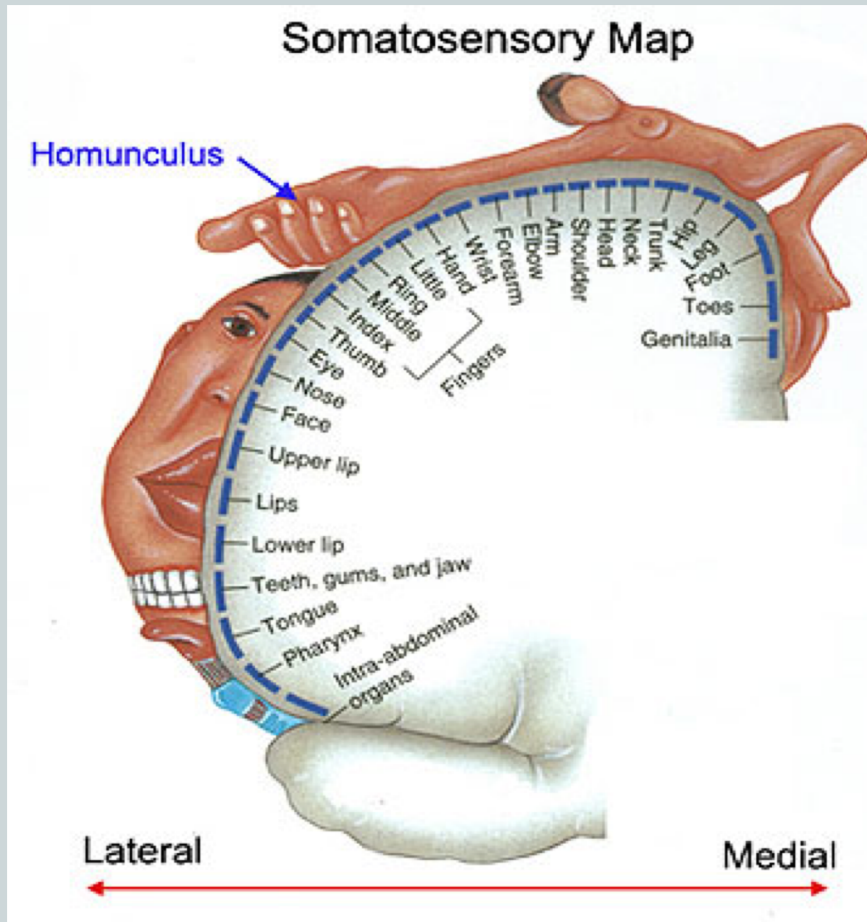
## SCGP (La Rochelle 2009)



# *Les Douleurs Pelvi-Périnéales Chroniques (DPPC)*

- **En lien direct avec:** Perforations viscérales (rectum, urètre, vessie), sténose urétérale, compression neurologique tronculaire, phénomènes de rejets.
- **Phénomènes d'hypersensibilisation: origine centrale (terrain?)**

# Hypersensibilisation centrale: modification des seuils de la douleur



- Diminution des seuils de la douleur = DPPC

**Giamberardino MA**

Curr Opin Obstet Gynecol (2014)

- Douleur neuropathique
- Douleur viscérale (vessie, rectum, utérus)
- Vulvodynie provoquée
- Syndromes myo-fasciaux
- Troubles végétatifs



2nd WORLD CONGRESS ON  
**Abdominal & Pelvic Pain**

ACROPOLIS  
**NICE**

11-13 Juin 2015



CONVERGENCES PP  
convergences in pelviperineal pain



Abdominal & Pelvic Pain  
IASP Special Interest Group

Database of the pelvi-perineal rehabilitation  
Department « Centre L'Avancée – Clinique Axium »  
Aix en Provence:  
Pelvi-perineal pain sessions of evaluation  
for referred patients from 2005 to 2015



3825 patientes (Jan 2005 – Jan 2015)

320 DPPC (8,5%) après cure chirurgicale de prolapsus

**CPP AFTER VAGINAL MESH  
POP SURGERY**

Average age : 58  
N = 81/320

**CPP AFTER MID-URETHRAL  
SLING SURGERY**

Average age : 49  
N = 88/320

**CPP AFTER VAGINAL  
NON-MESH POP SURGERY**

Average age : 59  
N = 92/320

**CPP AFTER LAPAROSCOPIC  
SACRAL COLPOPEXY**

Average age : 51  
N = 59/320

Les gynécologues d'Australie ont mis au point une prothèse vaginale en tissu synthétique.



## La prothèse vaginale qui fait scandale

*Des milliers de femmes ont souffert le martyre après s'être fait poser une prothèse Prolift, désormais interdite. Des procès ont eu lieu ou sont en cours aux États-Unis et en Australie. En France, cette affaire est passée inaperçue. Pourtant, les neuf médecins qui ont développé le projet étaient... français. Enquête*

Mars 2010, hôpital d'Adélaïde dans le sud de l'Australie. À son réveil, après l'opération, Kim Wierschke sent tout de suite que quelque chose ne va pas. Autour-lancière, elle a été hospitalisée pour une infection d'organe conduisant à trois accouchements difficiles. Pour remonter son utérus, sa vessie et son intestin, un chirurgien vient de lui insérer une prothèse vaginale. C'est un tissu fait de mailles en plastique, censé soutenir les organes comme un hamac, inséré par voie vaginale et accroché à des ligaments. Le nom de sa prothèse: Prolift.

Tôt le soir, Kim ressent des douleurs insupportables. Des bleus de la taille d'une main ouverte apparaissent sur ses fesses et à l'arrière de ses cuisses. Quelques mois plus tard, sa paroi vagi-

# *Procédure de prévention des DPPC après correction chirurgicale des prolapsus*

- Détecter les patientes à risques: traumatismes obstétricaux, complications, PTSD, complications de chirurgies pelviennes.
- Détecter les patientes à risques: patientes porteuses d'une douleur pelvi-périnéale pré-existante.
- Patiente porteuse d'une fibromyalgie
- Information+++
- **Mesures préventives pré-op:** traitement de l'hypersensibilisation centrale (Pregabaline, Gabapentine, Amitriline, Doluxetine etc..)
- **Mesures préventives per-op:** Ketamine, infiltrations, Ropivacaine
- **Mesures préventives post-op:** Poursuite du traitement pré-op, antalgiques de niveaux II

# VVD: criterion of Pelvic Sensitization?

## (Convergences PP Sept 2016: Delphi method)

|                                       | Lower urinary tract                                                                                                                                                                                                                                           | Lower digestive tract                                                                                | Genito-sexual tract                                  | Mucocutaneous areas                                                                                                                                                                                        | Muscular system                                                                                                                   | score |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Lower pain perception thresholds      | <input type="checkbox"/> Pain influenced by bladder filling and / or urination                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Pain influenced by the distension and / or rectal emptying (materials, gas) | <input type="checkbox"/> Pain during sexual activity | <input type="checkbox"/> Perineal and/or vulvar pain in response to normally non-painfull pressure (allodynia) (e.g. pain preventing Tampons used during menstruations, or discomfort with tight clothing) | <input type="checkbox"/> Pelvic trigger points (e.g., localized to piriformis, internal obturator and/or levator ani musculature) | /5    |
| Temporal distribution                 | <input type="checkbox"/> Pain after urination                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Pain after defecation                                                       | <input type="checkbox"/> Pain after sexual activity  |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                   | /3    |
| Symptoms variability                  | <input type="checkbox"/> Variability in pain intensity (evolving with high and low) and / or variability in painful topography                                                                                                                                |                                                                                                      |                                                      |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                   | /1    |
| Associated syndromes                  | <input type="checkbox"/> Migraine or tension headaches and/or fibromyalgia and/or chronic fatigue syndrome and/or post-traumatic stress disorder and/or restless leg syndrome and/or temporo-mandibular joint disorder and/or multiple chemical sensitivities |                                                                                                      |                                                      |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                   | /1    |
| Total Pelvic Pain Sensitization Score |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                      |                                                      |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                   | /10   |



# Conclusions

- **Amélioration des matériaux prothétiques (plus légers, monobrins, polypro) et du « savoir-faire » des chirurgiens : réduction significative des taux de complications et rejets.**
- **Résultats anatomiques à long terme remarquables.**
- **Meilleure attention aux patientes à risque de DPPC+++**