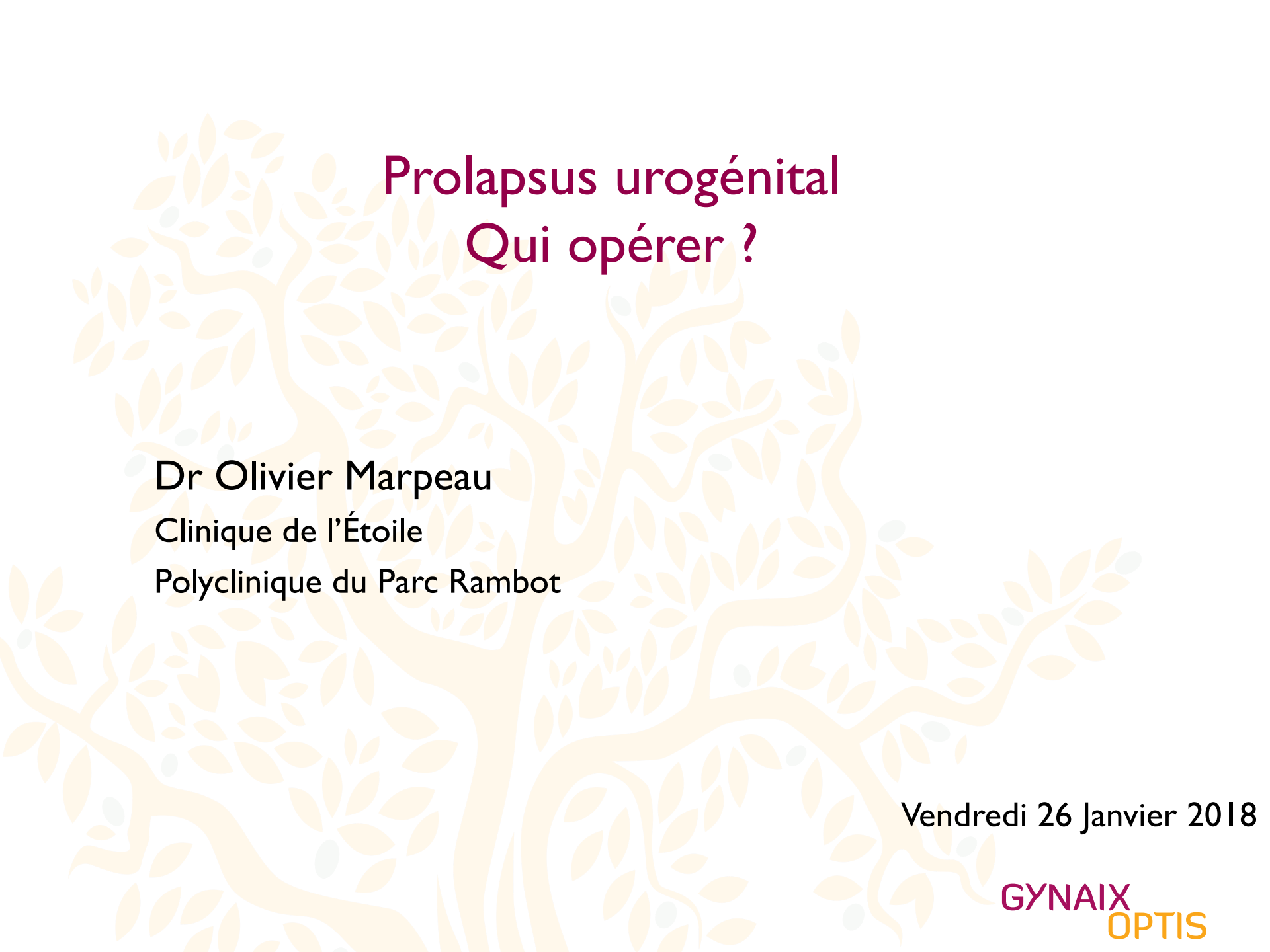


A large, stylized tree with yellow branches and leaves, some of which are light blue, serves as a background for the slide.

Prolapsus urogénital

Qui opérer ?

Dr Olivier Marpeau
Clinique de l'Étoile
Polyclinique du Parc Rambot

Vendredi 26 Janvier 2018

GYNAIX
OPTIS

« Un prolapsus n'a jamais tué personne ...
... la chirurgie si. »



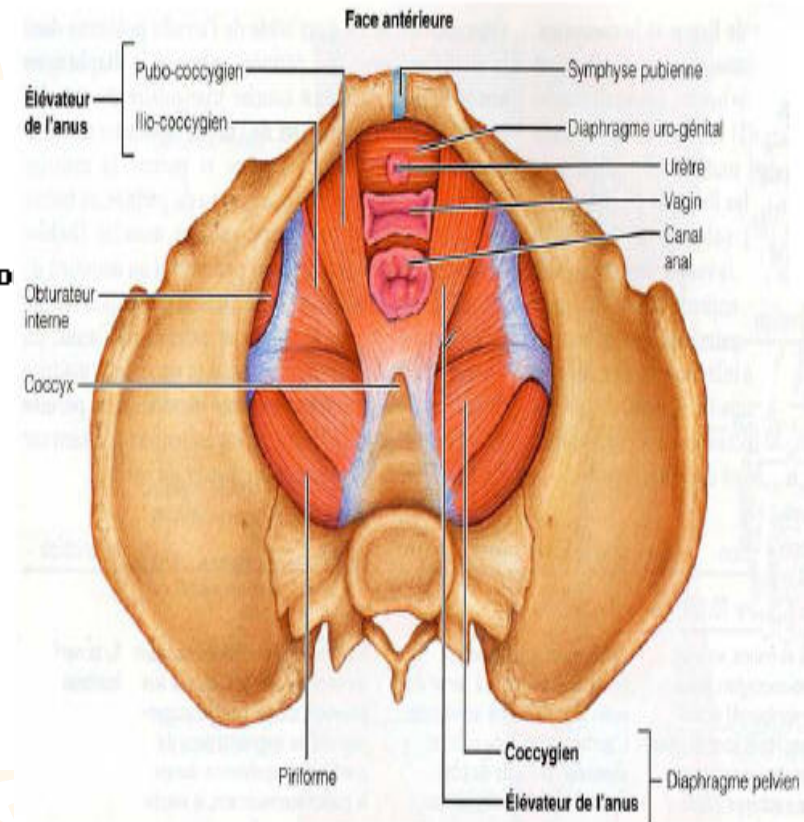
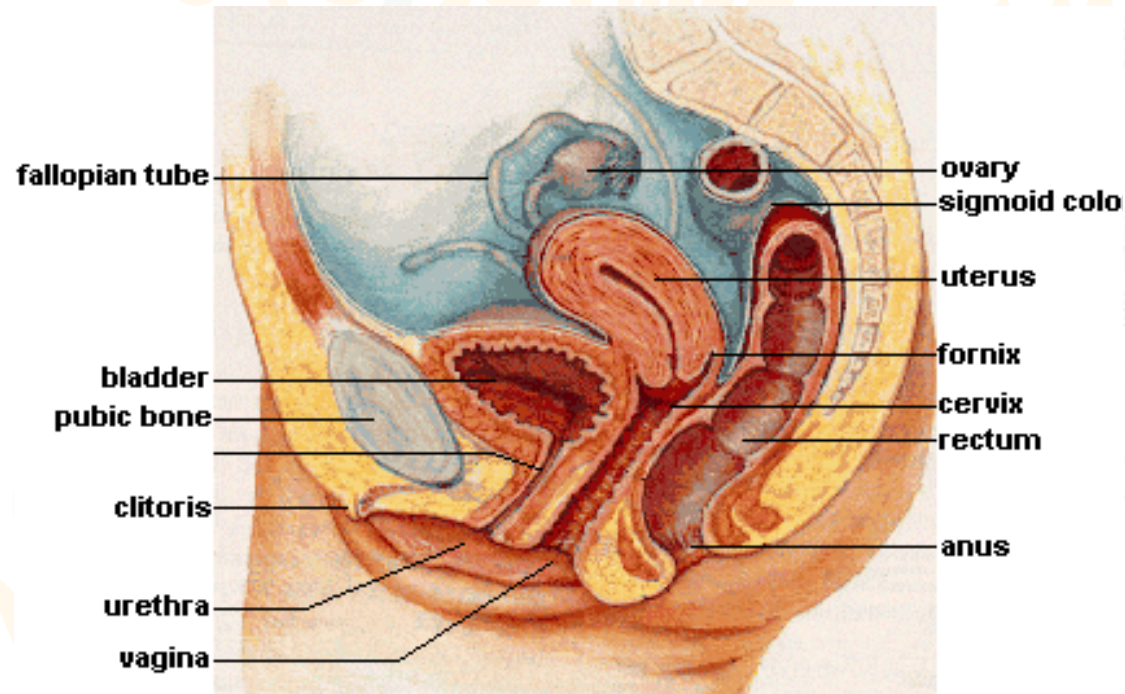
Pathologie fonctionnelle

Fréquente

Complications graves rares

Impact sur qualité de vie

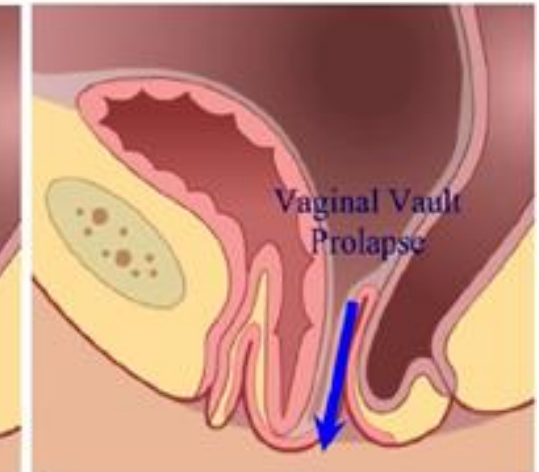
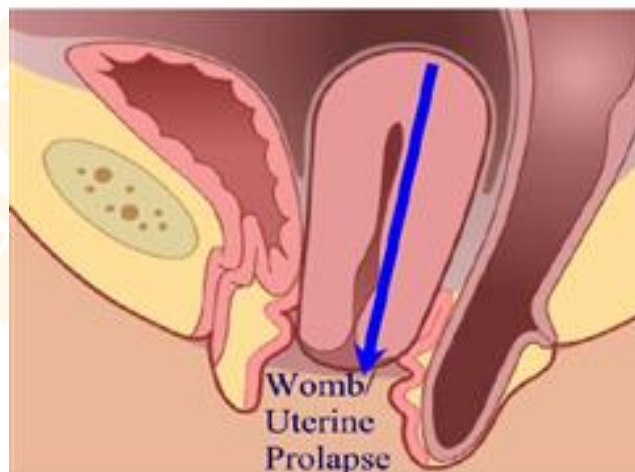
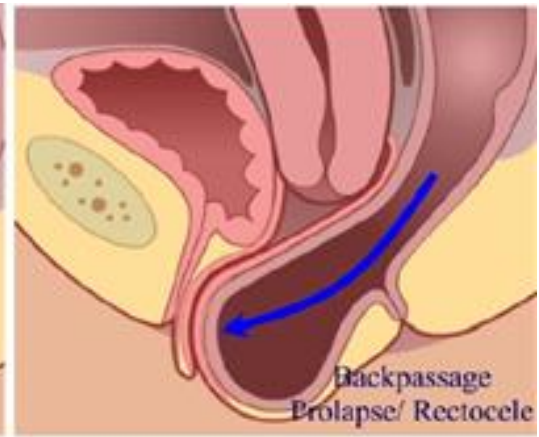
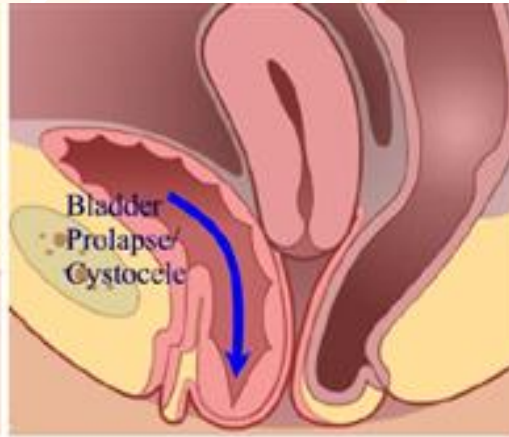
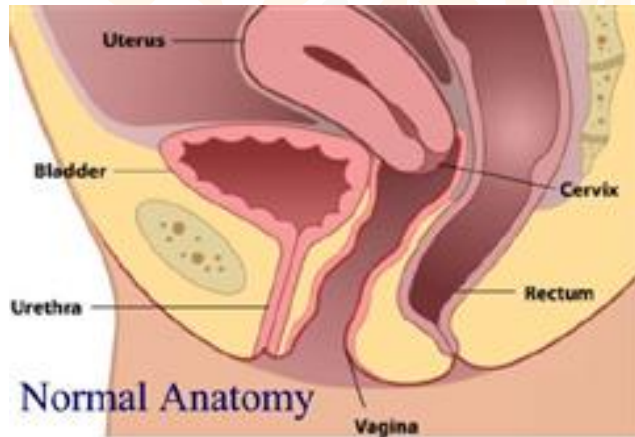
Un prolapsus ?? C'est quoi ?



Hernie dans la cavité vaginale

Il n'y a pas 2 patientes identiques

Type de prolapsus



Il n'y a pas 2 patientes identiques
Stade du prolapsus



Il n'y a pas 2 patientes identiques

- Pratique sportive
- Vie sociale et professionnelle
- Vie sexuelle
- Retentissement fonctionnel défécation
- Retentissement fonctionnel mictionnel

Qualité de vie

Pourquoi opérer ?

Corriger les dégradations anatomiques

Permettre une miction, une défécation et une activité sexuelle normale

Ne pas créer de nouvelles dégradations anatomiques ou de nouveaux troubles fonctionnels

Avant d'opérer

RPC 2016 (AFU, CNGOF, SIFUD, SNFCP, SCGP)

- Importance de l'évaluation clinique préopératoire (anatomique et fonctionnelle)
- Bilan préopératoire ?
 - Imagerie si cas complexe (colpocystodéfécographie, IRM dynamique avec défécographie, échographie rénale)
 - Échographie pelvienne et biopsie d'endomètre si hystérectomie subtotale
 - Frottis récent
 - Bilan urodynamique non systématique

Aucun bilan le plus souvent

Historique de la chirurgie du prolapsus

1670 : Première hystérectomie vaginale

1860 - 1910 : Premières cures de prolapsus voies basses

1950 : Promontofixation par laparotomie

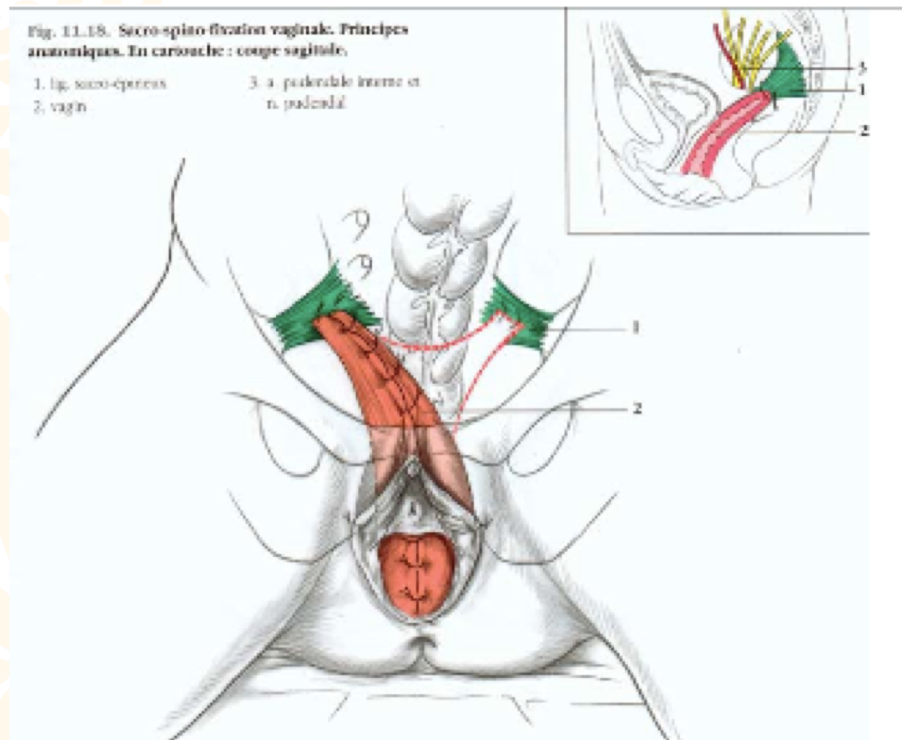
1980 : Sacrospinofixation (Richter)

1990 : Promontofixation par coelioscopie

2000 : Prothèses par voie basse

Quelle chirurgie ?

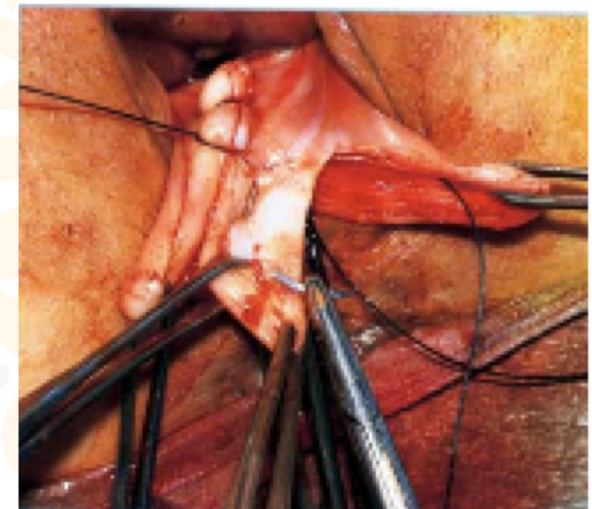
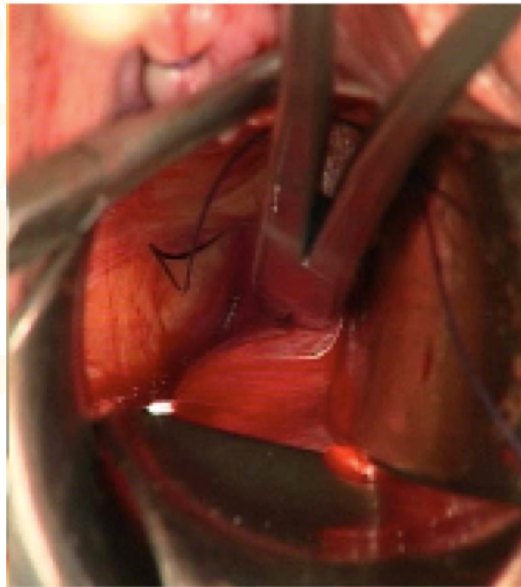
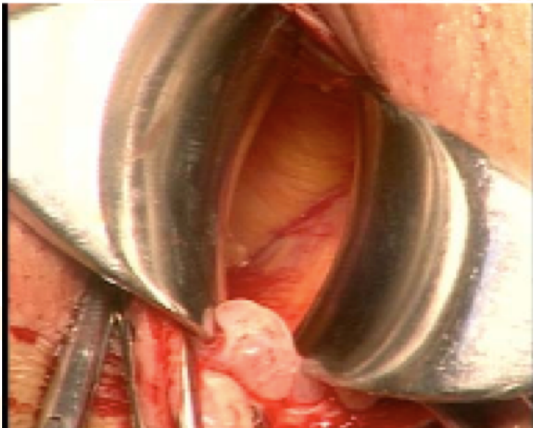
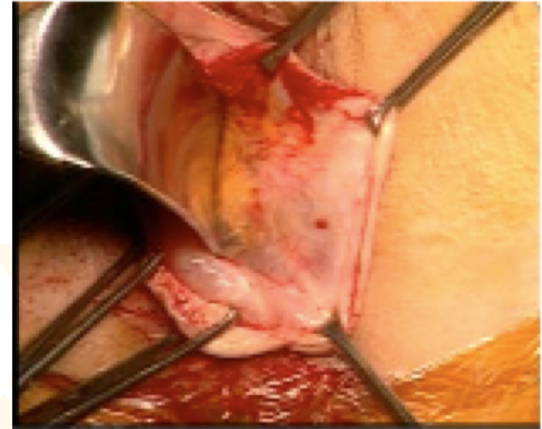
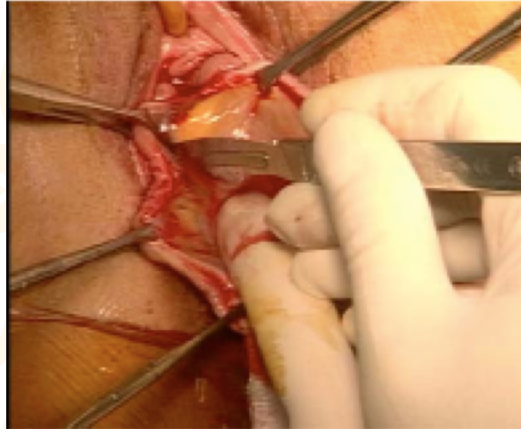
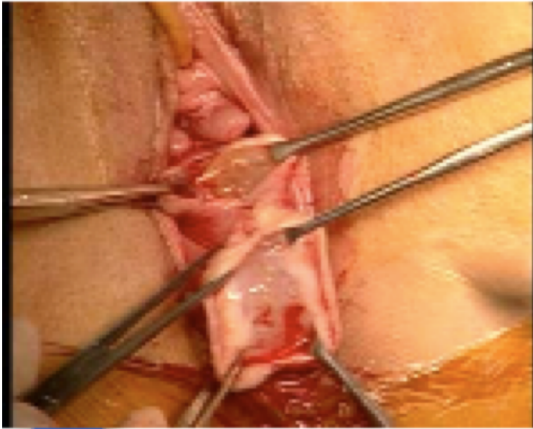
Voie vaginale sans prothèse



Utiliser les tissus naturels pour traiter tous les étages du prolapsus

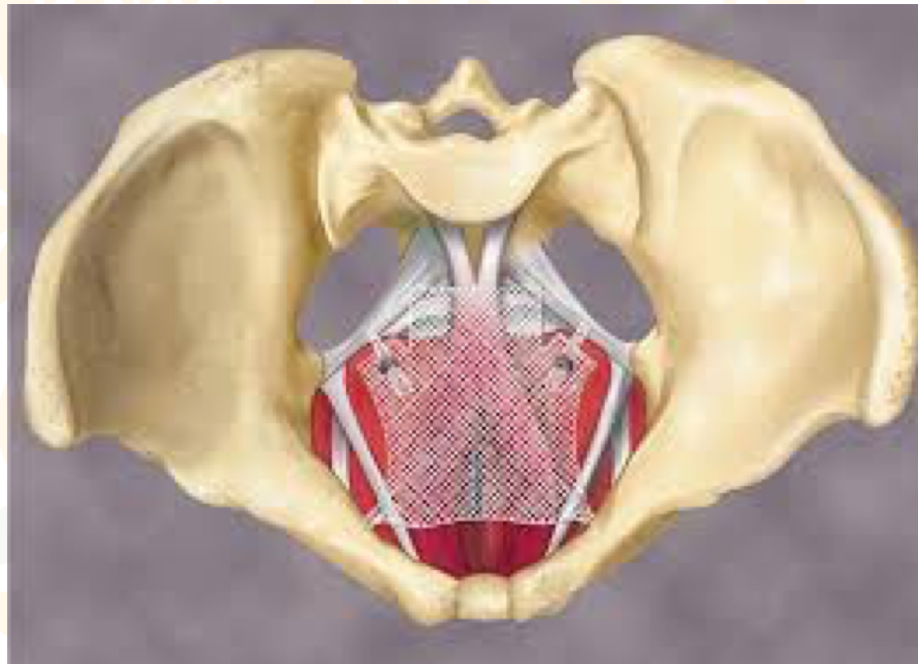
Quelle chirurgie ?

Voie vaginale sans prothèse



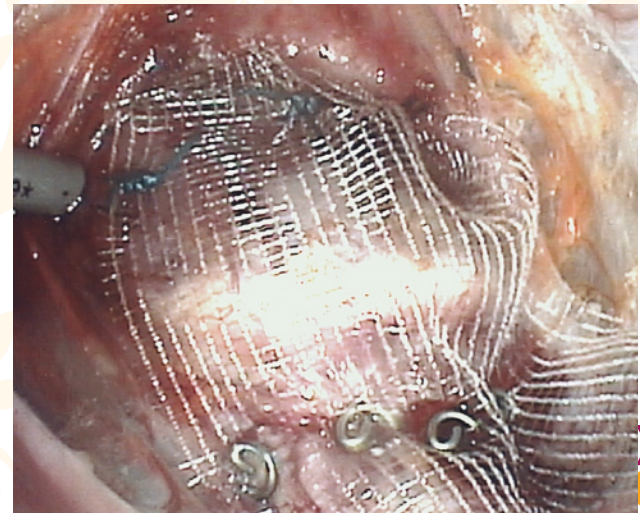
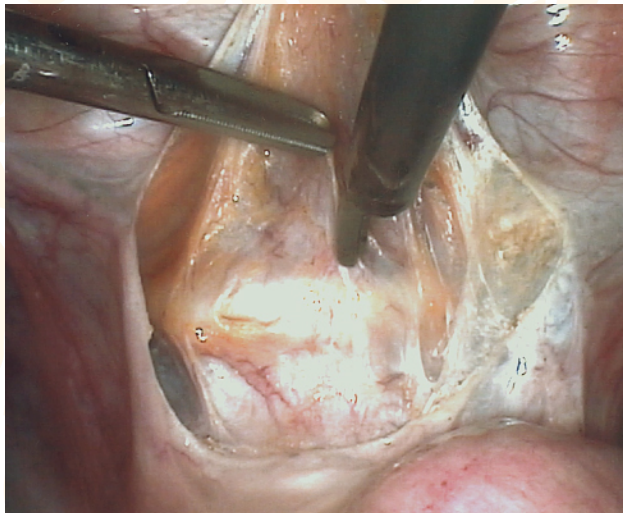
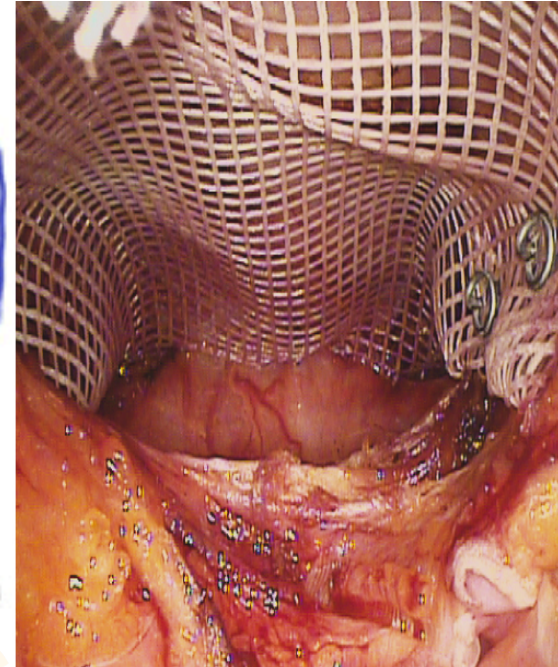
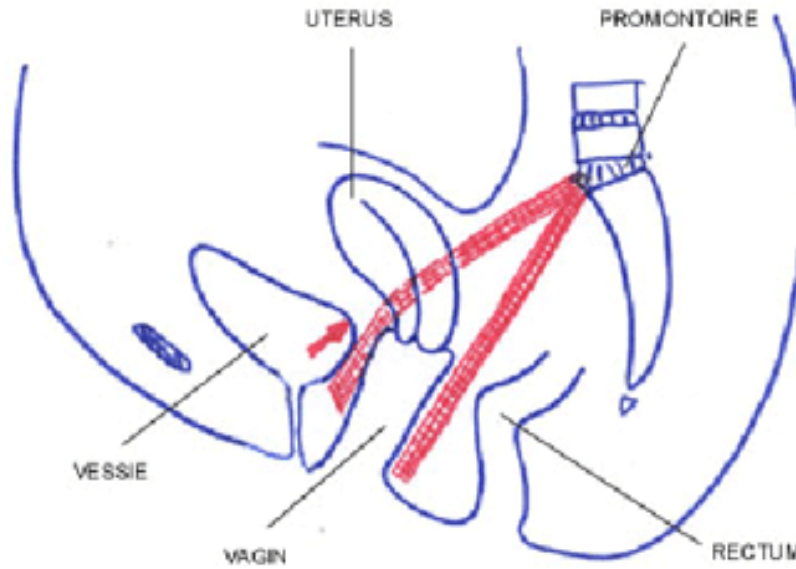
Quelle chirurgie ?

Voie vaginale avec prothèse



Quelle chirurgie ?

Voie abdominale - Promontofixation



Pour quels résultats ?

Auteurs	N	Succès sans prothèse	Succès avec prothèse	p
Hiltunen	215	61,5%	93,3%	<0,001
N'Guyen	76	55%	89%	<0,01
Sivaslioglu	90	72%	91%	0,004
Carey	139	65,6%	81%	NS
Altman	389	34,5%*	60,8%*	< 0,05
de Tayrac	162	64%	89%	<0,001

HILTUNEN et al., Obstet Gynecol 2007

N'GUYEN et al., Obstet Gynecol 2008

SIVASLIOGLU et al., Int Urogynecol J 2008

CAREY et al., Br J Obstet Gynecol 2009

ALTMAN et al., NEJM 2011

** Critère composite (anatomo-fonctionnel)*

Pour quels résultats ?

	Succès anatomique	Satisfaction	Réinterventions	Amélioration qualité de vie
Promontofixation	77 %	87 %	5 %	59 %
Prothèse vaginale	43 %	77 %	22 %	53 %

Maer et al. Am J Obstet Gynecol 2011

Pour quelles complications ?

- Chirurgie traditionnelle : récidence 28 % - 53 %
- Prothèses vaginales :
 1. Exposition vaginale 10 %
 2. Douleurs postopératoires; dyspareunies 4,5 – 25 %
 3. Rétraction prothétique
- Promontofixation par coelioscopie :
 1. Troubles ano-rectaux, occlusions digestives
 2. Plaies vasculaire, digestive, vésicale
 3. Spondylodiscite < 1 %
- Incontinence urinaire de novo +++

Et l'utérus ?

- Chirurgie vaginale sans prothèse : hystérectomie totale fréquente
- Chirurgie vaginale prothétique : hystérectomie à éviter
- Promontofixation : hystérectomie subtotale possible
- Résection cervicale si allongement hypertrophique du col

Pas d'hystérectomie en l'absence d'indication spécifique
(RPC 2016)

Et la rééducation ?

- Aucun intérêt « anatomique » démontré
- Amélioration possible des signes fonctionnels
- Intéressant pour patientes inopérables ou pour différer la chirurgie

Alors j'opère qui ?

- Présence concomitante de symptômes et d'un prolapsus significatif :
 - Altération de la qualité de vie
 - Prolapsus au moins de stade 2
- Patiente opérable
- À la demande de la patiente

Et comment ?

- Gravité et type anatomique de prolapsus
- Facteurs de risque associés :
 - Âge
 - Exposition : tabac, obésité
 - Difficultés chirurgicales : antécédents chirurgicaux
- Aptitudes du chirurgien

Et je n'opère (surtout) pas qui ?

- Découverte fortuite au cours d'un examen systématique
- Proximité d'un accouchement
- Chirurgie pelvienne récente
- Contre-indication chirurgicale