

## Traitement du prolapsus :

# Quel technique proposer à nos patientes en 2019

Dr LEVÊQUE Christine / Dr BAUTRANT Eric

## **Conflits d'intérêt**

- Aucun avec les sociétés impliquées en chirurgie urogynécologique
  - Consultant ponctuel pour Coloplast
- 



# Les mauvaises raisons d'opérer

---

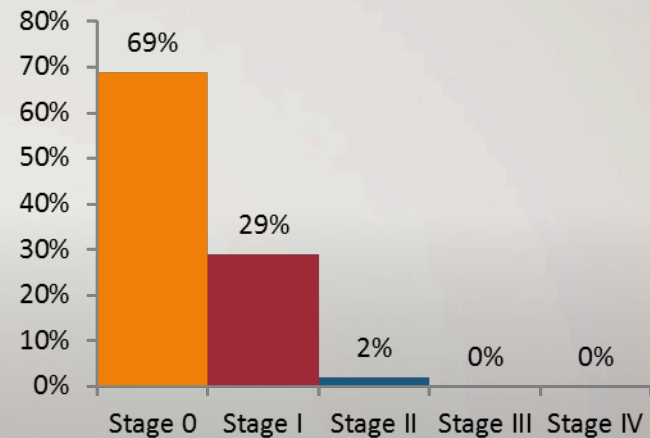
## **Les mauvaises raisons d'opérer (non-indications)**

- **Opérer maintenant tant que c'est plus simple et possible ?**
    - le stade modifie peu le geste et les risques de complication
    - il y a toujours une solution chirurgicale (ALR, locale, colpoclesis)
- 
- Eviter l'aggravation ?
  - Prévenir l'incontinence ?
  - Eviter une complication ?



## Les mauvaises raisons...

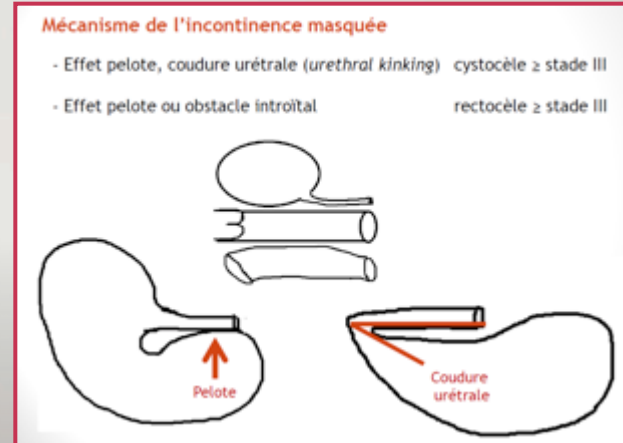
- Eviter l'aggravation ?



|           | Evolution       | Probabilité | IC 95%      |
|-----------|-----------------|-------------|-------------|
| Cystocèle | Grade 1 à 0     | 0,235       | 0,19-0,28   |
|           | ↓ Grade 2-3 à 0 | 0,093       | 0,05-0,14   |
|           | ↑ Grade 1 à 2-3 | 0,095       | 0,07-0,13   |
|           | Grade 0 à 2-3   | 0,012       | 0,006-0,019 |
| Rectocèle | Grade 1 à 0     | 0,22        | 0,16-0,28   |
|           | Grade 2-3 à 0   | 0,033       | 0,011-0,075 |
|           | Grade 1 à 2-3   | 0,135       | 0,09-0,19   |
|           | Grade 0 à 2-3   | 0,0135      | 0,008-0,02  |

## Les mauvaises raisons...

- Prévenir l'incontinence ?



### Risque d'IU *de novo* post chirurgie du prolapsus

Incontinence urinaire apparaissant après chirurgie du prolapsus

10 à 20% des femmes opérées d'un prolapsus stade III ou IV

[Haessler, 2005] [Stanton et al, BJOG, 1982] [Borstad et Rud, Acta OG scand, 1989]

|                                     | Incidence<br>IU <i>de novo</i> post-opératoire |
|-------------------------------------|------------------------------------------------|
| Absence d'IU masquée pré-opératoire | 0 – 2 %                                        |
| IU masquée pré-opératoire           | 20 – 65 %                                      |

[Kleeman et al, IUJ, 2006] [Chaikin et al, J Urol, 2000] [de Tayrac R et al, Acta OG Scand, 2004]  
[Reena, IntJGO, 2007] [Visco, IUJ, 2008] [Ennemoser, IUJ, 2012] [svenningsen, IUJ, 2012]

## Les mauvaises raisons...

### - Eviter une complication ?

1%

#### Complications (histoire naturelle)

- Infections urinaires (<5%)
- Lésions trophiques vaginales (1%)
- Rétention urinaire (<1%)
- Urétéro-hydronephrose (<1<sup>0</sup>/oooo)

10%

#### Complications (chirurgie)

- Infections urinaires (<5%)
- Exposition prothétique (5-10%)
- Plaie vessie ou rectum (0.1%)
- Rétention urinaire (1%)
- Hématome, abcès (2%)
- Dyspareunies de novo (5-12%)
- Dyschésie / constipation (5-10%)
- Décès (0.0001%)

# Quelle patiente doit être opérée ?

---

Patiente gênée, en échec de traitement médical (risque  $\approx 0$ )

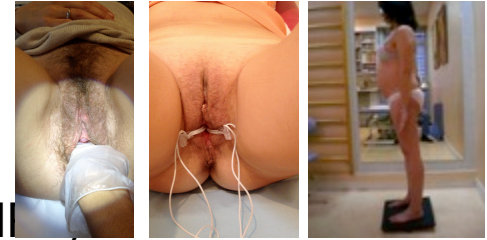
## **Méta-analyse (Cochrane) 2012**

4 essais randomisés, 857 patientes

La **rééducation périnéale** a un effet démontré (NI),

- Diminution symptômes associés au prolapsus
- Diminution sévérité du prolapsus (II I) : 15% des femmes

*Hagen et Stark Cochrane Database 2012*





## Patiente avec un retentissement Important sur la qualité de vie

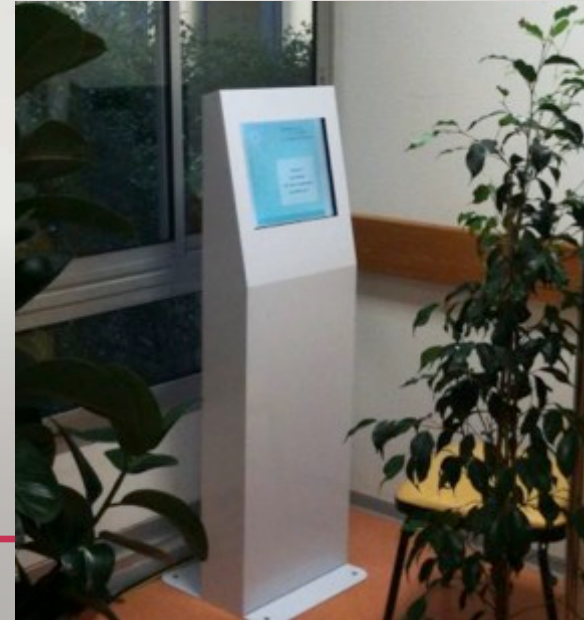
*Confiance aveugle en une science objective...*

## Remplissage de questionnaires

Borne numérique

PFDI (symptômes et gêne)

PFIQ (impact sur activités)



Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Avez-vous souvent l'impression que quelque chose *appuie* dans le bas du ventre ?

☐ Non ; ☐ Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4  
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

2. Avez-vous souvent une sensation de *pesanteur* ou de *lourdeur* dans la région génitale ?

☐ Non ; ☐ Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4  
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

3. Avez-vous souvent une « boule » ou quelque chose qui dépasse que vous pouvez toucher ou voir au niveau du vagin ?

☐ Non ; ☐ Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4  
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

# Quelle technique choisir ?

---

## Quelle est la meilleure technique ?

Niveau de preuve encore faible (manque d'essais randomisés)

### Promontofixation (coelio/ robot/laparo) ou voie vaginale non prothétique ?

40 études randomisées /3773 patientes :



#### AVANTAGE PMF :

- Moins de dyspareunies *de novo* si PMF (3-5% vs 10-12%)
- Efficacité anatomique et fonctionnelle probablement identique
- Moins de risque de récurrence avec technique prothétique



#### AVANTAGE VOIE VAGINALE NON PROTHÉTIQUE :

- Durée opératoire MOINS longue
- Reprise des activités plus RAPIDE
- Coût moindre de la voie vaginale

## Quelle est la meilleure technique si voie haute ?

### •Voie d'abord si promontofixation ? Laparotomie ou coelioscopie

- Efficacité identique (manque suivi comparatif à long terme)
- Moins de complications pariétales si coelioscopie
- Durée d'hospitalisation plus courte si coelioscopie
- RPC CNGOF : coelioscopie recommandée si promontofixation

---

LA PROMONTOFIXATION COELIOSCOPIQUE :  
« GOLD STANDARD » RPC cngof 2016



## Quelles pourraient être les indications de la voie basse en 2019 ?

- ATCD de chirurgie abdominale à risque d'adhérence serré élevé
  - Obésité morbide
  - Récidive après promontofixation
  - Contre indication coelioscopique , chirurgie longue
  - Dysplasie sévère du col utérin
  - Cystocèle de haut grade surtout latérale
- 
- Les complications sévères existent dans les 2 voies d'abord :
    - Per opératoire (5,8%) : pas de différence significative
    - Post opératoire (25,8% ) : Pas de différence significative.



# SCANDALES DES PROTHESES +++

L'Obs



POLITIQUE

MONDE

ÉCONOMIE

CULTURE

OPINIONS

DÉBATS

TENDANCES

VIDÉOS

PHOTOS



M'identifier

Je m'abonne



Live



Communes



Météo

ouest  
france



Newsletters



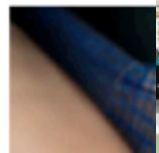
Rechercher

Comment réagir face aux pressions des médias , des patientes ?

Une réponse : les Données scientifiques actuelles

milliers

Modifié le 19/10/2017



Accueil | Bien-être et Santé | Actu santé | ACTU SANTÉ

## Prolift, la prothèse vaginale qui fait vivre un calvaire aux femmes

Par Aurélie Sogny | Publié le 28/11/2018 à 14:05



## Prolapsus voie vaginale: pourquoi utiliser des prothèses en 2019 ?

### Essais randomisés (cystocèle) prothèse vs réparation autologue

Interposition prothèse inter-vésico-vaginale synthétique non résorbable :



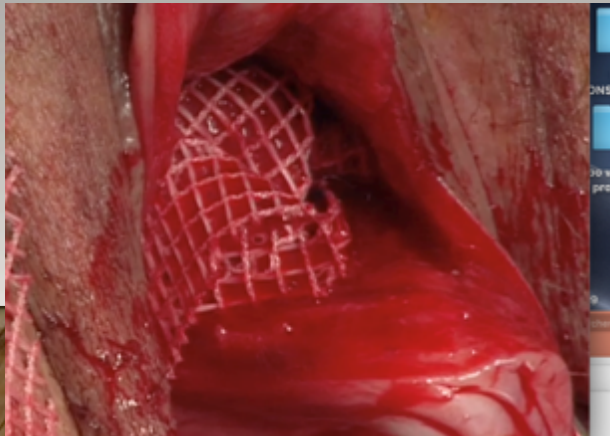
- ne diminue pas le risque réintervention pour récurrence à 3 ans **NP1**
- augmente la prévalence globale des réinterventions **NP1**



- diminue à 3 ans le risque de récurrence anatomique (cystocèle) **NP1**
- amélioration symptôme « boule vaginale » supérieure à 2 ans **NP2**
- Pas de différence significative en terme de douleur *lancet 2017*

## **Prolapsus voie vaginale: pourquoi utiliser des prothèses en 2019 ?**

- **Evolution des matériaux prothétiques : Greca 2008 , Hernia.**
  - Ultra légère 0,019 kg/m<sup>2</sup> (vs 0,089) (RESTORELLE direct fix)
  - Taille des pores plus important (1,6 vs 0,64 mm)
  - Diminution du taux d'érosion et des dyspareunies
  - Meilleure prolifération tissulaire
  - Moins de fibrose
- **Nouvelle technique opératoire pour diminuer le risque d'exposition:**
  - Incision décalée, non en regard de la prothèse
  - Prothèse placée sous une certaine épaisseur vaginale



## **Prolapsus voie vaginale: pourquoi utiliser des prothèses en 2019 ?**

### **INDICATION DE PROTHÈSE PAR VOIE VAGINALE (RPC CNGOF 2016)**

- Cystocèle récidivée
- FDR de récurrence : mais quels sont les FDR ?



## Facteurs de risque de récurrence

**Cystocèle récidivée** = principal facteur de risque démontré de récurrence (NP2)

*Clark et al, Am J Obstet Gynecol, 2003      Nam et al, Int J Gynaecol Obstet 2010*

Une interposition de prothèse inter-vésico-vaginale est associée à (NP2) :

- moindre risque de récurrence de cystocèle à 1 an
- meilleur taux de succès (pas de récurrence > stade 1 et disparition symptôme)

*Witthagen, 2011      Altman, N Eng J Med, 2011*

## Facteurs de risque de récidence

Les autres facteurs de risque de récidence **ne sont pas établis** de façon certaine (pas d'étude spécifique)

Un stade de cystocèle III ou IV

Histoire familiale de prolapsus urogénital

**Facteur de risque  
dans certaines études seulement**

*Weemhof et , IUJ, 2012*

Efforts de poussée chronique (toux, constipation, dyschésie)

Hyperlaxité (syndrome d'Ehlers Danlos)

...pas de donnée publiée spécifique

## Obésité

n'est pas un facteur de risque démontré de récidence

*Weemhof, IUJ, 2012   Clark et al, Am J Obstet Gynecol, 2003   Nam et al, Int J Gynaecol Obstet 2010*

...et c'est en revanche un facteur de risque démontré d'exposition

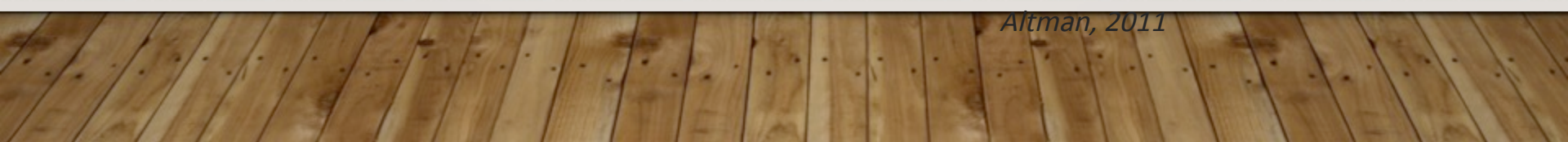
prothétique vaginale (x10) versus (x3) pour le tabagisme

*Chen et al, 2007   Araco et al, 2009   Cundiff et al, 2008*

Essai randomisé (cure de cystocèle) avec et sans prothèse synthétique

Pas de différence (résultats anatomiques et fonctionnels) pour les obèses

*Altman, 2011*



## Contre indication des prothèses

### Age ?

Age moyen des inclusions dans les ECR : entre 57 et 70 ans

Critères d'inclusion concernant l'âge :

- femmes ménopausées *Hiltunen, 2007*
- entre 40 et 80 ans *Vollebregt, 2011*
- $\geq 21$  ans *Iglesia, Obstet gynecol, 2010* *Nguyen, 2008*
- $\geq 18$  ans *Altman, 2011*
- aucun *Nieminen, 2010* *Sivaslioglu, 2008* *Withagen, 2011*

Dans aucun de ces essais, l'âge n'apparaît comme un facteur de risque de mauvais résultat (ni anatomique, ni fonctionnel, ni sur le plan sexualité)



## Contre indication des prothèses

### Sexualité ?

Avec ou sans prothèse, la chirurgie améliore le PISQ 12 (NP2)

*Altman et al, NEJM, 2011*

Dyspareunie de novo avec et sans prothèses , 18% vs 20% : Pas de différence significative (NP2) *Neiminen et al, AJOG, 2010*

**Informers les patientes du risque de dyspareunies (Grade B),  
mais risque comparable à celui de la chirurgie par voie vaginale sans prothèse**

## **Douleurs post opératoire +++**

-Pas de différence significative en terme de **douleur post opératoire** dans la population générale avec vs sans prothèse     *Lancet 2007*

-Syndrome douloureux pelvien chronique, fibromyalgies

**= facteurs de risque de douleurs et dyspareunies post-opératoires**

- |                                |                         |
|--------------------------------|-------------------------|
| ➤ douleur pré-opératoire       | OR 3.2, 95% CI 1.2-8.4  |
| ➤ dyspareunies pré-opératoires | OR 4.7, 95% CI 1.7-12.8 |

*Withagen Obstet Gynecol 2011*

**Limiter les indications d'interposition prothétique dans cette sous population ++**

**PEC MULTIDISCIPLINAIRE AVEC REHABILITATION PREMIERE**

## **Quelle est la meilleure technique ?**

- Prolapsus voie vaginale non prothétique / voie haute
- Voie haute : quel voie d'abord ? coelioscopie
- Prolapsus voie vaginale : prothèse vs autologue
- Prolapsus voie vaginale prothétique vs promontofixation coelioscopique ?

## **ESSAI PROSPERE : Etude randomisée comparant la promontofixation coelioscopique (PFC) à la chirurgie prothétique vaginale (TVM) pour cure de cystocèle (PROSthetic PELVic REPair)**

- **Critères d'inclusions :**
  - Cystocèles de stade  $\geq 2$  *POP Q*
  - Âge : 45 ans - 75 ans
- **Critères d'exclusions**
  - ATCDT chir de prolapsus
  - Contre indication pour une voie d'abord
- **Critère de jugement principal :**
  - Complication  $\geq$  grade 2 de la classification DINDO
  - Gradation des complications par des experts indépendant en aveugle de l'intervention réalisée



## ESSAI PROSPERE : Etude randomisée comparant la promontofixation coelioscopique (PFC) à la chirurgie prothétique vaginale (TVM) pour cure de cystocèle (PROSthetic PELVic REPair)

- Critères secondaires :
  - Complication > grade 3 Dindo
  - POP-Q
  - PFID20, PFIQ7, ~~ICIQ, PISQ-IR, FSFI, EQ-SD, PGI-I, QCF, Douleur, Srikrishna~~
  - Critères composites de Barber : Pas de prolapsus, pas de Symptôme, pas de réintervention. (*barber 2009 gyn obst*)
- Equipe expérimenté : 11 hôpital français, > 30 procédures par an des 2
- Standardisation des techniques
- (accroche non résorbable promontoire, +/-hysterectomie , +/- prothèse postérieur, visite 6 sem, 6 mois, 12 mois)

## Indications chirurgicales en cas de prolapsus

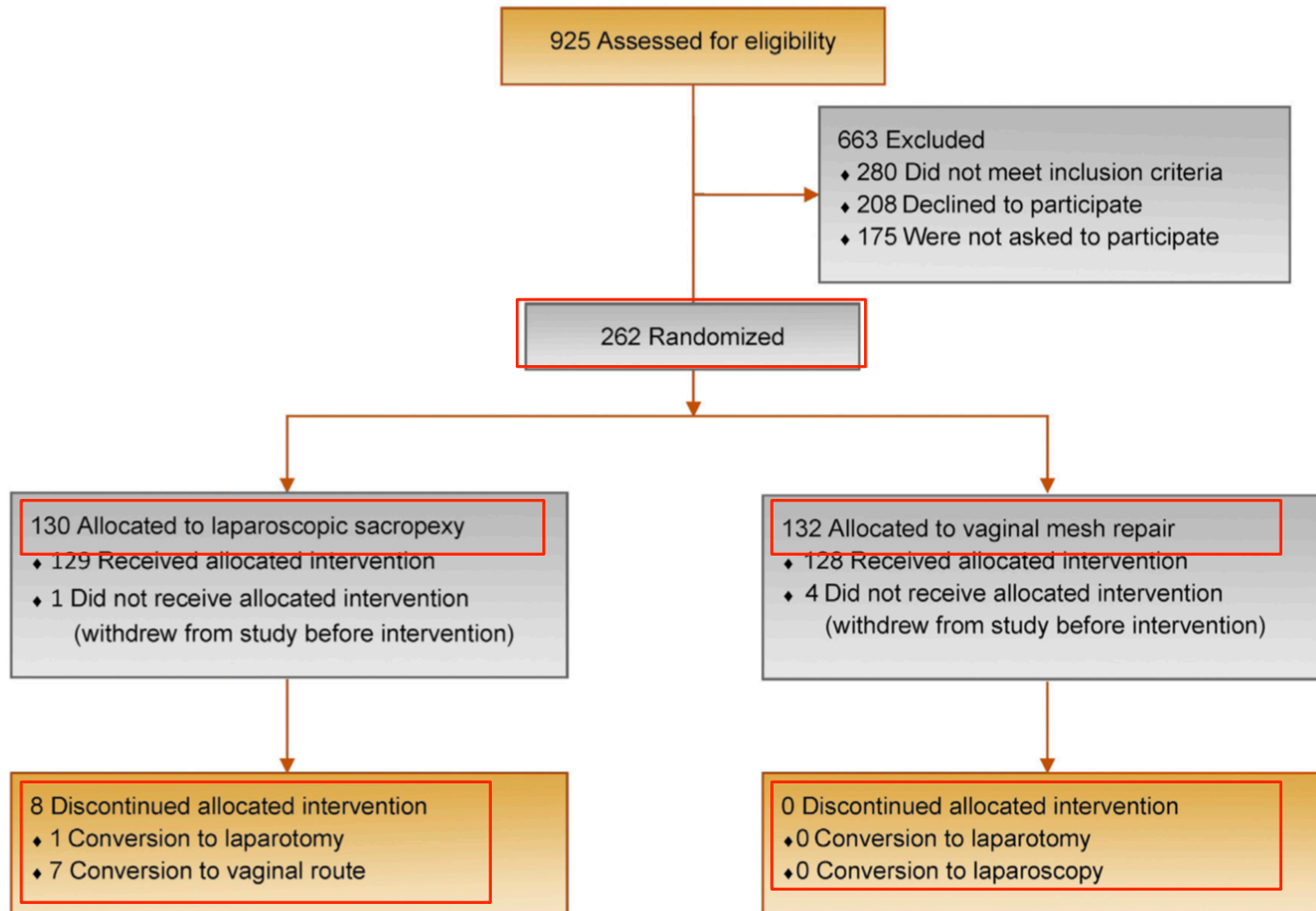


Fig. 1 – Randomization and follow-up of the study patients.

# CARACTÉRISTIQUES CHIRURGICALES

|                                                           | Laparoscopic sacropexy group (n = 129) | Transvaginal mesh repair group (n = 128) | p value            |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|--------------------|
| Surgical characteristics                                  |                                        |                                          |                    |
| Duration of surgery (min), means ( $\pm$ SD) <sup>a</sup> | 119 ( $\pm$ 46)                        | 59 ( $\pm$ 34)                           | 0.000 <sup>b</sup> |
| Uterine preservation, no. (%)                             | 104 (80.6)                             | 102 (79.7)                               | 0.851 <sup>c</sup> |
| Vaginal vault suspension, no. (%)                         | 8 (6.2)                                | 12 (9.4)                                 | 0.342 <sup>c</sup> |
| Subtotal hysterectomy, no. (%) <sup>g</sup>               | 16 (12.4)                              | 0 (0)                                    | 0.000 <sup>d</sup> |
| Total hysterectomy, no. (%) <sup>g</sup>                  | 1 (0.8)                                | 14 (10.9)                                | 0.000 <sup>d</sup> |
| Stress urinary incontinence surgery, no. (%)              | 48 (37.2)                              | 34 (26.6)                                | 0.067 <sup>c</sup> |
| Placement of a posterior mesh, no. (%)                    | 113 (87.6)                             | 29 (22.7)                                | 0.000 <sup>b</sup> |
| Drop in hemoglobin (g/dl), means ( $\pm$ SD) <sup>a</sup> | -1.05 ( $\pm$ 1.17)                    | -1.35 ( $\pm$ 0.86)                      | 0.037 <sup>b</sup> |
| Duration of hospitalization (d), means ( $\pm$ SD)        | 3.3 ( $\pm$ 1.3)                       | 3.3 ( $\pm$ 2.0)                         | 0.727 <sup>b</sup> |

- Différence significative en terme de temps opératoire en faveur de la voie vaginale
- Hystérectomies : même taux , subtotale coelio/ totale vaginale
- Significativement plus de prothèses postérieurs posées par voie coelioscopique

# COMPLICATIONS

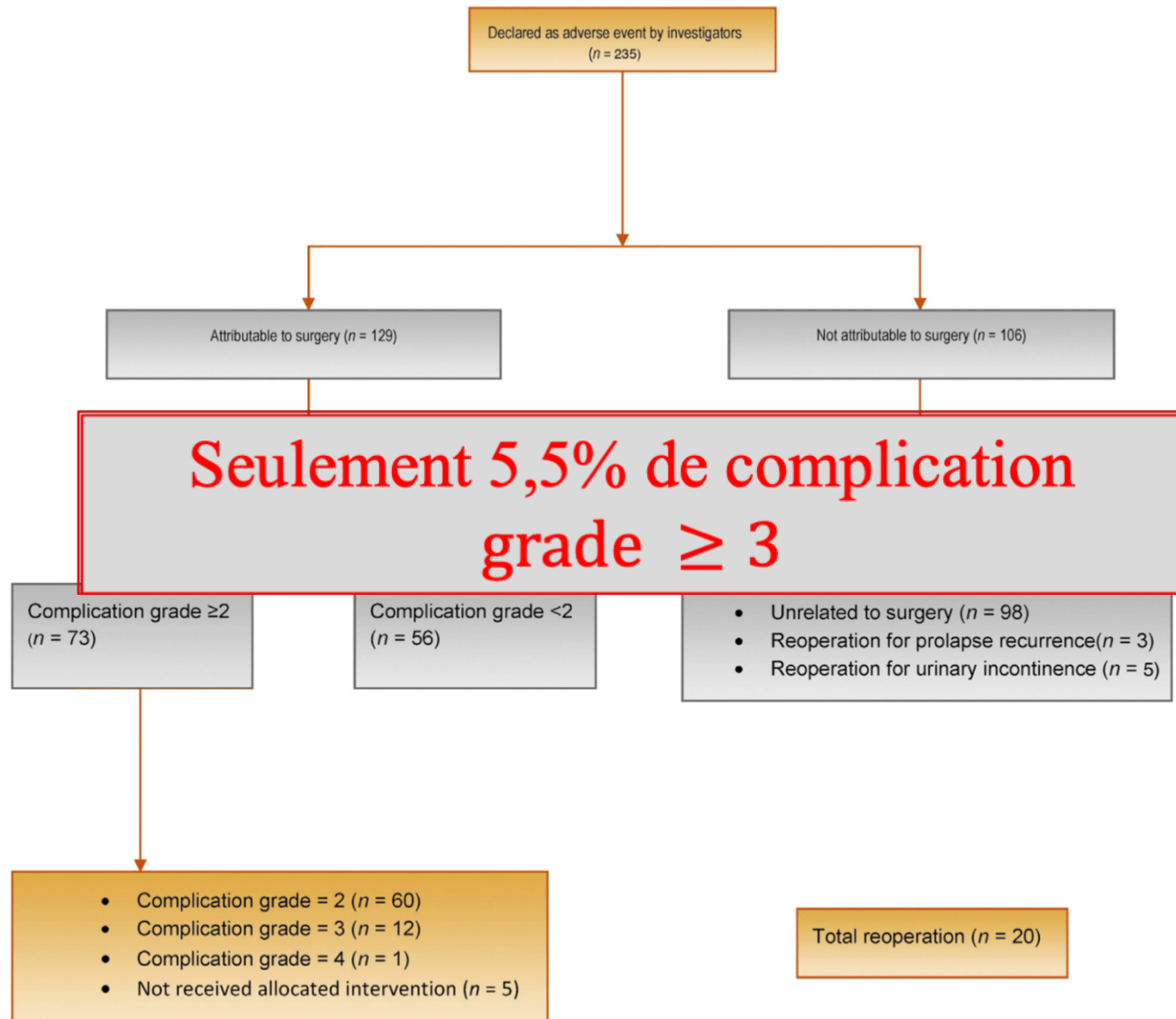


Fig. 2 – Follow-up and blinded assessment of adverse events using modified Clavien–Dindo classification.



# MORBIDITÉS CHIRURGICALES A COURT TERME

|                           | Laparoscopic sacropexy group (n = 129) | Transvaginal mesh repair group (n = 128) | p value            |
|---------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|--------------------|
| Preoperative events, no.  |                                        |                                          |                    |
| Conversion                |                                        |                                          |                    |
| None                      | 121                                    | 128                                      |                    |
| Strategic                 | 8 <sup>e</sup>                         | 0                                        |                    |
| Bladder injury            | 3                                      | 3                                        | 1.000 <sup>d</sup> |
| Rectal injury             | 1                                      | 1                                        | 1.000 <sup>d</sup> |
| Vascular injury           | 1                                      | 0                                        | 1.000 <sup>d</sup> |
| Hemorrhage >500 ml        | 1                                      | 0                                        | 1.000 <sup>d</sup> |
| Transfusion               | 1                                      | 0                                        | 1.000 <sup>d</sup> |
| Postoperative events, no. |                                        |                                          |                    |
| Hematoma                  | 2                                      | 1                                        | 1.000 <sup>d</sup> |
| Postoperative bleeding    | 1                                      | 0                                        | 1.000 <sup>d</sup> |
| Mesh erosion              | 0                                      | 3 <sup>f</sup>                           | 0.122 <sup>d</sup> |

**PAS DE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE EN TERME DE MORBIDITÉ**

# COMPLICATIONS

|                                                   | Laparoscopic sacropexy group (n = 129) | Transvaginal mesh repair group (n = 128) | p value            |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|--------------------|
| Distribution of complications, no. (%)            |                                        |                                          |                    |
| None                                              | 85 (65.9)                              | 80 (62.5)                                | 0.025 <sup>c</sup> |
| Grade I                                           | 23 (17.8)                              | 15 (11.7)                                |                    |
| Grade II                                          | 20 (15.5)                              | 21 (16.4)                                |                    |
| Grade III                                         | 1 (0.8)                                | 11 (8.6)                                 |                    |
| Grade IV                                          | 0 (0.0)                                | 1 (0.8)                                  |                    |
| Reoperation for complications, no. (%)            | 1 (0.8)                                | 11 (8.6)                                 | 0.003 <sup>d</sup> |
| Under local anesthesia (grade IIIa)               | 0                                      | 5                                        | 0.722 <sup>d</sup> |
| Under general anesthesia (grade IIIb)             | 1                                      | 6                                        |                    |
| Reoperation for pelvic floor dysfunction, no. (%) | 5 (3.9)                                | 3 (2.3)                                  |                    |
| Stress urinary incontinence surgery               | 4                                      | 1                                        | 0.060 <sup>c</sup> |
| Pelvic organ prolapse recurrence                  | 1                                      | 2                                        |                    |
| Total reoperations, no. (%)                       | 6 (4.7)                                | 14 (10.9)                                |                    |

- Plus de complications de grade  $\geq 3$  dans le groupe TVM
- Taux de réopérations pour complication significativement plus élevé dans le groupe TVM
- Taux de réopérations plus élevé dans PFC pour dysfonction pelvienne
- Taux de réopérations totot confondu non significatif ( plus élevé pour TVM)

## RESULTATS ANATOMIQUES

|                                                                                         | PMF ( n=129) coelio                                                                        | TVM (n=128) vaginale |     |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----|-------|
| BA <-10 mm                                                                              | 57,5%                                                                                      | 59,1%                | 0,9 | 0,799 |
| C<-10 mm                                                                                | 98,4%                                                                                      | 90,5%                | 6,6 | 0,006 |
| B                                                                                       | Pas différence significative : résultat anatomique très satisfaisant pour les 2 techniques |                      |     | 1,000 |
| Prolapsus stade 0 ou 1                                                                  | 53,5%                                                                                      | 53,5%                | 1,0 | 1,000 |
| Critères de Barber :<br>Pas de prolapsus ,<br>pas de réintervention,<br>pas de symptôme | 109/127(85,8%)                                                                             | 112/127(88,2%)       | 8,9 | 0,576 |

## ACTIVITE SEXUELLE

|                                                                 | Promontofixation coelioscopique<br>(n = 78 ) | Chirurgie prothétique par voie<br>vaginale (n = 67) | P      |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------|
| Patientes sexuellement actives à 1 an                           | 68 (87.2)                                    | 50 (88.1)                                           |        |
| Apareunie                                                       |                                              |                                                     | 0.960* |
| Apareunie pour une autre cause<br>n (%)                         | 7 (9.0)                                      | 6 (9.0)                                             |        |
| Dyspareunie de novo – n (%)                                     | 3/49 (6.1)                                   | 9/44 (20.5)                                         | 0.061† |
| Dyspareunie + Apareunie à cause de<br>la douleur – n (%)        | 10/71 (14.1)                                 | 18/61 (29.5)                                        | 0.031* |
| Dyspareunie de novo ou aggravation<br>de la dyspareunie – n (%) | 6/71 (8.5)                                   | 12/61 (19.7)                                        | 0.061* |

Dyspareunie et Apareunie significativement plus élevé dans le groupe TVM



## **CONCLUSION PROSPERE**

- **PROMONTOFIXATION COELIOSCOPIQUE**
  - Efficace pour le traitement des cystocèles primaires
  - En première intention chez les patientes sexuellements active
  - Génère moins de complications et de réinterventions que la TVM
  - Fonction sexuelle est mieux préservé.
  - Mais avec un taux de conversion de 6 %
- **Taux de complications liées aux prothèses est faible dans les 2 groupes :**
  - (taux d'exposition prothétique <2%)
- **Les résultats anatomiques et fonctionnels sont identique ( critères composites de Barber)non résorbable promontoire, +/-hysterectomie , +/- prothèse postérieur , visite 6 sem, 6 mois, 12 mois)**

## CONCLUSION PROSPERE

---

**PMF : Technique de première intention**

**Si le cas est considéré comme techniquement difficile :  
TVM mais uniquement DANS DES MAINS EXPERIMENTÉS**

**NECESSITÉ DE CONNAÎTRE LES DEUX VOIES D'ABORD POUR UN TRAITEMENT  
CHIRURGICAL DU PROLAPSUS : ADAPTÉE A CHAQUE PATIENTE ET  
OPTIMISER LA BALANCE BENEFICE > RISQUE ++++**

## Conclusion

- Indication chirurgicale si **échec (ou refus) rééducation et pessaire**
- **Promontofixation** chez les femmes jeunes sexuellement actives
- **Cibler les indications** de prothèse par voie vaginale
  - Récidives de cystocèle ++/ Facteur de risque
  - Attention si douleurs chroniques pré-opératoires : Equipe adaptée +++
- Chez les « femmes avec facteur de risque » la chirurgie vaginale présente des **avantages incontestables +++**

Le respect des indications est une arme majeur de la  
prévention des complications

## Conclusion

- Efficacité anatomo-fonctionnelle évidente de la prothèse pour la

cure de cystocèle (niveau de preuve 1)

- Information pré-opératoire capitale ++++

- Importance la ~~formation initiale, expérience, respect des~~

techniques, respect des indications et des contre indications, information des patientes,

- validation en RCP multidisciplinaire





MERCI



## Qui doit décider ? **Les individus**

### Motivations du chirurgien (seul, face à sa conscience...)

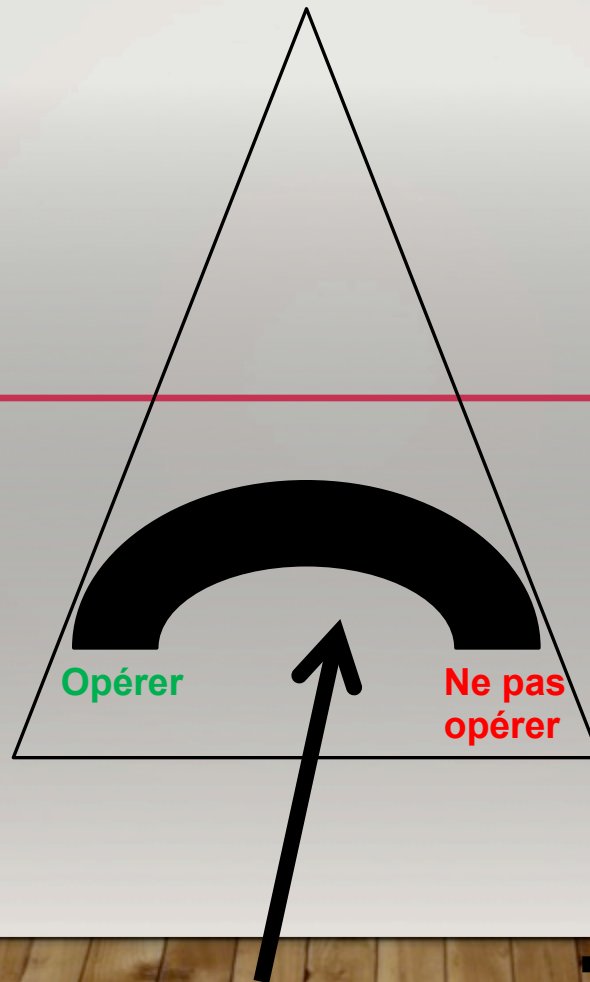
- Principe de bienfaisance (serment d'Hippocrate) fondé sur *EBM*  
« *mon premier souci...rétablir la santé dans tous ses éléments... »*
- Plaisir d'opérer
- Honoraires, tarification à l'activité, volume d'activité
- Conflits d'intérêt, nécessité d'inclusion dans des essais cliniques

### Motivations de la patiente (seule, face à ses craintes...)

- Etre soulagée (extériorisation, pesanteur, gêne urinaire, anorectale, sexuelle et/ou psychologique)
- Redevenir normale, ne pas se dégrader, rester continente
- Se conformer à l'image sociétale de la femme « moderne »
- Faire plaisir aux médecins (traitant, gynécologue, chirurgien)

## Qui doit décider ? La « balance bénéfice risque »

| Bénéfice                    |     |
|-----------------------------|-----|
| Correction anatomique       | 90% |
| Guérison HAV                | 45% |
| Amélioration qualité de vie | 60% |
| Guérison dyschésie          | 30% |
| Disparition pesanteur       | 70% |
| Amélioration sexualité      | 20% |



| Risque                      |     |
|-----------------------------|-----|
| Plaie vésicale ou rectale   | 1%  |
| Exposition prothétique      | 10% |
| Dyspareunies <i>de novo</i> | 12% |
| Incontinence <i>de novo</i> | 5%  |
| Hématome                    | 2%  |
| Décès                       | 1‰  |

## Qui doit décider ? **La Science**

*Confiance aveugle en une science objective...*

## Remplissage de questionnaires

Borne numérique

PFDI (symptômes et gêne)

PFIQ (impact sur activités)

Cystocèle avec prothèse

QoL améliorée (score - 50%)

Suivi : 36 mois.



Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

1. Avez-vous souvent l'impression que quelque chose *appuie* dans le bas du ventre ?  
☐ Non ; ☐ Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...  
0                      ☐ 1                      ☐ 2                      ☐ 3                      ☐ 4  
Pas du tout      -      Un peu      -      Moyennement      -      Beaucoup

---

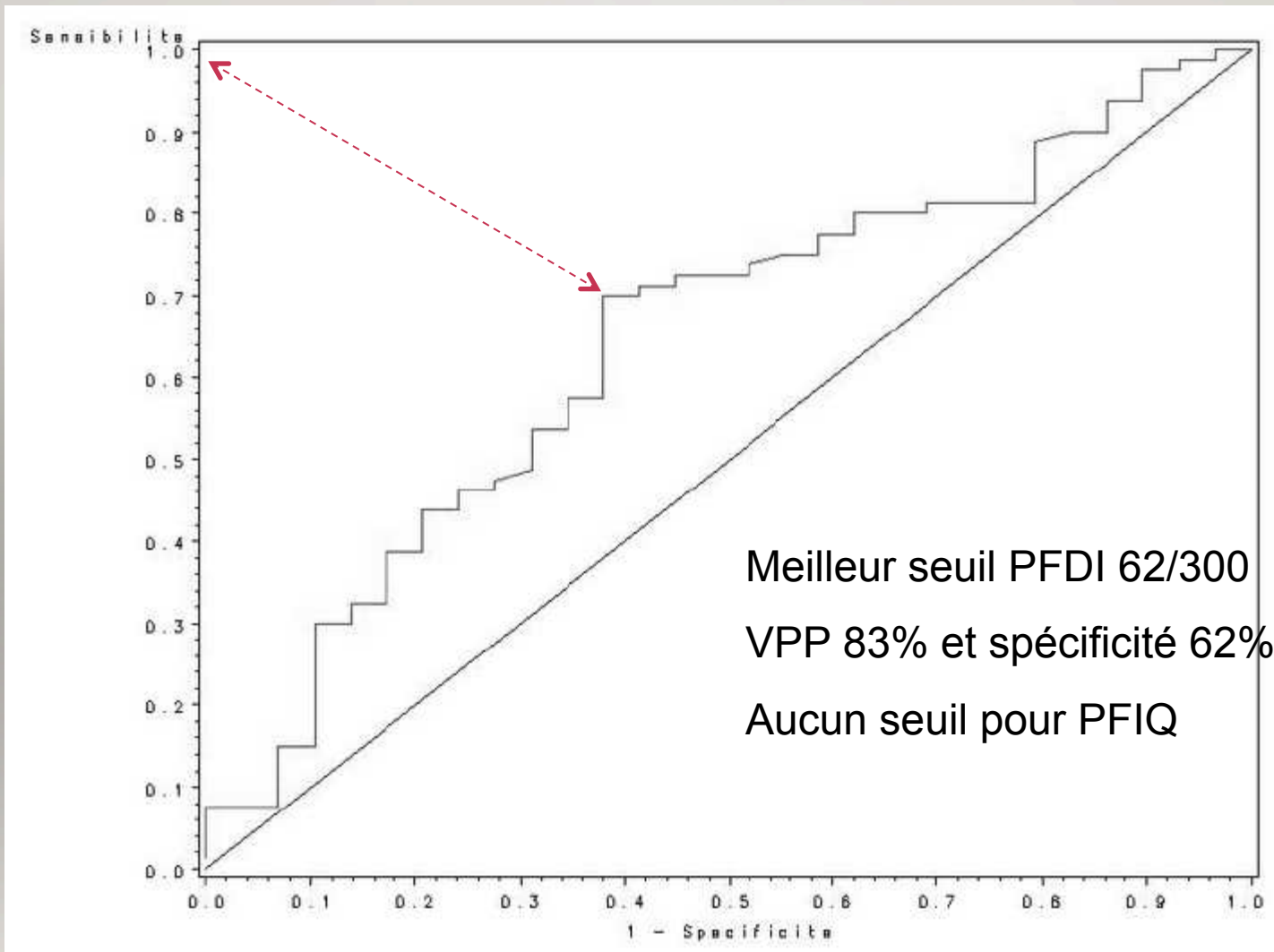
2. Avez-vous souvent une sensation de *pesanteur* ou de *lourdeur* dans la région génitale ?  
☐ Non ; ☐ Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...  
0                      ☐ 1                      ☐ 2                      ☐ 3                      ☐ 4  
Pas du tout      -      Un peu      -      Moyennement      -      Beaucoup

---

3. Avez-vous souvent une « boule » ou quelque chose qui dépasse que vous pouvez toucher ou voir au niveau du vagin ?  
☐ Non ; ☐ Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...  
0                      ☐ 1                      ☐ 2                      ☐ 3                      ☐ 4  
Pas du tout      -      Un peu      -      Moyennement      -      Beaucoup



## Indications chirurgicales en cas de prolapsus



**Table 3 – Description, management, and outcome of patients with grade III and IV complications**

| Randomization group    | Grade (modified Clavien–Dindo [16]) | Description complication                                    | Management                                                                                                                                                   | Outcome                                                                                     |
|------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Laparoscopic sacropepy | IIIb                                | Massive hemoperitoneum diagnosed on day 1 postop            | Reintervention by laparoscopy under general anesthesia to control bleeding of the left epigastric vessel. Three-unit blood transfusion. No reanimation curse | Uneventful recovery on day 6                                                                |
| Vaginal mesh repair    | IIIb                                | Vaginal synechiae diagnosed at 6 wk                         | Surgical treatment of synechiae under local anesthesia. Recurrence requiring reoperation under general anesthesia                                            | Normal healing. No dyspareunia                                                              |
| Vaginal mesh repair    | IIIa                                | Vaginal synechiae diagnosed at 6 wk                         | Synechiae treated with one-step dilation as outpatient                                                                                                       | Normal healing. Permanent disability with de novo dyspareunia                               |
| Vaginal mesh repair    | IIIb                                | Bladder mesh exposure diagnosed at 6 mo                     | Laparotomy for partial removal of the mesh with cystotomy and ureteral catheter                                                                              | Disability with persistent pain during micturition                                          |
| Vaginal mesh repair    | IIIb                                | Vaginal mesh exposure diagnosed at 8 wk                     | Partial removal of the mesh by vaginal route under general anesthesia                                                                                        | Normal healing. Uneventful recovery at 6 mo. No sexual activity before or after surgery.    |
| Vaginal mesh repair    | IIIb                                | Vaginal mesh exposure diagnosed at 6 mo                     | Partial removal of the mesh, under general anesthesia, by vaginal approach                                                                                   | Normal healing. Uneventful recovery at 1 yr. Improvement of preoperative dyspareunia        |
| Vaginal mesh repair    | IIIb                                | Hematoma under the vaginal suture diagnosed on day 3 postop | Surgical drainage through vaginal route under general anesthesia                                                                                             | Uneventful recovery at 6 wk. No sexual activity before or after surgery                     |
| Vaginal mesh repair    | IIIa                                | Vaginal polyp diagnosed at 4 mo                             | Polyp removal in outpatient setting without anesthesia                                                                                                       | Normal healing at 6 mo. Mild de novo dyspareunia                                            |
| Vaginal mesh repair    | IIIb                                | Umbilical abscess drained on day 23 postop                  | Surgical drainage under general anesthesia                                                                                                                   | Uneventful recovery at 6 wk                                                                 |
| Vaginal mesh repair    | IIIb                                | Bladder outlet obstruction diagnosed at 1 yr                | Lateral section of sling under general anesthesia                                                                                                            | Disappearance of obstructive voiding symptom                                                |
| Vaginal mesh repair    | IIIa                                | Macroscopic hematuria at 6 wk                               | 24-h inpatient bladder Foley catheter and irrigation. Normal UroTDM                                                                                          | Uneventful recovery after discharge                                                         |
| Vaginal mesh repair    | IIIa                                | Painful mesh retraction                                     | Outpatient local infiltration with lidocaine                                                                                                                 | Recovery. No sexual activity since surgery but not related to pain according to the patient |
| Vaginal mesh repair    | IV                                  | Heavy bleeding during dissection of paravesical space       | Surgery stopped without mesh placement. Vaginal packing. 1 d intensive care unit curse                                                                       | Uneventful recovery after discharge, persistent prolapse but no reoperation desired         |

## Indications chirurgicales en cas de prolapsus

Deffieux et al,  
Manuel d'Urogynécologie,  
éd Masson, 2012

Prolapsus génital entraînant une gêne et une  
altération de la qualité de vie  
+  
Echec pessaire / rééducation

Activité sexuelle présente ou désirée

\* Cas particulier :  
Désir de grossesse et  
hystéroptose isolée ou  
prédominante

Adapter la voie d'abord, la technique à la  
patiente +++

- Insuffisance respiratoire  
- Contre indication à l'anesthésie générale

Non

Oui

Chirurgie par voie vaginale

Promontofixation coelioscopique

Réparation  
autologue

Réparation  
prothétique

Colpoclesis

## Prolapsus voie vaginale: pourquoi utiliser des prothèses en 2019 ?

| Auteurs             | n   | Stade<br>cystocél<br>e<br>minimum<br>à<br>l'inclusio<br>n | Age moyen<br>(ans) dans<br>le groupe<br>prothèse | Technique     | Suivi<br>(mois) | Re.I<br>Total hors BSU<br>sans vs avec prothèse | Re.I<br>BSU<br>sans vs<br>avec<br>prothèse | Re.I<br>Récidive*<br>sans vs<br>avec<br>prothèse | Re.I<br>Complication prothétique<br>** |
|---------------------|-----|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------|-----------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------|
| de Tayrac<br>2013   | 147 | ≥2                                                        | 70                                               | 2 bras TO     | 12              | 6/72 vs 7/75                                    | 7/72 vs<br>8/75<br>(p=0.8)                 | 3/72 vs<br>2/75<br>(p=0.96)                      | 5/75 (6%)                              |
| Sokol<br>2012       | 65  | ≥2                                                        | 64                                               | 4 bras TO     | 12              | 0/33 vs 5/32                                    | 0/33 vs<br>1/32                            | 0/33 vs<br>3/32<br>(p=0.11)                      | 3/32 (10%)                             |
| Vollebregt<br>2011  | 125 | ≥2                                                        | 60                                               | 4 bras TO     | 12              | 5/62 vs 6/59                                    | 1/62 vs<br>2/59<br>(p=0.9)                 | 4/62 vs<br>3/59<br>(p=0.94)                      | 1/59 (2%)                              |
| Altman<br>2011      | 200 | ≥2                                                        | 65                                               | 4 bras TO     | 12              | 1/189 vs 8/200                                  | 0/189 vs<br>5/200<br>(p=0.06)              | 1/189 vs<br>0/200<br>(p=0.49)                    | 6/200 (3%)                             |
| Withagen<br>2011    | 190 | ≥2                                                        | 64                                               | 4 bras TO     | 12              | 5/97 vs 5/93                                    | ND                                         | 4/97 vs<br>0/93<br>(p=0.14)                      | 5/93 (5%)                              |
| Iglesia<br>2010     | 65  | ≥2                                                        | 64                                               | 4 bras TO     | 9               | 0/33 vs 5/32                                    | ND                                         | 0/33 vs<br>2/32<br>(p=0.45)                      | 3/32 (9%)                              |
| Nieminen<br>2010    | 202 | ≥2                                                        | 66                                               | 4 bras non TO | 36              | 8/96 vs 20/104                                  | 9/96 vs<br>5/104<br>(p=0.32)               | 1/96 vs<br>6/104<br>(p=0.15)                     | 14/104 (13%)                           |
| Nguyen<br>2008      | 76  | ≥2                                                        | 61                                               | 4 bras TO     | 12              | 1/38 vs 2/38                                    | ND                                         | ND                                               | 2/38 (5%)                              |
| Sivaslioglu<br>2008 | 90  | ND                                                        | 57                                               | 4 bras TO     | 12              | 0/42 vs 3/43                                    | ND                                         | ND                                               | 3/43 (7%)                              |
| Hiltunen<br>2007    | 202 | ≥2                                                        | 66                                               | 4 bras non TO | 12              | 1/97 vs 5/104                                   | 6/97 vs<br>4/105<br>(p=0.65)               | 1/97 vs<br>1/105<br>(p=0.51)                     | 4/104 (9%)                             |
|                     |     |                                                           |                                                  |               |                 |                                                 | 23/549 vs<br>11/679                        | 11/679 vs<br>1/105                               |                                        |