

Recommandations de consensus pour la prise en charge chirurgicale des prolapsus génitaux de la femme.

INDICATIONS OPERATOIRES

- Le POP-Q réalisé en pré- et post-opératoire peut être considéré comme le système de stadification de référence étant donné sa fiabilité et reproductibilité inter- et intra-personnelle.
- Dans tous les cas, le choix du traitement du prolapsus uro-génital s'efforcera de tenir compte des attentes de la patiente quant à l'impact du traitement ou de l'absence de traitement sur sa qualité de vie.
- Il n'y a pas de consensus concernant l'intérêt de réaliser systématiquement des examens complémentaires tels que bilan urodynamique, cystoscopie et imagerie.
- Le traitement sera chirurgical en cas d'inconfort altérant la qualité de vie et/ou de rétention urinaire et/ou d'IUE associée, ce qui - a priori - signifie qu'il sera indiqué pour les prolapsus importants, anatomiquement \geq stade II.
- Le pessaire reste une alternative valable en cas de non éligibilité pour la chirurgie. Il peut être placé en 1^{ère} intention mais aussi à titre de test thérapeutique pré-chirurgical.
- La kinésithérapie de rééducation périnéo-sphinctérienne n'est pas un traitement du prolapsus mais peut parfois et si elle est bien conduite en soulager efficacement les symptômes. Elle constitue un atout supplémentaire en cas de problèmes associés : mictionnels, anaux, sexuels.

UTILISATION DE MATERIAUX DE RENFORT (PROTHESES IMPLANTABLES) EN URO-GYNECO.

- L'utilisation de ces matériaux, particulièrement les non résorbables, devrait être réservée aux chirurgiens qui en ont l'expérience et y ont été formés.
- Actuellement et sous réserve des progrès de la technologie biomédicale dans le domaine, le polypropylène (introduit en 1996) constitue le matériau recommandé sous forme de treillis macroporeux monofilament de faible densité.
- Pour la cure de cystocèle, sur base des études de suivi de 2 ans en moyenne dont on dispose actuellement, les meilleurs résultats sont obtenus lors de l'utilisation de treillis de polypropylène par rapport aux matériaux résorbables et davantage encore par rapport aux techniques classiques sans renforts prothétiques (*colporraphies, paletot,...*). Cependant, il ne faut pas négliger les complications associées non seulement à la technique chirurgicale mais également celles liées à l'utilisation de tels matériaux. Le taux global de complications de gravité variable est estimé entre 4 et 11 % suivant les séries de la littérature.
- En cas de rectocèle, les corrections classiques sont associées à des taux élevés en terme d'efficacité et faibles pour les complications. Il n'y aurait donc pas d'avantage à recourir aux matériaux de renforts en 1^{ère} intention .
- Pour le prolapsus du dôme vaginal et/ou de l'utérus, le recours à du matériel de renfort lors de la promontofixation (*sacrocolpopexie*) a démontré une supériorité nette en terme d'efficacité, en particulier lors de l'utilisation de matériaux non résorbables (le polypropylène et le polyester).

- En cas d'IUE, l'utilisation du polypropylène dans le cadre d'un soutènement sous urétral par bandelette (TVT, TOT, TVT-O) montre un taux élevé d'efficacité et doit être recommandé comme 1^{er} choix.
- Il reste en outre des points de controverse plus ou moins importants :
 - à réserver aux récurrences (*par exemple comme pour le rectocèle*) ou en 1^{ere} intention. ?
 - avec hystérectomie ou sans (*cfr paragraphe gestes associés*) ?
 - type d'incision préférentielle (colpotomie médiane) et d'approche (Kit ?, voie transobturatrice,...).
 - Taille et surface des treillis.
 - Type de fixation éventuelle (nombre, situation, type de fils et suture).

VOIE D'ABORD

- En cas de prolapsus « apical » (dôme vaginal / utérin) :
 - la promontofixation abdominale ou laparoscopique réalisée à l'aide de matériaux synthétiques reste l'intervention de référence, avec des résultats identiques pour la technique abdominale comme laparoscopique. Il est recommandé de ne pas appliquer une traction trop importante sur les matériaux de renfort et de les enfouir sous le péritoine.
 - Il semble qu'associer un geste urinaire dans le même temps opératoire réduise le taux d'IUE secondaire (de novo ou autre), mais pas au point de recommander de l'effectuer systématiquement.
 - L'abord vaginal strict selon la technique classique décrite par Richter reste une alternative valable en terme de résultats validés à long terme.
 - La voie transglutéale à l'aide de renforts prothétiques constitue une autre alternative efficace mais en cours de validation, particulièrement en ce qui concerne les complications.
- La rectocèle isolée se traitera préférentiellement par voie vaginale.
La voie trans-anale donne de moins bons résultats.
- La cystocèle peut être prise en charge par voie haute, à l'exclusion des stades \geq III et surtout le IV.
Cette voie d'abord ne présente pas d'avantages sur la voie basse, surtout si la cystocèle est isolée.

GESTES ASSOCIES

- Hystérectomie :
 - En l'absence de pathologie utérine (col-corps), elle n'est pas indispensable au traitement des prolapsus. En cas d'allongement hypertrophique du col sans utéroécèle, l'amputation cervicale sans hystérectomie est valable.
 - En cas de voie haute, si l'hystérectomie est indiquée elle sera subtotale car l'absence de colpotomie permet de diminuer les complications en particulier les expositions prothétiques.
 - En cas de voie vaginale, l'association de matériaux de renfort à l'hystérectomie accroît le risque d'exposition prothétique particulièrement si l'on a utilisé une incision en T inversé.

- Myorrhaphie des releveurs : déconseillée ou (très) légère si activité sexuelle, car augmentant la dyspareunie surtout d'intromission.
- Colpectomie: à proscrire en cas d'utilisation de matériel de renfort, car augmente le risque d'exposition prothétique et favorise une rétraction postopératoire importante du vagin, responsable de dyspareunie et douleurs.

PROLAPSUS ET IUE : TRAITEMENT COMBINE

Lors d'IUE pure existante au moment de traiter le prolapsus, on peut proposer dans des cas bien ciblés une cure simultanée.

En effet, dans les autres circonstances (incontinence mixte, instabilité, rétention et dysurie) en raison de la méconnaissance de l'impact potentiellement négatif de la cure de prolapsus sur la continence et de l'absence de consensus à cet égard dans la littérature, il est préférable de réévaluer l'intérêt d'un geste chirurgical et de la reporter dans un 2^{ème} temps, le cas échéant, ce dont la patiente devra être prévenue.

Cependant, s'il semble que la réalisation concomitante d'une chirurgie combinée traitant le prolapsus et l'incontinence d'effort (*colposuspension selon Burch ou soutènement sous urétral par treillis rétropubien ou transobturateur*) réduit globalement le taux d'incontinence postopératoire de novo, ce n'est pas au point de les associer systématiquement !

Dr Didier Oberweis,
Pour le groupe de travail « Chirurgie Gynécologique Générale » du
GGOLFB

Directrice : Professeur Michelle Nisolle.

Membres : Ann Pastijn, Jean-Louis Pestiaux, Stefan Smajda, Mireille Smets

Ces recommandations ont été approuvées par le Conseil d'Administration du GGOLFB, Professeur Jean-Pierre Schaaps, Président.

Figure 3.

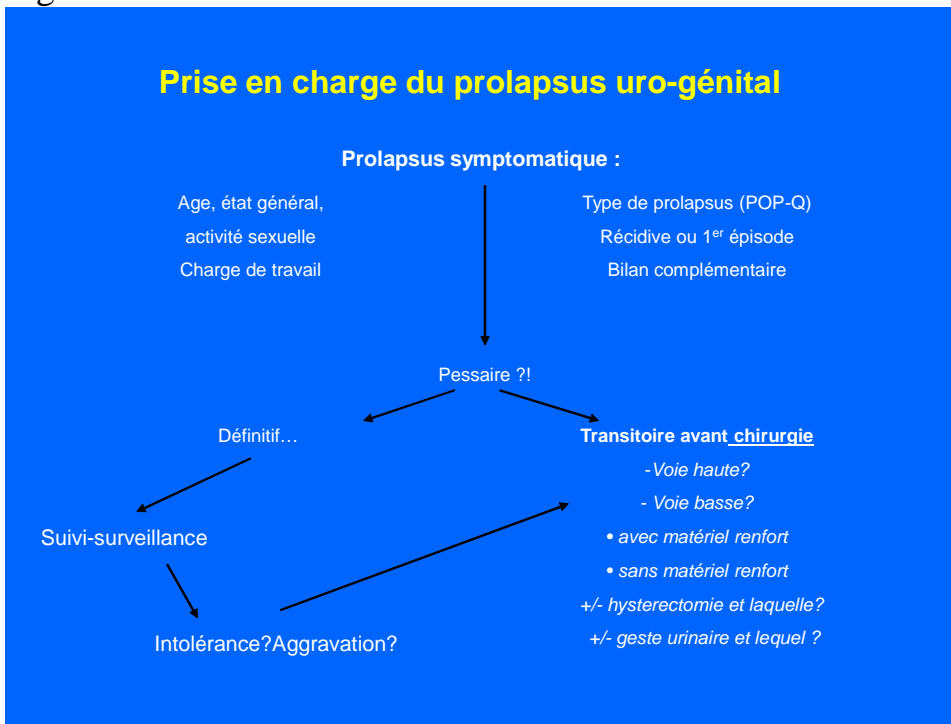


Figure 5.

Prise en charge chirurgicale du prolapsus uro-génital

vers un AIGORYTHME décisionnel ?

- Quelle intervention est la plus efficace au regard de ces complications (balance risque/bénéfice)?
- Choisir le geste en fonction du type de prolapsus: un étage isolé /plusieurs étages!
- Adapter le geste (parfois le modifier!) en fonction des autres critères : état général - activité - sexualité nécessité de geste complémentaire (Hystérectomie; cure d'incontinence, ...) et de symptômes associés!
- Tenir compte des compétences et capacités des opérateurs !
- → *Essai de synthèse de la littérature :*

octobre 2009

Figure 9.

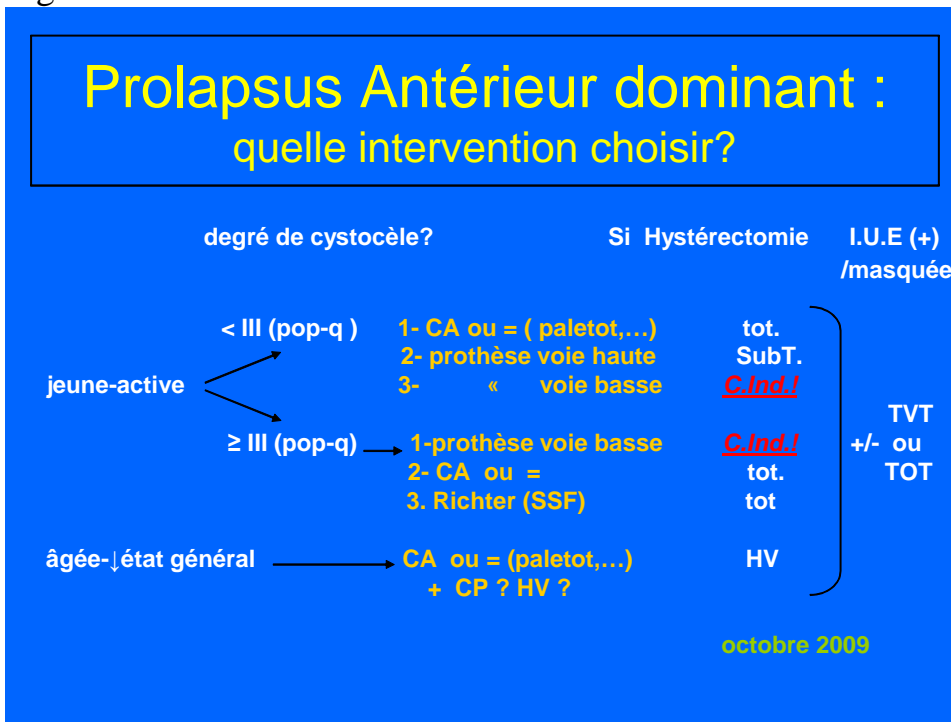


Figure 10.

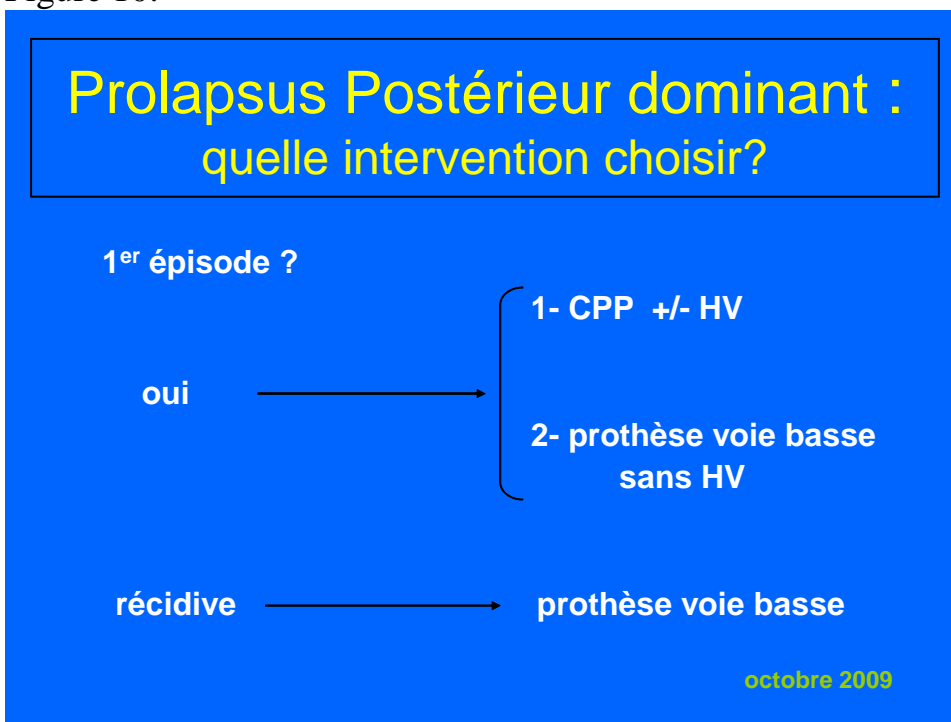


Figure 11.

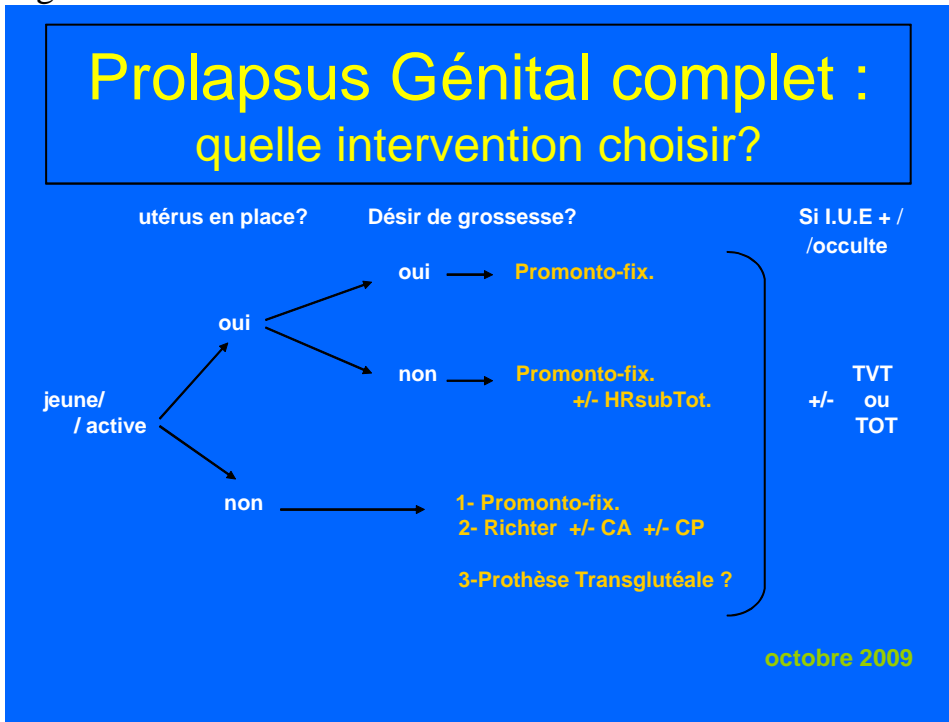


Figure 12.

