

# LE CHOIX DES TECHNIQUES DANS LES TROUBLES DE LA STATIQUE PELVIENNE

LA MEDECINE DE LA FEMME

*2<sup>ème</sup> journée d'actualité en gynécologie obstétrique*

*11 septembre 2010*

# Trouble de la statique pelvienne

- ▣ Défaillance des systèmes de soutènement et de suspension (fascias; ligaments; diaphragme pelvien)
- ▣ De la forme mineure à l'extériorisation
- ▣ +/-association de troubles fonctionnels
- ▣ Problème de santé publique: prévalence de 20,9 à 11% par auto questionnaire et de 31à 97% par examen clinique (Lousquy;2009)
- ▣ 10% de risque d'intervention pour une espérance de vie de 80 ans

# Prolapsus pelvi-génital

- ▣ Colpocèle antérieure: vessie, urètre
- ▣ Prolapsus de l'étage moyen: hystérocèle, trachélocèle ou fond vaginal
- ▣ Colpocèle postérieure: rectocèle ou elytrocèle

# Prolapsus facteurs de risques

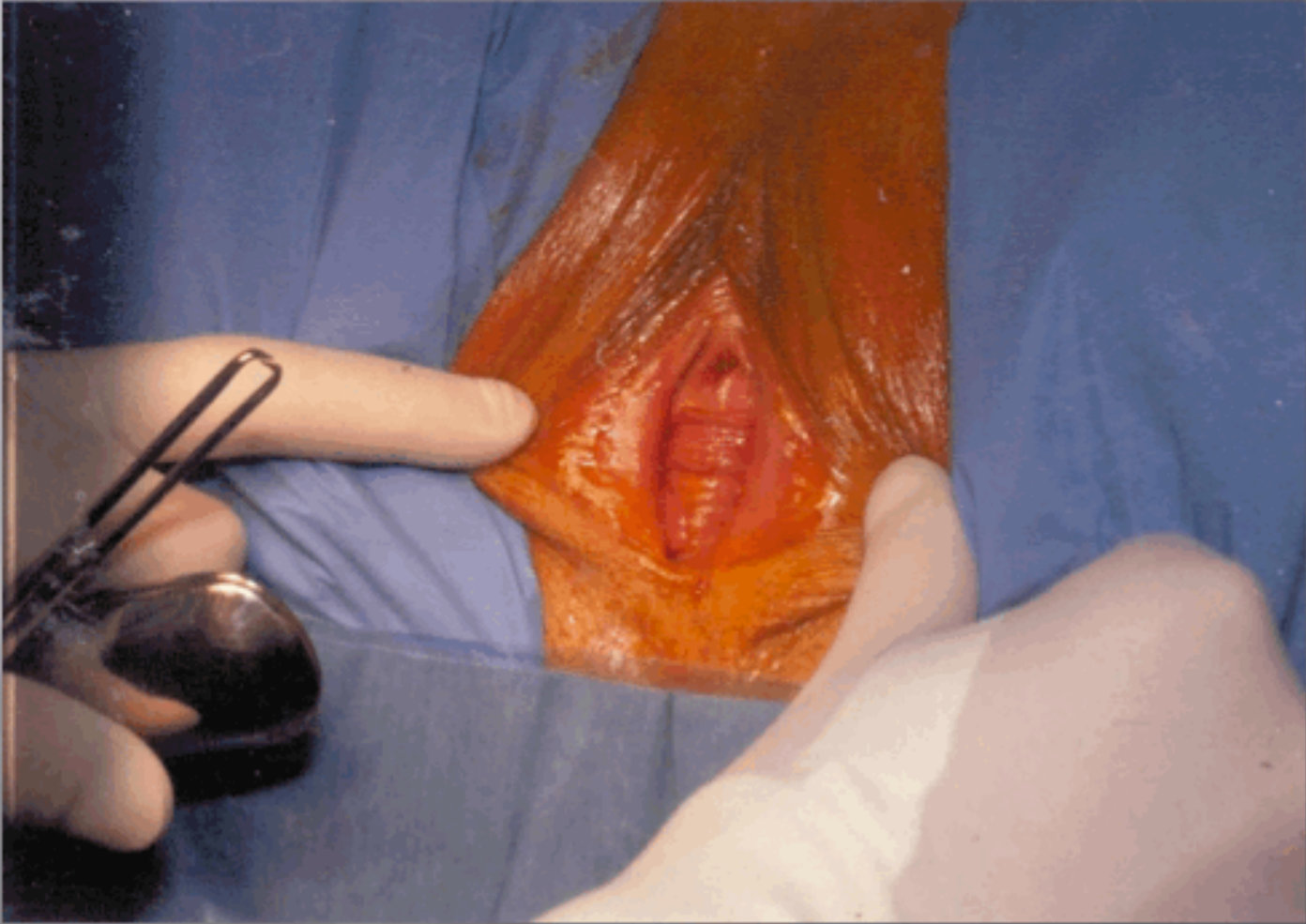
- ▣ Généraux (parité, âge, poids...)
- ▣ Traumatiques: accouchements, grossesses, exercice physique intense
- ▣ Physiologiques: ménopause
- ▣ Iatrogènes: chirurgie

# Examen

- ▣ Interrogatoire
- ▣ Symptomatologie associée
- ▣ Retentissement dans la vie quotidienne+++
- ▣ Activité sexuelle

# Examen

- ▣ Position gynécologique (béance, issue d'organe)
- ▣ Phase dynamique
- ▣ Traction douce sur le col
- ▣ Examen aux valves de speculum
- ▣ Testing périnéal
- ▣ Manœuvre de Bonney ou test de Ulmsten
- ▣ TV



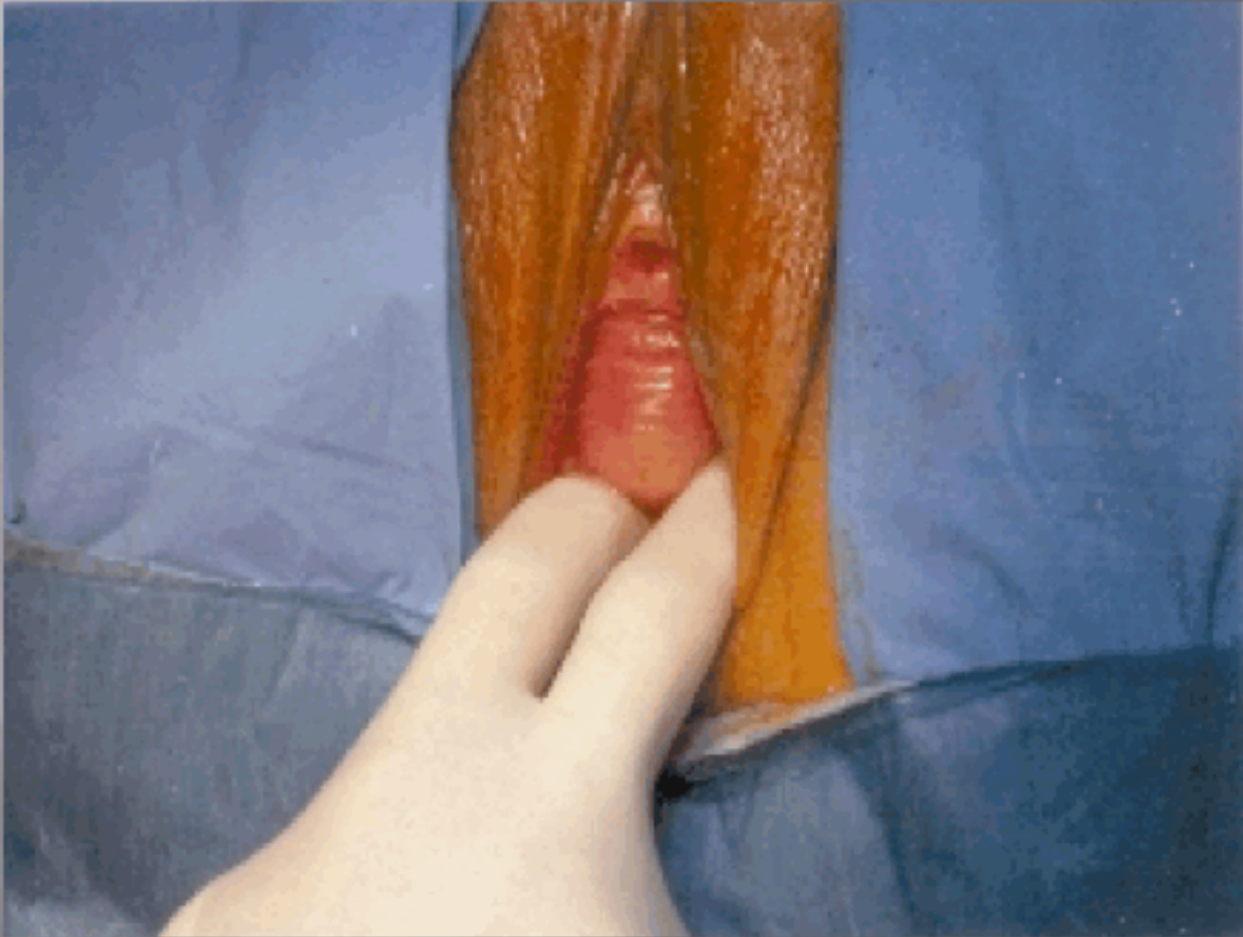




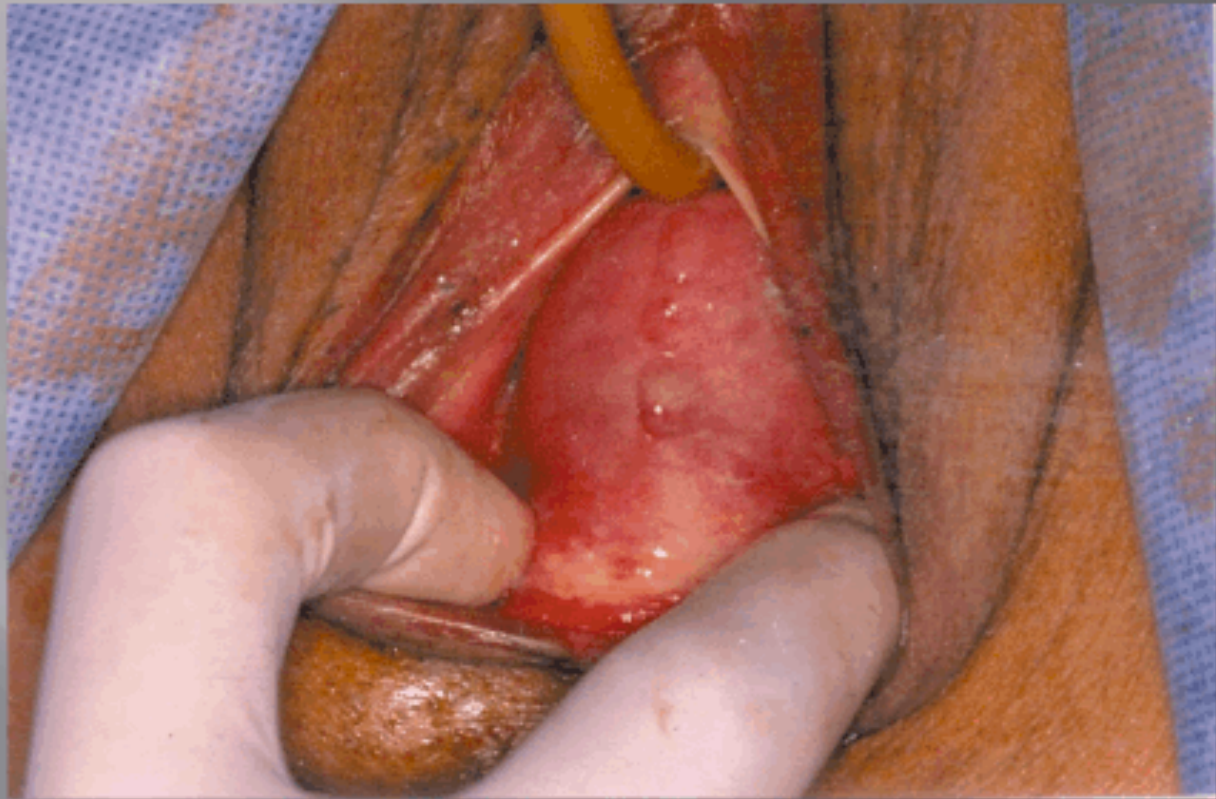


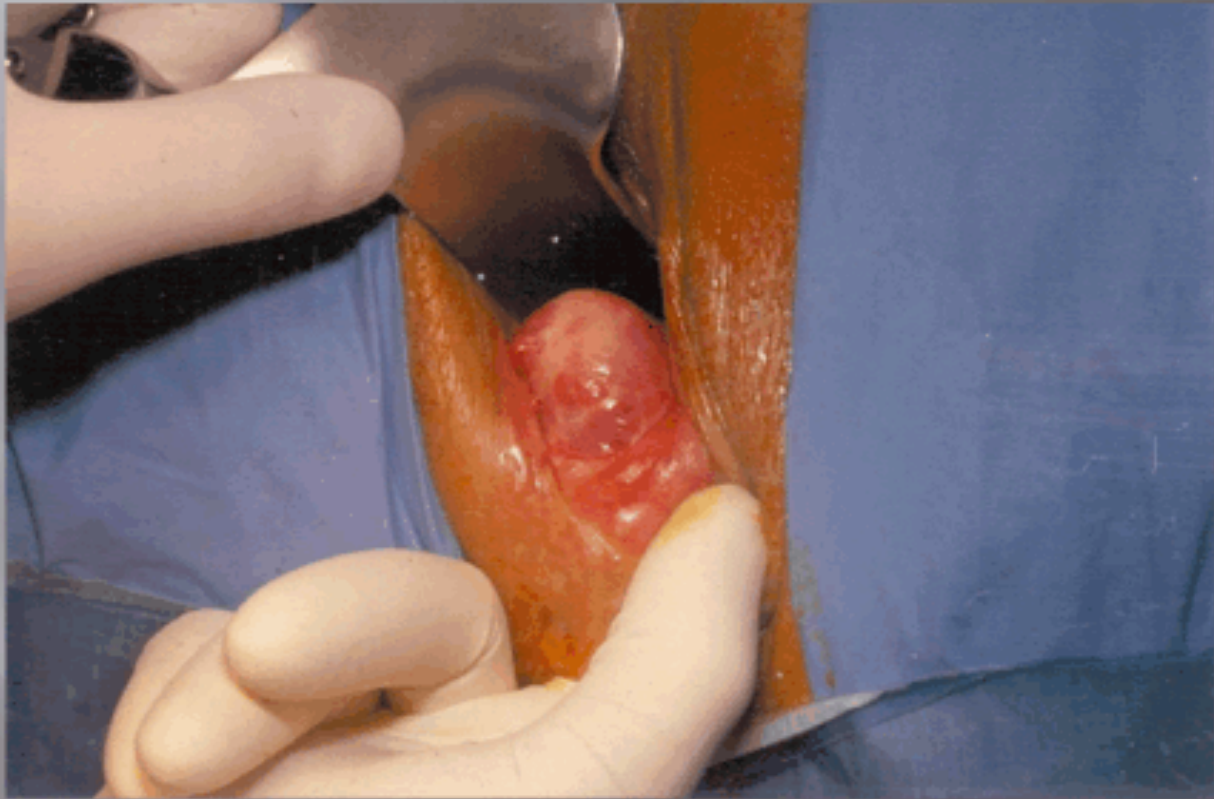












# Prolapsus classification

- ▣ Baden et Walker: position des différents éléments par rapport à l'hymen (grade de 0 à 4)
- ▣ Classification classique, selon position intra vaginale, vulvaire ou au delà
- ▣ Pelvic organ prolapse staging system (Pop Q) classification de 9 points vaginaux et périnéaux par rapport à l'hymen



# Examens complémentaires

- ▣ BUD pour les IU associées
- ▣ Écographie pelvienne d'évaluation: utérus ovaies
- ▣ UIV dans les stades avancés
- ▣ IRM dynamique
- ▣ FCV
- ▣ BU

# Prise en charge

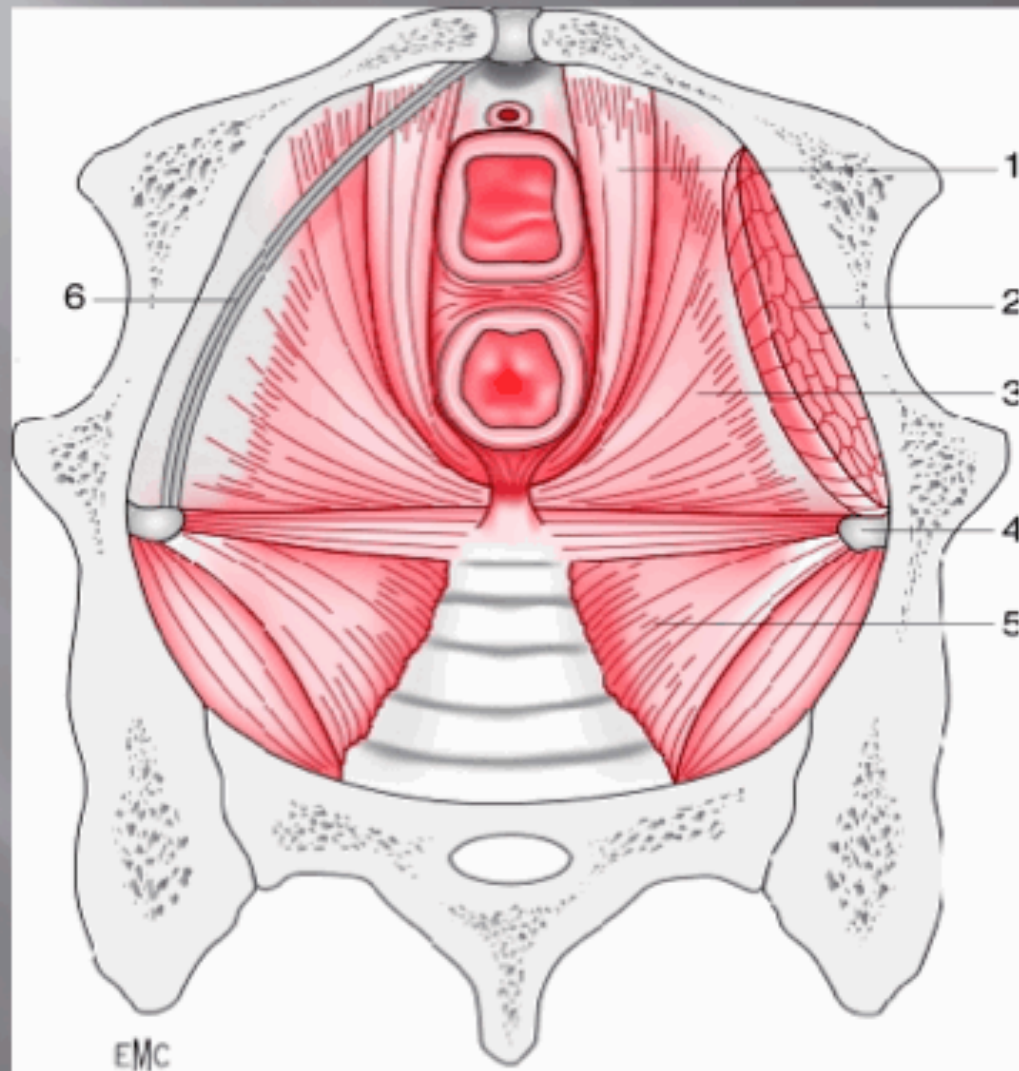
- ▣ Evaluation clinique+++
- ▣ Examen général et ATCD
- ▣ Co morbidité
- ▣ Gène fonctionnelle++
- ▣ Information des patientes++

# TRT non chirurgical

- ▣ Pessaire : haut risque chirurgical mais mauvaise tolérance à long terme (infection, ulcération) et inefficace dans les formes extériorisées
- ▣ Rééducation périnéale: efficace si IU associée et inefficace sur les prolapsus installés

# Stratégie chirurgicale

- ▣ Indication est la gêne fonctionnelle réelle
- ▣ Peut entraîner des troubles mictionnels induits ou des difficultés sexuelles
- ▣ Information des patientes++ (risques graves, les bénéfices, conséquences fonctionnelles, alternative thérapeutique et conséquence de l'abstention)
- ▣ La restauration du pelvis par amarrage aux points d'encrage du pelvis: ligt longitudinal antérieur, l'arc tendineux du fascia pelvien et le petit ligament sacro sciatique



# Stratégie chirurgicale

- ▣ Choix de la voie d'abord en fonction des conditions générales et locales et souvent histoire d'école
- ▣ Il n'existe pas de standard chirurgical consensuel
- ▣ L'apparition du matériel prothétique a diminué le taux de récurrence sans prothèse de 20%
- ▣ Voie abdominale: laparotomie supplantée par la laparoscopie
- ▣ Arrêt du tabac 1 mois avant

# Principales interventions

- ▣ Plaque prothétique sous vésicale +/- HTT et +/- cure de rectocèle par voie vaginale
- ▣ Sacro spino fixation selon Richter: amarrage du fond vaginal ou des ligaments US au petit ligament sacro-sciatique
- ▣ Promonto-fixation

# Tolérance et efficacités des abord coelio et VV

- ▣ Etude rétrospective 154 patientes sur 3 ans 91 coelio et 63 VB, moyenne de suivi de 30 mois, moyenne d'âge 64 ans
- ▣ Tps opératoire + longs en coelio (150mn) mais durée + courte d'hospitalisation
- ▣ 98% de satisfaction dans les 2 techniques
- ▣ Bonne tolérance des prothèses par coelio comme les prothèses biologiques par voie vaginale
- ▣ Résultats anatomiques et fonctionnels meilleurs pour la Coelio

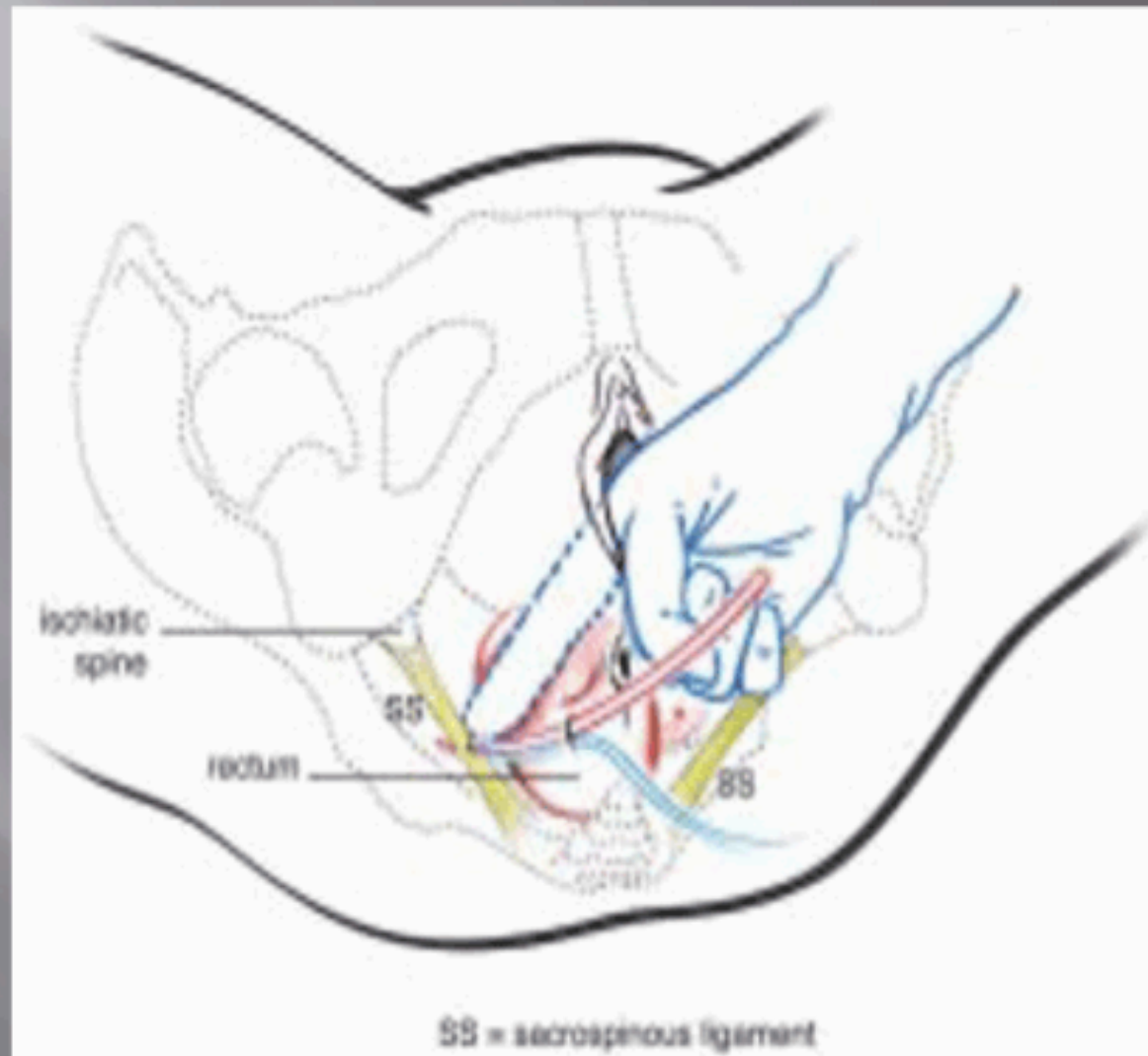


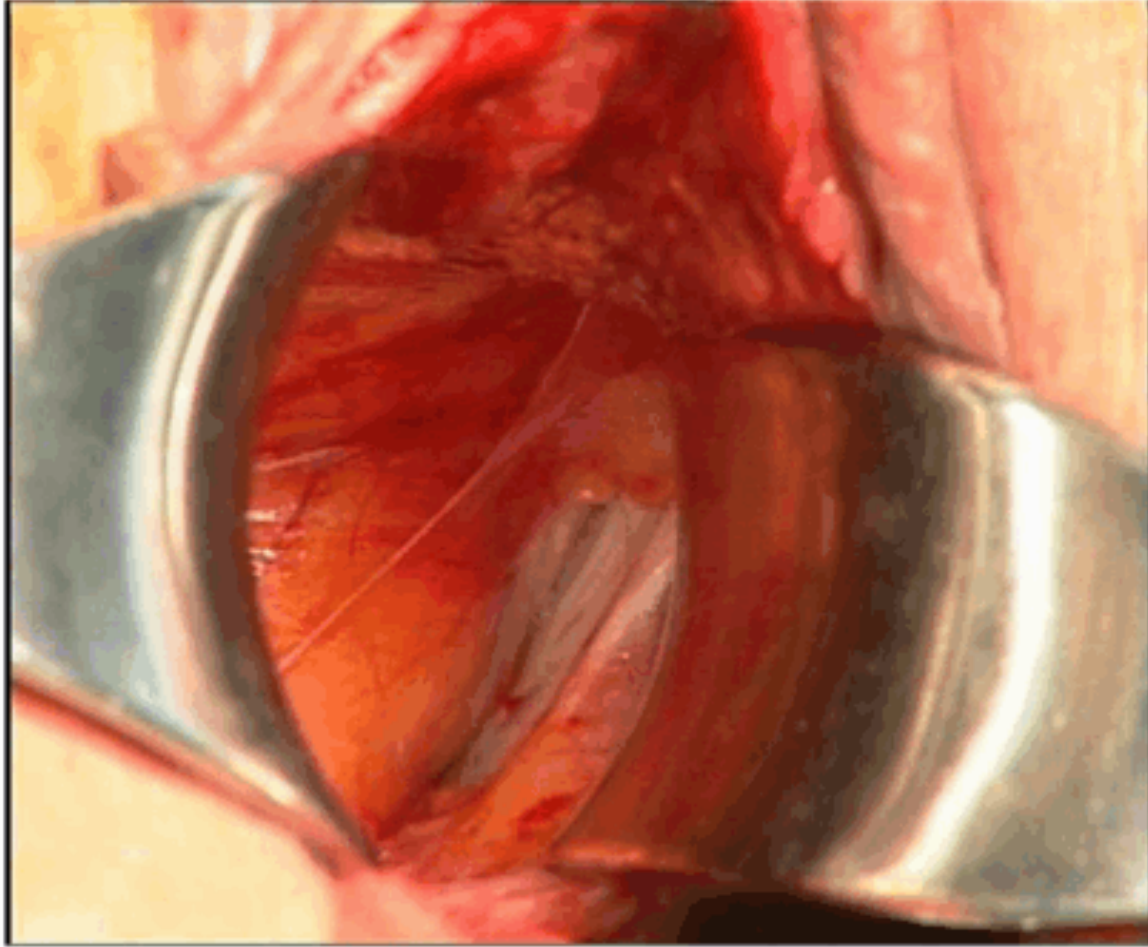
# Voie vaginale

- ❑ CI relatives à la voie haute abdomen multi opéré, obésité morbide, pathologie rachidienne évolutive
- ❑ Femme de + de 60 ans car morbidité + faible et moins d'immobilisation
- ❑ Cystocèle prédominante
- ❑ Les récurrences après promonto- fixation
- ❑ Temps opératoire moins long, coût plus faible et reprise plus précoce des activités

# Voie vaginale

- ▣ Selon étude de Jaquetin 1993 confort vaginal identique
- ▣ Trt des 3 étages
- ▣ Cystocèle: plastron prothétique sous vésical amarré latéralement à l'arc tendineux du fascia pelvien
- ▣ Sacro spino-fixation selon Richter pour l'étage médian (fond vaginal au petit ligament sacro sciatique)
- ▣ Périnéorraphie post(!!!dyspareunie)
- ▣ +/- geste si IU: bandelette sous urétrale (!!! hyper correction dysuriant)





# Facteurs de risques d'exposition de prothèses

- ▣ Prothèses non résorbables
- ▣ Etude rétrospective de 208 patientes
- ▣ Recul de 3 ans
- ▣ Taux d'exposition de 16,8% avec 2 pics d'incidence (4 et 10 mois)
- ▣ FDR: type de prothèse, âge de moins de 60 ans et association avec HTT

# Voie haute

- ▣ Doit associer le traitement des 3 étages car diminue le risque de récurrence
- ▣ Promonto-fixation coelio
- ▣ Suspension de la partie haute du col utérin ou du dôme vaginale au ligament longitudinal ant. en avant du promontoire
- ▣ Taux de guérison de 80 à 100% (suivi de 5 ans)
- ▣ D'autres gestes peuvent être associés (douglassectomie, myorrhaphie post...

# Voie haute

- ▣ Femme jeune
- ▣ Hysteroptose prédominante
- ▣ Récidive après une voie basse prothétique
- ▣ Pathologie annexielle associée
- ▣ Prolapsus rectal intra anal associe
- ▣ Cochrane 2008: 22 études et 2368 patientes moins de récurrence de prolapsus fundique et de dyspareunie mais temps opératoire + long

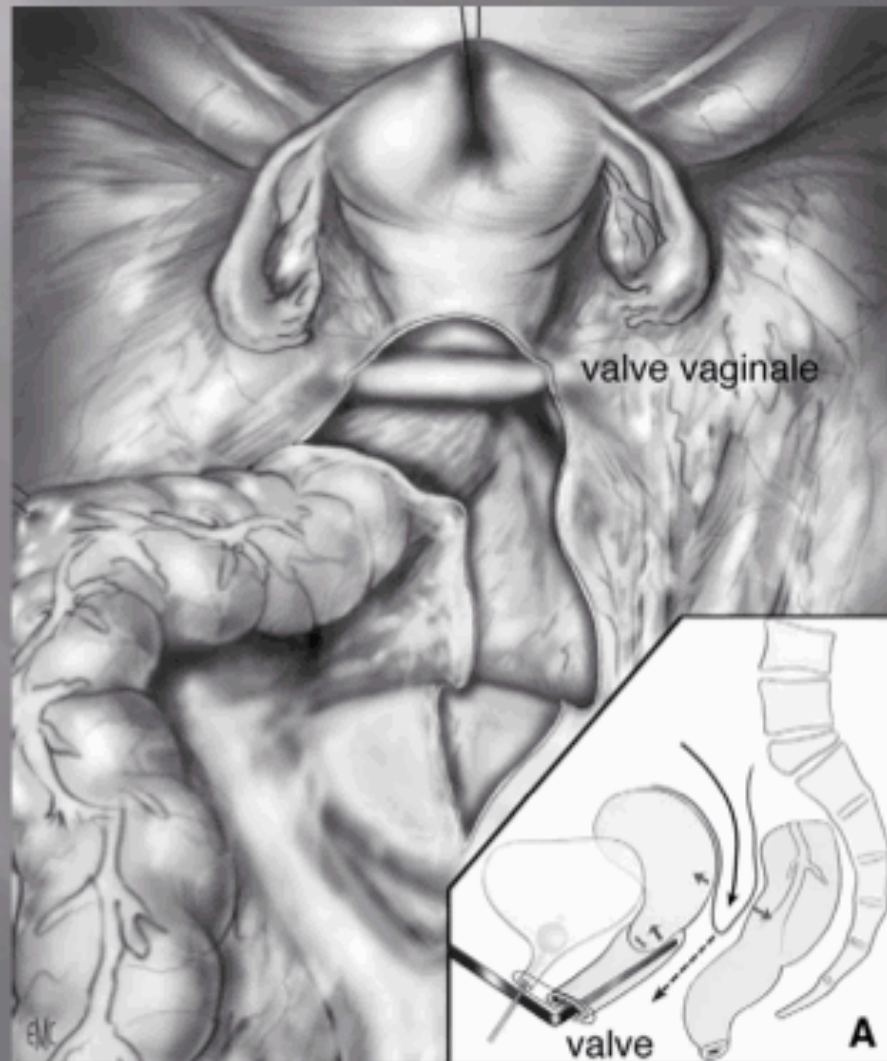
# Voie haute

- ▣ CI a la voie vaginale, immunodépression sévère, irradiation pelvienne
- ▣ Résultats plus durable à long terme
- ▣ Absence de cicatrice vaginale



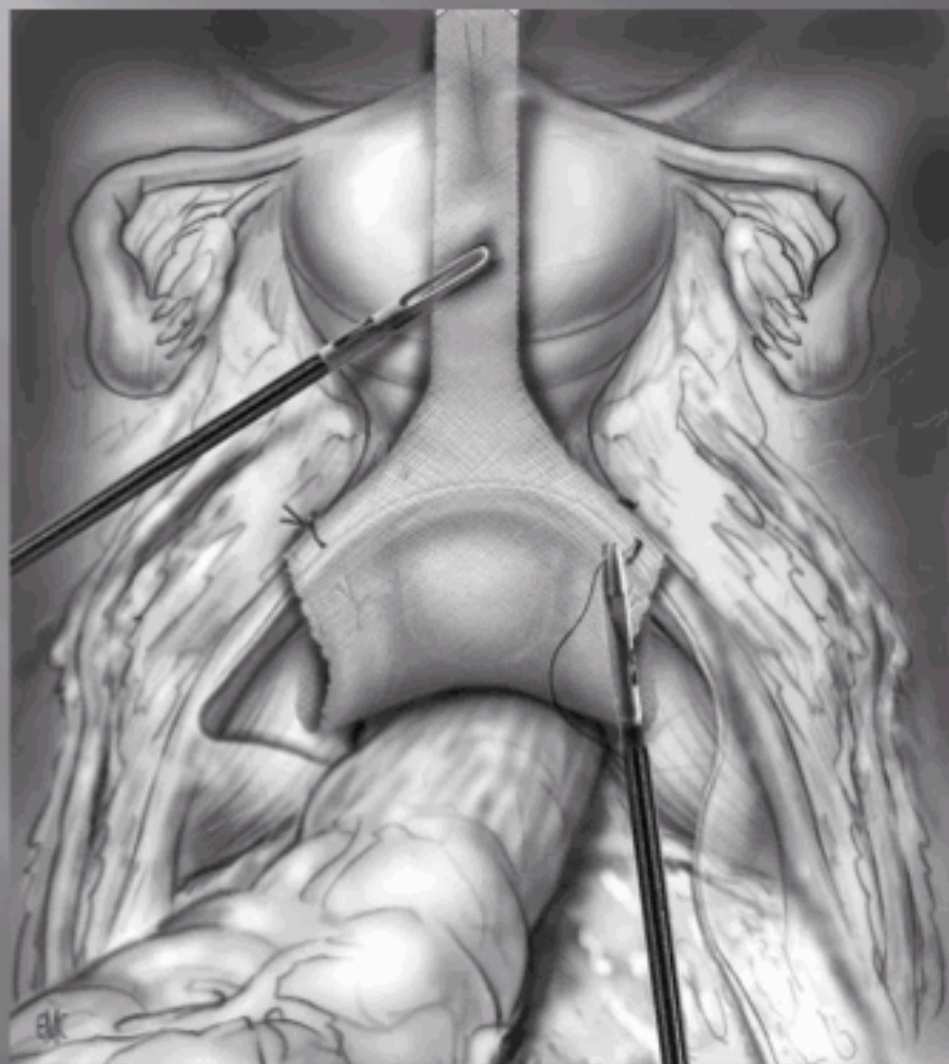








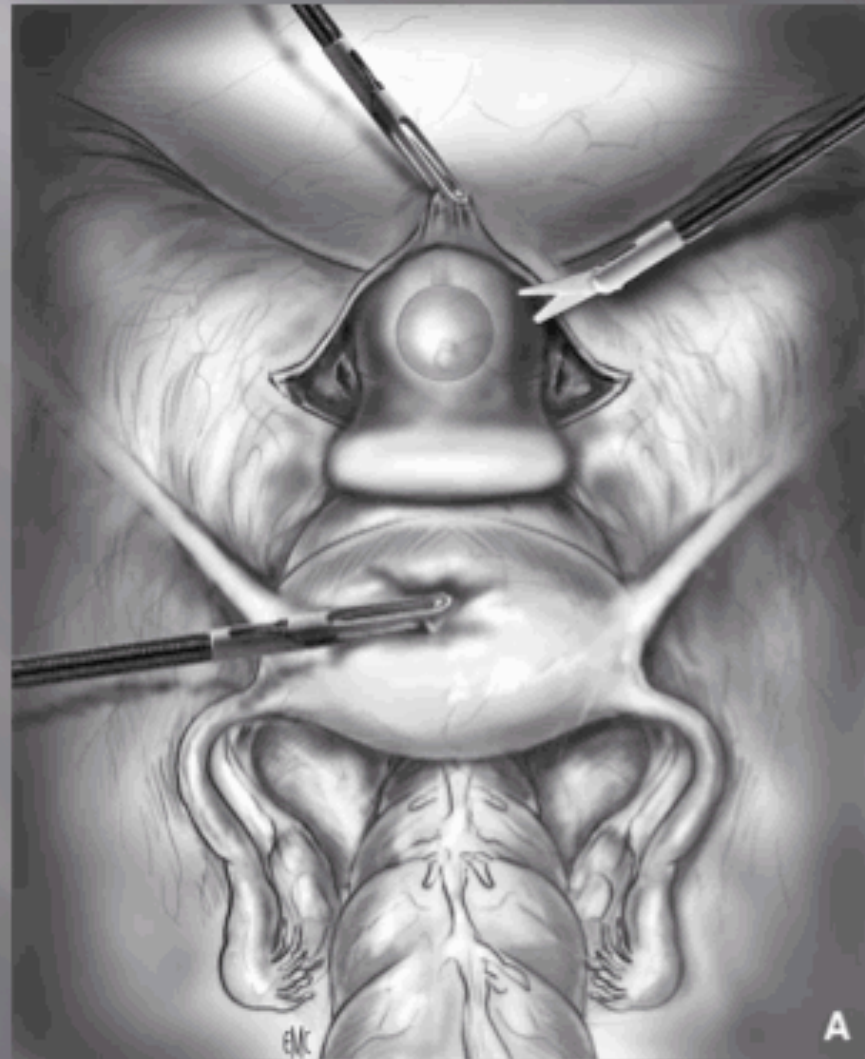


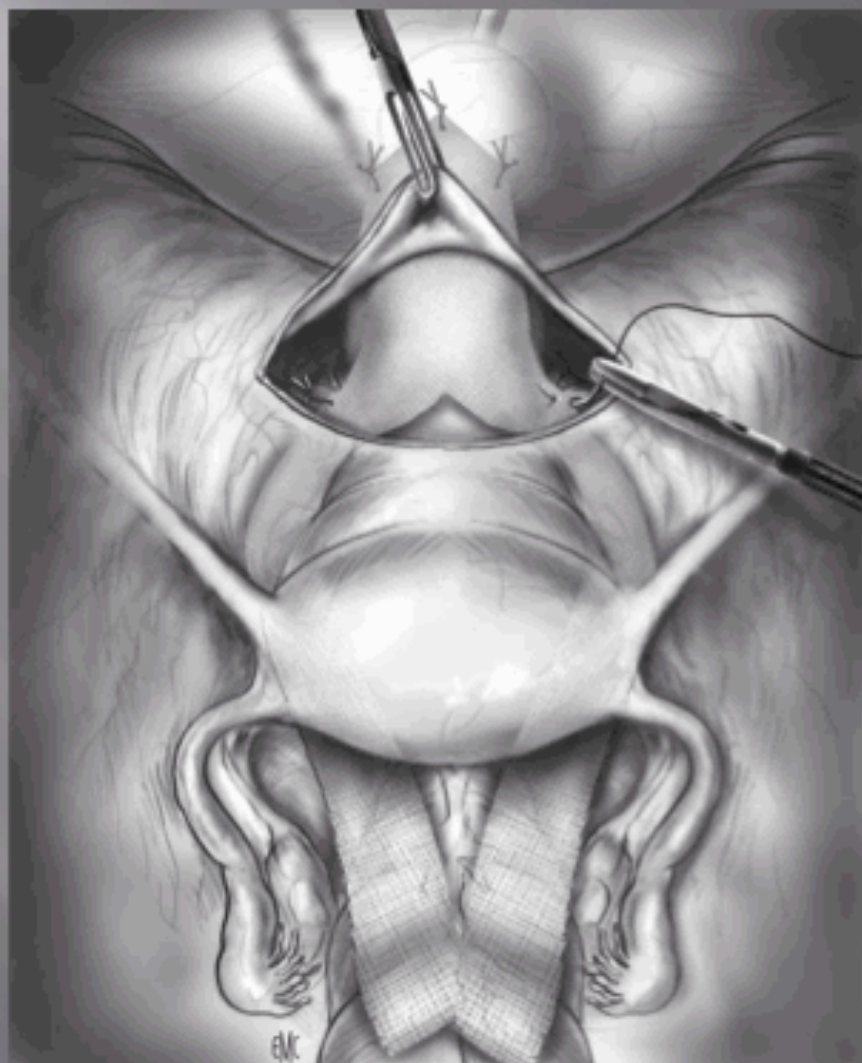






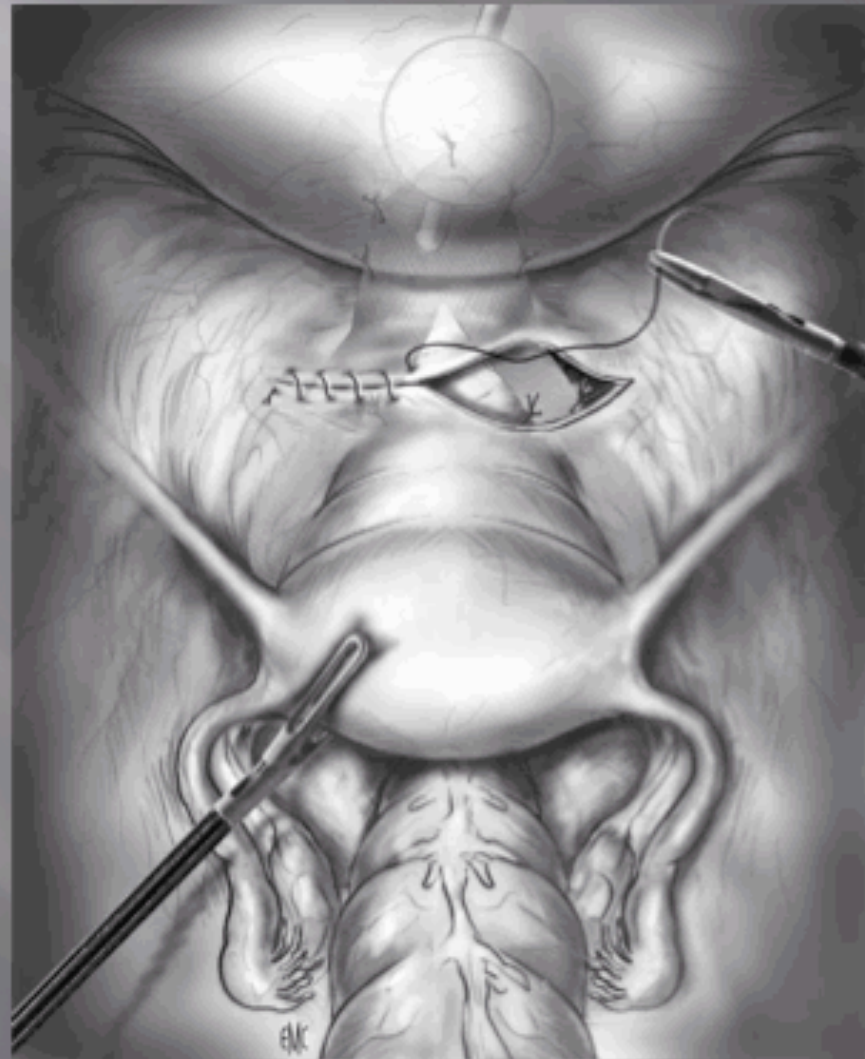






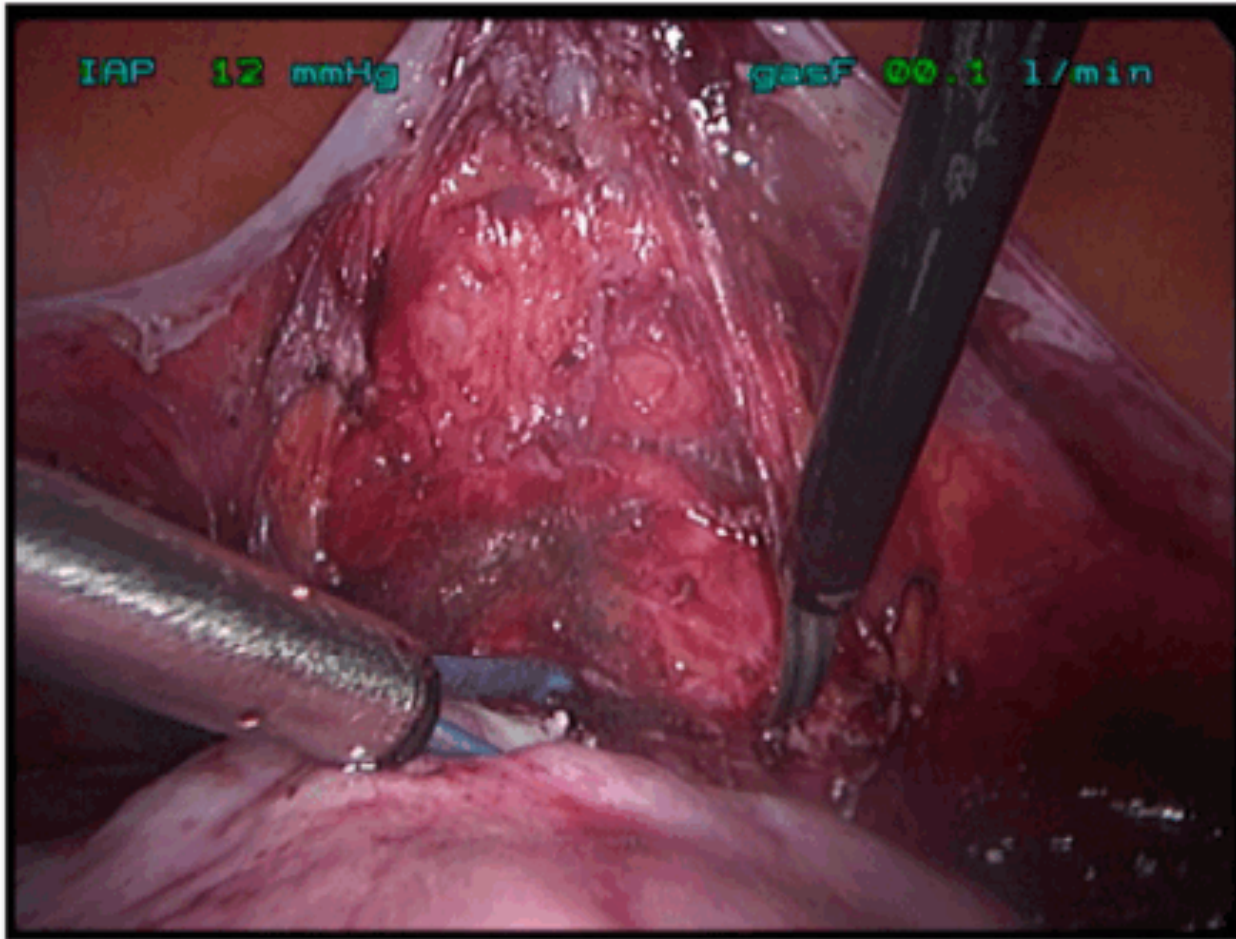




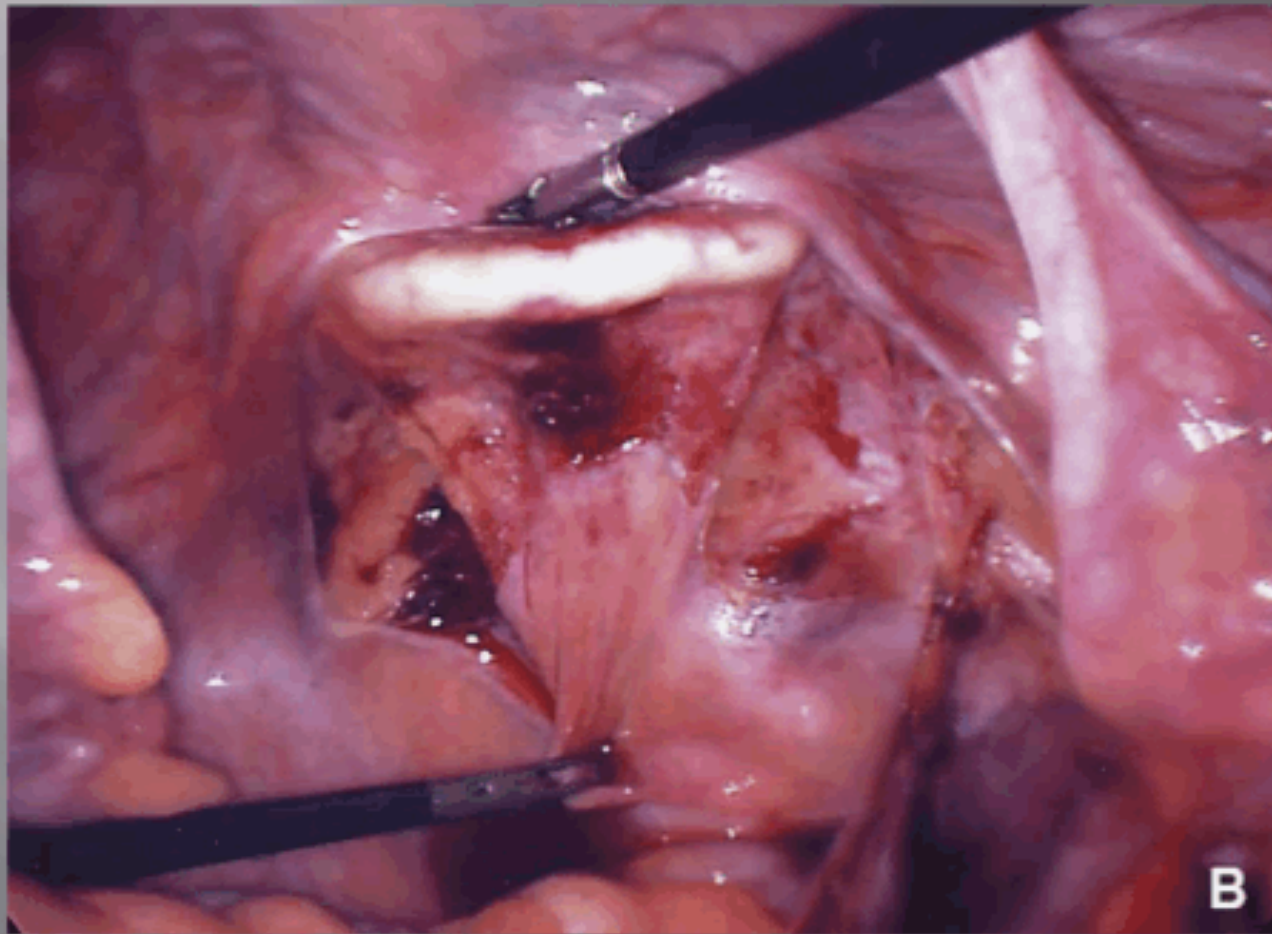


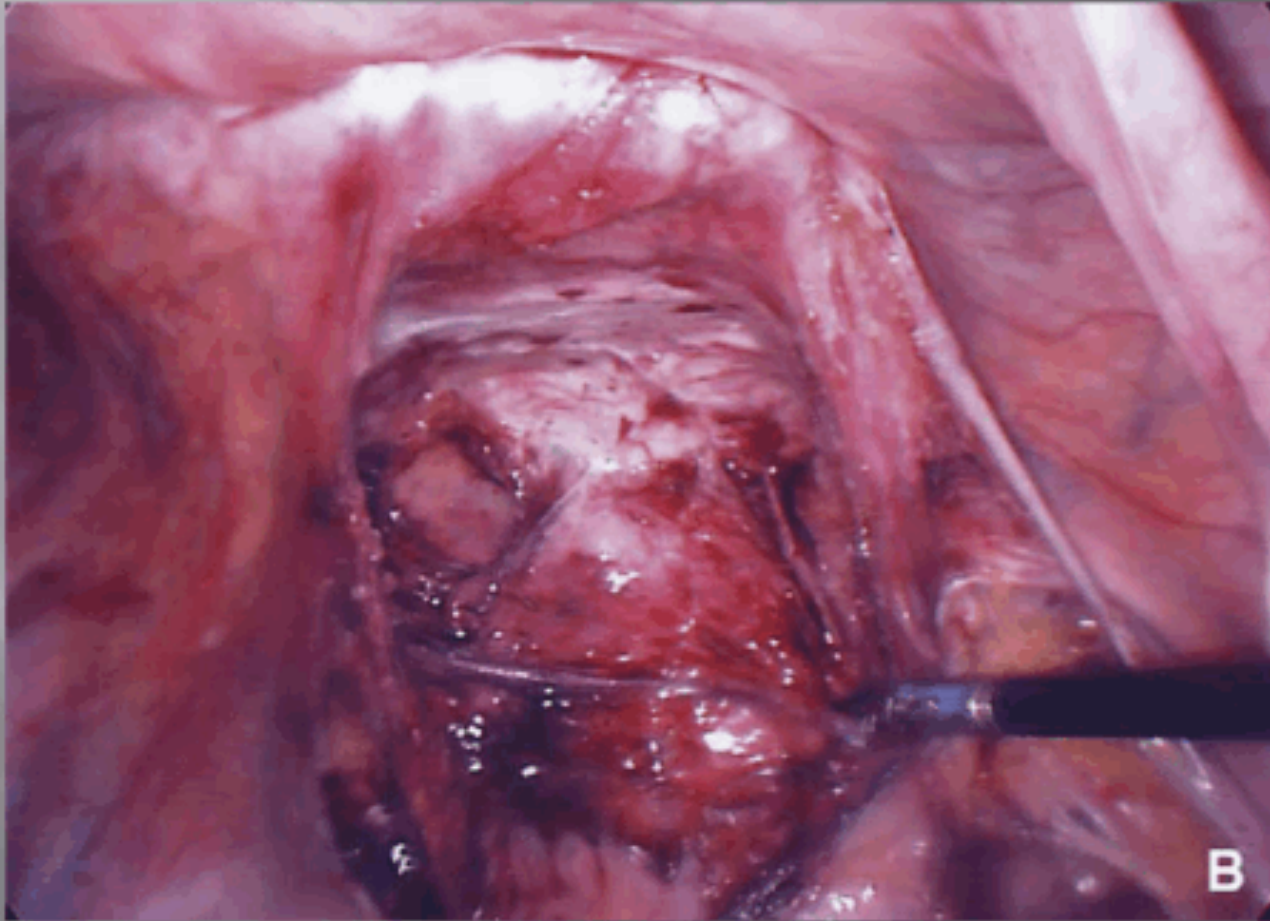


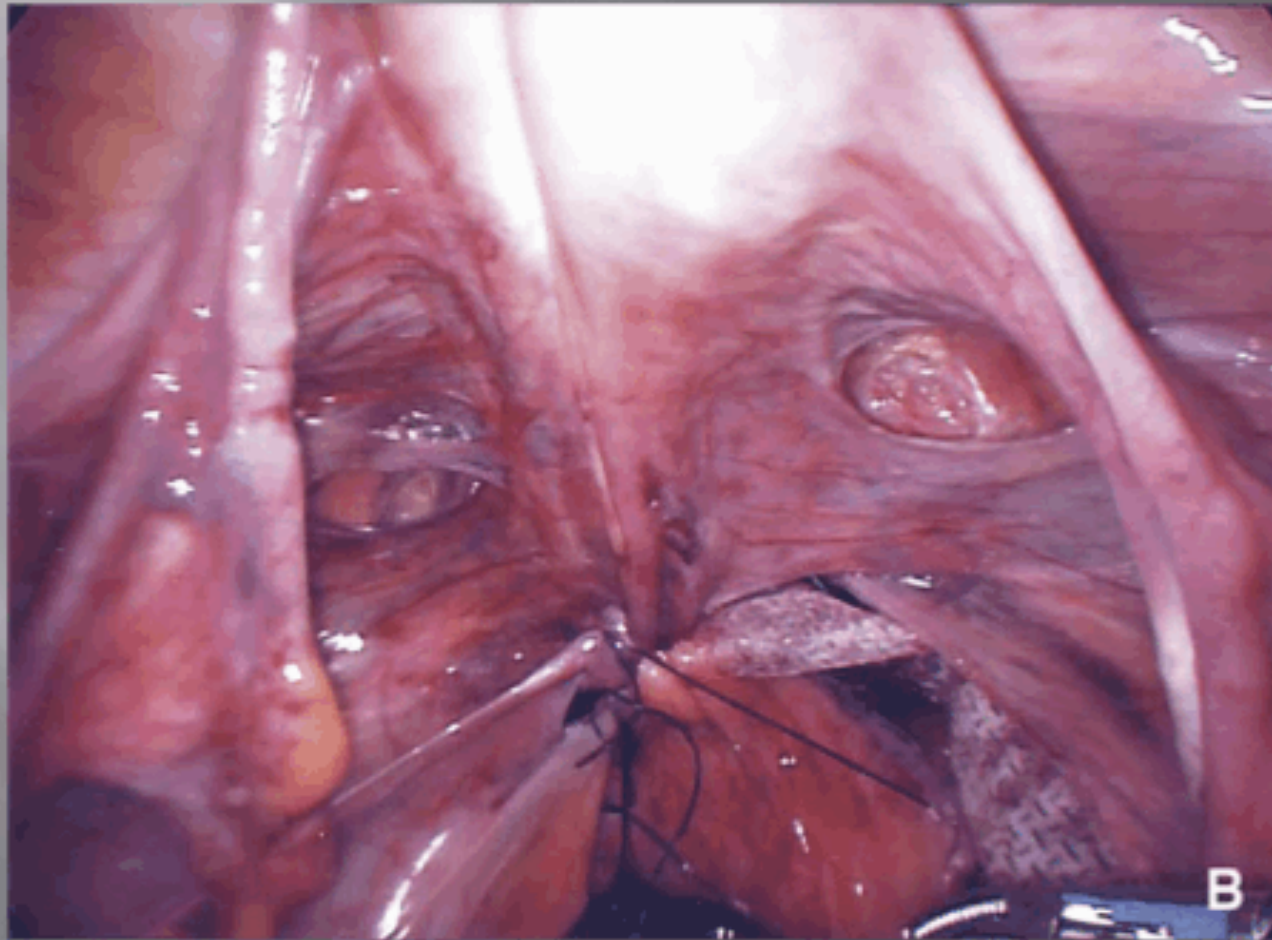


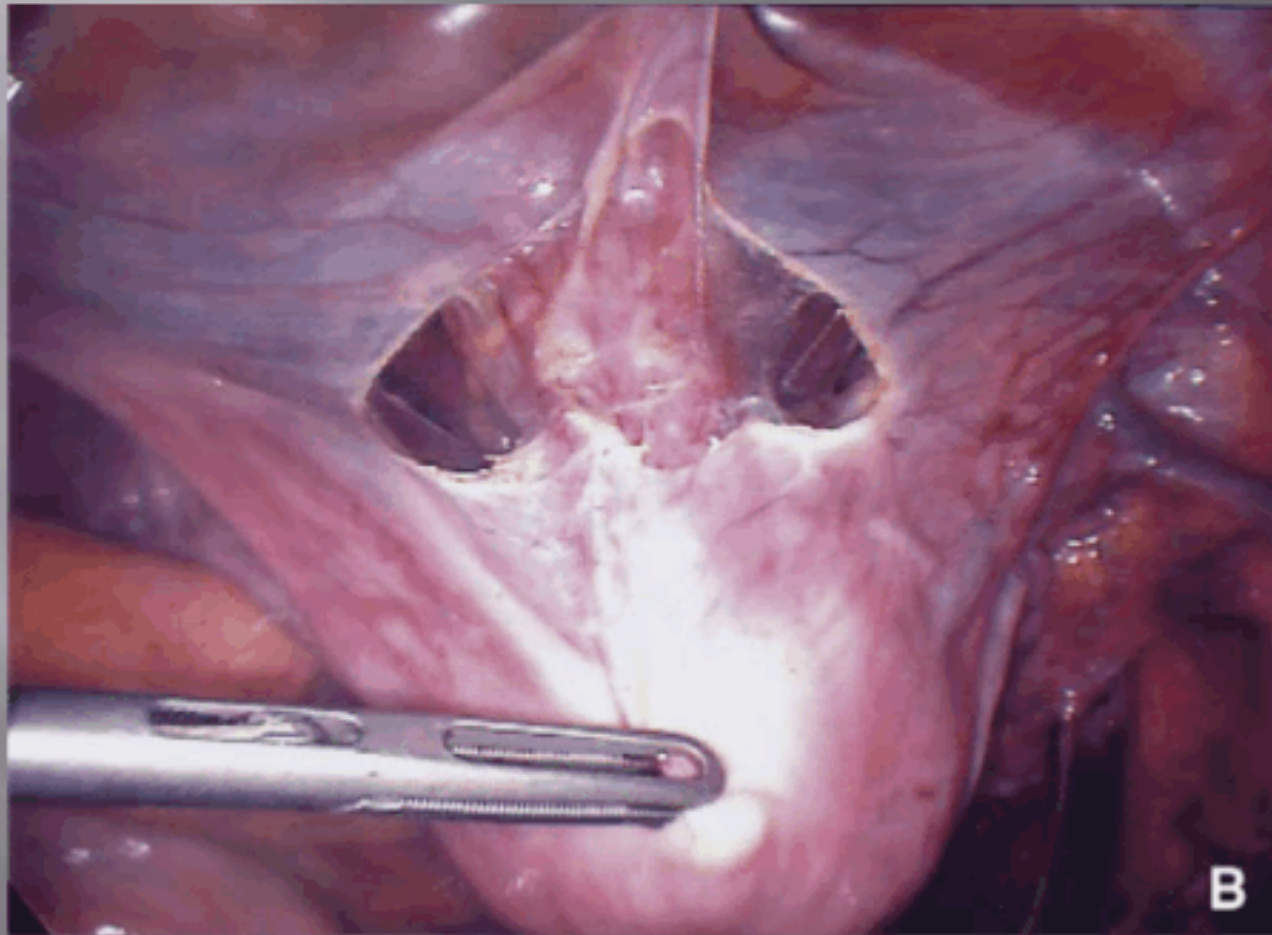


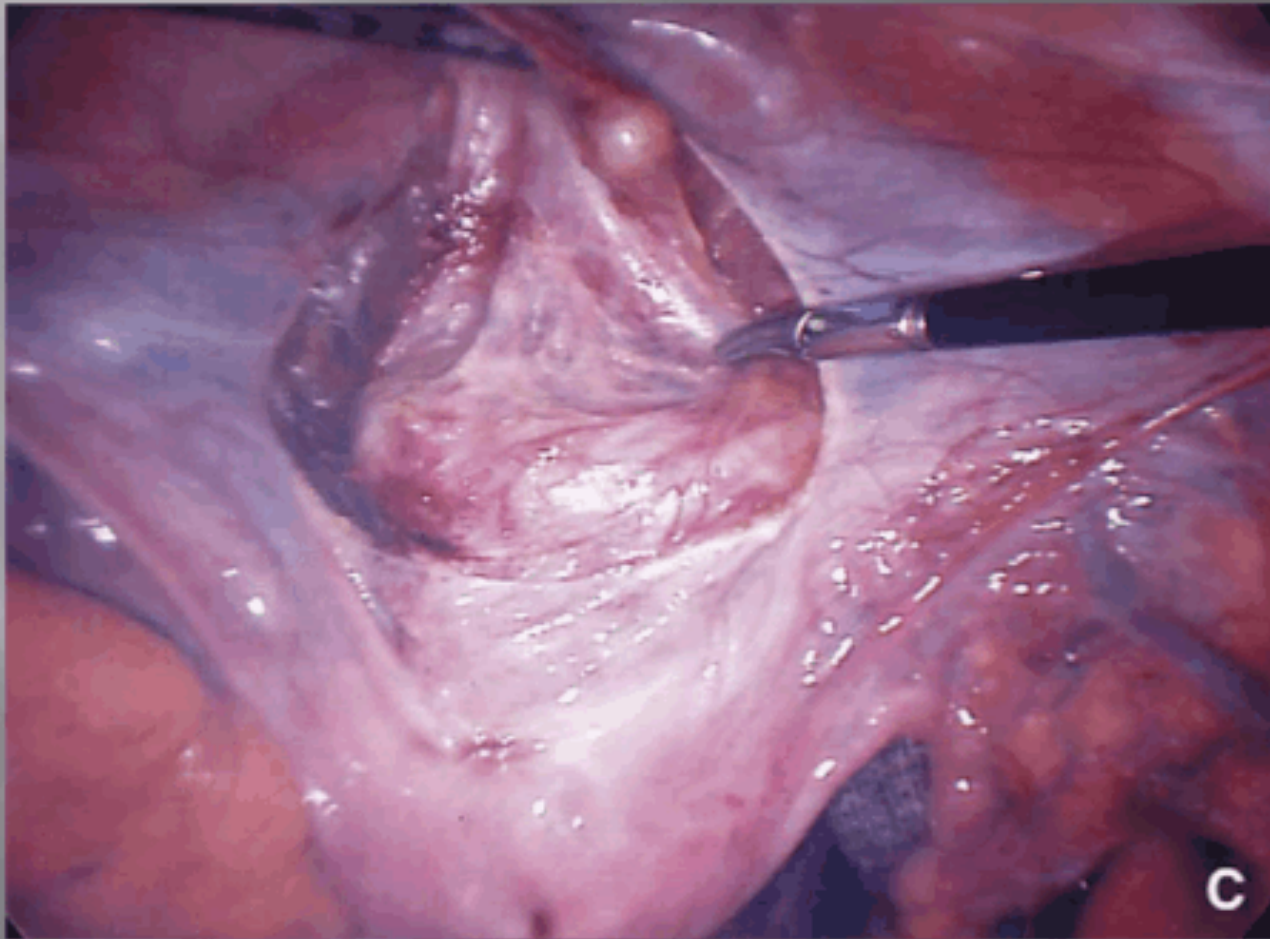


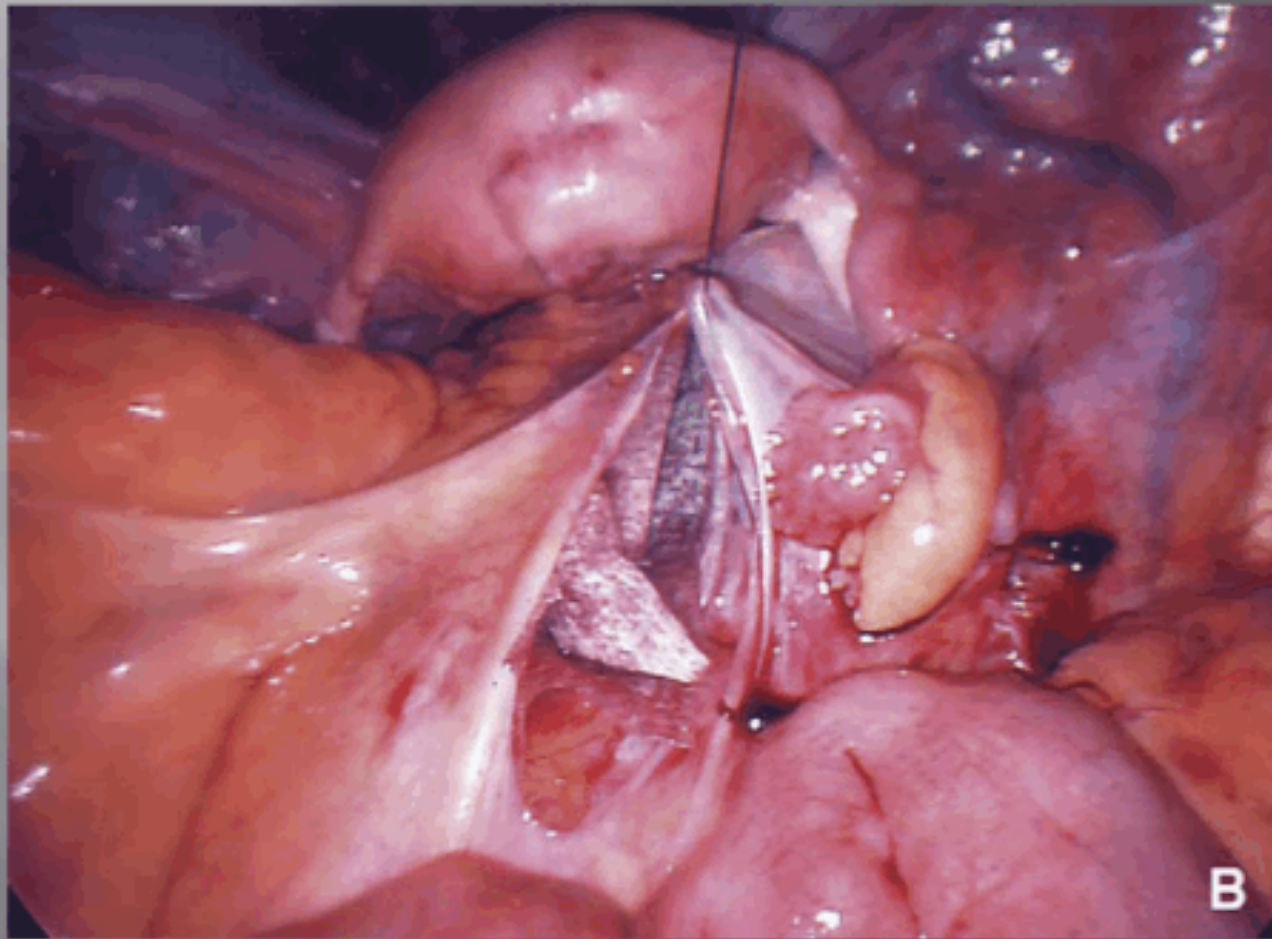


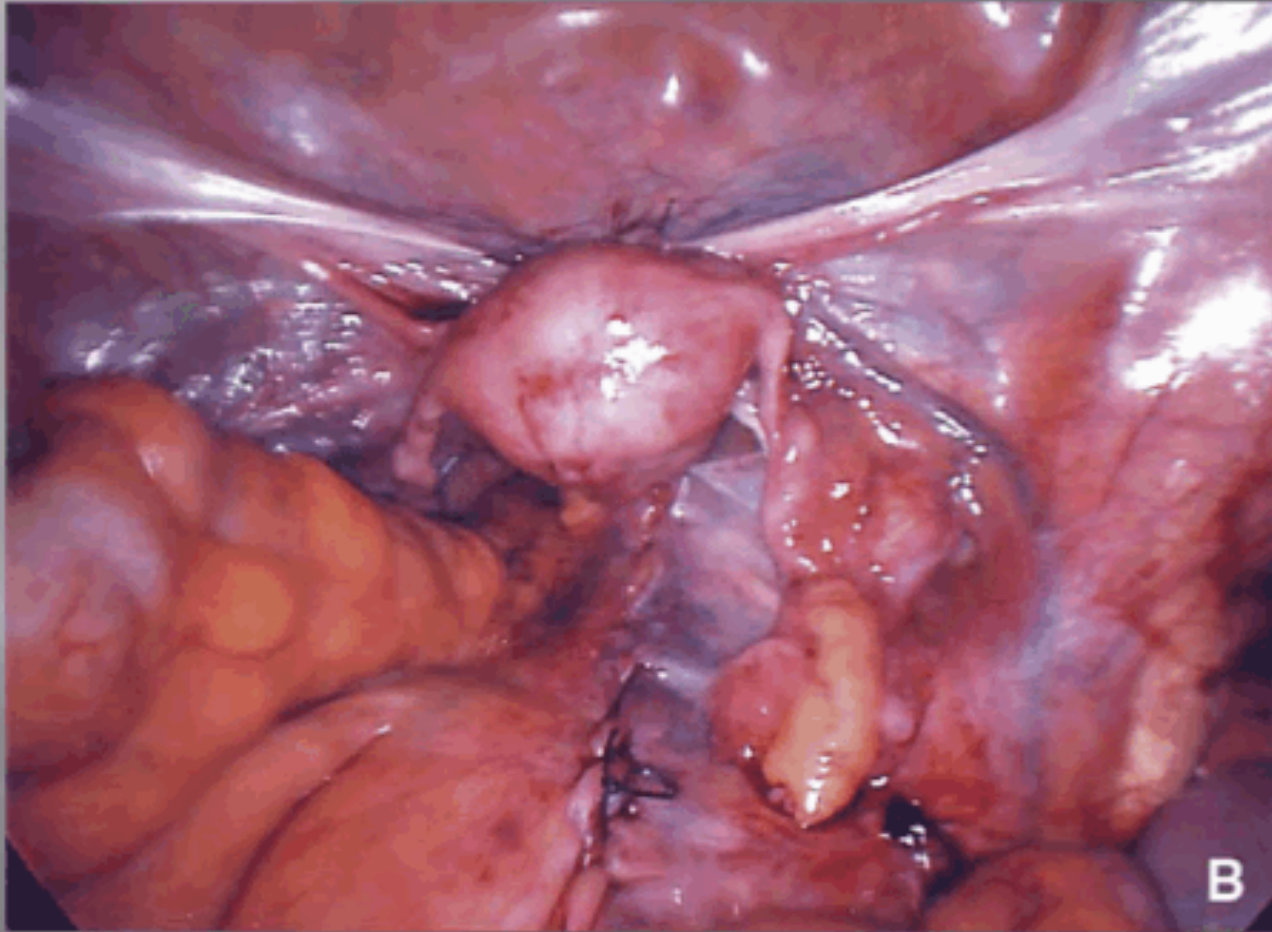












## Vaste débat...

- ▣ Pour ou contre l'hystérectomie systématique dans la cure de prolapsus
- ▣ Aucune preuve actuelle ne permet de trancher
- ▣ Prolapsus pathologie de support/ mais rôle gravitationnel surajouté?
- ▣ la Cochrane (Maher 2004) : 1 seule étude retenue de 41 patientes: avantage à l'HTT car moins de récurrence et de ré-intervention



# Pour l' HTT

- ▣ Principe de précaution en regard du risque de K de l'endomètre(142000/an dont 1/3 mortel)
- ▣ Principe de précaution dans le cas ou nécessité d'une intervention ultérieure
- ▣ Augmentation du risque d'exposition de prothèse si HTT associée (vrai si prothèse synthétique et si communication entre vagin et cavité péritonéale)

# contre l'HTT

- ▣ Allonge la durée opératoire d'environ 30mn (Maher)
- ▣ Augmente durée opératoire et pertes sanguines, et les complications opératoires: plaie de vessie et rectale (Hefni)  
Risque accru d'élytrocèle
- ▣ K endomètre 18/100 000 et FDR identifiables et bilan préopératoire
- ▣ Surcoût non négligeable

# Prolapsus de la femme âgée

- ▣ Classiquement traitées par oblitération vaginale avec risque de majorer une IU et une entéroccèle
- ▣ ne diminue pas le risque de K de l'endomètre
- ▣ ne préserve pas la fonction sexuelle
- ▣ Revue de littérature entre 2000 et 2008 (*Menard 2008*) sur 394 patientes: faisabilité d'un TRT classique par VV avec taux de satisfaction de 80 à 95% pour un taux de mortalité de 1% et de 1,8% d'EP

# Conséquences sexuelles du TRT chirurgical

- ▣ L' IU est plus délétère que le prolapsus
- ▣ Pas de corrélation entre longueur vaginale et qualité de la fonction sexuelle
- ▣ Pas de différence si HTT ou non
- ▣ La myorraphie des releveurs augmente les dyspareunies (20%)
- ▣ Pas de modification avec la sacro spino-fixation
- ▣ Les prothèse biologiques moins dyspareuniantes (rétraction)

# conclusion

- ▣ Importance d'évaluer avec les patientes le gain de confort espéré avec la chirurgie: chirurgie fonctionnelle++
- ▣ Indication opératoire mis en balance avec les risques chirurgicaux éventuels et les risques fonctionnels post opératoires possibles
- ▣ Chirurgie n'est jamais urgente: la déconseiller chez les patientes hésitantes ou peu gênées
- ▣ Importance de maîtriser plusieurs techniques opératoires.