

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—
**Tome XXXI - 2007
publié le 12.12.2007**



*TRENTE ET UNIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2007*

Indications de la cure de prolapsus par voie vaginale avec conservation utérine

M. COSSON, J.-P. LUCOT, P. COLLINET *
(Lille)

INTRODUCTION

Débuter cette mise au point sur les cures de prolapsus génitaux par voie vaginale avec conservation utérine, c'est annoncer qu'il y a des indications évidentes à la réalisation d'une hystérectomie lors des cures de prolapsus ; il s'agit des pathologies utérines bénignes symptomatiques, ou des états précancéreux (dysplasies cervicales, hyperplasies endométriales, etc.). À l'opposé, le désir de grossesse exige à l'évidence la conservation utérine. Entre ces évidences, il existe un réel débat sur la place de la conservation utérine au cours de la cure de prolapsus génital par voie vaginale. Nous essaierons donc de justifier notre position « contre l'hystérectomie systématique » en répondant par étapes aux questions et objections fréquemment posées. Dans un deuxième temps, nous rappellerons les principales techniques chirurgicales applicables par voie basse en cas de désir de conservation utérine. Ce rappel sera détaillé sur le plan technique par la vidéo associée dans le DVD de technique chirurgicale.

* Pôle de Gynécologie - Hôpital Jeanne de Flandre - CHU de Lille - 59037 LILLE CEDEX

I. ARGUMENTS EN FAVEUR OU DÉFAVEUR DE LA CONSERVATION UTÉRINE

1. L'utérus est-il « la » ou une des causes de survenue du prolapsus ?

Si l'hystérectomie a longtemps été considérée comme le premier temps de la cure de prolapsus par voie basse, plus personne ne conteste aujourd'hui le fait que l'utérus est une victime et non pas une cause de prolapsus. Ce sont les moyens de suspension de l'utérus qui ont cédé : fascias, ligaments cardinaux et ligaments utéro-sacrés. De nombreuses études ont d'ailleurs montré que l'hystérectomie n'était pas le traitement de l'hystérocèle.

2. L'hystérectomie apporte-t-elle un bénéfice en termes de résultats en cas de cure chirurgicale de prolapsus ?

Peu d'études comparatives sont disponibles sur le sujet. Les effectifs sont faibles, et de nombreuses techniques opératoires n'ont pas fait l'objet d'évaluation.

Maher a comparé de façon rétrospective la sacrospinofixation avec ou sans conservation utérine (34 *vs* 36 patientes) [6]. Les taux de succès subjectifs (78 *vs* 86 %) et objectifs (74 *vs* 72 %), et la satisfaction des patientes (85 *vs* 86 %) sont identiques à 2 ans.

Hefni a mené le même type d'étude en comparant la sacrospinofixation avec ou sans conservation utérine (61 *vs* 48 cas) [3]. Il s'agit d'une étude non randomisée mais les groupes présentent des caractéristiques préopératoires identiques (âge, BMI, antécédents chirurgicaux, type et degré du prolapsus). Avec un recul moyen de 33 mois, les taux de succès (95 %), les délais moyens de récurrence (16 *vs* 19 mois) et les taux de réinterventions sont identiques.

Dans la revue de la Cochrane menée par Maher en 2004, seule une étude avec ou sans hystérectomie a été retenue [5, 8]. Mais il s'agit plus d'une étude comparant la voie vaginale « classique » (hystérectomie, colpopérinéorrhaphies antérieure et postérieure et suspension des utéro-sacrés) à la promonto-suspension par laparotomie (utilisation de prothèses avec conservation utérine), que d'une étude comparant réellement l'impact de l'hystérectomie. On note toutefois que les auteurs retrouvent 10 % d'hystérocèles dans le groupe promonto-suspension,

ce qui rappelle la nécessité d'un ancrage de qualité de l'utérus en cas de préservation utérine.

Costantini a publié en 2005 les résultats d'une étude non randomisée de promonto-suspensions par prothèses associées ou non à une hystérectomie par laparotomie (34 *vs* 38 patientes) [2]. La réalisation de l'hystérectomie n'améliore pas les taux de succès et de satisfaction des patientes avec un recul moyen de 49 mois. On peut même argumenter que le taux de succès pourrait être supérieur dans le groupe sans hystérectomie, puisque 4 patientes ont présenté une récurrence de cystocèle alors qu'elles n'avaient bénéficié que d'une prothèse postérieure.

L'impact psychologique de l'hystérectomie lors des cures de prolapsus n'a pas été étudié à notre connaissance. On sait cependant que le prolapsus entraîne une dégradation de l'image de soi, avec un retentissement sur la sexualité. Il est possible que l'annonce de l'hystérectomie ait alors un impact surajouté non négligeable. Dans notre expérience, les femmes semblent plutôt satisfaites et soulagées que l'intervention comporte une préservation de l'utérus, comme si cela leur rendait une part de féminité. Concernant la sexualité, on sait que la conservation du col n'a pas de bénéfice, mais la sexualité après cure de prolapsus a été peu évaluée, et aucune étude comparant hystérectomie ou préservation n'a été menée.

Il n'existe donc pas dans la littérature d'argument montrant un bénéfice en termes de résultat en faveur de la réalisation systématique de l'hystérectomie.

Cette conclusion doit néanmoins être nuancée dans notre expérience dans deux situations :

- En cas d'utérus volumineux, le poids de l'utérus peut être responsable d'un taux d'échecs secondaires plus important, de plus cette augmentation de volume souvent liée à des fibromyomes est une cause éventuelle de nécessité d'hystérectomie secondaire.
- En cas de col utérin volumineux ou nettement allongé, le résultat anatomique de la suspension utérine sera diminué par cet allongement et pourra paraître insuffisant. L'hystérectomie ou l'amputation du col utérin peuvent alors seuls résoudre ce problème. On risque de se retrouver en postopératoire avec un col encore bas situé, parfois atteignant encore la vulve pouvant être responsable d'un résultat anatomique défavorable, voire d'une sensation persistante de corps étranger vaginal pour la patiente.

Nous recommandons donc dans ces deux cas la réalisation d'une hystérectomie systématique en accord avec la patiente et après obtention d'un consentement éclairé.

3. L'hystérectomie associée lors d'une cure de prolapsus peut-elle être dangereuse pour la patiente ?

Tout geste chirurgical est marqué par un risque de complication. Dans l'étude de Maher, l'hystérectomie allonge la durée opératoire de 30 minutes (91 *vs* 59 min, $p < 0,01$), et double les pertes sanguines (402 *vs* 198 ml, $p < 0,01$) [6].

L'étude de Hefni [3] montre que la réalisation de l'hystérectomie lors d'une sacrospinofixation augmente la durée opératoire (77 *vs* 51 minutes), les pertes sanguines, et le taux global de complications (31,2 % *vs* 11,5 %).

L'argument pour la réalisation de l'hystérectomie est qu'elle est « facile » en cas de prolapsus, l'utérus étant là, « offert ». Cependant, même dans ces situations favorables, l'hystérectomie peut être marquée par des complications. La série de Mathevet [7] montre que 37 % des plaies vésicales et 62 % des plaies rectales surviennent lors de cures de prolapsus par voie basse associées à une hystérectomie. Bien entendu, un certain nombre de ces complications surviennent lors des gestes de correction du prolapsus, mais 55 % des plaies vésicales surviennent lors de la réalisation de l'hystérectomie.

Concernant les promonto-suspensions par laparotomie, Costantini confirme que l'hystérectomie augmente la durée opératoire (115 *vs* 89 min, $p < 0,001$), les pertes sanguines et la durée d'hospitalisation de façon significative [2].

L'utilisation de prothèses par voie vaginale est une technique en plein essor. L'expérience du groupe TVM a montré que l'hystérectomie accroissait le risque d'exposition de prothèse, et ce même en l'absence de colpotomie en T inversé (incision de Crossen). Les théories avancées pour expliquer ces résultats sont le maintien de la vascularisation du fond vaginal et l'absence de contact direct entre le vagin et la prothèse.

En cas d'allongement du col, une amputation associée à une hystéropexie peut suffire à obtenir un résultat anatomique satisfaisant, sans avoir la lourdeur d'une hystérectomie.

À plus long terme, il n'existe aucune étude sur les résultats anatomiques avec ou sans hystérectomie. Cependant, l'hystérectomie est un facteur de risque classique de survenue d'une élytrocèle [4].

La prise en charge spécifique du fond vaginal lors de l'hystérectomie fait l'objet de techniques variées et non standardisées. Ceci expose à une récurrence à ce niveau. Si l'utérus est préservé et solidarisé au montage chirurgical, on peut espérer s'affranchir de ce risque.

La littérature montre donc que l'hystérectomie, même si elle semble facile, est grevée d'un certain nombre de complications per opératoires, et d'une augmentation de la morbidité chez des patientes parfois âgées et fragiles.

4. Risque carcinologique associé à la conservation utérine

Le fait de laisser l'utérus en place expose au risque théorique de développement d'un cancer. Il peut s'agir d'une lésion néoplasique présente lors de l'intervention et non dépistée lors du bilan préopératoire. Dans cette hypothèse, celui-ci semble devoir comporter au minimum des frottis cervicaux, une échographie endovaginale et une biopsie d'endomètre (voire un curetage?). Deux études se sont intéressées aux pathologies utérines découvertes fortuitement sur pièce d'hystérectomie lors de cures de prolapsus [11, 9]. Dans l'étude hollandaise, la fréquence des cancers du col ou de l'endomètre est estimée à 1/717. Dans l'étude new-yorkaise, 2 cas de cancers de l'endomètre (dont l'un était visible macroscopiquement) sur 372 pièces opératoires sont rapportés (0,5 %). Cependant, les auteurs ne précisent pas si les patientes ont bénéficié d'un bilan préopératoire, ni son contenu. Par exemple, un fibrome était identifié dans 42 % des cas à l'examen macroscopique de la pièce opératoire alors qu'il n'était pas connu. On retrouve aussi 20 % de polypes endométriaux découverts fortuitement. On peut penser qu'une échographie aurait permis le dépistage de ces lésions « occultes ».

À plus long terme, la crainte est la survenue secondaire d'un cancer. Compte tenu de l'âge moyen des patientes opérées de prolapsus, le risque principal concerne le cancer de l'endomètre [1]. Son incidence reste cependant modeste (au maximum de 18,4/100 000 (soit 2,7 % pour une femme dans sa vie) chez les femmes américaines blanches), et les facteurs de risque majeurs sont connus (essentiellement obésité, diabète, nulliparité). Hormis l'intervention de Lefort (dont il ne reste plus beaucoup d'indication à notre sens), les techniques chirurgicales utilisées n'entraînent pas de retard au diagnostic et ne modifient pas le traitement; en cas d'utilisation de prothèses, il suffit de sectionner les points de fixation sur l'isthme utérin. Si l'on

poursuivait cette logique de traitement « préventif » du cancer, il faudrait alors s'astreindre à réaliser systématiquement une annexectomie bilatérale pour s'affranchir du risque ovarien : il faut bien reconnaître que par voie vaginale, celle-ci n'est pas toujours réalisée chez ces patientes âgées avec rétraction des pédicules lombo-ovariens...

La prescription d'un traitement hormonal substitutif est tout à fait possible en cas de préservation de l'utérus et n'expose pas à un risque particulier de développement d'un cancer de l'endomètre, dès lors qu'il s'agit d'une association œstro-progestative.

Le cancer du col utérin est le deuxième cancer féminin dans le monde (10 % de tous les cancers) mais il existe des variations géographiques majeures, et l'incidence est d'environ 10/100 000 dans les pays développés [10]. L'incidence augmente avec l'âge pour atteindre un maximum et se stabiliser à 45–49 ans. On doit donc considérer ce risque avant de proposer une conservation utérine. Quarante-six pour cent des cancers du col sont découverts à un stade d'envahissement régional ou métastatique ; dans ces cas, la prise en charge du prolapsus ne relève pas de notre controverse. On sait que la survenue d'un cancer du col est précédée par la séquence dysplasie légère – dysplasie sévère, avec le facteur de risque indispensable qu'est le virus HPV. Ces éléments peuvent et doivent faire l'objet d'un dépistage. Ce type d'anomalie contre-indique la conservation utérine. En l'absence d'antécédent de ce type et si le frottis est normal, la conservation n'expose pas à un risque suffisant à notre sens pour justifier d'une hystérectomie.

Le risque carcinologique, s'il est réel, ne doit donc pas être sur-estimé. Un bilan préopératoire soigneux et une étude des facteurs de risque permettent une sélection des patientes devant bénéficier d'une hystérectomie « préventive ». Enfin, les femmes doivent être suivies régulièrement et informées de la nécessité de consulter en cas de symptômes de la maladie. Ceci paraît d'ailleurs évident, qu'elles aient ou non un prolapsus...

Enfin, compte tenu de la fréquence des prolapsus, la réalisation d'une hystérectomie systématique a un coût financier pour la santé publique. Les cures de prolapsus sont classées dans la Catégorie Majeure de Diagnostic (CMD) n° 13 : affections de l'appareil génital féminin. En l'absence d'hystérectomie, les interventions sont affectées dans les groupes « interventions réparatrices », n° 13C04V (âge < 70 ans sans co-morbidité associée (CMA)) ou 13C04W (âge > 69 ans et/ou

CMA). Les tarifs sont respectivement de 2984,20 et 3910,78 euros. Lorsqu'une hystérectomie est pratiquée, l'intervention est classée dans les groupes « hystérectomie », 13C03V (âge < 70 ans sans CMA) ou 13C03W (âge > 69 ans et/ou CMA). Les tarifs en sont alors de 3462,50 et 4737,25 euros. Pour le même type de patientes, le surcoût engendré par l'hystérectomie est donc de 478 euros (+ 16 %) (âge < 70 ans sans CMA) et de 826 euros (+ 21 %) (âge > 69 ans et/ou CMA).

On constate que le surcoût engendré est loin d'être négligeable, surtout lorsqu'il est multiplié par le nombre d'interventions pratiquées.

5. Difficultés d'une éventuelle hystérectomie secondaire

Il n'existe pas d'article scientifique rapportant le risque spécifique auquel s'expose la patiente en cas de nécessité d'une hystérectomie secondaire. Il est néanmoins certain qu'une hystérectomie réalisée après une cure de prolapsus génital par voie haute ou basse est techniquement plus délicate et source d'un nombre plus élevé de complications péri-opératoires. Ceci n'est pas vrai dans les cures de prolapsus ayant échoué et pour lesquelles une voie vaginale redevient le plus souvent possible même si les plans de dissection de la vessie et du rectum peuvent rester sensiblement plus délicats à aborder. Dans les autres cas beaucoup plus nombreux, une voie vaginale peut rester envisageable par un expert mais le taux de laparotomies est bien entendu plus élevé, et les dissections étant plus délicates le taux de plaies vésicales ou digestives sera probablement plus important. Néanmoins au prix le plus souvent d'une laparotomie ou d'une cœlioscopie d'expert, ce geste reste possible. Les antécédents de cure de prolapsus par voie vaginale avec conservation utérine et en particulier les suspensions selon Richardson au ligament sacroépineux autorisent une reprise par voie vaginale pour peu que l'accès vaginal et la section de la suspension préalable restent possibles.

II. TECHNIQUES OPÉRATOIRES DANS LES CURES DE PROLAPSUS GÉNITAUX PAR VOIE VAGINALE AVEC CONSERVATION UTÉRINE

Ce chapitre sort du sujet de ce texte et est plus une introduction au DVD de technique opératoire auquel nous vous renvoyons.

Si l'on décide de réaliser une cure chirurgicale de prolapsus par voie vaginale avec conservation utérine, de nombreuses techniques opératoires sont décrites dans la littérature. Il peut être difficile de se faire une idée au travers des résultats publiés dans la littérature en raison de l'absence de données scientifiques et d'études randomisées dans ce domaine.

Nous ne considérons pas que le cloisonnement vaginal par exemple selon Lefort puisse être considéré comme une technique validée et recommandable dans les cas courants. En effet même si sa réalisation est souvent (mais pas toujours) techniquement simple et peut être réalisée dans certains cas sous anesthésie locale complétée, elle aboutit à la disparition de la cavité vaginale, ce qui correspond à une mutilation génitale si ce n'est sexuelle, et conserve un utérus dont l'exploration devient alors extrêmement difficile ainsi qu'une éventuelle hystérectomie secondaire...

Les techniques associant amputation du col et plastie des utéro-sacrés présentent l'inconvénient d'être parfois responsables secondairement d'une sténose du col utérin qui nécessitera alors souvent une hystérectomie secondaire. De plus ces techniques opératoires sont plus souvent indiquées dans les allongements isolés du col utérin sans hystérocèle vraie ou dans les cas de cystocèle modérée associée.

On l'aura compris il nous semble que seules les techniques de suspension peuvent permettre de traiter une hystérocèle avec conservation de l'utérus en l'absence d'allongement du col utérin. Nous décrirons donc dans la vidéo associée les techniques de suspension au ligament sacroépineux selon Richardson, parfaitement adaptées aux hystérocèles isolées, et en particulier en cas de désir de grossesse ultérieure voire d'accouchement par voie basse. Nous recommandons d'éviter la suspension directe de l'isthme ou des ligaments utéro-sacrés pour privilégier la suspension par l'intermédiaire de bandelettes vaginales pour éviter les bascules excessives du col utérin.

En cas de prolapsus associé de la paroi vaginale antérieure ou postérieure le traitement associé des défauts est indispensable.

Pour les patientes âgées présentant un utérus normal, un col court et un prolapsus complet, voire une cystocèle volumineuse, l'utilisation d'implants de renfort synthétiques avec suspension au même ligament sacroépineux nous semble parfaitement adapté. L'utérus doit alors être suspendu par l'intermédiaire de fils non résorbables aux implants comme cela est réalisé dans les promontofixations par voie haute.

CONCLUSION

Certains cas relèvent à l'évidence d'une hystérectomie : pathologies bénignes symptomatiques, facteurs de risque de cancer (antécédents de dysplasie cervicale, lésions utérines précancéreuses...). Le risque carcinologique ultérieur est réduit grâce à un bilan préopératoire, à une sélection des patientes et à un suivi régulier.

La littérature montre que l'hystérectomie n'améliore pas les résultats des traitements des prolapsus, mais qu'elle alourdit la morbidité de ces interventions, avec un surcoût non négligeable en santé publique.

Les techniques de suspension par voie vaginale au ligament sacroépineux par l'intermédiaire d'implants de renfort ou par fils non résorbables nous semblent les interventions à recommander à l'heure actuelle dans ces indications de conservation utérine.

Cependant, des études randomisées portant sur de grands effectifs, évaluant les techniques classiques et nouvelles, avec ou sans prothèses, restent nécessaires avant de pouvoir affirmer qu'être contre l'hystérectomie systématique, c'est être pour le bien des femmes.

Résumé

Les indications de la cure de prolapsus par voie vaginale avec conservation utérine ne font pas actuellement l'objet d'un consensus et la littérature ne permet pas de cerner précisément ces indications. Certains cas relèvent à l'évidence d'une hystérectomie : pathologies bénignes symptomatiques, facteurs de risque de cancer utérin familial ou personnel (antécédents de dysplasie cervicale, lésions utérines précancéreuses...). Le risque carcinologique ultérieur est réduit grâce à un bilan préopératoire, à une sélection des patientes et à un suivi régulier.

La littérature montre que l'hystérectomie n'améliore le plus souvent pas les résultats des traitements des prolapsus, mais qu'elle alourdit la morbidité de ces interventions, avec un surcoût non négligeable en santé publique. Ces données sont à nuancer dans les cas rares d'allongement marqué du col utérin où une hystérectomie nous semble préférable.

Les techniques de suspension par voie vaginale au ligament sacroépineux par l'intermédiaire d'implants de renfort ou par fils non résorbables nous semblent les interventions à recommander à l'heure actuelle dans ces indications de conservation utérine.

Cependant, des études randomisées portant sur de grands effectifs, évaluant les techniques avec et sans conservation utérine, avec ou sans prothèses, restent nécessaires avant de pouvoir préciser les indications pour lesquelles la conservation utérine dans la cure de prolapsus génitaux représente un réel bénéfice à long terme pour les patientes.

Bibliographie

1. Brinton LA, Lacey JV, Devesa SS, Sherman ME. Epidemiology of uterine corpus cancers. In Gershenson DM, McGuire W, Gore M, Quinn MA, Thomas G. Gynecologic cancer. Controversies in management. Elsevier, 2004, p. 189-207.
2. Costantini E, Mearini L, Bini V, Zucchi A, Mearini E, Porena M. Uterus preservation in surgical correction of urogenital prolapse. *Eur Urol* 2005; 48: 642-9.
3. Hefni M, El-Toukhy T, Bhaumik J, Katsimanis E. Sacrospinous cervicocolpopexy with uterine conservation for uterovaginal prolapse in elderly women: an evolving concept. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 645-50.
4. Lapalus MG, Henry L, Barth X, Mellier G, Gautier G, Mion F, Damon H. Entérocele : facteurs de risque clinique et associations à d'autres troubles de la statique pelvienne (à partir de 544 défécographies). *Gyn Obstet Fertil* 2004; 32: 595-600.
5. Maher C, Baessler K, Glazener CMA, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 Oct 18; (4): CD004014.
6. Maher CF, Cary MP, Slack MC, Murray CJ, Milligan M, Schluter P. Uterine preservation or hysterectomy at sacrospinous colpopexy for uterovaginal prolapse? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001; 12(6): 381-4.
7. Mathevet P, Valencia P, Cousin C, Mellier G, Dargent D. Operative injuries during vaginal hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 97: 71-75.
8. Roovers JP, Van der Vaart, Van der Bom, Van Leeuwen JH, Scholten PC, Heintz AP. A randomized controlled trial comparing abdominal and vaginal prolapse surgery: effects on urogenital function. *Br J Obstet Gynaecol* 2004; 111: 50-56.
9. Schouwink MH, van de Molengraft FJ, Roex AJ. Little clinical relevance in routine pathological examination of uteri removed in women with prolapse symptoms. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141(4): 678-81.
10. Tortolero-Luna G, Franco EL. Epidemiology of cervical, vulvar and vaginal cancers. In Gershenson DM, McGuire W, Gore M, Quinn MA, Thomas G. Gynecologic cancer. Controversies in management. Elsevier, 2004, p. 3-30.
11. Yin H, Mittal K. Incidental findings in uterine prolapse specimen: frequency and implications. *Int J Gynecol Pathol* 2004; 23(1): 26-8.