

Indications respectives des différentes techniques de cure de prolapsus génital

R. DE TAYRAC *, M.H. LABAKI, V. LETOUZEY, B. FATTON, P. MARÈS
(Nîmes)

Résumé

Le prolapsus génital est une pathologie fonctionnelle fréquente dont le traitement de référence est chirurgical. Nous aborderons les différentes options chirurgicales, leurs risques respectifs et les éléments permettant de faire un choix thérapeutique personnalisé.

Mots clés : prolapsus génital, promontofixation, chirurgie vaginale, prothèses, complications

CHU Carêmeau - Service de gynécologie-obstétrique - Place du Professeur Debré -
30029 Nîmes cedex 9

* Correspondance : renaud.detayrac@chu-nimes.fr

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Pr Renaud de Tayrac, déclare avoir un intérêt avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté : consultant pour la société Boston Scientific ; obtention de bourses de recherche avec les sociétés Sofradim-Covidien, Ethicon et Boston Scientific ; réalisation de formation pour la société Coloplast ; participation à des symposiums pour la société AMS.

INTRODUCTION

Le prolapsus des organes pelviens est une pathologie pouvant entraîner un impact important sur la qualité de vie des femmes [1]. Les données épidémiologiques rapportent un pourcentage de 11 à 19 % de risque durant une vie de développer cette pathologie [2, 3]. Par ailleurs, 30 % des femmes ayant subi une intervention de réparation du plancher pelvien nécessiteront une chirurgie supplémentaire pour récédive du prolapsus [2, 4]. Le succès observé avec l'utilisation des prothèses en chirurgie générale pour le traitement des hernies inguinales a conduit les gynécologues à adapter cette technique chirurgicale pour les reconstructions du plancher pelvien. Actuellement en France, la réparation des prolapsus par voie vaginale se fait à l'aide de ces matériaux de reconstruction dans 50 % des cystocèles et 32 % des rectocèles [5]. Toutefois des préoccupations ont été soulevées concernant la sécurité de la pose par voie vaginale de ces prothèses.

La chirurgie pelvienne reconstructrice a beaucoup évolué ces dix dernières années, avec le développement de nouvelles voies d'abord (transobturatrice, trans-ischio-anale) et de nouvelles techniques (prothèses vaginales), mais les indications respectives des différentes interventions restent actuellement difficiles à préciser, par manque de données de niveau de preuve suffisante.

Les interventions les plus couramment pratiquées en France sont actuellement :

- la promontofixation laparoscopique, permettant une hystéropexie ou une vaginopexie (antécédent d’hystérectomie) au promontoire, un renforcement prothétique de la paroi vaginale antérieure (traitement préventif ou curatif d’une cystocèle médiane) et éventuellement un renforcement prothétique de la paroi vaginale postérieure (rectocèle et/ou élytrocèle associée). La promontofixation tend à être le *gold standard* de ces réparations, mais sa réalisation se heurte à certains inconvénients : difficultés d’apprentissage, difficultés de réalisation (obésité morbide, adhérences pelviennes) et morbidité parfois sévère (hémorragie, occlusion, spondylodiscite). Par ailleurs, cette voie d’abord ne permet pas le traitement associé de l’incontinence urinaire d’effort (nécessitant une double installation) et de la béance vulvaire ;
- la chirurgie vaginale non prothétique, associant généralement une sacrospinofixation classique (postérieure), une plicature du fascia pré-rectal et une réparation sous-vésicale à l’aide des tissus natifs. Cette dernière peut être une plicature du fascia sous-vésical, une plicature en paletot du fascia de Halban ou une ligamentopexie croisée des ligaments utéro-sacrés (à condition de réaliser une hystérectomie associée). Les inconvénients de ce type de chirurgie sont la réalisation de cicatrices vaginales (risque de dyspareunie) et l’absence de renforcement prothétique conduisant à un risque plus élevé de récurrence. Les avantages sont la relative simplicité d’apprentissage et de réalisation, la faible morbidité et la possibilité de réaliser à façon une réparation du centre tendineux périnéal et la mise en place d’une bandelette sous-urétrale sans modifier l’installation ;
- la chirurgie vaginale prothétique, qui fait actuellement l’objet de vives critiques, mais qui permet une réduction significative du risque de récurrence de cystocèle [6-9], qui est le compartiment le plus difficile à traiter, quelle que soit la voie d’abord. Les deux techniques les plus employées sont la prothèse transobturatrice à quatre bras (qui nécessite généralement une sacrospinofixation postérieure associée) et la prothèse sous-vésicale fixée en arrière aux ligaments sacro-épineux par une double sacrospinofixation antérieure. Les risques de cette chirurgie sont liés à la prothèse (infection, exposition, rétraction).

Nous ne disposons aujourd’hui que de peu d’études permettant de savoir précisément dans quelles indications il faut faire plutôt une voie haute ou une voie basse, et dans quelles indications il faut mettre une

prothèse par voie basse. Nous allons néanmoins essayer de dégager les grandes lignes du raisonnement thérapeutique.

I. CHOIX ENTRE CHIRURGIE ABDOMINALE ET VAGINALE

La méta-analyse de la Cochrane publiée en 2010 [10], ayant analysé 3 773 patientes issues de 40 études randomisées, conclut que la voie haute donne moins de récurrences de prolapsus fundiques (RR 0,23 ; IC 95 % 0,07-0,77), moins de dyspareunies (RR 0,39 ; IC 95 % 0,18-0,86) et une tendance (non significative) à un taux plus faible de réinterventions (RR 0,46 ; IC 95 % 0,19-1,11). Les avantages de la voie basse sont une réduction de la durée opératoire, un coût plus faible et une reprise plus précoce des activités.

Ces données récentes ne permettent pourtant pas d'établir un algorithme thérapeutique précis. Néanmoins, à partir de ces données et de notre expérience, nous pouvons dégager certaines situations plaidant pour une voie d'abord plutôt qu'une autre.

Les éléments plaidant en faveur de la voie abdominale sont (un ou plusieurs éléments peuvent être associés) :

- **femme jeune** (< 50-60 ans), en raison de l'efficacité démontrée à long terme (> 10 ans) dans plusieurs publications, de la fréquente nécessité de renforcement prothétique à cet âge (contre-indication des prothèses vaginales avant 50 ans), et du moindre retentissement prévisible des complications (absence de comorbidité) ;
- **hystéroptose prédominante**, parce qu'avant tout, cette technique est une hystéropexie. S'il existe une large cystocèle médiane et latérale, l'absence de suspension para-vaginale associée (réalisable par cœlioscopie, mais augmentant la difficulté et la morbidité) peut entraîner la récurrence de cystocèles sous la prothèse antérieure ;
- **récurrence après voie basse prothétique**, car dans cette situation, il n'y a pas d'autre alternative si le traitement chirurgical est nécessaire ;
- **pathologie annexielle associée** ;
- **prolapsus rectal intra-anal associé** (importance du bilan pré-opératoire) lorsque celui-ci s'accompagne d'une incontinence fécale gênante ;

- **douleurs pelvi-périnéales chroniques** contre-indiquant la chirurgie vaginale.

Concernant l'utilisation de l'assistance robotisée, il n'y a actuellement aucune donnée permettant de justifier (hors essai clinique) son utilisation par rapport à la coelioscopie conventionnelle.

Les éléments plaçant pour la voie basse sont (un ou plusieurs éléments peuvent être associés) :

- **femme âgée de plus de 60-70 ans**, en raison des plus faibles morbidités (surtout voie basse non prothétique) et durée d'immobilisation de la voie basse (il s'agit le plus souvent des comorbidités liées à l'âge qui contre-indiquent la voie haute) ;
- **cystocèle prédominante** (surtout latérale) ;
- **antécédent de chirurgie abdominale adhésiogène**, en raison d'une surmorbidity pouvant être liée à l'adhésiolyse ;
- **obésité morbide**, en raison d'une surmorbidity probable de la voie haute ;
- **dysplasie sévère du col utérin** associée, en raison de la contre-indication à la réalisation d'une hystérectomie totale lors de la promontofixation ;
- **récidive après promontofixation**, surtout s'il s'agit d'une récurrence de cystocèle isolée ;
- **contre-indication à l'anesthésie générale, à la coelioscopie ou à une chirurgie longue** (liées en générale à des comorbidités cardio-respiratoires) ;
- **douleurs dorso-lombaires chroniques**, en raison d'un possible risque d'aggravation des douleurs (un avis rhumato-orthopédique peut être utile avant de poser l'indication opératoire).

Dans les situations complexes, comme les récurrences ou l'association de facteurs en faveur ou en défaveur des deux voies d'abord, le recours à une décision en RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) est vivement recommandé.

Sur le plan chirurgical, la pratique régulière d'une voie d'abord optimise le résultat pour la patiente. Selon le Code de déontologie médicale (article 32), « dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents ». Dans le domaine des troubles de la statique pelvienne, une concertation pluridisciplinaire et plurichirurgicale (vaginaliste et coelioscopique)

préopératoire peut être un moyen utile de mieux répondre à la patiente. La patiente doit être informée de ce débat et des arguments orientant dans un sens ou dans l'autre. En pratique, si un chirurgien ne pratique régulièrement qu'un seul abord et qu'il existe une indication pour l'autre, il faut s'avoir confier la patiente à un collègue.

Les données de morbi-mortalité sont également importantes pour effectuer un choix thérapeutique en fonction de chaque patiente en particulier. Un site internet sur la chirurgie du prolapsus a été mis en ligne en mai 2010 [5]. Ce site est accessible par le site Gynerisq, créé initialement pour les chirurgiens libéraux, puis ouvert ensuite aux praticiens des hôpitaux publics universitaires et non universitaires. Pour motiver les chirurgiens libéraux à déclarer leurs interventions, des réductions de primes assuranciennes ont été mises en place. Les inclusions se sont terminées en mai 2012 et le recul postopératoire prévu pour déclarer les complications est de 12 mois. L'objectif principal de ce registre est d'évaluer la morbidité après chirurgie du prolapsus, en chirurgie gynécologique, dans les établissements publics et privés, incluant toutes les techniques chirurgicales, pendant 12 mois. L'objectif secondaire est de décrire les différentes techniques actuellement pratiquées en France parmi les chirurgiens gynécologues. En 20 mois (mai 2010-décembre 2011), 3 327 interventions ont été enregistrées dans le registre par 276 chirurgiens gynécologues. Deux mille cinq cent soixante-trois interventions ont été réalisées par voie vaginale (77,2 %) et 764 par voie abdominale.

Parmi les interventions abdominales, 610 (79,8 %) ont été réalisées par coelioscopie, incluant 58/610 procédures robot-assistées (9,5 %). D'un point de vue technique, les prothèses de polypropylène ont été préférées au polyester dans 62,6 %, les sutures ont été préférées aux agrafes dans 89,1 % et une prothèse postérieure fixée aux élévateurs a été associée dans 69,7 % des cas. Une hystérectomie et une bandelette sous-urétrale ont été associées dans 40,4 % et 25,7 %, respectivement.

Parmi les interventions vaginales, 2 055 cures de cystocèles, 1 456 suspensions apicales, et 1 208 cures de rectocèles ont été enregistrées. Des prothèses synthétiques ont été utilisées dans 49,8% des cures de cystocèle et 32,1% des cures de rectocèle. La voie transobturatrice était pratiquée pour la mise en place des prothèses antérieures dans 83,4% des cas. Les suspensions apicales étaient réalisées par sacrospino-fixation, bandelette postérieure et rapprochement des ligaments utéro-sacrés dans 57,8 %, 22,5 % et 18,9 % des cas, respectivement.

Le taux global de complications per-opératoires rapportées est de 194/3 327 patientes (5,8 %), réparties en 6 *versus* 5,2 % après chirurgie

vaginale et abdominale respectivement ($p = 0,4$). Des complications sévères ont été rapportées dans 2,5 % et 2,4 % respectivement ($p = 0,9$) : plaies vésicales (1,2 *versus* 1,3 % ; $p = 0,8$), plaies rectales (0,4 *versus* 0,4 % ; $p = 1$), plaies vasculaires (0,2 *versus* 0,4 % ; $p = 0,4$) et hémorragies (0,8 *versus* 0,3 % ; $p = 0,14$).

Le taux global de complications postopératoires rapportées est de 858/3 327 patientes (25,8 %), réparties en 26,3 *versus* 24 % après chirurgie vaginale et abdominale respectivement ($p = 0,2$). Des complications sévères ont été rapportées dans 5,2 % et 6,8 % respectivement ($p = 0,09$) : hématomes (2,1 *versus* 1,3 % ; $p = 0,2$), érosions vaginales (2,6 *versus* 1,1 % ; $p = 0,01$), érosions viscérales (0 *versus* 0,4 % ; $p = 0,01$), douleurs persistantes (1 *versus* 1,6 % ; $p = 0,2$), occlusions (0 *versus* 1,6 % ; $p < 0,001$), abcès (0,4 *versus* 0,4 % ; $p = 1$), fistules (0,2 *versus* 0,1 % ; $p = 0,6$), spondylodiscite (0 *versus* 0,1 % ; $p = 0,1$), embolies pulmonaires (0,04 *versus* 0,1 % ; $p = 0,5$) et décès (0,04 *versus* 0,1 % ; $p = 0,5$). Les taux de réinterventions ont été de 2,7 % *versus* 3,4 % après chirurgie vaginale et abdominale, respectivement ($p = 0,3$). Ce registre illustre bien que des complications sévères peuvent survenir après les deux types de voie d'abord de la chirurgie des prolapsus génitaux. La connaissance de la fréquence de ces complications est importante pour adapter la voie d'abord à la patiente et pour l'information préopératoire des patientes.

II. CHOIX ENTRE CHIRURGIE CLASSIQUE ET PROTHÈSE PAR VOIE VAGINALE

Les préoccupations de sécurité ont été soulevées par la FDA (Food and Drug Administration) concernant les prothèses transvaginales utilisées dans la réparation des prolapsus. Ceci a été déclenché sur la base de 2 874 complications déclarées volontairement par les chirurgiens américains entre 2008 et 2010. Les complications les plus fréquentes étaient les expositions des prothèses, les douleurs, les dyspareunies, les infections, les problèmes urinaires, les saignements, les perforations d'organes, et trois décès (2 perforations digestives et une hémorragie). Sur ce seul chiffre, la FDA a considéré que ces événements indésirables sérieux n'étaient pas rares, contrairement à un rapport précédent. Ces préoccupations ont conduit à la publication de plusieurs documents et notifications entre juillet 2011 et janvier 2012 [11]. Leurs conclusions étaient que l'utilisation de ces dispositifs

médicaux est d'une efficacité incertaine (sauf pour la cystocèle) et n'est pas dépourvue de risques. À l'inverse, la FDA considère que l'utilisation de ces prothèses synthétiques dans la promontofixation abdominale ou coelioscopique est efficace et sûre. Ces experts ont instauré des prérequis beaucoup plus sévères dans l'évaluation qui précède la mise sur le marché des matériaux destinés à cet usage. Ils ont également requis que les études de ces dispositifs médicaux doivent comporter un bras de comparaison avec la technique chirurgicale non prothétique (dégradant ainsi la procédure d'évaluation de ces dispositifs médicaux de la classe II à la classe III).

Un certain nombre d'experts américains ont remis en question les données présentées par la FDA [12]. En réponse à cette mise en garde, 600 membres du réseau des chirurgiens pelviens ont affirmé que les données chirurgicales basées sur l'évidence concernant la reconstruction pelvienne en général sont insuffisantes et que les deux autres techniques de référence que sont la chirurgie traditionnelle et l'approche abdominale étaient également associées à des complications spécifiques. Leur conclusion a été que le chirurgien devrait être plus conscient des risques et des bénéfices de chacune de ces interventions et devrait avoir la connaissance nécessaire et les aptitudes chirurgicales requises pour indiquer et effectuer ce genre d'interventions.

Si dans les suites de ces recommandations la réaction des sociétés professionnelles a été mitigée, celle des industriels l'a été encore plus. Alors que de nouveaux travaux scientifiques rassurants sont régulièrement publiés, plusieurs sociétés industrielles ont décidé d'arrêter la production de prothèses qui avaient déjà fait leurs preuves. C'est ainsi qu'en juin 2012, Ethicon a annoncé l'arrêt de production de quatre prothèses vaginales, dont le Prolift®.

D'autres sociétés savantes se sont exprimées à ce sujet. L'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) et l'AUGS (American UroGynecologic Society) ont publié une déclaration commune en décembre 2011 concernant l'utilisation des prothèses vaginales dans la réparation des prolapsus [13]. Ils ont convenu que les chirurgiens devraient subir des formations spécifiques pour chaque dispositif médical qu'ils seraient amenés à placer, et que l'utilisation des matériaux de reconstruction par le chirurgien expérimenté dans une technique particulière est une option raisonnable pour les patients présentant un facteur de risque de récurrence, notamment les prolapsus récurrents. La IUGA (International UroGynecologic Association) en 2010 avait promu l'importance des caractéristiques individuelles de chaque patiente et de la nécessité de son consentement éclairé et l'importance d'une description détaillée par les industriels des

propriétés des matériaux, et qu'une qualification chirurgicale adaptée à la pose des prothèses vaginales des chirurgiens serait désirable [14]. En France, le CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) a publié fin 2011 son texte des recommandations de la prévention des complications de la chirurgie prothétique du prolapsus [15], reconnaissant le risque éventuel de ce type d'interventions sans pour autant remettre en cause l'efficacité d'un type particulier de geste chirurgical.

Nous sommes encore actuellement dans une période instable, raison pour laquelle il est encore plus difficile d'établir des recommandations pratiques sur les indications de ces techniques de prothèses vaginales. Il serait souhaitable que les sociétés savantes françaises (CNGOF, SCGP (Société de chirurgie gynécologique et pelvienne), SIFUD PP (Société interdisciplinaire francophone d'urodynamique et de pelvipérinéologie)) se prononcent clairement sur ce point.

En attendant, voici ce que nous pouvons dire :

- il paraît raisonnable de ne plus utiliser de prothèses de polypropylène par voie vaginale avant 50 ans, quel que soit le grammage, en dehors de quelques situations très particulières (à valider en RCP), en raison du risque de dyspareunies irréversibles ;
- il paraît raisonnable de ne plus utiliser de prothèses postérieures en polypropylène, quel que soit le grammage, en dehors d'essais cliniques, en raison de l'absence de preuve d'efficacité et du risque de complications sérieuses (douleurs chroniques, fistules recto-vaginales) ;
- les prothèses sous-vésicales, transobturatrices ou fixées au ligament sacro-épineux peuvent être utilisées :
 - dans certaines indications : contre-indications absolues ou relatives à la coelioscopie et présence d'un ou a fortiori plusieurs facteurs de risque de récives (cystocèle récidivée, obésité morbide, laxité tissulaire franche, hyperactivité) ;
 - et à certaines conditions : être expérimenté (intérêt des centres experts), avoir été spécifiquement formé à la technique utilisée, avoir obtenu le consentement éclairé de la patiente, ne pas avoir de problème per-opératoire (saignement important, plaie rectale ou vésicale), et bien détailler le type de prothèse et la technique de pose sur le compte rendu opératoire.

De plus, il apparaît souhaitable que les kits prothétiques utilisés aient fait l'objet d'au moins une publication rapportant une balance bénéfices-risques acceptable.

III. CHOIX DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE POUR ET AVEC LA PATIENTE

L'obligation d'information du patient et la nécessité de recueillir son consentement avant les soins découlent de plusieurs textes dont la Convention européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine : « Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques ». L'article 16-3 du Code civil complète l'information par : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne » et l'article L. 1111-2 : « Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser », ce qui n'est jamais le cas dans les troubles de la statique pelvienne. L'article 35 du Code de déontologie médicale précise que : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose ». L'article 32 du même Code de déontologie médicale mentionne que « dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents ». L'article L. 1111-2 du Code de santé publique modifié par la loi 2002-303 du 4 mars 2002 précise le champ de l'information due au patient et ses modalités de délivrance : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ». L'article L. 1111-4 ajoute que : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ». « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix ». « Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel ». Cet article de loi fait référence aux bonnes pratiques établies sur ce sujet par l'Anaes [1].

Le prolapsus génital reste une pathologie fonctionnelle, ce qui oblige à donner une information détaillée axée sur les risques fréquents

et graves (décès ou invalidité), les bénéfices attendus, les conséquences fonctionnelles, les alternatives thérapeutiques et les conséquences de l'abstention. Les risques fréquents à définir par leur pourcentage d'incidence décrit dans la littérature. Ce seuil de risque fréquent est discutable et est compris entre 1 et 5 %. Les complications se répartissent différemment selon la voie d'abord. Le risque grave, celui par un pronostic vital engagé, pouvant aboutir à l'extrême à un séjour en réanimation, voire à un décès, est heureusement plus rare. Mais il ne faut pas oublier de prévenir la patiente car les risques les plus graves étant les plus rares, leur fréquence doit rassurer la patiente (spondylo-discite, infection de prothèse).

La chirurgie du prolapsus génital présente des spécificités susceptibles d'influencer l'interprétation de ces textes. Il s'agit d'une chirurgie fonctionnelle destinée à corriger un handicap chronique. L'abstention chirurgicale n'engage pas le pronostic vital de la personne, hormis pour le cas rare du prolapsus totalement extériorisé avec plicature urétérale et dilatation d'amont pouvant aboutir à l'insuffisance rénale obstructive.

La chirurgie du prolapsus peut être directement responsable de l'apparition de troubles fonctionnels *de novo* tels qu'une incontinence urinaire, des dyspareunies, une constipation sévère, une incontinence anale, des urgences mictionnelles ou une dysurie. La gêne première doit être considérée par la patiente comme suffisamment motivante pour une prise de risque mesurée (intérêt des questionnaires de qualité de vie). Dans le cadre spécifique du prolapsus anatomique, la décompensation d'un autre étage (apparition d'une rectocèle après cure simple de cystocèles ou l'inverse) est fréquente et doit être expliquée, voire prévenue chirurgicalement.

Les bénéfices attendus pour la patiente doivent être définis avant l'intervention ainsi que leurs limites. Une correction anatomique peut ne pas corriger la gêne de la patiente.

Il nous semble également nécessaire d'informer systématiquement la patiente sur l'alternative à la chirurgie que peut être un pessaire, en prévenant la patiente des avantages et des inconvénients de cette solution. En Angleterre en 2008, plus de 85 % des gynécologues ayant répondu à une enquête dont le taux de retour était de 54 % l'utilisent dans la prise en charge des troubles de la statique pelvienne. De plus, le pessaire est parfois utilisé afin de déterminer la probabilité d'une incontinence urinaire démasquée dans le postopératoire.

L'abstention thérapeutique ou la simple rééducation périnéale peuvent également être des options : soit face à une symptomatologie dont le lien avec une pathologie clinique et anatomique n'est pas mis

en évidence et donc le gain pour la patiente est peu évident; soit dans le cas d'un terrain rendant particulièrement à risque une intervention pour le bénéfice attendu; soit lorsque le bénéfice escompté est incertain.

Concernant l'information de la patiente, le support écrit standardisé est optionnel, son caractère généraliste ne lui permet pas de remplacer l'information orale essentielle. Les recommandations de l'Anaes insistent sur ce point et précisent que le support écrit ne doit être assorti d'aucune formule obligeant le patient à y apposer sa signature. Un compte rendu écrit de la consultation résumant l'indication opératoire ainsi que les bénéfices et les risques attendus, adressé au médecin traitant et à la patiente, est actuellement la meilleure solution. Il ne s'agit pas d'une attitude de défense, mais de la formalisation par écrit de la démarche médicale de tous les jours avec d'un côté une patiente qui consulte à la recherche d'une solution pour soulager ses symptômes, et de l'autre un praticien qui y répond en expliquant sa démarche médicale.

IV. PLACE DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE CHOIX DE LA VOIE D'ABORD

La réalisation d'examens complémentaires peut permettre non seulement de mieux définir les plaintes fonctionnelles (quantifiables par les autoquestionnaires) de la patiente mais également de mieux anticiper les risques de troubles fonctionnels persistants ou *de novo* en postopératoire.

Dans notre pratique, une exploration urodynamique (EUD) est réalisée des lors qu'il existe un prolapsus des étages moyens et antérieurs et/ou des symptômes urinaires préopératoires. Le diagnostic d'une incontinence urinaire masquée par le prolapsus, établi lors de l'examen clinique avec un remplissage vésical connu ou lors de l'examen urodynamique, permet d'informer la patiente du risque d'IUE (incontinence urinaire d'effort) *de novo* et éventuellement de proposer un geste préventif dans le même temps. La prise en charge de cette IUE est discutée dans le même temps opératoire. Cependant, peuvent se substituer à un examen urodynamique complet, dans les cas simples (première intervention chirurgicale sans signe fonctionnel autre que la gêne du prolapsus), une débitmétrie et une mesure du résidu postmictionnel, renseignant sur le risque de complications fonctionnelles urinaires *de novo*. De même, le test au pessaire peut être

une aide précieuse pour l'évaluation préopératoire des troubles mictionnels associés au prolapsus (pollakiurie, urgenterie, nycturie, dysurie).

L'exploration de l'étage postérieur peut également être documentée dans un but d'information sur les troubles de la statique postérieure associés (prolapsus rectal, insuffisance sphinctérienne anale). L'interrogatoire doit avant tout ne pas négliger un trouble du transit préopératoire. L'examen clinique comprend généralement un toucher rectal, permettant d'apprécier le tonus sphinctérien au repos, à la contraction et à la retenue (recherche d'un asynchronisme anorectal), la rectocèle et l'élytrocèle. Dans notre pratique, la défécographie, l'échographie et la manométrie anorectale sont pratiquées chez une patiente présentant une constipation terminale sévère et/ou une incontinence fécale associée, recherchant une insuffisance sphinctérienne anale ou un prolapsus rectal intra-anal. Il est donc souvent proposé une consultation de coloproctologie afin d'orienter les examens complémentaires dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire. Cette attitude est fondée sur la modification de la prise en charge en cas de défaut sphinctérien possiblement à suturer (voie basse) ou de prolapsus rectal à traiter par rectopexie (non accessible par voie basse).

Le bilan gynécologique pelvien consiste à s'assurer du moindre risque à conserver les annexes et l'utérus. Il est courant de pratiquer une échographie pelvienne, informant sur la taille de l'utérus, l'existence de fibromes, une hypertrophie endométriale et la présence d'un kyste ovarien, ainsi qu'un frottis cervicovaginal. L'incidence du cancer de l'endomètre est de 18/100 000 par an et celui de l'ovaire de 9/100 000 par an. L'association à un recueil anatomopathologique peut être effectuée par la réalisation d'une pipelle de Cornier en consultation ou d'un curetage biopsique per-opératoire. L'interrogatoire, sur d'éventuelles métrorragies postménopausiques, reste bien sûr le plus important et fera proposer une hystéroscopie et une biopsie de l'endomètre avant la chirurgie du prolapsus.

Il nous semble enfin utile d'administrer en préopératoire des autoquestionnaires de symptômes, de qualité de vie et de sexualité en rapport avec le prolapsus afin de mieux définir l'attente des patientes et d'aider à l'indication opératoire. Ces autoquestionnaires peuvent démontrer si besoin la qualité de la démarche médicale et apprécier le vécu postopératoire. De plus, l'implémentation de ces questionnaires donne le temps de la réflexion avant l'intervention.

CONCLUSION

Dans le domaine de la chirurgie pelvienne reconstructrice, la pertinence de l'information préopératoire sur les bénéfices/risques des différentes voies d'abord chirurgicales est une obligation morale et légale envers la patiente. L'ensemble de ces démarches, qui débutent lors de l'interrogatoire et se poursuivent au cours des examens cliniques et complémentaires, permet d'élaborer un schéma thérapeutique partagé entre la patiente et l'opérateur, qui a su au besoin s'entourer de confrères pour assurer les thérapeutiques dont il n'a pas, dans certains cas, la maîtrise. Le délai de réflexion contribue fortement à la prise de conscience par la patiente de sa plainte et de la proposition du soignant, avec ses avantages et ses risques. La patiente, dûment informée des risques des différentes chirurgies et des alternatives thérapeutiques doit solliciter l'intervention. Le choix d'une intervention doit se faire pour répondre à la demande d'une patiente en particulier. Le respect des indications est une arme majeure de prévention des complications.

Bibliographie

- [1] Helström L, Nilsson B. Impact of vaginal surgery on sexuality and quality of life in women with urinary incontinence or genital descensus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84:79.
- [2] Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO *et al.* Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89:501.
- [3] Smith FJ, Holman CD, Moorin RE, Tsokos N. Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2010; 116:1096.
- [4] Blandon RE, Bharucha AE, Melton LJ 3rd *et al.* Incidence of pelvic floor repair after hysterectomy: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:664.e1.
- [5] De Tayrac R, Eglin G, Debodinance P, Perez T, Marty J, Faillie JL, Jacquetin B. Morbimortality registry after pop surgical treatment among French gynecologist surgeons. Update on the first 3327 procedures. Congrès IUGA, septembre 2012 (Abstract).
- [6] Hiltunen R, Nieminen K, Takala T *et al.* Low-weight polypropylene mesh for anterior vaginal wall prolapse: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;110:455.
- [7] Altman D, Väyrynen T, Engh ME *et al.* Anterior colporrhaphy *versus* transvaginal mesh for pelvic-organ prolapse. *N Engl J Med* 2011;364:1826.
- [8] Nguyen JN, Burchette RJ. Outcome after anterior vaginal prolapse repair: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008;111:891.
- [9] Maher CM, Feiner B, Baessler K, Glazener CM. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: the updated summary version. Cochrane review. *Int Urogynecol J* 2011 Nov;22(11):1445-57.
- [10] Maher C, Feiner B, Baessler K, Adams EJ, Hagen S, Glazener CM. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Apr 14;(4): CD004014.
- [11] FDA Safety Communication: UPDATE on serious complications associated with transvaginal placement of surgical mesh for pelvic organ prolapse. <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm262435.htm> (Accessed on August 08, 2011).
- [12] Murphy M, Holzberg A, van Raalte H *et al.* Time to rethink: an evidence-based response from pelvic surgeons to the FDA Safety Communication: "UPDATE on serious complications associated with transvaginal placement of surgical mesh for pelvic organ prolapse". *Int Urogynecol J* 2012;23:5-23.
- [13] Committee on Gynecologic Practice. Committee Opinion no. 513: vaginal placement of synthetic mesh for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2011;118:1459.
- [14] Davila GW, Baessler K, Cosson M, Cardozo L. Selection of patients in whom vaginal graft use may be appropriate. Consensus of the 2nd IUGA Grafts Roundtable: optimizing safety and appropriateness of graft use in transvaginal pelvic reconstructive surgery. *Int Urogynecol J* 2012;23(1):S7.
- [15] Deffieux X, Savary D, Letouzey V, Sentilhes L, Agostini A, Mares P, Pierre FJ. Prevention of the complications related to the use of prosthetic meshes in prolapse surgery: guidelines for clinical practice - literature review. *Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2011 Dec;40(8):827-50.

