

Paris, le 30 octobre 2017

## **Chirurgie du prolapsus,**

### **pourquoi faut-il continuer à mettre des prothèses par voie vaginale ?**

L'actualité médiatique se focalise sur l'utilisation chirurgicale des prothèses posées par voie vaginale. Ces tissus prothétiques sont utilisés pour les cures d'événtration et le traitement des hernies en raison de leur efficacité malgré des complications similaires à ce qui est observé pour les chirurgies gynécologiques avec utilisation du même tissu prothétique.

Cependant, il faut revenir à la question : Pourquoi utiliser du matériel prothétique pour le traitement du prolapsus symptomatique qui altère la vie de 10 à 20 % des femmes et ceci de manière plus fréquente en raison du vieillissement de la population. La chirurgie traditionnelle utilisant les tissus autologues (les propres tissus des patientes), très souvent génétiquement déficients, avait permis de décrire plus de 100 techniques. Quelles que soient ces techniques, le taux de récurrences à 5 ans était de 30 à 50 %(1).

L'efficacité du renforcement prothétique observée dans les chirurgies abdominales et le traitement de l'incontinence d'urine d'effort par des bandelettes prothétiques, a développé le concept de l'innovation chirurgicale pour la chirurgie du prolapsus. Le polypropylène déjà utilisé pour des millions de patients, toutes indications confondues, a été le matériel choisi pour standardiser la technique chirurgicale dans le but de soutenir les organes pour limiter le taux d'échecs des techniques utilisant les tissus autologues. Ce matériel prothétique ne se dégrade pas et n'expose à aucun risque spécifique ni carcinologique.

En considérant que toutes les patientes et tous les prolapsus ne sont pas identiques, la tendance thérapeutique a été de tenir compte du terrain, de la symptomatologie du prolapsus et de la présentation anatomique pour proposer l'utilisation d'un tissu prothétique pour soit un traitement suspensif et donc une chirurgie par voie abdominale soit un traitement de soutien par voie vaginale.

Depuis 20 ans qu'observe-t-on ? En parallèle s'est développée la chirurgie par voie abdominale qui est passée de la laparotomie à la coelioscopie, de l'utilisation systématique

de prothèses antérieures et postérieures à une nouvelle recommandation du CNGOF 2016 ne proposant qu'une prothèse antérieure fixée avec des fils, de la colle ou des agrafes. Dans le même temps, la chirurgie vaginale a évolué pour passer, grâce au groupe TVM, de l'innovation avec la mise sur le marché du Prolift® dès 2005, à des techniques d'insertion de prothèses purement par voie transvaginale (c'est à dire sans bras de suspension) tel que ceci est proposé depuis 5 ans (2). La densité des prothèses a évolué et est passée de 100 g/m<sup>2</sup> à des prothèses dites super légères de 20 à 30 g/m<sup>2</sup>. Toute cette évolution s'est faite en accord avec les autorités de santé puisque dès 2006 l'HAS avait produit ses premières recommandations régulièrement réactualisées depuis cette date. En 2015, la Commission européenne SCENIHR(3), désignée pour évaluer la sécurité des prothèses vaginales, avait émis l'opinion qu'il était licite de continuer l'utilisation de ces techniques opératoires par voie vaginale à condition d'évaluer les résultats à moyen et long terme.

A tout moment, que l'on soit dans une indication de voie abdominale ou vaginale, il est apparu essentiel d'évaluer les résultats anatomiques, fonctionnels et le taux de complications car bien sûr toute innovation chirurgicale, outre sa validation, nécessite d'observer le taux de complications, malheureusement inéluctables quelles que soient les interventions chirurgicales pratiquées et de faire une balance bénéfice/risque afin d'informer le mieux possible nos patientes des contraintes de chaque indication. Le prolapsus étant une pathologie fonctionnelle, le choix des femmes est l'élément déterminant du choix thérapeutique.

L'évaluation de ces différentes techniques, la modification des techniques opératoires et de la qualité des matériaux a vu quasiment disparaître les complications liées à la rétraction responsable de douleurs, ou au risque de mauvaise cicatrisation (exposition localisée de la prothèse) qui n'est maintenant observé que dans 2 % des cas, que le tissu prothétique soit posé par voie abdominale ou vaginale(4). Les douleurs post opératoires ne sont pas plus fréquentes que la chirurgie utilise des tissus autologues ou des tissus prothétiques par voie vaginale ou coelioscopique.

Une étude française multicentrique (5) a comparé dans un essai thérapeutique le traitement du prolapsus de la vessie avec prothèse par voie coelioscopique et par voie vaginale. Cet essai thérapeutique suffisamment puissant permet de conclure qu'il n'y a pas de différences quelle que soit la voie d'abord chirurgical et que le choix de l'une ou l'autre des voies d'abord ne dépendra que du choix de la femme et de la compétence du chirurgien pour adapter au mieux son expérience et sa dextérité à la technique adoptée. Ce dernier point est essentiel car le taux de complications est intimement lié au niveau d'activité et d'expérience du chirurgien. Cependant, certaines complications, peu fréquentes et toujours < 1%, sont parfois complexes et nécessitent une évaluation pluridisciplinaire.

Il faut donc continuer à mettre des prothèses vaginales car elles font partie intégrale du traitement du prolapsus, confirmé par un résultat anatomique supérieur à ce qui est observé après chirurgie utilisant les tissus autologues. La technique de pose a atteint sa maturité avec l'utilisation de matériels adaptés limitant ces complications, et la place respective de chaque traitement du prolapsus est maintenant définie par des recommandations professionnelles rédigées sous l'égide du CNGOF (6-7). Cependant, l'histoire continue avec comme dans toutes les spécialités chirurgicales une amélioration des techniques et des matériaux qui ont comme finalité d'optimiser les bénéfices et de minimiser les risques en gardant malgré tout comme objectif que le choix du traitement dépendra du choix des femmes et que leur information est la base de ce choix(8).

Pr Hervé FERNANDEZ  
CHU Bicêtre – APHP

- 1 Savary D, Bruyere A, Campagne S, Jacquetin B. Chirurgie de la cystocèle par voie vaginale: technique sans prothèse CNGOF 2014
- 2 De Tayrac R, Brouziyne M, Priou G, Devoldère G, Marie G, Renaudie J. Transvaginal repair of stage III-IV cystocele using a lightweight mesh: safety and 36-months outcome. *Int Urogynecol J* 2015, 1147-54
3. SCENIHR. (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks) opinion. The safety of surgical meshes used in urogynecologic surgery. [http://www.ec.europa.eu/health/scientific\\_committees/emerging/docs/scenih\\_r\\_o\\_2015](http://www.ec.europa.eu/health/scientific_committees/emerging/docs/scenih_r_o_2015).
- 4 Doumouchtsis S: There may be a role for the use of mesh. *BJOG*, 123,2016
- 5 Lucot JP, Fritel X, Debodinance P, et al. [PROSPERE Essai thérapeutique randomisé: Sacrocolpopexie coelioscopique versus chirurgie vaginale pour le traitement descystoceles par tissu prothétique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2013;42(4):334-341.
- 6 Deffieux X, Savary D, Letouzey V, et al. [Prevention des complications liées à l'utilisation des prothèses dans la chirurgie du prolapsus: recommandations pour la pratique clinique - literature review]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2011;40(8):827-850.
7. Deffieux X, Sentilhes L, Savary D, et al. [Indications des prothèses dans le traitement du prolapsus par voie vaginale: expert consensus from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF)]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2013;42(7):628-638.
8. Wong V, Shek KL. The mesh debate: Transvaginal anterior anchored mesh should not be abandoned. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2017;57(1):105-107.