

# Recommandations pour la pratique clinique

## Synthèse des recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme

par l'AFU, le CNGOF, la SIFUD-PP, la SNFCP, et la SCGP

### *Auteurs*

- L. LE NORMAND, CHU de Nantes, Nantes
- M. COSSON, CHU de Lille, Lille
- F. COUR, Hôpital Foch, Suresnes
- X. DEFFIEUX, Hôpital Antoine Bécclère, Clamart
- L. DONON, Polyclinique Côte Basque Sud, Saint-Jean-De-Luz
- P. FERRY, CH de La Rochelle, La Rochelle
- B. FATTON, CHU Carémeau, Nîmes
- J.F. HERMIEU, Hôpital Bichat, Paris
- H. MARRET, CHU de Tours, Tours
- G. MEURETTE, CHU de Nantes, Nantes
- A. CORTESE, Hôpital Saint-Louis, Paris
- L. WAGNER, CHU Carémeau, Nîmes
- X. FRITEL, CHU de Poitiers, Poitiers

### *Promoteurs*

Association française d'urologie (AFU), Collège national des gynécologues et obstétriciens Français (CNGOF), Société interdisciplinaire d'urodynamique et de pelvi-périnéologie (SIFUD-PP), Société nationale française de colo-proctologie (SNFCP), Société de chirurgie gynécologique et pelvienne (SCGP)

**Comité d'organisation**

M. COSSON (gynécologue, Lille, CNGOF, SCGP, SIFUD-PP), P. FERRY (gynécologue, La Rochelle, SCGP), X. FRITEL (gynécologue, Poitiers, CNGOF, SIFUD-PP), J.F. HERMIEU (urologue, Paris, AFU, SIFUD-PP), L. LE NORMAND (urologue, Nantes, AFU, SIFUD-PP), H. MARRET (gynécologue, Tours, CNGOF), G. MEURETTE (chirurgien viscéral, Nantes, SNFCP)

**Experts-rédacteurs du groupe de travail**

V. BASSET (urologue, Paris), N. BERROGAIN (urologue, Toulouse), V. CARDOT (urologue, Paris), M. CAYRAC (gynécologue, Montpellier), A. CORTESSE (urologue, Paris), F. COUR (urologue, Suresnes), X. DEFFIEUX (gynécologue, Clamart), L. DONON (urologue, Bordeaux), B. FATON (gynécologue, Nîmes), M. GERAUD (urologue, Versailles), J.F. HERMIEU (urologue, Paris), J.F. LAPRAY (radiologue, Lyon), L. LE NORMAND (urologue, Nantes), G. MEURETTE (chirurgien viscéral, Nantes), E. RAGNI (urologue, Marseille), J.B. TERASSA (urologue, Paris), T. THUBERT (gynécologue, Clamart), A. VIDART (urologue, Suresnes), L. WAGNER (urologue, Nîmes), S. WAREMBOURG (gynécologue, Nîmes)

**Lecteurs**

G. AMARENCO (médecine physique et réadaptation, Paris), P. BALLANGER (urologue, Bordeaux), M.L. BARUSSAUD (chirurgie viscérale, Poitiers), M. BOUKERROU (gynécologue, La Réunion), L. BRESLER (chirurgien viscéral, Nancy), C. CARLIER-GUERIN (gynécologue, Châtelleraut), S. CONQUY (urologue, Paris), M. COSSON (gynécologue, Lille), R. DE TAYRAC (gynécologue, Nîmes), H. FERNANDEZ (gynécologue, Paris), A. FAUCONNIER (gynécologue, Poissy-Saint-Germain), G. GIRAUDET (gynécologue, Lille), A. JACQUET (gynécologue, Tours), B. JACQUETIN (gynécologue, Clermont-Ferrand), O. JOURDAIN (gynécologue, Bordeaux), G. LEGENDRE (gynécologue, Angers), V. LETOUZEY (gynécologue, Nîmes), J.P. LUCOT (gynécologue, Lille), G. MELLIER (gynécologue, Lyon), L. PANEL (gynécologue, Montpellier), G. ROBAIN (médecine physique et réadaptation, Paris), C. SAUSSINE (urologue, Strasbourg), D. SAVARY (gynécologue, Arcachon), R. YIYOU (urologue, Créteil)

## Résumé

*Objectif* - Élaborer des recommandations pour la chirurgie du prolapsus génital non récidivé de la femme.

*Méthode* - Revue de la littérature, établissement des niveaux de preuve, relecture externe, et gradation des recommandations par l'Association française d'urologie, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, la Société interdisciplinaire d'urodynamique et de pelvi-périnéologie, la Société nationale française de colo-proctologie, et la Société de chirurgie gynécologique et pelvienne.

*Résultat* - Il est utile d'évaluer les symptômes, le retentissement, les attentes de la femme, et de décrire le prolapsus avant une chirurgie (grade C). En l'absence de signe urinaire spontané ou masqué, il n'y a aucun argument pour recommander un bilan urodynamique (grade C). Lorsqu'une promontofixation est indiquée, la cœlioscopie est recommandée (grade B). Une préparation digestive avant chirurgie vaginale (grade B) ou abdominale (grade C) n'est pas recommandée. Il n'y a pas d'argument pour une prothèse recto-vaginale systématique en prévention de la rectocèle (grade C). La prothèse vésico-vaginale par voie vaginale doit être discutée compte tenu d'un rapport bénéfice-risque incertain à long terme (grade B). La myorrhaphie des élévateurs ne paraît pas recommandée en première intention pour la cure des rectocèles (grade C). Il n'y a pas d'indication à une prothèse par voie vaginale pour la cure de rectocèle en première intention (grade C). Il n'y a pas de raison de réaliser systématiquement une hystérectomie au cours de la chirurgie (grade C). On peut ne pas traiter l'incontinence d'effort dans le même temps, si la femme est avertie de l'éventualité d'une chirurgie en 2 temps (grade C).

*Mots clés* : prolapsus génital, traitement chirurgical, recommandations, femme

## 1. INTRODUCTION

Le prolapsus génital de la femme peut se définir comme une hernie dans la cavité vaginale dans laquelle s'engagent un ou plusieurs éléments du contenu abdomino-pelvien. Les trois compartiments antérieur (vésical), moyen (utérus ou fond vaginal), postérieur (rectum, cul-de-sac de Douglas et son contenu) peuvent être intéressés. C'est une affection fréquente, dont la prévalence varie de 2,9 à 11,4 % ou 31,8 à 97,7 % selon que l'on utilise un questionnaire ou un examen clinique respectant la classification *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POP-Q). L'incidence cumulée de la chirurgie atteint 11 % au-delà de 70 ans [1]. Les symptômes qui amènent à consulter sont divers,

urinaires génitaux-sexuels, anorectaux [2]. Cela explique la diversité de prise en charge, impliquant tous les spécialistes d'organes s'occupant des troubles fonctionnels pelvi-périnéaux : urologues, gynécologues, coloproctologues, chirurgiens digestifs. Cette approche des troubles de la statique pelvienne plaide en faveur d'une concertation pluridisciplinaire dans les situations complexes ou à risques tels : le désir de grossesse, un prolapsus rectal associé, une incontinence fécale, etc.

C'est pourquoi il a été décidé que toutes les sociétés savantes françaises impliquées dans la prise en charge de cette pathologie soient associées à la validation de ce travail : Association française d'urologie (AFU), Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), Société interdisciplinaire d'urodynamique et de pelvi-périnéologie (SIFUD-PP), Société nationale française de colo-proctologie (SNFCP), Société de chirurgie gynécologique et pelvienne (SCGP).

## 2. MÉTHODE

La rédaction de ces recommandations de bonne pratique suit la méthodologie préconisée par la Haute Autorité de santé [3].

Un groupe pluridisciplinaire représenté par le comité d'urologie et de périnéologie de la femme de l'Association française d'urologie (CUROPF) associant des urologues, des gynécologues, un chirurgien coloproctologue, et un radiologue a choisi et formulé les questions relatives au traitement du prolapsus génital non récidivé de la femme. L'écriture des différents chapitres a été confiée à un groupe d'experts-rédacteurs sous l'égide du CUROPF. Cette rédaction a été faite sur la base d'une revue systématique des méta-analyses, des études randomisées de haut niveau de preuve lorsqu'elles existaient et de la littérature récente et/ou pertinente. Les formulations des recommandations ont été ensuite discutées par l'ensemble du groupe. Un groupe de relecteurs externes n'ayant pas participé à la rédaction des chapitres a été choisi au sein de chaque société savante citée plus haut. Les remarques formulées ont été prises en compte dans la rédaction du texte final et pour la rédaction de la synthèse de ces recommandations. Celles-ci sont gradées en fonction des niveaux de preuve de la littérature. Lorsque qu'il n'existe pas de niveau de preuve, mais que le groupe estime important qu'une recommandation soit émise, elle apparaît alors en accord professionnel (AP).

### 3. BILAN AVANT LE TRAITEMENT CHIRURGICAL D'UN PROLAPSUS GÉNITAL NON RÉCIDIVÉ DE LA FEMME

Le symptôme le plus spécifique du prolapsus génital est celui de la perception par la patiente d'une boule intra-vaginale plus ou moins extériorisée à l'effort [4, 5]. Les symptômes associés au prolapsus, urinaires (incontinence, hyperactivité vésicale, dysurie), digestifs (dyschésie, incontinence anale), gynécologiques et sexuels (dyspareunie, métrorragies), douleurs pelviennes ou périnéales, ne sont pas spécifiques d'un grade ou d'un type de prolapsus (NP3). Il semble utile de s'assurer que la gêne décrite par la femme soit en rapport avec le prolapsus observé par le médecin (AP). Il est utile d'évaluer les symptômes, le retentissement fonctionnel du prolapsus génital (la gêne rapportée par la femme), ainsi que les attentes et les souhaits de la femme avant de prendre une décision chirurgicale (grade C).

Il convient de ne traiter que les prolapsus génitaux symptomatiques (AP). L'indication opératoire repose sur la présence concomitante de symptômes avérés et d'un prolapsus significatif.

Dans la mesure où la technique chirurgicale est fonction, entre autres, de la gravité du prolapsus et de son type anatomique (NP3) [6], il apparaît utile de décrire le prolapsus observé avant la chirurgie (grade C). Les objectifs de l'examen clinique sont de décrire le prolapsus (structures anatomiques impliquées, gravité ou grade) ; d'apprécier le retentissement sur la qualité de vie ou les troubles fonctionnels associés au prolapsus afin d'orienter leur évaluation et leur traitement ; de chercher des facteurs de risque de récurrence, de difficultés opératoires ou de complications postopératoires (AP).

Les facteurs de risque de complications postopératoires ou de difficultés opératoires sont : l'obésité et le tabagisme, facteurs de risque d'exposition prothétique (NP3) ; les antécédents chirurgicaux qui peuvent provoquer des difficultés d'abord chirurgical ; un syndrome douloureux pelvien avec hypersensibilisation qui est un probable facteur de risque de douleurs postopératoires et qui impose de poser l'indication opératoire avec beaucoup de précaution [7].

L'utilisation de l'imagerie est réservée aux situations complexes : données de l'examen clinique insuffisantes ; discordance entre les signes fonctionnels et les anomalies cliniques constatées ; doute sur une pathologie d'organe associée (AP). Les examens d'imagerie qui peuvent compléter la description du prolapsus en cas de situation complexe sont essentiellement la colpocystodéfécographie, l'IRM dynamique avec défécographie ou l'échographie orientées pour cet objectif.

Il convient de rechercher certains facteurs qui pourraient guider le choix thérapeutique (AP) : prolapsus de haut grade (POPQ stade 3 ou 4) ; large hiatus génital (béance vulvaire) ; facteurs d'hyperpression abdominale (liée à la profession, aux activités physiques et à la constipation et aux pathologies broncho-pulmonaires chroniques).

Il convient de rechercher les troubles fonctionnels urinaires associés au prolapsus par l'interrogatoire (au besoin aidé par des questionnaires de symptômes et un catalogue mictionnel), et par l'examen clinique à la recherche d'une incontinence urinaire patente ou masquée (AP). L'évaluation de la vidange vésicale est difficile cliniquement et est mieux appréciée par la débitmétrie (avec analyse qualitative et quantitative) et mesure du résidu postmictionnel (AP).

Une échographie à la recherche d'une dilatation urétéro-pyélo-calicielle peut être utile dans les prolapsus extériorisés en permanence qui sont à risque de retentissement sur le haut appareil urinaire (AP).

Il convient de rechercher et d'évaluer les symptômes anorectaux associés au prolapsus par l'interrogatoire et l'examen clinique (AP). Il peut être utile de prendre un avis coloproctologique en cas de trouble fonctionnel anorectal (AP).

La réalisation d'un interrogatoire et d'un examen clinique gynécologique (toucher pelvien et spéculum) avant toute chirurgie du prolapsus est souhaitable pour ne pas méconnaître une pathologie des organes génitaux (AP). Un avis spécialisé est indiqué en cas de métrorragies post-ménopausiques ou d'anomalie gynécologique clinique (grade C). Une échographie pelvienne et une biopsie d'endomètre pourraient être utiles quand une hystérectomie subtotale ou une morcellation utérine sont prévues (AP). Les facteurs de risque de cancer de l'endomètre doivent être recherchés et pris en compte pouvant conduire éventuellement à la réalisation d'une biopsie de l'endomètre et d'une échographie pelvienne préopératoire (AP). Il convient de ne pas méconnaître une pathologie du col utérin associée par l'examen clinique complété au besoin par la réalisation d'un frottis cervico-utérin ou la vérification de la normalité d'un frottis récent (AP).

En l'absence de tout signe urinaire spontané ou masqué, il n'y a aucun argument pour recommander un bilan urodynamique de manière systématique (grade C).

#### 4. TRAITEMENT DU PROLAPSUS GÉNITAL NON RÉCIDIVÉ DE LA FEMME PAR PROMONTOFIXATION CŒLIOSCOPIQUE

Il n'y a pas de bénéfice à réaliser une préparation digestive avant une chirurgie colique (NP2) [8, 9]. Par analogie on peut supposer que cela n'apporte pas non plus de bénéfice en cas de promontofixation.

Il n'est pas recommandé de faire une préparation digestive avant une chirurgie de prolapsus par promontofixation (grade C).

En l'absence de colpocèle postérieure, le bénéfice apporté par la prothèse postérieure n'est pas établi (NP3) [10]. Lors d'une cure de prolapsus génito-urinaire par promontofixation associant hystéro et/ou vaginopexie antérieure, il n'y a pas d'argument pour mettre systématiquement une prothèse postérieure inter-recto-vaginale en prévention du risque de rectocèle secondaire (grade C).

L'indication consensuelle de la rectopexie ventrale cœlioscopique reste le prolapsus du rectum symptomatique (grade C), dont les résultats anatomiques et fonctionnels sont les mieux évalués (NP3) [11]. Le traitement des rectocèle, élytrocèle et entérocele par mise en place d'une bandelette postérieure est moins bien évalué (NP3), il n'est donc pas possible de se prononcer sur les résultats de la prothèse postérieure dans ces indications (AP).

Il n'existe aucune donnée comparative de qualité qui permette de conclure sur le mode et le type de fixation. Nous ne pouvons que rapporter les usages les plus courants sans autre conclusion. Le plus souvent la fixation de la prothèse antérieure à l'isthme utérin et à la paroi vaginale antérieure est faite à l'aide de fils. La fixation au promontoire est faite le plus souvent à l'aide de fils non résorbables. La grande majorité des auteurs conseille d'effectuer une péritonisation des prothèses de promontofixation pour limiter le risque d'occlusion postopératoire.

On observe un taux élevé d'érosion prothétique en utilisant le PTFE (9 %) ou le Silicone (19 %) (NP3) [12]. Il est recommandé d'utiliser des prothèses non résorbables de type I (polypropylène macroporeux) ou de type III (polyester) et de ne plus utiliser les prothèses de type II (PTFE, Silicone) (grade C). En raison de résultats anatomiques inférieurs à court et moyen terme (NP2) [13], l'utilisation de prothèses biologiques n'est pas recommandée (grade B).

Les résultats anatomiques et fonctionnels ne sont pas différents entre laparotomie et cœlioscopie (NP1) [14]. La gravité des complications postopératoires est supérieure en laparotomie. La cœlioscopie

permet une réduction des pertes sanguines, une réduction de la durée d'hospitalisation et de convalescence (NP1). La comparaison des résultats à long terme entre les deux voies n'est pas établie. Lorsqu'une promontofixation est indiquée, la voie cœlioscopique est recommandée (grade B).

Il n'a pas été montré de différence de résultats anatomique et fonctionnel que l'on ait recours ou non à une assistance robotique (NP2) lors de la promontofixation cœlioscopique. L'assistance robotique n'améliore pas les suites postopératoires et ne diminue pas le taux de complications par rapport à la cœlioscopie (NP3). Il ne peut être actuellement recommandé l'assistance robotique par rapport à la cœlioscopie classique lors de la réalisation d'une promontofixation (grade B).

## 5. TRAITEMENT DU PROLAPSUS GÉNITAL NON RÉCIDIVÉ DE LA FEMME PAR VOIE VAGINALE

### 5.a. Traitement de la cystocèle

Si l'utilisation de prothèse synthétique inter-vésico-vaginale améliore le résultat anatomique par rapport à la chirurgie autologue pour le traitement de la cystocèle (NP1), l'absence de différence sur le résultat fonctionnel et l'augmentation du nombre de réinterventions liées aux complications spécifiques, notamment d'érosions vaginales, ne plaident pas en faveur de l'utilisation systématique de prothèse dans la cure de cystocèle non récidivée de la femme [15, 16]. Elle doit être discutée au cas par cas compte tenu d'un rapport bénéfice risque incertain à long terme (grade B). Il convient d'étayer son utilisation par des études complémentaires centrées sur des populations spécifiques à risque de récurrence.

### 5.b. Préparation digestive avant chirurgie vaginale

Une préparation intestinale par lavement est associée à une diminution de la satisfaction des patientes avec une prévalence élevée d'effets secondaires et n'améliore pas les conditions opératoires pour le chirurgien (NP2) [17]. Une préparation digestive avant une chirurgie du prolapsus par voie vaginale n'est pas recommandée (grade B).

### **5.c. Traitement de la rectocèle par plicature ou réparation du fascia rectovaginal**

La réparation ou la plicature du fascia rectovaginal sont les techniques employées dans les cures de rectocèles moyennes (niveau 2 selon DeLancey). En l'état des données de la littérature, il n'y a pas de recommandation de haut grade possible sur le choix préférentiel entre la plicature du fascia rectovaginal et la réparation élective du fascia rectovaginal. La plicature semble donner de meilleurs résultats anatomiques que la réparation élective du fascia rectovaginal dans les études disponibles (NP2), mais les résultats fonctionnels semblent similaires (NP3). Des granulomes ou des érosions vaginales ont été rapportés en cas d'utilisation de fils non résorbables (NP4) [18]. L'utilisation de fils à résorption lente paraît préférable à celle de fils non résorbables (AP).

### **5.d. Traitement de la rectocèle moyenne par myorrhaphie des élévateurs de l'anus**

La myorrhaphie des élévateurs (levator ani) est grevée d'un taux élevé de dyspareunie estimé à environ 50 % (NP3). La technique ne paraît pas recommandée en première intention pour la cure des rectocèles moyennes, selon les données de la littérature, avec des séries de niveau de preuve peu élevé (grade C).

### **5.e. Traitement de la rectocèle par prothèse pré-rectale posée par voie vaginale**

L'utilisation de prothèses biologiques n'améliore pas le résultat anatomique et fonctionnel par rapport à la simple plicature du fascia pré-rectal (NP1) [19, 20]. L'utilisation des prothèses biologiques pour la cure des rectocèles par voie vaginale n'est pas recommandée (grade B). Les prothèses synthétiques dans les cures de prolapsus du compartiment postérieur n'ont pas été évaluées spécifiquement pour le traitement de la rectocèle par des essais randomisés, leur évaluation doit être réalisée afin de pouvoir déterminer leur intérêt potentiel. Cependant, le taux d'érosion des prothèses synthétiques a été rapporté entre 5,6 % et 12 %, le taux de dyspareunie jusqu'à 63 % (NP3) [21]. Il n'y a pas d'indication à la mise en place d'une prothèse synthétique par voie vaginale pour la cure d'une rectocèle en première intention (grade C).

## 5.f. Périnéorrhaphie superficielle

Elle est réalisée en cas de rectocèle basse symptomatique notamment en cas de gêne lors des rapports sexuels (sensation de béance). Elle n'est pas recommandée de manière systématique (AP).

## 5.g. Réparation des colpocèles postérieures hautes (rectocèle haute ou élytrocèle) et des prolapsus du fond vaginal

Il n'a pas été montré de différence entre la culdoplastie selon McCall et la sacrospinofixation selon Richter en termes de résultat anatomique ou de complication (NP1) [22]. Pour le traitement du prolapsus du dôme vaginal ou de l'hystéroptose, la promontofixation par laparotomie est supérieure en termes de guérison anatomique à la sacrospinofixation, avec un taux moins élevé de dyspareunie ; cependant le temps opératoire et la convalescence sont plus longs, et le coût supérieur (NP1) [23].

## 5.h. Traitement de la rectocèle ou de la dyschésie par voie trans-anale

Pour le traitement de la rectocèle, la voie trans-anale (endo-anale) est inférieure à la voie vaginale, en termes de récurrence aussi bien sur les symptômes fonctionnels que sur les résultats anatomiques cliniques ou défécographiques (NP1) [23]. Pour le traitement de la rectocèle moyenne ou basse la voie vaginale doit être préférée à la voie trans-anale (grade B).

## 5.i. Techniques d'occlusion vaginale (colpocleisis)

À court terme, le colpocleisis est associé à une efficacité objective de 98 % (NP3) et à une efficacité subjective de 93 % (NP3) [24]. Une amélioration des symptômes (génitaux, urinaires et anorectaux) est observée, de même qu'une amélioration de la qualité de vie (NP4) et de l'image corporelle (NP3) pour une grande majorité des patientes. À moyen terme (1 à 3 ans), 85 à 100 % des patientes se déclarent satisfaites ou très satisfaites (NP3). À moyen et long terme, 5 % des patientes regrettent d'avoir fait cette intervention (NP4). Le colpocleisis

est associé à moins de complications par rapport aux autres techniques par voie vaginale chez les femmes de plus de 80 ans (NP2).

La fermeture du vagin est une option envisageable quand les autres techniques ne paraissent pas indiquées, pour le traitement du prolapsus chez les femmes âgées ne souhaitant plus avoir de pénétration vaginale (grade C).

En raison de l'impossibilité de l'exploration utérine après colpo-leisis, il convient d'évaluer le risque de pathologie endométriale (grade C).

## 6. L'HYSTÉRECTOMIE MODIFIE-T-ELLE LES RÉSULTATS ANATOMIQUES ET FONCTIONNELS DE LA CURE DE PROLAPSUS ?

L'hystéropexie par sacrospinofixation est une technique aussi efficace que l'hystérectomie avec suspension de l'apex dans les séries rétrospectives et dans une étude prospective randomisée (NP2) [25, 26] avec diminution de la durée opératoire, de la durée d'hospitalisation, du temps de convalescence et du temps de retour aux activités (NP2).

Dans une seule étude prospective, le taux de récurrence après conservation utérine est significativement augmenté par rapport à l'hystérectomie avec suspension du fond vaginal [27].

L'allongement du col utérin est un facteur de risque de récurrence (NP3) [28]. Les patientes avec allongement hypertrophique du col utérin pourraient bénéficier d'une résection cervicale si une conservation utérine est envisagée (grade C).

L'hystérectomie pendant la cure de prolapsus voie basse, avec prothèse destinée à traiter l'étage moyen, ne semble pas améliorer les résultats anatomiques (NP2) [29].

En cas de promontofixation, l'hystérectomie augmente la durée opératoire (NP3), et les pertes sanguines (NP3). La conservation utérine n'expose pas à un risque de récurrence plus important sur l'étage moyen et ne semble pas non plus réduire le taux de cystocèle secondaire (NP3) [30].

La réalisation d'une hystérectomie au cours de la chirurgie du prolapsus génital ne semble pas modifier la fonction sexuelle (NP3).

La conservation utérine ne semble pas modifier le risque d'érosion vaginale lors de la pose d'une prothèse par voie vaginale (NP3) [29].

Il n'existe pas d'argument suffisant pour accorder un effet protecteur d'érosion prothétique à la conservation utérine (grade C).

Une hystérectomie totale concomitante à la promontofixation augmente le risque d'érosion prothétique (NP3) [31]. En cas d'indication d'hystérectomie, une hystérectomie subtotale est préférée à une hystérectomie totale (grade C) à condition d'une absence de pathologie cervicale.

En conclusion, en l'absence d'indication spécifique, il n'y a pas de raison de réaliser systématiquement une hystérectomie au cours de la cure chirurgicale d'un prolapsus génital (grade C).

## 7. TRAITEMENT CONCOMITANT DE L'INCONTINENCE URINAIRE

Pour l'incontinence urinaire d'effort (IUE) patente, il n'y a pas d'étude randomisée permettant d'évaluer le résultat d'une bandelette sous-urétrale associée à une promontofixation ; seule la colposuspension selon Burch a été évaluée dans un essai randomisé, sans montrer de bénéfice (NP2) [4, 32]. Le traitement isolé du prolapsus (sans geste urinaire) par voie vaginale avec prothèse sous-vésicale trans-obturatrice permet de traiter environ 60 % des IUE préopératoires patentes (NP3). Le traitement concomitant de l'IUE expose à une morbidité spécifique de dysurie et d'hyperactivité vésicale (NP3). On peut proposer de ne pas traiter l'IUE patente dans le même temps que la chirurgie du prolapsus, à condition de prévenir les patientes de l'éventualité d'une chirurgie en 2 temps (grade C).

La cure concomitante du prolapsus et de l'IUE masquée réduit le risque d'IUE postopératoire (NP1). Cependant, le traitement isolé du prolapsus par promontofixation [33] ou par voie vaginale [34] permet de traiter à lui seul jusqu'à 50 à 60 % des IUE masquées (NP1). Le traitement concomitant de l'IUE expose à un risque de surtraitement et à une morbidité spécifique (dysurie et/ou d'hyperactivité vésicale). On peut proposer de ne pas traiter l'IUE masquée dans le même temps à condition de prévenir les patientes du risque d'IU postopératoire et de l'éventualité d'une chirurgie en 2 temps (AP).

### **Déclaration publique d'intérêt**

L. Le Normand : au cours des 5 dernières années, l'auteur a perçu des honoraires ou financements pour participation à des congrès, actions de formation, ou participation à des groupes d'experts, de la part des laboratoires Allergan, Astellas, Boston Scientific, Laborie, et Medtronic.

M. Cosson : au cours des 5 dernières années, l'auteur a perçu des honoraires ou financements pour participation à des congrès, actions de formation, ou participation à des groupes d'experts, de la part des laboratoires Allergan, AMS, Boston Scientific, et Frésenius.

F. Cour : au cours des 3 dernières années, l'auteur a perçu des honoraires ou financements pour consultation (de la part des laboratoires Boston Scientific et Lilly) et communications (de la part des laboratoires Lilly et Ménarini). Elle a été investigatrice pour les laboratoires Astellas, Boston Scientific, et Cousin.

X. Deffieux : au cours des 5 dernières années, l'auteur a perçu des honoraires ou financements pour des activités de consultant de la part du laboratoire Allergan. L'auteur déclare avoir été pris en charge par des industriels impliqués en urogynécologie pour l'inscription ou les frais de déplacement ou d'hébergement pour des congrès médicaux.

L. Donon, P. Ferry, J.F. Hermieu, et H. Marret déclarent n'avoir aucun intérêt en lien avec cet article.

B. Fatton : au cours des 5 dernières années, l'auteur a été consultant ou a perçu des honoraires ou financements pour participation à des congrès, actions de formation, ou participation à des groupes d'experts, de la part des laboratoires Allergan, AMS, Boston Scientific, et Coloplast.

G. Meurette : l'auteur n'a pas transmis ses liens d'intérêt.

L. Wagner : au cours des 5 dernières années, l'auteur a été investigateur principal d'une étude qui a reçu un financement du laboratoire Aspide Médical.

X. Fritel : au cours des 5 dernières années, l'auteur a perçu des honoraires pour participer comme modérateur au LUTS Forum (action de formation dans le domaine des troubles urinaires) organisé par le laboratoire Astellas France et pour participer au groupe d'expert sur les bandelettes sous-urétrales organisé par le laboratoire Boston Scientific.

## Bibliographie

- [1] Lousquy R, Costa P, Delmas V, Haab F. État des lieux de l'épidémiologie des prolapsus génitaux. *Prog Urol* 2009;19:907-15.
- [2] Adjoussou SA, Bohoussou E, Bastide S, Letouzey V, Fattou B, de Tayrac R. Prévalence des troubles fonctionnels et associations anatomo-fonctionnelles chez les femmes présentant un prolapsus génital. *Prog Urol* 2014;24:511-7.
- [3] Guide méthodologique. Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations par consensus formalisé ». HAS décembre 2010. [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide\\_methodologique\\_cf\\_40\\_pages\\_2011-11-03\\_15-40-2\\_278.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf)
- [4] Donon L, Warembourg S, Lapray JF, Cortesse A, Hermieu JF, Fattou B, Cayrac M, Deffieux X, Géraud M, Le Normand L. Bilan avant traitement chirurgical d'un prolapsus génital : recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol* 2016;26:S8-26.
- [5] Fritel X, Varnoux N, Zins M, Breart G, Ringa V. Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors. *Obstet Gynecol* 2009;113:609-16.
- [6] Maher C, Baessler K, Barber M, Cheon C, Deitz V, de Tayrac R, *et al.* Pelvic Organ Prolapse Surgery. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. 5<sup>th</sup> International Consultation on Incontinence. Paris: EAU-ICUD, 2013.
- [7] Deffieux X, Savary D, Letouzey V, Senthiles L, Agostini A, Mares P, *et al.* Prévenir les complications de la chirurgie prothétique du prolapsus : recommandations pour la pratique clinique, revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2011;40:827-50.
- [8] Wagner L, Meurette G, Vidart A, Warembourg S, Terassa JB, Berrogain N, Ragni E, Le Normand L. Traitement du prolapsus génital par promonto-fixation laparoscopique : recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol* 2016;26:S27-37.
- [9] Guenaga KF, Matos D, Wille-Jorgensen P. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(9):CD001544.
- [10] Antiphon P, Elard S, Benyoussef A, Fofana M, Yiou R, Gettman M, *et al.* Laparoscopic promontory sacral colpopexy: is the posterior, recto-vaginal, mesh mandatory. *Eur Urol* 2004;45:655-61.
- [11] D'Hoore A, Penninckx F. Laparoscopic ventral recto(colpo)pexy for rectal prolapse: surgical technique and outcome for 109 patients. *Surg Endosc* 2006;20:1919-23.
- [12] Begley JS, Kupferman SP, Kuznetsov DD, Kobashi KC, Govier FE, McGonigle KF, *et al.* Incidence and management of abdominal sacrocolpopexy mesh erosions. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1956-62.
- [13] Culligan PJ, Blackwell L, Goldsmith LJ, Graham CA, Rogers A, Heit MH. A randomized controlled trial comparing fascia lata and synthetic mesh for sacral colpopexy. *Obstet Gynecol* 2005;106:29-37.
- [14] Freeman RM, Pantazis K, Thomson A, Frappell J, Bombieri L, Moran P, *et al.* A randomised controlled trial of abdominal versus laparoscopic sacrocolpopexy for the treatment of post-hysterectomy vaginal vault prolapse: LAS study. *Int Urogynecol J* 2013;24:377-84.
- [15] Le Normand L, Deffieux X, Donon L, Fattou B, Cour F. Une interposition prothétique synthétique inter-vésico-vaginale implantée par voie vaginale diminue-t-elle le risque de récidence de cystocèle ? Recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol* 2016;26:S38-46.
- [16] Cour F, Le Normand L, Meurette G. Traitement par voie basse des colpocèles postérieures : recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol* 2016;26:S47-60.
- [17] Ballard AC, Parker-Antry CY, Markland AD, Varner RE, Huisingh C, Richter HE. Bowel preparation before vaginal prolapse surgery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2014;123:232-8.
- [18] Richardson AC. The rectovaginal septum revisited: its relationship to rectocele and its importance in rectocele repair. *Clin Obstet Gynecol* 1993;36:976-83.
- [19] Paraiso MF, Barber MD, Muir TW, Walters MD. Rectocele repair: a randomized trial of three surgical techniques including graft augmentation. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1762-71.
- [20] Sung VW, Rardin CR, Raker CA, Lasala

CA, Myers DL. Porcine subintestinal submucosal graft augmentation for rectocele repair: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012;119:125-33.

[21] Sung VW, Rogers RG, Schaffer JI, Balk EM, Uhlig K, Lau J, *et al.* Graft use in transvaginal pelvic organ prolapse repair: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2008;112:1131-42.

[22] Barber MD, Brubaker L, Burgio KL, Richter HE, Nygaard I, Weidner AC, *et al.* Comparison of 2 transvaginal surgical approaches and perioperative behavioral therapy for apical vaginal prolapse: the OPTIMAL randomized trial. *JAMA* 2014;311:1023-34.

[23] Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;4:CD004014.

[24] Deffieux X, Thubert T, Donon L, Hermieu JF, Le Normand L, Trichot C. Chirurgie d'occlusion vaginale, (Colpocleisis) pour prolapsus génital : recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol* 2016;26:S61-72.

[25] Fatton B, Cayrac M. L'hystérectomie modifie-t-elle les résultats anatomiques et fonctionnels de la cure du prolapsus ? Recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol* 2016;26:S73-88.

[26] Detollenaere RJ, den Boon J, Stekelenburg J, IntHout J, Vierhout ME, Kluivers KB, van Eindhoven HW. Sacrospinous hysteropexy versus vaginal hysterectomy with suspension of the uterosacral ligaments in women with uterine prolapse stage 2 or higher: multicentre randomised non-inferiority trial. *BMJ* 2015;351:h3717.

[27] Dietz V, van der Vaart CH, van der Graaf Y, Heintz P, Schraffordt Koops SE. One-year follow-up after sacrospinous hysteropexy

and vaginal hysterectomy for uterine descent: a randomized study. *Int Urogynecol J* 2010;21:209-16.

[28] Lin TY, Su TH, Wang YL, Lee MY, Hsieh CH, Wang KG, *et al.* Risk factors for failure of transvaginal sacrospinous uterine suspension in the treatment of uterovaginal prolapse. *J Formos Med Assoc* 2005;104:249-53.

[29] Carramão S, Auge AP, Pacetta AM, Duarte E, Ayrosa P, Lemos NL, Aoki T. Estudo randômico da correção cirúrgica do prolapso uterino através de tela sintética de polipropileno tipo I comparando histerectomia versus preservação uterina. *Rev Col Bras Cir* 2009;36:65-72.

[30] Rosen DM, Shukla A, Cario GM, Carlton MA, Chou D. Is hysterectomy necessary for laparoscopic pelvic floor repair? A prospective study. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15:729-34.

[31] Tan-Kim J, Menefee SA, Lubner KM, Nager CW, Lukacz ES. Prevalence and risk factors for mesh erosion after laparoscopic-assisted sacrocolpopexy. *Int Urogynecol J* 2011;22:205-12.

[32] Cortesse A, Cardot V, Basset V, Le Normand L, Donon L. Traitement de l'incontinence urinaire associée au prolapsus génital : Recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol* 2016;26:S89-97.

[33] Visco AG, Brubaker L, Nygaard I, Richter HE, Cundiff G, Fine P, *et al.* The role of preoperative urodynamic testing in stress-continent women undergoing sacrocolpopexy: the Colpopexy and Urinary Reduction Efforts (CARE) randomized surgical trial. *Int Urogynecol J* 2008;19:607-14.

[34] Wei JT, Nygaard I, Richter HE, Nager CW, Barber MD, Kenton K, *et al.* A midurethral sling to reduce incontinence after vaginal prolapse repair. *N Engl J Med* 2012;366:2358-67.