

102^{ÈME}

CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE



Journée des Secrétaires

Livre des Communications

21 novembre 2008
de 09h00 à 16h30

Palais des Congrès de PARIS

Secrétariat Administratif

COLLOQUIUM - AFU 2008
12 rue de la Croix Faubin
75557 Paris Cedex 11
Tél : 33 (0)1 44 64 15 15
Fax : 33 (0)1 44 64 15 16
afu@colloquium.fr



Association
Française
d'Urologie

www.urofrance.org

JOURNEE DE LA SECRETAIRE EN UROLOGIE

Palais des Congrès de Paris

Vendredi 21 novembre 2008

ORGANISATEURS :

Dr Denis PRUNET, Sandra BELIARD et Virginie LAVIGNE
Clinique Pasteur, Royan

Dr Marc SCHNEIDER et Florence KAPP
Centre Hospitalier, Colmar

PROGRAMME :

- ❖ 9h30 : Carrière des secrétaires médicales
 - Validation des Acquis de l'Expérience (VAE), Florence HANS et Cécile CAMEROTTO (Service d'Urologie, CHU de Bordeaux)
 - Les évolutions possibles en milieu hospitalier, Mme Anne DARDEL (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins)
 - Est-il possible d'évoluer en libéral ? Dr Denis PRUNET (Clinique Pasteur, Royan)
- ❖ 11h30 : Actualités sur le Cancer du rein, Dr Hervé LANG (CHU Strasbourg)
- ❖ 12h30 Pause déjeuner
- ❖ 14h00 : Comment gérer un patient agressif, Dr Nicolas BENDRIHEN, psychologue (Institut Gustave Roussy, Villejuif)
- ❖ 15h00 : Les Malformations de la verge, Dr Bernard BOILOT (CHU Grenoble)
- ❖ 15h45 : Prise en charge d'un Prolapsus, Dr Vincent CARDOT (Clinique du Plateau, Clamart)

Validation des Acquis de l'Expérience

Florence HANS et Cécile CAMEROTTO

Service d'Urologie CHU de Bordeaux

Le CHU de BORDEAUX

Le CHU de Bordeaux est un établissement public de santé. A sa tête, se trouvent un Directeur Général et un Conseil d'Administration présidé par un représentant du Maire de Bordeaux. Le CHU est placé sous la tutelle de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) qui représente le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.

Le CHU de Bordeaux est le premier employeur d'Aquitaine avec 14253 salariés.

Le CHU de Bordeaux compte 3 établissements principaux de soins : le groupe Pellegrin où nous sommes situés, le groupe Saint-André et le groupe Sud composé de l'Hôpital de Haut Lévêque et de Xavier Arnoz à Pessac. La Direction Générale est située à Talence.

Volume d'activités du Service d'Urologie du Professeur FERRIERE

Le service d'Urologie, d'Andrologie et de Transplantation rénale dans lequel je travaille se situe au 11^{ème} étage du bâtiment du Tripode construit en 1978, sur le site de PELLEGRIN. Les principales activités de ce service sont les suivantes : la Cancérologie Urologique, la Transplantation rénale, l'Andrologie, l'Incontinence et les Troubles de la statique pelvienne, la Lithiase Urinaire, les Pathologies Prostatiques, la Neuro-Urologie.

Notre unité de travail et nos différentes activités :

Depuis 2001, nous exerçons notre activité de secrétaire médicale au sein du Service d'Urologie, d'Andrologie et de Transplantation rénale dont le Chef de Service est le Professeur FERRIERE.

- En 2007, ce service compte 120 personnes.
- 5220 Consultations externes
- 12888 Journées d'hospitalisation
- 110 Transplantations rénales
- 526 Dossiers présentés en RCP

Le secrétariat est une plaque tournante dans l'organisation du service.

Nous faisons partie d'une équipe de 4 secrétaires médicales. Depuis notre arrivée dans ce service, nous nous sommes investis pour faire évoluer nos postes et nous sommes toujours intéressées par la mise en place de nouveaux outils ou logiciels.

Les activités d'un secrétariat classique

De nombreuses tâches administratives nous sont confiées afin d'assurer le bon fonctionnement du secrétariat et du service. Notre organisation était jusque maintenant établie sous forme de roulements de postes et d'horaires. Chaque poste correspondant à un horaire. Depuis le 1^{er} novembre, à la demande des chirurgiens du service, nous travaillons en binôme et chacune d'entre nous est référente d'un chirurgien.

Nos activités spécifiques

SYMPOSIUM UROLOGIQUE D'AQUITAINE

Il concerne les médecins généralistes du grand ouest et correspond à la formation permanente.

REFERENTES GESTOR DU POLE CHIRURGIE

En 2002, les remplaçantes RTT prennent leurs fonctions au CHU. Elles interviennent lors des absences des secrétaires en poste. Les RTT et certains congés sont remplacés et permettent ainsi aux secrétaires en poste de s'absenter plus sereinement. Ensemble, nous nous répartissons les responsabilités relatives à la gestion du temps de travail de nos collègues secrétaires du pôle Chirurgie en utilisant le logiciel spécifique au CHU qui s'appelle Gestor. Cette activité est basée bien entendu sur le volontariat.

REFERENTES RTT

Nous sommes toutes les deux référentes RTT (**R**éduction du **T**emps de **T**ravail) auprès des 20 secrétaires médicales du pôle CHIRURGIE. Dans cette activité, nous sommes en contact réguliers avec les personnels administratifs de la **D**irection des **R**essources **H**umaines (DRH).

REFERENTE DU POLE CHIRURGIE

Depuis la mise en place des pôles d'activités, je suis référente du pôle chirurgie. Je participe au conseil de pôle deux fois par an et rend compte à mes collègues des différents sujets abordés.

REUNION DE CONCERTATION PLURI-DISCIPLINAIRE

Depuis 2005, nous participons aux **R**éunion de **C**oncertation **P**luridisciplinaire (RCP), Cette activité est très intéressante. Nous préparons les dossiers à présenter et nous organisons l'information et la prise en charge thérapeutique du patient. Dans cette tâche, nous sommes en relation directe avec les établissements de santé extérieurs au CHU, sur l'ensemble du Grand Ouest car certains patients souhaitent effectuer leur traitement à proximité de leur domicile.

SECRETARIAT « PILOTE »

En 2007 et 2008 le CHU s'est doté de plusieurs logiciels, concernant le suivi du patient, la traçabilité du parcours médical, la prise des rendez-vous informatisée, le dossier médical commun. Notre secrétariat est particulièrement sollicité pour la mise en place de ces nouveaux logiciels car nous sommes toujours très actives et très intéressées par les nouvelles fonctionnalités qu'ils peuvent nous apporter.

FORMATION ET ENCADREMENT

Dans le cadre de nos fonctions, nous encadrons des stagiaires de l'école Pigier ou de l'école de la **C**roix **R**ouge **F**rançaise (CRF), ce qui nous amène à participer en tant que membre de jury à différentes journées d'examens ou présentations orales.

Dans l'ensemble, nous disposons d'une grande autonomie dans la mise en place de nouveaux outils au sein du secrétariat dès lors qu'il s'agit d'améliorer les conditions de travail. Notre but est de faciliter le travail et optimiser le temps de l'équipe des secrétaires et celui des chirurgiens.

Nos projets :

Dans l'attente des évolutions concernant les avancées chirurgicales en matière de greffes des membres supérieurs nous continuons à vénérer SHIVA.

RÉPONDRE A TOUS
LES TELEPHONES
EN MEME TEMPS

RÉPONDRE A TOUTES LES DEMANDES DES
PATIENTS : CONSULTER, ORDONNER, RASSURER,
EXPLIQUER, ET RÉPETER UN NOMBRE DE FOIS
ILLIMITÉ

RÉPONDRE
A TOUTES
LES
EXIGENCES

ENTENDRE LES DIFFERENTES
EXIGENCES DE TOUS NOS
CHIRURGIENS ET Y REPONDRE
POSITIVEMENT

RESTER
CALME,
DISPONIBLE,
SOURIANTE
ET SURTOUT
TRÈS
PATIENTE

POSSEDER UNE MEMOIRE
D'ÉLÉPHANT CONCERNANT
LES DEMANDES
PARTICULIERES TELLES
QUE : « retrouvez-moi le
patient que j'ai vu je ne sais
plus quand, qui s'appelle je
ne sais plus comment et que
je dois opérer je ne sais pas
quand »...

SAISIR L'ENSEMBLE DES
COURRIERS ULTRA-
RAPIDEMENT

AVOIR LE FLAIR D'UN
CHIEN DE CHASSE
POUR RECHERCHER
LES DOSSIERS
PERDUS, CACHÉS OU
EMPRUNTÉS



LA ZENITUDE ABSOLUE ...

Les VAE : Validation des Acquis et de l'Expérience

Quelques secrétaires du groupe hospitalier Pellegrin ont déjà passé, et réussi avec brio, une VAE BTS assistante de direction.

Les pragmatiques demanderont ce qu'elles ont pu en sortir d'un point de vue professionnel et pécuniaire ... Pas grand-chose soit, dans ce cadre, mais sur un aspect personnel, cela donne un diplôme de niveau III et la reconnaissance (ou la valorisation) de ses activités professionnelles.

Avant de parvenir à ces résultats, la route est longue, fastidieuse. Une VAE demande un investissement personnel important : l'objectif est de réaliser un recueil d'informations très détaillées sur vos activités et de soutenir vos « livrets » devant un jury composé de professeurs d'enseignement secondaire.

Cette démarche personnelle débute par une demande auprès du Bureau de la Formation afin de vous assurer de la prise en charge ou non de la formation (accompagnement).

En cas d'accompagnement par le Greta et prise en charge financière de celui-ci par l'employeur, il est nécessaire d'adresser un courrier au Greta en précisant le nombre d'heures souhaitées ainsi que les coordonnées de l'établissement prenant en charge cette formation.

Les différentes étapes de la démarche VAE

ETAPE 1

Le livret 1 vous est remis lors de la réunion individuelle après que vous ayez exposé oralement et synthétiquement votre projet.

ETAPE 2

- Etude personnalisée du projet (entretien individuel ou par petit groupe) afin de déterminer le choix du diplôme, obtenir un avis et des conseils. Si l'étude du dossier est positive le candidat reçoit le livret 1.
- Il existe également un atelier projet VAE facultatif

ETAPE 3

- Dépôt du livret 1 au Rectorat
- Si votre demande est recevable, un courrier vous est adressé afin de vous informer de cette décision.
- Remise du livret 2 au candidat ou possibilité de télécharger le Livret 2 sur le site de l'Académie de votre région.
- Le Greta envoie un rendez-vous pour une première prise de contact avec le candidat. Le calendrier des heures d'accompagnement est établi entre le Greta et le candidat.
- A vous d'élaborer le livret 2 dans la limite des dates de dépôt du dossier (1 à 2 sessions par an 31 août ou 31 novembre) suivant les exigences de l'Académie de votre région.
- Dépôt du dossier Livret 1 + Livret 2 au Rectorat de l'Académie de votre région.
- Dans l'Académie de Bordeaux, le dépôt de dossier vaut inscription au diplôme.

ETAPE 4

- Validation par un jury de VAE au Rectorat
- Expertise du dossier écrit
- Entretien oral du candidat avec le jury
- Décision du jury

TROIS SOLUTIONS POSSIBLES

- **Validation totale (6 unités) = OBTENTION DU DIPLÔME**

Après avoir reçu vos résultats, il ne vous reste plus qu'à aller le chercher au Rectorat à la date précisée sur le courrier.

- **Validation partielle** = dans la limite de 5 années vous pouvez prétendre :
 - * passage des épreuves d'examen correspondant aux modules non obtenues
 - * autre demande de VAE
- **Pas de validation**

LE CANCER DU REIN

Dr Hervé LANG
CHU Strasbourg

Le cancer du rein est en augmentation croissante d'incidence dans les pays développés. Sa fréquence est au 7^{ème} rang chez l'homme et au 9^{ème} rang chez la femme soit 2% de l'ensemble des cancers. L'incidence en Europe est de 12,2/100 000 habitants chez l'homme et de 5,7/100 000 habitants chez la femme. C'est le 3^{ème} cancer urologique après le cancer de la prostate et les tumeurs de vessie. Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme (sex ratio 2/1). La prévalence est maximale entre la sixième et la septième décennie.



La circonstance de découverte la plus fréquente actuellement est la découverte fortuite chez un patient ayant réalisé un bilan d'imagerie, le plus souvent échographique, pour des symptômes ou une pathologie totalement indépendante du cancer du rein.

- Ces découvertes fortuites expliquent en partie l'augmentation d'incidence du cancer du rein et la baisse relative de mortalité par le diagnostic de tumeurs de plus petits volumes et donc de meilleurs pronostics.
- Par ailleurs, chez d'autres patients, l'apparition de symptômes urologiques comme la présence de sang dans les urines, les douleurs en fosse lombaire ou la palpation d'une masse à ce niveau doivent faire rechercher un cancer du rein.
- Le plus souvent le diagnostic de cancer du rein est posé sur l'imagerie. L'examen de référence est le scanner permettant de mettre en évidence une lésion tissulaire augmentant de densité après l'injection de produit de contraste. L'IRM est également très performante. Le bilan d'extension, à la recherche de métastases, comprend un scanner thoraco-abdominal qui sera éventuellement compléter par un scanner cérébral et une scintigraphie osseuse.
- Les patients jeunes (moins de 40-45 ans) présentant plusieurs tumeurs du rein en même temps sont suspects d'un cancer du rein familial et devront bénéficier d'un bilan génétique à la recherche d'une altération chromosomique transmissible à leur fratrie.



Le traitement de référence est la chirurgie. La voie d'abord peut-être ouverte ou laparoscopique. Celle-ci sera fonction des caractéristiques de la tumeur et de l'expérience du chirurgien. En fonction de la taille de la tumeur, il conviendra de proposer soit une chirurgie partielle soit une néphrectomie totale élargie.

- Les recommandations actuelles préconisent une chirurgie conservatrice pour les tumeurs de moins de 4-7cm sans envahissement péri rénal ou de la veine rénale. Le but est alors de retirer la tumeur entourée de quelques millimètres de parenchyme sain. L'intérêt de ce type de chirurgie est de préserver le maximum de néphrons permettant d'assurer au patient la meilleure fonction rénale à distance du traitement.
- Des techniques de traitements ablatifs in situ (radiofréquence, cryothérapie), pouvant être réalisées par voie percutanée sous contrôle scanner, sont apparues récemment. L'utilisation de ces nouvelles techniques doit être réservée aux tumeurs de moins de 3-4cm chez des patients ne pouvant bénéficier d'un traitement chirurgical (âge, morbidités) ou en cas de récurrences rénales itératives.
- En cas de cancer du rein métastatique, le traitement initial consiste à réaliser la néphrectomie. Si la métastase est unique, il conviendra au mieux de proposer de la retirer chirurgicalement.
- Dans les autres cas, le traitement actuel de référence est une nouvelle classe thérapeutique : les anti-angiogéniques.



Les facteurs pronostiques majeurs du cancer du rein sont d'une part, liés à la tumeur, essentiellement le stade de la pathologie et l'agressivité évaluée par le grade nucléaire de Fuhrman, et d'autre part, liés au patient, en fonction de son état général.



Enfin, les patients pris en charge pour un cancer du rein nécessitent une surveillance clinique, biologique et radiologique régulière et longue dans le temps afin de rechercher d'éventuelles récurrences de petits volumes qui peuvent apparaître jusqu'à plus de 15 ans après la tumeur initiale.

COMMENT GERER UN PATIENT AGRESSIF ?

Dr Nicolas Bendrihen
Institut Gustave Roussy

Tous les professionnels de santé ont eu un jour à faire face à l'agressivité d'un patient.

La question de la conduite à tenir devant ce type de comportement est de fait souvent posée lors des formations à la relation soignant-soigné, mais l'est souvent sur le mode de l'agi :

Quel comportement adopter ? Que faire ? Comment réagir ? Voire même, plus précisément, quand demander de l'aide, quand faire appel au psychiatre, ou à la sécurité ?...

Savoir faire face à l'agressivité est une question de compréhension avant d'être celle d'une conduite à tenir.

Une des difficultés ici est que par définition l'agressivité, en tout cas l'hétéro-agressivité, prend pour cible l'interlocuteur, alors que sa cause ne lui est pas forcément due ou liée, ou bien qu'il ou elle est impuissant à lui apporter un remède. Il s'agira donc de savoir prendre du recul afin de ne pas se trouver d'emblée en position de défense, ou d'annulation de la relation, qui laissera la souffrance de l'autre en impasse et risque de majorer le risque d'inscription dans le comportement, et non simplement dans les paroles, de sa souffrance.

Les objectifs de cette communication seront donc les suivants :

- 1)** identifier précocement les situations d'agressivité
- 2)** savoir distinguer l'agressivité de la violence, les deux n'étant ni synonymes, ni systématiquement associés.
- 3)** savoir se poser les questions utiles à cette distinction et à l'identification de ce qui génère la souffrance et le trouble de la relation.

A l'issue de cette analyse il est le plus souvent possible de rétablir un cadre de relation protecteur (rappel des règles, information...), qui évite le passage à la violence et protège tant le soignant que le patient.

Les malformations de la verge

DR Bernard BOILLOT

CHU de Grenoble

La pathologie génitale du garçon est un motif fréquent de consultation en médecine générale, en pédiatrie, en chirurgie pédiatrique, et en urologie.

En pratique, le médecin peut être confronté à ces pathologies :

- Soit dans le cadre d'une consultation programmée, ce qui est le cas habituellement des malformations congénitales : Hypospadias, courbure congénitale, et surtout phimosis.
- Soit dans le cadre de l'urgence : il s'agit en général de consultations en lien avec une complication aigüe du phimosis.

Nous détaillerons successivement :

1. Le phimosis et les adhérences préputiales
2. L'hypospadias
3. La courbure de la verge
4. La Palmure de la verge
5. L'épispadias
6. Les complications de la circoncision

I- Le phimosis et les adhérences préputiales

Le terme du prépuce désigne la partie du fourreau cutané du pénis qui recouvre le gland.

Chez l'adulte le prépuce doit être facilement rétractable pour permettre les rapports sexuels.

Cette rétractibilité du prépuce est une propriété qui s'acquiert au fil des années durant l'enfance car il est pratiquement toujours non rétractable chez le nouveau-né.

Deux facteurs sont à l'origine de la non rétractabilité :

- Les adhérences entre la face interne du prépuce et la muqueuse du gland, appelées adhérences balano-préputiales.



- L'étranglement de l'orifice préputial qui ne permet pas le passage du gland, appelé phimosis.



Ces 2 facteurs peuvent être associés ou bien ils peuvent exister chacun de façon isolée.

C'est spontanément au cours de la croissance de l'enfant que le prépuce pourra être rétracté plus facilement : à l'âge de 3 ans, seulement 10% des garçons ont encore un phimosis.

Cette maturation du prépuce concerne le diamètre de l'orifice préputial qui va s'élargir, et les adhérences balano-préputiales : celles-ci se libèrent progressivement en sécrétant dans le sillon balano-préputial une cire appelée smegma.

Il faut être patient car parfois cette libération ne s'achève qu'en période pubertaire. Cette maturation est un processus physiologique qu'il faut respecter : les décalottages forcés doivent être proscrits car, d'une part ils sont très douloureux et, d'autre part, ils peuvent fissurer le prépuce entraînant secondairement un phimosis par sclérose.

L'obsession du décalottage est maintenant combattue par le corps médical!



Lorsque l'enfant est gêné ou présente des infections du prépuce (balanites ou balano-posthites), il convient de traiter ce phimosis :

- En conseillant à l'enfant de se décalotter à chaque miction
- En prescrivant des corticoïdes locaux
- En cas d'échec de la corticothérapie, une chirurgie pourra être proposée : plastie du prépuce ou circoncision.

➤ **Balanite :**

C'est une infection survenant dans l'espace sous préputial, s'observant surtout chez des garçons ayant un phimosis ou des adhérences balano-préputiales. Le diagnostic est clinique : l'enfant a subitement des douleurs lors de la miction, l'extrémité du pénis est oedémateuse et rouge. Parfois cette inflammation s'étend jusqu'à la base de la verge et il n'est pas rare d'observer un écoulement purulent par l'orifice préputial.

Le traitement en est simple : il repose sur des bains avec des antiseptiques dilués durant quelques jours.

➤ **Paraphimosis :**

C'est un accident compliquant souvent une tentative de décalottage forcé à la suite de laquelle le prépuce n'a pas été remis en place. L'anneau de rétrécissement préputial comprime de façon circulaire le pénis juste en amont du gland . Très rapidement apparaît un œdème du prépuce muqueux qui ne fait que s'accroître.

Le diagnostic repose sur la constatation d'un prépuce rétracté, œdémateux, qui ne peut être facilement remis en place sur le gland.



Le traitement doit être entrepris en urgence : la compression douce et prolongée sur le prépuce oedémateux en permet souvent la réduction. En cas d'échec, la réduction doit être envisagée sous anesthésie.

II- L'hypospadias

C'est une malformation correspondant à une implantation anormale du méat urétral en un point quelconque de la face ventrale du pénis ou parfois même en amont de celui-ci. C'est une malformation congénitale, habituellement dépistée dès la naissance dont le traitement chirurgical aura pour objectif de permettre des mictions normales par le sommet du gland ainsi qu'une activité sexuelle normale.

La fréquence de l'hypospadias est actuellement estimée à 1/300 naissances masculines et elle a augmenté ces 15 dernières années dans la majorité des pays occidentaux, peut être en raison d'une modification de certains facteurs environnementaux. Lorsqu'il existe des antécédents familiaux cette fréquence s'élève à 1/100. Enfin, il est extrêmement important de ne pas méconnaître une ambiguïté sexuelle devant un hypospadias vulviforme associé à une cryptorchidie même unilatérale : demander alors l'avis d'un endocrinologue pédiatre.

On distingue, selon l'emplacement du méat urétral :

- L'hypospadias glandulaire
- L'hypospadias pénien antérieur, moyen ou postérieur



Le traitement est chirurgical, l'intervention ayant lieu autour de l'âge de 1 an, par un chirurgien spécialisé. Elle va à la fois corriger la courbure de la verge, créer un méat à la pointe du gland, et corriger les anomalies du fourreau de la verge et du prépuce.

Selon la gravité de l'hypospadias, les techniques varient. Le taux de complications post-opératoires est élevé (fistules !).

III- La courbure de la verge

La courbure de verge sans hypospadias est une situation rare, due le plus souvent à une anomalie de l'urètre. Si cette courbure est potentiellement gênante, elle devra être opérée.

IV- La palmure de la verge

Il s'agit d'une malformation rare de la peau des bourses qui s'implante sur le pénis. Elle rend la circoncision rituelle très délétère.

V- L'épispadias

Cette malformation est très rare, et donne lieu à une réparation chirurgicale précoce, difficile et à haut risque de complications, notamment à l'âge adulte.



VI- Les complications de la circoncision

Elles sont assez fréquentes, concernent les circoncisions chirurgicales, autant que les circoncisions rituelles. Elles peuvent avoir des conséquences graves :

- Sténose du méat
- Infections post opératoires
- palmures
- cicatrices inesthétiques

PRISE EN CHARGE D'UN PROLAPSUS

Pole de santé du plateau
Clamart-Meudon
CHU Pitié-Salpêtrière
Paris

Introduction

Le prolapsus génital est fréquemment observé dans une population générale avec une fréquence qui augmente avec l'âge.

Si on suggère que la prévalence dans une population générale varie de 2 à 2,6%, une étude américaine a montré que le risque d'avoir une chirurgie pour un prolapsus à 80 ans de vie est de plus de 11%.

Les questions qui se posent dans ce contexte, puisque la physiopathologie des troubles n'est pas entièrement connue, sont celles des facteurs de risque de survenue d'un prolapsus.

C'est en appréhendant mieux les mécanismes dans le cadre d'un bilan complet à la fois clinique et para clinique que l'on pourra proposer une prévention efficace et espérer une réparation adaptée et fiable.

I- Physiopathologie

Le support des organes pelviens est assuré par l'interaction entre les muscles pelviens et l'ensemble des structures d'attachement.

Les muscles constituent donc le support primaire et le système ligamentaire stabilise les organes dans une orientation correcte.

Lorsque l'intégrité du système est assurée le vagin assure le support en avant de la vessie et de l'urètre, en arrière du rectum et au milieu du col utérin.

Cet équilibre complexe est cependant fragile, soumis tout au long de la vie génito-obstréticale à de nombreuses contraintes et à des événements aux effets délétères.

Il existe de nombreuses études qui ont analysé la responsabilité de différents facteurs dans la genèse du prolapsus et de l'incontinence urinaire de la femme. On considère deux types de facteurs de risques : Constitutionnels et acquis.

➤ **Constitutionnels :**

Ce sont eux qui expliquent les prolapsus survenant chez l'enfant, la femme jeune vierge ou nullipare. Pathologie du système nerveux (spina bifida).

Les facteurs anatomiques comme les caractéristiques du bassin, les anomalies du rachis augmentent avec la survenue de prolapsus. Le risque relatif chez les patientes avec une courbure rachidienne anormale est de 3,2. Une étude a montré que 30% des patientes ayant un prolapsus du 2^{ème} et 3^{ème} degré avaient une anomalie rachidienne. L'ensemble de ces données confirme un rôle protecteur sur le périnée de la courbure physiologique du rachis.

Les facteurs raciaux avec une prépondérance du prolapsus chez la femme blanche en comparaison de la femme noire ou asiatique. Mais ces facteurs s'estompent avec les généralisations des modes de vies.

La qualité du tissu collagène : Toute altération fait le lit du prolapsus. Il existe une forte interrelation entre hyper laxité ligamentaire articulaire. Le passé familial semble avoir une importance avec une fréquence accrue.

➤ **Acquis :**

L'obésité, qui part l'intermédiaire d'une hyperpression abdominale chronique associée à d'autres facteurs, entraîne des lésions de dénervations et des lésions musculaires qui contribuent à un affaiblissement du plancher pelvien.

L'accouchement est considéré comme une cause de délabrement pelvien avec altération des tissus conjonctifs du hamac musculo ligamentaire et d'atteinte nerveuse. Mais certains paramètres de l'accouchement augmentent le risque d'atteinte nerveuse. La parité a souvent été décrite comme l'un des principaux facteurs de risque, avec un risque qui augmente significativement à partir du 3^{ème} accouchement. Le déroulement du travail obstétrical est reconnu comme facteur de risque avec une phase plus traumatisante pendant la 2^{ème} phase correspondant à la sortie du fœtus. La durée de la 2^{ème} phase est associée à des lésions pudendales plus importantes qui sont liées à la survenue de prolapsus. Les déchirures périnéales posent un problème de pronostic fonctionnel avec risque de survenue d'incontinence anale, plus ou moins sévère a long terme, le risque et la dégradation de l'étage postérieur avec une atteinte du noyau fibreux central du périnée ayant pour conséquence la survenue de périnée descendant ou de rectocèle basse. Le poids fœtal semble jouer aussi un rôle puisque dans certaines séries les patientes ayant un prolapsus avaient accouché d'un enfant de plus de 4 kg comparé avec le reste de la population générale.

Enfin il semble que la césarienne ait un rôle protecteur mais il n'a pas été possible de mettre en évidence une diminution de la prévalence du prolapsus en rapport avec la césarienne.

Dans certaines études ont retrouvé un taux de prolapsus du post partum de 42% pour les patientes ayant accouché par césarienne en cours de travail et de 48% pour les patientes ayant accouché par voie basse.

La ménopause est également considérée comme un facteur de risque avec modification du trophisme vaginal et de l'élasticité des tissus. La diminution des apports en oestrogènes entraîne une atrophie de l'ensemble des tissus qui est responsable de la faiblesse du plancher pelvien.

En cas de chirurgie pelvienne, notamment l'hystérectomie qui reste l'intervention de gynécologie la plus fréquemment réalisée en France (60 000 par an), le risque de prolapsus serait majoré. Il n'a pas été retrouvé de manière consensuelle que cette chirurgie augmentait le risque de survenue de prolapsus en a tout cas de manière significative. Par contre un antécédent de chirurgie de prolapsus est un facteur de risque hautement significatif.

L'incidence de l'âge est un facteur indépendant qui reflète la multiplicité physiopathologique de l'étiologie du prolapsus.

En résumé il y a de nombreuses études épidémiologiques et électrophysiologiques, il y a une corrélation claire entre l'accouchement et la survenue ultérieurement d'un prolapsus, entre l'accouchement et l'existence d'une neuropathie pudendale.

Certains résultats restent discutés comme rôle protecteur de la césarienne, l'influence des déchirures périnéales.

II- Evaluation clinique du plancher pelvien

L'évaluation Clinique est fondamentale.

Elle comprend un interrogatoire poussé des troubles de la statique pelvienne ainsi qu'un examen clinique précis permettant l'analyse anatomique des anomalies pelvi périnéales.

En fonction de la symptomatologie fonctionnelle, les questionnaires de retentissement et qualité de vie peuvent être utilisés.

➤ Interrogatoire

En première partie l'interrogatoire qui doit systématiquement porter sur les 3 étages.

Les Antécédents

Il doit rechercher les antécédents urinaires, les antécédents obstétricaux, les antécédents gynécologiques, les antécédents digestifs. Il note également les antécédents médicaux avec tous les traitements médicamenteux susceptibles d'influencer la miction ainsi que les traitements déjà mis en œuvre pour corriger un trouble de la statique pelvienne.

On recherchera aussi les facteurs de risque intrinsèque et extrinsèque.

Les symptômes urinaires

On distingue les troubles de la perception du besoin, les troubles de l'évacuation et les troubles de la continence :

- Parmi les troubles de la perception du besoin, on cherche à mettre en évidence l'impériosité mictionnelle ou urgenturie qui peut orienter vers une hyper activité ou instabilité vésicale. On parle de pollakiurie lorsque l'intervalle entre 2 mictions est inférieur à 3 heures et de pollakiurie nocturne lorsqu'il existe plus de 1 miction par nuit.
- Les urgenturies, les pollakiuries et les brûlures ou douleurs mictionnelles sont des symptômes irritatifs et doivent faire éliminer en 1er lieu une cause locale. Cependant, la pollakiurie et les urgenturies peuvent être une réaction d'anticipation des patientes ayant une incontinence urinaire d'effort qui urinent souvent et peu par crainte de se souiller.
- Les troubles de l'évacuation sont principalement caractérisées par la dysurie : gêne et douleur en urinant avec une nécessité de poussée pour déclencher la miction, une miction en plusieurs temps et une faiblesse du jet. Elle peut se voir dans les prolapsus volumineux qui exerce un effet pelote sur la vessie et sur l'urètre.
- Les troubles de la continence se définissent par une perte involontaire des urines par le méat urétral.

Deux incontinenances :

1) L'incontinence a l'effort qui survient lors d'une élévation de la pression abdominale le plus souvent en position debout caractérisé par une fuite en jet souvent peu importante et synchrone d'un effort.

2) L'incontinence par urgenturie qui est une fuite au décours d'un besoin impérieux qui ne peut être contrôlé allant de quelques gouttes à la miction, à une vidange complète de la vessie.

L'incontinence peut être mixte dans 1/3 des cas, il faut alors faire préciser celle qui est responsable de la plus grande gêne.

La sévérité de l'incontinence peut être évaluée soit de façon subjective soit de façon objective en utilisant des PAD TEST soit sur 1 heure soit sur 24 heures.

- Les troubles fonctionnels rectaux :

Il faut distinguer les troubles du transit et de défécation qui comprennent à la fois la constipation (exonération peu fréquente et/ou difficile). La dyschésie (une incapacité à déclencher une exonération) et l'incontinence anale.

Il existe aussi des troubles de la sensation du besoin. Avec dedans le ténesme qui est une sensation douloureuse rectale et l'épreinte qui est une violente colite précédant une défécation.

- Les symptômes gynécologiques et sexuels :

La sensation de boule dans le vagin ou de saillie vulvaire anormale avec une pesanteur pelvienne ou périnéale qui peut s'accroître essentiellement en fin de journée.

L'ensemble de ces troubles peut s'évaluer dans le cadre de questionnaire de mesure de symptôme de qualité de vie permettant de corréler la symptomatologie fonctionnelle de la patiente à constatation anatomique. Ils peuvent aider dans une indication chirurgicale, en fonction de la gêne ressentie, afin d'évaluer l'efficacité et la tolérance des traitements mis en œuvre.

➤ Examen Clinique

L'examen clinique est réalisé en décubitus dorsal sur une table qui permet un examen en position gynécologique et en position demi assise. L'examen devra respecter l'intimité de la patiente, il sera réalisé essentiellement au repos et en effort de poussée à vessie vide et pleine.

Il débute par une inspection vulvo périnéale et anale, il permet de noter le degré d'imprégnation oestrogénique locale, l'existence d'une béance vulvaire et mesure la distance ano vulvaire (3 cm).

Enfin l'inspection, la poussée permet de mesurer la descente périnéale et de visualiser le prolapsus extériorisé génital ou rectal.

Il peut être accompagné d'un examen neurologique qui n'est pas systématique mais orienté en fonction des troubles rapportés.

L'examen au spéculum (type COLLIN) démontable

Il permet d'analyser les différents éléments du prolapsus. On appréciera l'état du col utérin, une pince de Pozzi fixée sur le col permet d'effectuer une traction à la recherche d'une hystéropose. La mobilité normale ne dépassant pas 2cm.

- La manœuvre des valves du spéculum démonté permet d'apprécier les différents éléments prolapsés. La manœuvre de la valve antérieure qui est appliquée sur la paroi vaginale antérieure permet d'analyser la paroi vaginale postérieure pour aller chercher une colpocèle postérieure. Cette colpocèle postérieure peut être habitée par le rectum (rectocèle), le cul de sac de Douglas (élytrocèle), le péritoine contenant des anses grêles (entérocele).
- La manœuvre de la valve postérieure, la valve est alors appliquée sur la paroi vaginale postérieure et permet d'analyser la paroi vaginale antérieure à la recherche d'une colpocèle antérieure.
S'il existe un prolapsus la valve refoulera et permettra de démasquer à l'effort de poussée une incontinence d'effort. Cette incontinence sera d'autant plus facile à démasquer que l'on aura rempli au préalable la vessie de la patiente à 250 ml de sérum physiologique.

Au terme de cet examen complet on pourra classer le prolapsus génital.

Il existe différentes classifications :

- La plus utilisée est celle de BADEN et WALKER qui est d'une utilisation aisée. Pour chaque étage étudié le point de référence est l'hymen :

Stade 0 : pas de prolapsus.

Stade I : la partie la plus distale du prolapsus est située à plus de 1 cm au dessus de l'hymen.

Stade II : la partie la plus distale du prolapsus est située à 1 cm au moins de part et d'autre de l'hymen.

Stade III : la partie la plus distale du prolapsus est située à plus de 1 cm en dessous de l'hymen sans dépasser la longueur totale du vagin.

Stade IV : Eversion complète de la longueur totale de l'appareil génital.

- Il existe d'autres classifications telles que POP-Q.
En pratique cette classification est peu utilisée en pratique courante car jugée longue, difficile à enseigner. Mais elle reste celle qui est la plus précise, la plus reproductible dans le cadre d'étude internationale.

Au terme de cette évaluation clinique et si la présentation clinique est claire avec une patiente jamais opérée, que l'on retrouve une bonne concordance entre la symptomatologie fonctionnelle et la constatation anatomique, les examens complémentaires ne sont pas ou peu indispensables pour proposer une indication chirurgicale.

III- Examens complémentaires

Il existe quelques éléments indispensables avant tout traitement. On s'assure de l'absence de lésion organique utérine ou pelvienne par un frottis cervical récent et une échographie pelvienne.

Le bilan urodynamique

Il reste indispensable dans le cadre du traitement chirurgical d'une incontinence urinaire. Il reste très intéressant dans le cadre des prolapsus en cas de doute sur une incontinence urinaire masquée, il reste le meilleur moyen de déterminer le mécanisme de l'incontinence. Il permettra d'y associer en cas de traitement la mise en place d'une bandelette ce qui évitera aux patientes de bénéficier d'un II ème temps de chirurgie. En pratique aujourd'hui il est exceptionnel d'effectuer une cure de prolapsus sans BUD au préalable.

Dans le cadre de récurrence ou de symptomatologie discordante, on peut utiliser :

Le colpocystogramme (CCG)

C'est l'étude dynamique de la mobilité des organes associant une opacification uréthro vésicale rectale et un badigeonnage vaginal. L'examen est réalisé en position debout sur un périnée verrouillé, il permet de faire une cartographie des éléments prolapsés, d'apprécier la mobilité du col. Les clichés sont réalisés de profil, au repos en retenu et en poussée. On parle de prolapsus lorsqu'il existe une bascule de l'organe en repos ou en poussée en dessous de la ligne pubo sacro coccygienne.

L'IRM

Cet examen est réalisé en position couchée avec une incidence sagittale qui reste l'incidence de référence pour l'exploration de la statique pelvienne. Outre l'analyse du prolapsus il permet de visualiser tout le contenu pelvien ainsi que certaines structures périnéales de suspension et de soutènement.

C'est un examen peu invasif, peu désagréable pour les patientes qui permet l'exploration complète du pelvis. Mais son inconvénient est d'être réalisé en position couché avec une interprétation différente en fonction des repères et des observateurs.

IV- Traitement

Le but du traitement est de corriger les dégradations anatomiques en remontant l'organe prolapsé, et éviter de créer ou de favoriser de nouvelles dégradations.

Le choix de la technique dépend des lésions anatomiques et des troubles fonctionnels ; de l'âge de la patiente, enfin de la formation et de l'expérience du chirurgien.

Bien que généralement un élément de prolapsus domine, les prolapsus sont le plus souvent multi élémentaires et les gestes chirurgicaux traiteront certes l'élément dominant, mais ne devront pas négliger les autres étages de la fente urogénitale, ce d'autant qu'il est prouvé que le renforcement d'un étage fragilise l'étage adjacent.

Les techniques par voie abdominale peuvent être faites par laparotomie ou par laparoscopie.

Après pénétration intra abdominale on débute par la mise en place des fils de promontofixation. Ils sont fixés sur le ligament vertébral antérieur après ouverture du péritoine pariétal postérieur et exposition de celui-ci.

On utilise des prothèses en polyester ou en polypropylène qui sont découpés à la taille souhaitée. Ces prothèses seront alors fixées en avant dans le plan intervésico-vaginal juste en dessous de la vessie. Fixés par plusieurs points, ils

permettent à l'élément prolapsé d'être promontofixés par l'intermédiaire des prothèses et le péritoine est refermé au dessus.

Le concept de la promontofixation par laparoscopie ne diffère en rien de celui de la laparotomie. Il s'agit d'une autre voie d'abord difficile à apprendre mais avec de bonnes qualités de vision qui est aujourd'hui la technique de référence par voie haute.

La chirurgie vaginale connaît aujourd'hui des bouleversements en termes d'indications et de techniques liés à l'utilisation des prothèses de renforcement.

Le traitement repose sur deux principes, la suspension et le soutènement. La préparation repose essentiellement sur l'oestrogénothérapie locale chez la femme ménopausée.

Analyse des procédés classiques visant à corriger chaque dégradation élémentaire :

➤ Traitement de la cystocèle :

- La colporrhaphie antérieure est très souvent insuffisante exposant à la récurrence, la colporrhaphie antérieure et la ligamentopexie des ligaments utéro-sacrés selon le procédé de Campbell qui amarre ces ligaments après les avoir éventuellement croisés au tissu sous-pubien est souvent décevante en raison de l'atrophie des ligaments utéro-sacrés chez la femme âgée.
- La ligamentopexie sous-vésicale selon Crossen consiste à adosser les ligaments ronds dans la région médiane. Pour reconstituer un véritable support de la base vésicale, l'idéal serait la mise en place d'une prothèse : récemment les plaques de prolène ont été proposées par analogie au TVT et paraissent mieux tolérées que les matériaux utilisés jusqu'alors.

➤ Traitement de la paroi vaginale postérieure :

- Préparation de la plastie postérieure : on distingue la plastie du fond vaginal (1/3 sup) qui est toujours nécessaire dans la cure de prolapsus et la plastie des 2/3 inférieurs du vagin.
- La plastie du cul de sac postérieur du vagin est destinée à prévenir l'élytrocèle secondaire ; le principe de cette plastie est celui d'une résection triangulaire suivie d'une suture longitudinale de façon à éviter une bride sagittale dyspareuniante dans le fond du vagin.
- La plastie des 2/3 inférieurs du vagin : elle consiste en une résection cutanée en losange suivie d'une suture longitudinale associée à une myorrhaphie des releveurs. En fait les 2 incisions ont la forme d'un sablier, avec 2 triangles qui s'opposent par leur sommet. Ce qui permet d'éviter les sténoses du 1/3 moyen du vagin responsables de dyspareunie.

V- Conclusion

La prise en charge des prolapsus génitaux est aujourd'hui mieux définie. Elle nécessite un examen clinique rigoureux permettant d'apprécier les différents éléments touchés et de proposer un traitement adapté.

Le traitement dépendra de l'âge, de l'état général, de la vie sexuelle, du type de prolapsus et surtout, avant tout, du souhait de la patiente.

Les traitements ont été beaucoup modifiés ces dernières années. La multiplicité des techniques confirme l'absence d'une technique de référence et de la possibilité de récurrence.

Chez la femme jeune, le traitement de référence reste la promontofixation coelioscopique. Chez la femme plus âgée le débat reste ouvert.