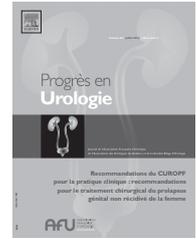




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



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

*Clinical practice guidelines: Summary of recommendations
for first surgical treatment of female pelvic organ prolapse by 5 French
academic societies: AFU, CNGOF, SIFUD-PP, SNFCP, and SCGP*

L. Le Normand^{a,*}, M. Cosson^b, F. Courc^c, X. Deffieux^d,
L. Donon^e, P. Ferry^f, B. Fatton^g, J.-F. Hermieu^h, H. Marretⁱ,
G. Meurette^j, A. Cortesse^k, L. Wagner^l, X. Fritel^m

^aService urologie, CHU Nantes, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes Cedex 1, France

^bService de gynécologie obstétrique, CHRU Lille, rue Eugène-Avinée, 59037 Lille Cedex, France

^cService d'urologie, hôpital Foch, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

^dService de gynécologie obstétrique, hôpital Antoine-Béclère, 157, rue de la Porte-de-Trivaux, 92140 Clamart, France

^ePolyclinique Côte-Basque-Sud, 7, rue Léonce-Goyette, 64500 Saint-Jean-de-Luz, France

^fService de gynécologie obstétrique, CH La Rochelle, rue du Docteur-Schweitzer, 17000 La Rochelle, France

^gService de gynécologie, CHRU Carêmeau, rue du Professeur-Debré, 30029 Nîmes cedex 9, France

^hService d'urologie, hôpital Bichat, AP-HP, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

ⁱService de gynécologie, hôpital Bretonneau, 2, boulevard Tonnellé, 37044 Tours Cedex, France

^jService de chirurgie digestive et endocrinienne, CHU Nantes, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes Cedex 1, France

^kService d'urologie, hôpital Saint-Louis, 1 avenue Claude Vellefaux, Paris, France

^lService d'urologie, CHU de Nîmes, place du Professeur-Debré, 30065 Nîmes Cedex 9, France

^mService de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, CHU de Poitiers, Poitiers, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : loic.lenormand@chu-nantes.fr (L. Le Normand).

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 coloproctologie (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. Fattou (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).

Relecteurs : G. Amarenco (MPR, Paris), P. Ballanger (Urologue, Bordeaux), M. Boukerrou (Gynécologue, La Réunion), L. Bresler (Chirurgien viscéral, Nancy), C. Carlier-Guérin (Gynécologue, Châtelleraut), S. Conquy (Explorations fonctionnelles, Paris), M. Cosson (Gynécologue, Lille), R. de Tàyac (Gynécologue, Nîmes), H. Fernandez (Gynécologue, Paris), A. Fauconnier (Gynécologue, Poissy-Saint-Germain), X. Fritel (Gynécologue, Poitiers), 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 (MPR, Paris), C. Saussine (Urologue, Strasbourg), D. Savary (Gynécologue, Arcachon), R. Yiu (Urologue, Créteil).

MOTS-CLÉS

Prolapsus génital ;
Traitement
chirurgical ;
Recommandations ;
Femme

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 (AFU), le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), la Société interdisciplinaire francophone d'urodynamique et de pelvi-périnéologie (SIFUD-PP), la Société nationale française de coloproctologie (SNFCP) et la Société de chirurgie gynécologique et pelvienne (SCGP).

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 coelioscopie 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 rectovaginale systématique en prévention de la rectocèle (grade C). La prothèse vésico-vaginale par voie vaginale doit être discutée compte tenu d'un rapport bénéfices/risques 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 deux temps (grade C).

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Genital prolapse;
Guidelines;
Surgical treatment;
Women

Summary

Objective: Providing clinical practice guidelines for first surgical treatment of female pelvic organ prolapse.

Methods: Systematic literature review, level of evidence rating, external proofreading, and grading of recommendations by 5 French academic societies: Association française d'urologie, Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Société interdisciplinaire d'urodynamique et de pelvi-périnéologie, Société nationale française de coloproctologie, and Société de chirurgie gynécologique et pelvienne.

Results: It is useful to evaluate symptoms, their impact, women's expectations, and to describe the prolapse prior to surgery (Grade C). In the absence of any spontaneous or occult urinary sign, there is no reason to perform urodynamics (Grade C). When a sacrocolpopexy is indicated, laparoscopy is recommended (Grade B). A bowel preparation before vaginal (Grade B) or abdominal surgery (Grade C) is not recommended. There is no

argument to systematically use a rectovaginal mesh to prevent rectocele (Grade C). The use of a vesicovaginal mesh by vaginal route should be discussed taking into account an uncertain long-term risk-benefit ratio (Grade B). Levator myorrhaphy is not recommended as a first-line rectocele treatment (Grade C). There is no indication for a vaginal mesh as a first-line rectocele treatment (Grade C). There is no reason to systematically perform a hysterectomy during prolapse repair (Grade C). It is possible to not treat stress incontinence at the time of prolapse repair, if the woman is advised of the possibility of a 2-step surgical treatment (Grade C). Clinical practice guidelines.

© 2016 Published by Elsevier Masson SAS.

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) et 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 risque 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 impliquées dans la prise en charge de cette pathologie soient associées à la validation de ce travail : AFU, CNGOF, SIFUD-PP, SNFCP, et SCGP.

Méthode

La rédaction de ces recommandations de bonne pratique suit la méthodologie préconisée par la Haute autorité de santé (HAS) [3].

Un groupe pluridisciplinaire représenté par le Comité d'urologie et de périnéologie de la femme (CUROPF) de l'AFU regroupant 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. Lorsqu'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).

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 nécessaire 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), **il apparaît utile de décrire le prolapsus observé avant la chirurgie (grade C)** [6]. 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 chirurgicales ; 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'imagerie par résonance magnétique (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 (POP-Q 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 bronchopulmonaires 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 la mesure du **résidu postmictionnel** (AP).

Une échographie à la recherche d'une dilatation urétéro-pyélocalicielle 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 postménopausiques ou d'anomalie gynécologique clinique (grade C)**. Une échographie pelvienne et une biopsie d'endomètre pourraient être utiles quand une hystérectomie subtotale ou un morcellement utérin sont prévus (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).

Traitement du prolapsus génital non récidivé de la femme par promontofixation coelioscopique

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-rectovaginale en prévention du risque de rectocèle secondaire (grade C).**

L'indication consensuelle de la rectopexie ventrale coelioscopique reste le prolapsus du rectum symptomatique (grade C), dont les résultats anatomiques et fonctionnels sont les mieux évalués (NP3) [11]. Le traitement des rectocèle, élyrocèle et entéroécèle par la 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 réalisée 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 polytétrafluoroéthène (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 des résultats anatomiques inférieurs à court et moyen termes (NP2), **l'utilisation de prothèses biologiques n'est pas recommandée (grade B)** [13].

Les résultats anatomiques et fonctionnels ne sont pas différents entre laparotomie et coelioscopie (NP1) [14]. La gravité des complications postopératoires est supérieure en laparotomie. La coelioscopie 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 coelioscopique 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 coelioscopique. L'assistance robotique n'améliore pas les suites postopératoires et ne diminue pas le taux de complications par rapport à la coelioscopie (NP3). **Il ne peut être actuellement recommandé l'assistance robotique par rapport à la coelioscopie classique lors de la réalisation d'une promontofixation (grade B).**

Traitement du prolapsus génital non récidivé de la femme par voie vaginale

Pour le 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 bénéfices/risques 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.

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).**

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. 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).

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).

Traitement de la rectocèle par prothèse prérectale 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 prérectal (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).

Périnéorraphie 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).

Réparation des colpoécèles postérieures hautes (rectocèle haute ou élytrocèle) et des prolapsus du fond vaginal

Il n'a pas été montré de différence entre la culdoplastie selon Mac Call 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].

Traitement de la rectocèle ou de la dyschésie par voie transanale

Pour le traitement de la rectocèle, la voie transanale (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 transanale (grade B).

Techniques d'occlusion vaginale (colpoclésis)

À court terme, le colpoclésis 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). La colpoclésis 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 colpoclésis, il convient d'évaluer le risque de pathologie endométriale (grade C).

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) avec diminution de la durée opératoire, de la durée d'hospitalisation, du temps de convalescence et du temps de retour aux activités (NP2) [25,26].

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 par 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).

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 transobturatrice 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 deux 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 (NP 1). 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'éventuelle nécessité l'éventualité d'une chirurgie en deux temps (AP).

Liens d'intérêts

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, participation à des groupes d'experts, de la part des Laboratoires, Medtronic, Allergan, Astellas, Laborie, Boston scientific.

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

F. Cour : au cours des trois 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). Enfin elle a été investigatrice pour les laboratoires Astellas, Cousin et *Boston Scientific*.

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 aussi avoir déjà été pris en charge par des industriels impliqués en urogynécologie pour l'inscription et/ou le remboursement des frais de déplacement et d'hébergement pour des congrès médicaux (sans contrepartie).

L. Donon : l'auteur n'a aucun intérêt en lien avec cet article.

P. Ferry : l'auteur n'a aucun intérêt en lien avec cet article.

B. Fatton : l'auteur a été consultant et a perçu des honoraires ou financements pour participation à des congrès, à des actions de formation, à des réunions de groupes d'experts de la part des laboratoires Boston/Ams, Allergan, Coloplast.

J.-F. Hermieu : l'auteur n'a aucun intérêt en lien avec cet article.

H. Marret : l'auteur n'a aucun intérêt en lien avec cet article.

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

L. Wagner : au cours des 5 dernières années, l'auteur a été investigateur principal d'une étude coordonnée par le CHU de NIMES (Promoteur) qui a perçu un financement pour réalisation d'un registre prospectif multicentrique évaluant les résultats de la technique de promontofixation coelioscopique dans le traitement du prolapsus urogénital de la part des Laboratoires Aspide Medical.

X. Fritel : l'auteur a perçu des honoraires pour participer au LUTS Forum (Action de formation dans le domaine des

troubles urinaires) organisé par ASTELLAS France comme modérateur en 2014 et 2015 et également pour participer au groupe d'expert organisé par BOSTON Scientific sur les bandelettes sous-urétrales en 2012 et 2014.

Références

- [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].
- [4] Donon L, Warembourg S, Lapray JF, Cortesse, et al. Bilan avant le traitement chirurgical d'un prolapsus génital : Recommandations pour la Pratique Clinique. *Prog Urol* 2016;26:S8.
- [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;113:609-616.
- [6] Maher C, Baessler K, Barber M, Cheon C, Deitz V, DeTayrac R, et al. Pelvic Organ Prolapse Surgery. In Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. 5th International Consultation on Incontinence. Paris: 2013.
- [7] Deffieux X, Savary D, Letouzey V, Sentilhes 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 (Paris)* 2011;40:827-50.
- [8] Wagner L, Meurette G, Vidart A, et al. Traitement du prolapsus génital par promonto-fixation laparoscopique : recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol* 2016;26:S27.
- [9] Guenaga KF, Matos D, Wille-Jorgensen P. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2011: CD001544.
- [10] Antiphon P, Elard S, Benyoussef A, Fofana M, Yiu 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 récurrence de cystocèle ? Recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol* 2016;26:S38.
- [16] Cour F, Le Normand L, Meurette G. Traitement par voie basse des colprocèles postérieures : Recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol* 2016;26:S47.
- [17] Ballard AC, Parker-Autry 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, Fattou B, et al. Chirurgie d'occlusion vaginale, (Colpocleisis) pour prolapsus génital : recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol* 2016;26:S61.
- [25] Cayrac M, Fattou B, Warembourg S, Le Normand L, Fattou B. 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.
- [26] Detollenaere RJ, den Boon J, Stekelenburg J, IntHout J, Vierhout ME, Kluivers KB, et al. 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, et al. [A randomized comparison of two vaginal procedures for the treatment of uterine prolapse using polypropylene mesh: hysteropexy versus hysterectomy]. *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, Luber 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. Traitement de l'incontinence urinaire associée au prolapsus génital : Recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol* 2016;26:S89.
- [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 Pelvic Floor Dysfunct* 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.