



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER

LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

Prolapsus génital de la femme : Prise en charge thérapeutique

Validé par le Collège le 6 mai 2021

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Descriptif de la publication

Titre	Prolapsus génital de la femme – Prise en charge thérapeutique
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	Les objectifs de ces recommandations sont de : <ul style="list-style-type: none">– définir la stratégie thérapeutique de prise en charge en fonction des troubles de la patiente afin d'améliorer la symptomatologie, notamment chez la personne âgée ;– développer l'information des patientes dans le cadre d'une décision médicale partagée ;– améliorer l'information des praticiens impliqués dans la prise en charge : médecin généraliste (diagnostic, détection des complications et orientation de la patiente), professions paramédicales (notamment dans la mise en œuvre de techniques alternatives), chirurgien ;– préciser les modalités de surveillance en cas de pose de dispositifs.
Cibles concernées	Ces recommandations sont destinées aux médecins généralistes et aux spécialistes prenant en charge les prolapsus génitaux : gynécologues obstétriciens, urologues, chirurgiens digestifs, coloproctologues, masseurs-kinésithérapeutes.
Demandeur	Ministère de la Santé
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Dr Christine Revel-Delhom, chef de projet, service des bonnes pratiques de la HAS (chef de service : Dr Pierre Gabach) Secrétariat : Mme Laetitia Gourbail
Recherche documentaire	De janvier 2009 à fin janvier 2021 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe de l'argumentaire scientifique) Réalisée par Mme Sophie Despeyroux avec l'aide de Mme Juliette Chazareng (chef du service documentation – veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs	Dr Anne-Cécile Pizzoferrato (Chargée de Projet), Dr Caroline Thuillier (Chargée de Projet), Dr Aurélien Venara (Chargé de Projet)
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 6 mai 2021
Actualisation	
Autres formats	La recommandation et les synthèses de la recommandation de bonne pratique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – mai 2021 – ISBN :

Sommaire

Introduction	6
1. Quelles sont les modalités d'évaluation initiale d'un prolapsus des organes pelviens (POP) et dans quels buts ?	8
1.1. Quels sont les symptômes associés au POP ?	8
1.2. Quel est l'impact du POP sur la qualité de vie des femmes ?	9
1.3. Quels outils utiliser pour explorer les symptômes associés au POP ? Comment évaluer la gêne des femmes ?	9
1.4. Quelles sont les attentes des patientes concernant leur prise en charge ?	10
1.5. Quel examen clinique réaliser en première intention ?	12
1.6. Quels sont les examens complémentaires utiles et inutiles en première intention pour porter le diagnostic de prolapsus ?	16
1.7. Que faire en cas de POP clinique sans symptomatologie associée ?	17
2. Quelles prises en charge non chirurgicales peuvent être proposées ?	18
2.1. Quelles mesures hygiéno-diététiques peuvent être proposées ?	18
2.2. Place de la rééducation (quel type de rééducation, dans quels cas, pour quels stades de POP...) ?	21
2.3. Place du pessaire et selon quelles modalités (information et formation de la patiente à la pose, test thérapeutique, test diagnostic...) ? Quelle surveillance après la pose ?	27
2.4. Place des autres mesures conservatrices (laser/radiofréquence, hormonothérapie...) ?	39
2.5. Quelles sont les informations préalables à transmettre à la patiente ?	40
3. Quel bilan clinique et paraclinique proposer avant un geste chirurgical et dans quels buts ?	43
3.1. Examen clinique pelvien	43
3.2. Nécessité de mieux préciser le défaut anatomique	43
3.3. Nécessité de prévenir une complication fonctionnelle postopératoire	44
3.4. Nécessité de préciser le lien entre symptôme et examen clinique	45
3.5. Rechercher une pathologie pelvienne ou rénale associée	47
4. Quelles sont les indications de la PEC chirurgicale ?	49
4.1. Quels sont les critères d'éligibilité à la chirurgie ?	49
4.2. Place de l'hystérectomie (systématique ou pas, de quel type : subtotale ou totale) ?	50
4.3. Critères de choix de la voie d'abord basse et de la voie haute	53
4.4. Place de la promontofixation (faut-il mettre une ou deux bandelettes) ?	60
4.5. Quelle chirurgie est la plus adaptée pour réduire le risque d'incontinence urinaire secondaire et éviter des interventions ultérieures ?	62
4.6. Quelles sont les informations à transmettre à la patiente en préopératoire (complications, récurrence, incontinence urinaire, douleurs, dyspareunie...) ?	65

4.7. Quelles sont les recommandations concernant la pose de prothèses synthétiques (mesh) par voie vaginale ?	65
5. Quelles sont les modalités de surveillance des patientes en postchirurgie ?	70
5.1. Quand doit-être réalisée la consultation postopératoire ?	70
5.2. Quelles complications doivent être recherchées ?	71
5.3. Que faut-il surveiller, dans quel délai et sur quelle durée ?	71
5.4. Quelles sont les informations à transmettre à la patiente pour le dépistage des complications postopératoires à long terme ?	71
5.5. Quelles mesures sont efficaces en postchirurgie (rééducation périnéale, pratique sportive, reprise de l'activité professionnelle, traitement de la constipation...) pour améliorer le pronostic postchirurgical et limiter l'apparition de complications ?	72
6. Validation	74
6.1. Avis de la commission	74
6.2. Adoption par le Collège de la HAS	74
Table des annexes	75
Références bibliographiques	222
Participants	233
Abréviations et acronymes	236

Introduction

Contexte d'élaboration

Ces recommandations sont élaborées à la suite d'une saisine du ministère des Solidarités et de la Santé dans le cadre de la réglementation relative aux dispositifs médicaux utilisés pour la chirurgie du prolapsus.

Les enjeux de ces recommandations sont de proposer une prise en charge adaptée à la patiente afin d'améliorer la symptomatologie tout en minimisant les effets indésirables ou les complications. Cela nécessite d'améliorer l'information délivrée aux chirurgiens, aux médecins généralistes et aux professionnels paramédicaux quant aux différentes modalités de prise en charge et à leurs indications.

Objectif de la recommandation

Les objectifs de ces recommandations sont de :

- définir la stratégie thérapeutique de prise en charge en fonction des troubles de la patiente afin d'améliorer la symptomatologie, notamment chez la personne âgée ;
- développer l'information des patientes dans le cadre d'une décision médicale partagée ;
- améliorer l'information des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge : médecin généraliste (diagnostic, détection des complications et orientation de la patiente), sage-femme, masseur-kinésithérapeute (notamment dans la mise en œuvre de techniques alternatives), infirmière, gynécologue, proctologue, gériatre, chirurgien, etc. ;
- préciser les modalités de surveillance.

Le champ de ces recommandations porte sur la stratégie thérapeutique du prolapsus génital (dit aussi prolapsus des organes pelviens) de la femme lorsqu'il est symptomatique. Sont exclus de ce champ :

- la prise en charge du prolapsus rectal isolé ;
- la prévention primaire du prolapsus génital ;
- le prolapsus chez une patiente neurologique.

Cibles de ces recommandations

Ces recommandations sont destinées aux médecins spécialistes prenant en charge le prolapsus génital de la femme (gynéco-obstétricien, urologue, chirurgien digestif, proctologue, ...), mais aussi aux médecins de premier recours (médecin généraliste, gériatre, gynécologue médical) ainsi qu'aux professionnels de santé participant à la prise en charge (sage-femme, masseur-kinésithérapeute, infirmière...).

La population concernée par ces recommandations comprend les femmes de plus de 18 ans atteintes d'un prolapsus génital et notamment la personne âgée.

Généralités/épidémiologie

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 organes des trois étages du pelvis peuvent être concernés : la vessie (cystocèle), l'utérus (hystérocèle), le rectum

(rectocèle). Il correspond à une défaillance des systèmes de soutènement et de suspension. Il existe plusieurs classifications des prolapsus en fonction des organes concernés ou de l'importance du prolapsus.

Le prolapsus des organes pelviens est une pathologie fréquente dont la prévalence augmente avec l'âge et atteint près de 50 % des femmes de tous les groupes d'âge (1).

Cependant, la prévalence est difficile à évaluer. Selon les études et les modalités diagnostiques, la prévalence varie de 2,9 à 11,4 % ou 31,8 à 97,7 % selon que l'on utilise un auto-questionnaire ou un examen clinique respectant la classification *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POP-Q). Les deux premiers stades de la classification POP-Q correspondent à des prolapsus intravaginaux et donc extrêmement limités expliquant les chiffres de prévalence très élevés (2).

Les données de la littérature montrent des écarts considérables dans les chiffres concernant la prévalence située entre 2,9 et 97,7 %. Ces différences de chiffres peuvent être dues à des populations étudiées non comparables, mais surtout à la méthode de diagnostic employée posant le problème de la définition de la maladie. La prévalence des prolapsus varie entre 2,9 et 11,4 % lorsque l'on utilise un questionnaire pour le dépistage et entre 31,8 et 97,7 % si les patientes sont examinées en adoptant la classification de Baden ou POP-Q, respectivement. Le symptôme le plus corrélé à la présence d'un prolapsus à un stade avancé est la « vision » ou la « sensation » d'une boule vaginale.

Il est noté une aggravation progressive des prolapsus avec le vieillissement, se traduisant par une diminution statistiquement significative de la proportion de stade I aux dépens des stades II et III.

Concernant le type de prolapsus, l'étude des compartiments des prolapsus dans la littérature montre une prédominance de l'étage antérieur par rapport à l'étage postérieur qui lui-même est plus fréquent que l'étage moyen (3).

Une étude suédoise (4) a estimé que l'incidence d'une chirurgie pour trouble de la statique pelvienne augmente avec l'âge pour atteindre 11,1 % à 80 ans.

Entre 10 et 20 % des prolapsus sont pris en charge chirurgicalement (5). Après réparation autologue, le taux d'échec est de l'ordre de 17 à 20 % à 10 ans (6). Après une première intervention, jusqu'à 29 % des femmes ont un risque d'être réopérées dans les 3 à 5 ans à cause d'une récurrence du prolapsus.

1. Quelles sont les modalités d'évaluation initiale d'un prolapsus des organes pelviens (POP) et dans quels buts ?

1.1. Quels sont les symptômes associés au POP ?

Le POP, qui correspond à une hernie d'un ou plusieurs éléments du contenu abdomino-pelvien dans la cavité vaginale, peut être associé à des symptômes urinaires, ano-rectaux et génito-sexuels dont la prévalence est variable.

Une étude transversale de Ellerkmann *et al.* à propos de 237 femmes évaluées pour un POP a trouvé une prévalence de 63 % de pesanteur pelvienne, de 73 % d'incontinence urinaire (IU) concomitante, de 86 % d'urgenterie/pollakiurie, de 62 % de troubles de la vidange vésicale et 31 % d'incontinence fécale. Dans cette étude, l'âge moyen des femmes était de 57,2 ans (extrêmes : 23-93 ans) ; le stade 2 (évalué selon la classification POP-Q) était le stade le plus fréquemment rencontré (51 %) (7) (NP3).

Mouritsen *et al.* ont évalué les symptômes associés au POP et leur retentissement. Cent dix femmes ont rempli un questionnaire sur les symptômes vaginaux, vésicaux, intestinaux et sexuels. Elles ont classé le retentissement de ces symptômes en 4 points (1 = pas de gêne à 4 = gêne importante). Les symptômes les plus fréquemment rapportés étaient la sensation de pesanteur pelvienne (72 %) et la boule vaginale (70 %). Les symptômes urinaires les plus fréquemment rapportés étaient l'incontinence urinaire, la pollakiurie et l'urgenterie (48, 45 et 44 %). Les troubles de vidange vésicale étaient présents dans 36 % des cas. Des symptômes ano-rectaux et sexuels ont été signalés dans 5 % à 39 % et 35 % à 57 % des cas. Les symptômes présents plus d'une fois par semaine étaient associés à une gêne plus importante (8) (NP3).

Une étude rétrospective française publiée en 2014 a évalué la prévalence des symptômes chez 374 femmes ayant été opérées d'un POP entre 2005 et 2012. Une incontinence urinaire d'effort (IUE) était retrouvée dans 30,5 % des cas, une urgenterie dans 44,4 % des cas et une dysurie dans 38,8 % des cas. Sur le plan ano-rectal, la dyschésie et l'incontinence anale étaient associées au prolapsus dans 25,1 et 18,5 % des cas. Les patientes qui présentaient une cystocèle de stade 3 ou 4 (classification de POP-Q, *Pelvic Organ Prolapse Quantification*) avaient significativement plus de nycturie ($p = 0,04$), plus de dysurie ($p = 0,04$) et plus d'incontinence urinaire (IU) masquée ($p < 0,001$). Les patientes qui présentaient une rectocèle avaient significativement plus de constipation terminale ($p = 0,005$) et réalisaient plus de manœuvres digitales exonératrices ($p < 0,001$) (9) (NP4).

La sensation de boule vaginale et les symptômes urinaires sont les symptômes les plus fréquemment associés au POP (NP 3). La sensation de boule vaginale est le symptôme le plus spécifique et le mieux corrélé à l'existence d'un prolapsus (10).

Les troubles ano-rectaux tels que la constipation semblent plus fréquents en cas de prolapsus de l'étage postérieur mais leur prévalence n'est pas négligeable, quel que soit le type de POP, et sont à rechercher (NP4).

En revanche, certains symptômes comme les douleurs pelviennes chroniques ou des saignements itératifs ne sont pas associés au POP et devront faire rechercher d'autres pathologies.

1.2. Quel est l'impact du POP sur la qualité de vie des femmes ?

Ai *et al.* ont montré que les femmes ayant des scores de symptômes associés au POP plus élevés présentent plus fréquemment des symptômes dépressifs. Dans cette étude, 177 femmes ménopausées ont rempli les questionnaires PFDI-20 et PFIQ-7 ainsi que le questionnaire PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*) évaluant la sévérité des symptômes dépressifs (seuil score ≥ 10). Les symptômes dépressifs étaient présents dans environ 1/3 des cas et étaient significativement associés à des scores PFDI-20 et PFIQ-7 plus élevés ($p < 0,001$). Il n'y avait pas d'association significative avec le stade du POP (classification POP-Q) (11) (NP3).

Plusieurs auteurs ont montré que la fonction sexuelle pouvait être altérée en cas de POP. Ainsi, Lowenstein *et al.* ont étudié les symptômes, la fonction sexuelle et l'estime de soi chez 384 femmes ayant un POP de stade 2 ou plus (score POPDI-6, sous échelle du score PFDI-20, PISQ-12, *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* et de l'échelle MBIS, échelle *Body Image Perception Scale* modifiée). Les scores PISQ-12, MBIS et POPDI étaient de (33 ± 7 , 6 ± 5 , 39 ± 23). La dégradation du PISQ-12 était significativement corrélée à la dégradation du M-BIS (coefficient de corrélation de Pearson, $\rho = -0,39$, $p < 0001$) et à des scores POPDI-6 plus élevés ($\rho = -0,34$, $p < 0001$) (12) (NP2).

Des symptômes dépressifs et des troubles de la fonction sexuelle sont également fréquemment associés à un POP (NP3) et doivent être recherchés.

1.3. Quels outils utiliser pour explorer les symptômes associés au POP ? Comment évaluer la gêne des femmes ?

Pendant longtemps, l'évaluation du succès de la prise en charge du POP a porté sur le résultat anatomique apprécié par le praticien (résultat dit « objectif ») et, de manière secondaire, sur les symptômes rapportés par les femmes ou leur qualité de vie (résultat dit « subjectif »).

Depuis quelques années, de plus en plus d'auteurs ont évalué l'efficacité de leur prise en charge en utilisant des outils basés sur l'appréciation des patients. Le terme « *Patient Reported Outcome* » (PRO) correspond aux résultats rapportés par les patients à propos de leur santé, leur qualité de vie et les symptômes concernant une maladie et les interventions en lien avec cette maladie. Les auto-questionnaires apparaissent dans ce contexte de très bons outils.

Un questionnaire souvent utilisé pour évaluer les symptômes associés au POP est le questionnaire PFDI-20 (*Pelvic Floor Distress Inventory*) validé en langue française (13). C'est un auto-questionnaire explorant, en 20 questions, les symptômes dans les trois compartiments pelviens. Concernant la sexualité, le *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire*, PISQ-12, est l'unique questionnaire sexuel validé en français et spécifique au prolapsus (14).

Le questionnaire FPFQ (*Female Pelvic Floor Questionnaire*) développé par Baessler a comme avantage d'explorer tous les aspects des troubles associés au POP. Trente-trois questions évaluent les symptômes dans quatre domaines (urinaire, ano-rectal, vaginal et fonction sexuelle) et quatre questions examinent les inconvénients causés par ces symptômes dans chaque domaine. Chaque question comporte quatre réponses possibles de gravité croissante (jamais, occasionnellement, fréquemment ou quotidiennement). Il est possible de calculer un sous-score de 10 points pour chaque champ. C'est un outil valide et fiable qui a été validé récemment en français (15).

Selon les recommandations de l'ICS, la qualité de vie des patientes doit être évaluée à l'aide d'un questionnaire généraliste et d'un questionnaire spécifique. Le PFIQ-7 (*Pelvic Floor Impact Questionnaire*) évalue le retentissement du prolapsus sur la qualité de vie des patientes selon trois axes (les symptômes urinaires, les symptômes digestifs et les symptômes vaginaux). Pour chaque question relative à un symptôme, il existe quatre niveaux de gêne fonctionnelle de 1 (pas du tout) à 4 (souvent) (13).

L'EuroQoL-5D (EQ5D) fournit un profil descriptif simple de l'état de santé des patientes selon cinq dimensions (la mobilité, l'autonomie de la personne, les activités courantes, les douleurs/gênes et l'anxiété/dépression) (16). Il permettra de comparer la qualité de vie des femmes prises en charge pour un POP à la population générale.

Les échelles visuelles analogiques sont également un outil simple d'utilisation pour évaluer le retentissement des symptômes sur la qualité de vie des patientes, avant et après leur prise en charge.

Le *Patient Global Impression of Improvement* (PGI-I) est un instrument de mesure généraliste qui a été développé et validé pour quantifier les résultats postopératoires des traitements du POP et de l'IU (17).

Le POP pouvant avoir un effet négatif sur l'image du corps dans son ensemble, et en particulier sur l'image de soi génitale (18, 19), des outils évaluant l'image corporelle des patientes ont été développés mais non validés en français : les *Genital Self-Image Scale-20* (18) et *Body Image in Pelvic Organ Prolapse Questionnaire* (BIPOP) (20).

Les auto-questionnaires de symptômes et de qualité de vie permettent d'évaluer les symptômes associés au POP et peuvent être utilisés dans l'évaluation initiale d'un POP. Des échelles centrées sur l'image de soi sont une composante de l'évaluation du retentissement du POP.

1.4. Quelles sont les attentes des patientes concernant leur prise en charge ?

L'efficacité de la prise en charge est souvent perçue de manière différente selon les patientes et il n'existe aucune échelle standard capable de couvrir l'ensemble des attentes et problématiques d'une patiente. Il est donc actuellement indispensable de construire des objectifs individuels pour évaluer la satisfaction des patientes et l'efficacité de leur prise en charge.

L'étude de Hullfish *et al.*, publiée en 2004, visait à décrire les objectifs des patientes avant chirurgie du POP et décrire l'association entre la réalisation des objectifs et les questionnaires UDI6 (*Urogenital Distress Inventory*) et IIQ (*Incontinence Impact Questionnaire*). Pour cette étude, 50 patientes opérées d'un POP ou d'une cure d'incontinence ont été incluses (70 % des procédures ont été réalisées par voie vaginale, 28 % par voie abdominale et 2 % par voie mixte). Les patientes opérées d'un POP avaient généralement entre trois et quatre attentes. Les objectifs les plus fréquemment décrits étaient le soulagement des symptômes et la reprise des activités (sport...). Les autres objectifs décrits étaient l'amélioration de leur santé globale, de leur image de soi et de leur relation avec les autres. À court terme (3 mois postopératoires), 22 femmes sur 48 (45,8 %) ont déclaré avoir atteint tous leurs objectifs et 21 sur 50 (42,0 %) au suivi à long terme (au moins 1 an après la chirurgie). L'atteinte des objectifs à long terme était inversement proportionnelle aux résultats à long terme des indicateurs UDI-6 et IIQ-

7. Une femme sur 5 a indiqué que ses objectifs initiaux avaient changé ; les raisons invoquées variaient considérablement selon les femmes (21) (NP2).

L'étude de Elkadry *et al.*, réalisée en 2003, a évalué la relation entre la réalisation des objectifs et la satisfaction globale de 78 femmes après chirurgie du POP. La satisfaction était évaluée par le pourcentage de patientes ayant atteint chacun de leurs objectifs (réponses « d'accord » ou « tout à fait d'accord sur une échelle de Likert). Parmi elles, 75 % ont indiqué avoir atteint la plupart de leurs objectifs et 72 % étaient satisfaites à plus de 80 %. La satisfaction des patientes était modérément corrélée à la réalisation des objectifs ($q = 0,57$, $p < 0,001$). L'insatisfaction était fortement associée au fait de se sentir « non réparée par la chirurgie » ($p < 0,001$) (22). Les auteurs concluaient que l'évaluation préopératoire des objectifs constitue un complément utile aux données cliniques et subjectives dans la prise en charge à long terme des femmes avec un POP (22) (NP2).

Concernant les femmes utilisatrices de pessaire, Komesu *et al.* ont identifié les attentes de 64 femmes avant la pose du pessaire. Ils ont demandé aux patientes si elles continuaient à utiliser le pessaire et si les objectifs étaient atteints 6 et 12 mois plus tard. Dans cette étude, 34 femmes ont poursuivi l'utilisation du pessaire. Les femmes qui continuaient à utiliser des pessaires étaient plus susceptibles d'avoir atteint un ou deux objectifs (OR 17,5 (IC 95 % = 4,8-64,4 et 21,1 (5,7 à 78,9)). Les auteurs notaient que les objectifs étaient assez variables selon les patientes (NP2) (23).

Plus récemment, Chattot *et al.* ont publié une étude à partir de l'essai randomisé multicentrique PROSPER dont l'objectif était de comparer les résultats de la promontofixation coelioscopique à la pose de prothèse par voie vaginale en cas de cystocèle. Ils ont évalué les facteurs associés à l'amélioration ressentie de 255 patientes après chirurgie à l'aide du score PGI-I. Un stade de la cystocèle > II de la classification POP-Q, l'attente d'une amélioration centrée sur le symptôme « boule vaginale » et l'absence de douleur pelvienne chronique étaient associés à l'amélioration des patientes (OR : 2,93 [1,22-7,04], $p = 0,015$; 2,57 [1,07-6,04], $p = 0,031$ et 4,55 [1,77-11,46], $p = 0,001$, respectivement) (NP3) (24).

En 2013, Mamik *et al.* ont évalué si les objectifs après traitement étaient atteints chez 50 femmes ayant choisi la chirurgie par rapport à 50 femmes ayant choisi le pessaire. Pour cela, ils se sont basés sur l'échelle GAS (*Goal Attainment Scalling*) (25) : ils ont demandé aux femmes d'indiquer jusqu'à trois objectifs de traitement et de les classer selon leur importance. À 3 mois, ils leur ont demandé de noter dans quelle mesure les objectifs étaient atteints sur une échelle de 0 à 10. Dans cette population, l'atteinte des objectifs chez les femmes ayant bénéficié d'une chirurgie était significativement supérieure aux patientes traitées par pessaire (6,1 +/- 3,0 vs 8,6 +/- 1,6 pour l'objectif principal ; $p = 0,0005$). Ces résultats sont à modérer du fait du faible recul de l'étude (NP2) (26).

L'échelle GAS (*Goal Attainment Scalling*) est une méthode permettant d'évaluer dans quelle mesure les objectifs individuels du patient sont atteints au cours d'une intervention et de le quantifier (25). Une caractéristique importante de GAS est l'établissement « a priori » de critères pour un résultat « réussi » chez les patients, de sorte que tout le monde ait des attentes réalistes quant à ce qui est susceptible d'être réalisé. Chaque objectif est noté sur une échelle de 5 points, avec le degré d'objectif atteint pour chaque objectif prédéfini : si le niveau attendu est atteint, cela est noté à 0. Si le résultat obtenu est meilleur que prévu, les points sont notés + 1 pour « un peu mieux », + 2 pour « bien mieux ». Si le résultat obtenu est pire que prévu, il est noté - 1 pour « un peu moins bien », - 2 pour « bien pire ». Cette échelle est particulièrement adaptée dans les domaines où les objectifs fonctionnels sont l'objectif principal.

L'utilisation de questionnaires centrés sur les objectifs des patientes permet de construire des objectifs personnalisés et d'améliorer l'évaluation de l'efficacité des traitements. L'échelle

GAS (*Goal Attainment Scalling*) est particulièrement adaptée dans les domaines où les objectifs fonctionnels sont l'objectif principal.

1.5. Quel examen clinique réaliser en première intention ?

1.5.1. Quel examen clinique pour confirmer le diagnostic en soins premiers ?

Lorsqu'une patiente présente des symptômes évocateurs de POP, l'examen gynécologique permet d'apprécier les différents éléments prolabés (compartiment antérieur, moyen ou postérieur).

Cet examen est d'abord statique au repos puis dynamique en poussée, à la toux et en retenue ; à vessie pleine puis vide (27). La position demi-assise permet une évaluation plus précise de l'étendue du prolapsus, alors que le décubitus dorsal peut masquer la sévérité de certains défauts de soutien (28).

L'examen pelvien commence par l'inspection du périnée et de la vulve, recherche des cicatrices, évalue la trophicité vulvo-vaginale et recherche une béance anale à l'écartement des plis radiés de l'anus. L'évaluation de chaque compartiment prolabé pourra se faire à l'aide des valves d'un spéculum démonté. Un examen clinique ne démontrant pas objectivement l'existence d'un prolapsus doit être répété, éventuellement en position debout (27). Un test de fuite à la toux¹ permettra de rechercher des fuites après refoulement du prolapsus.

Le toucher vaginal permet d'apprécier la perméabilité et la mobilité vaginales, la qualité des muscles du plancher pelvien et de détecter une inversion de commande périnéale (action de poussée abdominale au lieu de contracter le plancher pelvien). Selon les recommandations de l'ICS, il peut être utile d'évaluer la coordination (30, 31), la force, l'endurance et la qualité du relâchement des muscles du plancher pelvien (32).

Le toucher rectal apprécie le tonus anal (béance anale, tonus sphinctérien), la force de contraction du sphincter et recherche une éventuelle rupture sphinctérienne. Il permet également de rechercher un anisme (contraction paradoxale du canal anal à la poussée) et de rechercher une rectocèle en plaçant l'index en crochet pour faire saillir dans le vagin. Le toucher bidigital démasquera l'existence d'une élytrocèle au niveau de la cloison recto-vaginale, évoquée devant l'écartement des deux doigts lors de la poussée avec parfois la perception d'anses digestives (rare) (27).

1.5.2. Quel outil pour mesurer et caractériser le prolapsus ?

Pour évaluer le stade d'un prolapsus, deux classifications peuvent être utilisées : la classification de Baden-Walker (33) et la classification de l'*International Continence Society* (ICS) (*Pelvic Organ Prolapse Questionnaire*, POP-Q) (34).

La **classification de Baden-Walker** permet d'évaluer le degré de protrusion à l'effort de chacun des trois compartiments vaginaux (antérieur, moyen et postérieur) selon quatre grades : grade 0 : pas de prolapsus, grade 1 : à mi-chemin de l'hymen, grade 2 : à l'hymen, grade 3 : à mi-chemin après l'hymen, grade 4 : descente maximale.

¹ Un « test de fuite à la toux » vessie pleine permet de rechercher une IUE associée (prolapsus non refoulé) ou masquée (prolapsus refoulé) (29).

La **classification POP-Q** nécessite de mesurer, avec une règle en centimètres, six points dans le vagin, correspondant aux trois compartiments. Il permet également de préciser la profondeur vaginale et la notion de « béance vulvaire », ce qui a un intérêt pour le choix d'un pessaire.

Si la classification de Baden-Walker est la classification la plus simple et la plus utilisée en pratique courante, la classification POP-Q est la seule dont la reproductibilité a été évaluée. Hall *et al.* ont étudié la reproductibilité du POP-Q parmi 48 femmes d'âge moyen de 61 ans. Les corrélations inter et intra-observateurs des différents points variaient entre 0,49 et 0,91 (35). Une stadification simplifiée, utilisant seulement 4 points, peut être utilisée, avec une bonne reproductibilité et une bonne corrélation avec la stadification POP-Q complète (36).

Selon les recommandations du NICE publiées en 2019 (10), lors de l'évaluation du prolapsus par un spécialiste, il est recommandé d'utiliser la classification POP-Q pour évaluer la présence et le degré de prolapsus dans les différents compartiments.

Le POP-Q peut fournir une mesure objective et standard du prolapsus des organes pelviens lors de l'examen physique, permettant la continuité des soins si les femmes sont référées à un autre établissement de soins de santé ou à un prestataire de soins de santé différent.

1.5.3. Quels sont les objectifs de l'examen clinique en pratique clinique courante ?

➔ **L'examen clinique initial permet de confronter les symptômes à la sévérité du prolapsus.**

Concernant l'étage antérieur, Romanzi *et al.* ont évalué les troubles urinaires de 60 femmes présentant une cystocèle (58 % de stade 1 ou 2 et 42 % de stade 3 ou 4). L'hypermobilité cervico-urétrale ($p < 0,05$) et les troubles de vidange vésicale ($p < 0,01$) étaient plus fréquemment associés aux cystocèles de stade 3 ou 4. Un syndrome obstructif urinaire était également significativement plus fréquent en cas de cystocèle de stade 3 à 4 en bilan urodynamique (4 % en cas de stade 1 ou 2 vs 58 % en cas de stade 3 ou 4 ; $p < 0,001$) (37) (NP3).

Digesu *et al.* ont comparé 233 femmes ayant un POP symptomatique à 122 femmes ayant un POP asymptomatique pour évaluer la relation entre les symptômes et le stade du POP. Chez les femmes symptomatiques, seule la sensation de vidange incomplète et la poussée pour vider la vessie étaient corrélées au POP antérieur ou moyen. La plupart des symptômes digestifs étaient corrélés significativement avec le prolapsus postérieur ($\rho = 0,49$ à $0,67$ pour la constipation, la sensation de boule empêchant l'évacuation des selles et la poussée pour évacuer les selles). La sensation d'avoir une boule vaginale et la sensation de pesanteur au cours de la journée étaient fortement corrélées à la descente du col utérin ($\rho = 0,85$) (38) (NP3).

Concernant les symptômes ano-rectaux, Karjaleinen *et al.* ont retrouvé que le stade du POP de la paroi vaginale postérieure (stade 2 vs stade 0) était significativement associé avec la poussée lors de la défécation, la sensation d'évacuation incomplète, l'incontinence aux selles liquides, les urgences fécales (OR ajustés : 2,1 (IC 95 % = 1,6-2,7), 2,0 (1,5-2,6), 1,5 (1,2-2,0), 1,4 (1,1-1,9) respectivement ; $p = 0,007$ pour tous). L'incontinence aux gaz et l'incontinence aux selles solides n'étaient pas associées au stade du POP de la paroi vaginale postérieure (39) (NP2).

Groenendijk *et al.* ont évalué la corrélation entre les symptômes, l'examen clinique et la défécographie chez 59 femmes ayant un POP prédominant sur le compartiment postérieur. Dans cette étude, il n'y avait pas de relation entre les symptômes ano-rectaux et le stade du POP de la paroi postérieure selon la classification POP-Q ($p = 0,33$) (40) (NP3).

Swift *et al.* ont publié en 2005 une étude pour tenter de définir un seuil au-delà duquel les symptômes du prolapsus identifient de manière fiable le stade du POP. Cette vaste étude multicentrique portant

sur 1 004 sujets incluait 24 % de stade 0, 38 % de stade 1, 35 % de stade 2 et 2 % de stade 3. Ils ont comparé la descente maximale du POP avec la présence ou l'absence de sept symptômes. Le seul symptôme qui prédisait l'importance du POP était de ressentir ou de voir quelque chose bomber à travers l'orifice vaginal. À l'examen clinique, un prolapsus plus extériorisé que - 0,5 cm (0,5 cm en dedans de l'hymen) était le meilleur seuil pour discriminer les femmes présentant ce symptôme. Aucun autre symptôme n'a été prédit par la gravité du prolapsus (41) (NP2).

Gutman *et al.* ont cherché à déterminer le niveau seuil à partir duquel l'examen peut prédire la survenue de symptômes gênants. Pour cette étude, 296 femmes adressées en consultation gynécologique ou d'uro-gynécologie ont eu un examen avec stadification POP-Q et ont rempli les questionnaires validés PFDI-20 et PFIQ-7. Dans leur population, la majorité des femmes avaient un stade ≤ 2 (stade 0 : 13 %, stade 1 : 46 %, stade 2 : 30 % et stade 3 : 11 %). L'analyse des courbes ROC pour chaque symptôme a montré une AUC (aire sous la courbe) de 0,89 pour la boule vaginale ; 0,81 pour les manœuvres endovaginales pour uriner ; et 0,48 à 0,56 pour les symptômes intestinaux. En utilisant un seuil de + 0,5 cm par rapport à l'hymen (0,5 cm en dehors de l'hymen), la sensibilité (69 %) et la spécificité (97 %) étaient élevées pour les symptômes de protrusion mais médiocres pour la plupart des autres symptômes considérés (42) (NP3).

L'évaluation et la stadification clinique initiale permettraient également de suivre l'évolution des lésions, de voir si elles s'aggravent spontanément avec le temps ou si le prolapsus récidive après une intervention (27). Ainsi, Bradley *et al.* ont évalué si les modifications anatomiques au cours du suivi sur 4 ans de 260 femmes ménopausées étaient associées à certains symptômes uro-gynécologiques. Toutes les femmes ont eu au moins deux examens annuels avec stadification du POP (classification POP-Q) et des questionnaires sur les symptômes (30 questions à propos des symptômes urinaires, digestifs et vaginaux, construites à partir du questionnaire PFDI). Dans cette étude, 95 % des femmes avaient un prolapsus de stade 1-2. L'aggravation du POP était associée au symptôme de boule vaginale et d'obstruction vésicale ou ano-rectale. La descente du point Ba (paroi vaginale antérieure) était associée aux scores d'obstruction vésicale, et la descente du point Bp (paroi vaginale postérieure) aux scores d'incontinence intestinale (43) (NP2).

➔ **L'examen clinique initial a aussi pour objectif d'évaluer les éléments cliniques qui permettront de guider la prise en charge thérapeutique :**

- rechercher les facteurs aggravants tels qu'une constipation chronique, une dysurie, des lombalgies chroniques ;
- rechercher une béance vulvaire, évaluer la tonicité musculaire périnéale, test à la toux... ;
- évaluer la trophicité vaginale chez une patiente ménopausée ;
- évaluer les capacités physiques de la patiente (comorbidités, autonomie, facteurs environnementaux) ;
- évaluation sensorielle (si la patiente perçoit le prolapsus, présence de douleurs, impact sur la sexualité) ;
- bilan des traitements pris au long cours (en particulier les diurétiques, les traitements favorisant une constipation, les traitements anticoagulants...).

➔ **L'évaluation et la stadification clinique initiale permettront de suivre la patiente, de voir si ses lésions s'aggravent spontanément avec le temps, si son prolapsus récidive après intervention (27) ou de vérifier l'efficacité de la pose d'un pessaire.**

➔ **L'évaluation clinique initiale permettra de rechercher la présence de pathologies associées.**

1.5.4. Quel examen clinique pour rechercher des pathologies associées ?

La recherche de métrorragies et de facteurs de risque de cancer de l'endomètre doit être conduite. Une échographie pelvienne ainsi qu'une biopsie d'endomètre pourront être demandées si nécessaire (27).

De même, il convient de ne pas méconnaître une pathologie du col utérin en réalisant au besoin un frottis cervico-utérin ou bien en vérifiant la normalité d'un frottis récent. En effet, certaines études ont rapporté la découverte fortuite de pathologies néoplasiques sur la pièce opératoire après cure chirurgicale du prolapsus sans conservation utéro-annexielle.

En 2010, l'étude de Frick *et al.* a montré sur 644 patientes opérées d'un prolapsus avec hystérectomie systématique un taux d'hyperplasie complexe sans atypie de 1,1 %, d'hyperplasie complexe avec atypie de 1,1 %, et 0,3 % de cancer de l'endomètre (deux cas). Dans cette étude, l'examen systématique préopératoire ne contenait qu'un FCV de moins de 1 an ou de moins de 3 ans quand le test HPV était négatif. L'échographie et la biopsie endométriale n'étaient réalisées qu'en cas de métrorragies post-ménopausiques (NP3) (44).

1.5.5. En conclusion

Chez une femme qui consulte pour une suspicion de POP, l'examen clinique a pour objectif initial de confirmer le diagnostic et d'éliminer une autre pathologie pelvienne.

L'évaluation initiale d'un POP doit comporter une évaluation des symptômes associés au prolapsus, l'évaluation de la fonction sexuelle et du retentissement des symptômes sur la qualité de vie des patientes et une évaluation de l'attente des patientes concernant leur prise en charge.

Les symptômes associés au POP semblent être plus gênants et plus fréquents lorsque le POP descend à l'hymen ou au-delà.

Certains symptômes comme les douleurs pelviennes chroniques ne sont pas associés au POP et devront faire rechercher d'autres pathologies.

L'examen clinique a aussi pour objectif d'évaluer les éléments cliniques qui permettront de guider la prise en charge thérapeutique :

- rechercher les facteurs aggravants tels qu'une constipation chronique, une dysurie, des lombalgies chroniques ;
- rechercher une béance vulvaire, évaluer la tonicité musculaire périnéale, test à la toux... ;
- évaluer la trophicité vaginale chez une patiente ménopausée ;
- évaluer les capacités physiques de la patiente (comorbidités, autonomie, facteurs environnementaux) ;
- évaluation sensorielle (si la patiente perçoit le prolapsus, présence de douleurs, impact sur la sexualité) ;
- bilan des traitements pris au long cours (en particulier les diurétiques, les traitements favorisant une constipation, les traitements anticoagulants...).

Si la patiente se plaint de symptômes qui ne sont pas expliqués par les résultats de l'examen clinique ou si le prolapsus observé ne correspond pas à la perception de la patiente, il convient de répéter l'examen à un autre moment ou d'adresser la patiente à un médecin spécialiste.

L'évaluation des symptômes et la stadification clinique initiale permettront de suivre la patiente, de voir si ses lésions s'aggravent spontanément avec le temps, si son prolapsus récidive après intervention (27) ou de vérifier l'efficacité de la pose d'un pessaire.

1.6. Quels sont les examens complémentaires utiles et inutiles en première intention pour porter le diagnostic de prolapsus ?

1.6.1. L'échographie réno-vésicale

L'échographie réno-vésicale peut être utile surtout en cas de prolapsus extériorisé en permanence qui est à haut risque de retentissement sur le haut appareil urinaire. Un résidu postmictionnel et une dilatation des cavités pyélocalicielles devront alors être recherchés (27).

1.6.2. La débitmétrie/le bilan urodynamique

La débitmétrie correspond à l'étude quantitative de la miction. C'est un examen non invasif permettant d'apprécier le volume mictionnel, le débit urinaire maximal et le résidu postmictionnel. Elle peut être utile en cas de prolapsus extériorisé et/ou de symptômes de dysurie. En effet, la prévalence d'un syndrome obstructif en débitmétrie augmente avec le degré du prolapsus génital. Ainsi, dans leur étude, Romanzi *et al.* ont retrouvé que la mise en place d'un pessaire permettait de corriger le syndrome obstructif chez 94 % des femmes ayant une cystocèle de stade 3 ou 4 (NP2) (37).

Le bilan urodynamique apporte des informations sur le fonctionnement vésico-sphinctérien en étudiant conjointement le comportement de la vessie lors de son remplissage par un fluide, le tonus du sphincter de l'urètre et la vidange vésicale.

Dans le cas d'un prolapsus génital, il peut permettre de démasquer une IUE occulte, un trouble de la vidange vésicale ou une hyperactivité du détrusor susceptibles d'altérer le résultat fonctionnel de la chirurgie. Pourtant son intérêt est encore discuté et aucun des paramètres urodynamiques ne semble être déterminant dans la prise en charge du prolapsus (45).

En 2000, Weber et Walters ont comparé les coûts d'une évaluation clinique à une évaluation urodynamique chez des patientes ayant un prolapsus génital et une incontinence urinaire à l'effort. Ils ont montré que l'examen urodynamique n'améliorait pas le taux de succès de la chirurgie et n'était pas rentable par rapport à l'évaluation clinique (46).

Ainsi, en l'absence de signes urinaires spontanés ou masqués, le bilan urodynamique n'est pas recommandé de manière systématique (47).

1.6.3. L'IRM pelvienne dynamique

L'IRM pelvienne dynamique est un examen non irradiant, non invasif et indolore, permettant l'analyse morphologique et fonctionnelle du pelvis (viscères pelviens et muscles du plancher pelvien). Afin de quantifier le prolapsus, plusieurs lignes de référence peuvent être utilisées ; la plus fréquemment utilisée étant la ligne pubo-coccygienne (LPC). Elle est tracée du bord inférieur de la symphyse pubienne à la dernière articulation sacrococcygienne visible. La concordance des mesures effectuées avec l'IRM avec celles faites en utilisant l'examen clinique semble insuffisante.

Broekhuis *et al.* ont comparé prospectivement les points de la classification POP-Q (cm) aux mesures données par trois différentes lignes ; les corrélations étaient bonnes à modérées pour le compartiment antérieur, et modérées à faibles pour les compartiments médian et postérieur (48) (NP2).

Lakeman *et al.* ont trouvé une bonne corrélation chez les femmes ayant un prolapsus symptomatique pour tous les compartiments avec au moins une ligne de référence, mais une faible corrélation chez les femmes sans prolapsus Lakeman (49). Ils concluent que le prolapsus doit être décrit en IRM avec plusieurs lignes, et que la valeur clinique ajoutée de l'IRM est discutable.

Par ailleurs, Broekhuis *et al.* ont constaté que la corrélation entre les symptômes et l'IRM dynamique était pauvre : le seul symptôme corrélé avec le degré de prolapsus des organes pelviens était la sensation ou la visualisation d'une boule vaginale (45).

L'IRM pelvienne dynamique ne remplace pas l'examen clinique et n'est pas indiquée pour faire le diagnostic du POP. Elle peut être indiquée par le spécialiste dans certaines situations complexes où l'examen clinique ne sera pas entièrement contributif ; notamment en cas d'atteinte du compartiment postérieur, de suspicion d'élytrocèle, de récurrences après une première cure de prolapsus, ou dans le cas de patientes hystérectomisées (45, 50).

Le diagnostic du POP est un diagnostic clinique, aucun examen complémentaire n'est utile pour porter le diagnostic de POP.

Cependant, des examens complémentaires peuvent être demandés pour explorer les symptômes associés au prolapsus génital ou non expliqués par le prolapsus génital observé (besoin urgent urinaire, impériosité défécatoire, incontinence anale ou urinaire, dysurie, dyschésie, douleurs, saignements...).

1.7. Que faire en cas de POP clinique sans symptomatologie associée ?

Une prise en charge n'est pas nécessaire chez les femmes asymptomatiques présentant un prolapsus modéré. Certaines femmes atteintes de POP avancé (stade 3 ou 4) peuvent avoir peu des symptômes non ou peu gênants. Une prise en charge pourra être proposée si elles développent des symptômes imputables au prolapsus et qu'une gêne est exprimée.

Il est recommandé de ne traiter que les prolapsus génitaux symptomatiques ou compliqués.

2. Quelles prises en charge non chirurgicales peuvent être proposées ?

2.1. Quelles mesures hygiéno-diététiques peuvent être proposées ?

2.1.1. Quels sont les facteurs de risque de POP modifiables ?

Si la cause de survenue d'un POP n'est pas bien comprise, divers facteurs de risque ont été identifiés dans la littérature ; l'accouchement vaginal étant un facteur majeur retrouvé dans les études.

D'autres facteurs liés au mode de vie, pouvant éventuellement être modifiés, sont retrouvés comme l'obésité, le tabac et des facteurs comme certaines activités physiques et sportives, la dyschésie, la toux chronique, cependant l'association causale avec un POP n'est pas certaine (51-55).

2.1.1.1. Obésité

L'étude de Lawrence *et al.*, à propos de 4 103 femmes âgées de 56,5 ans en moyenne, retrouve une augmentation significative de la prévalence du POP chez les femmes ayant un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m² (OR = 1,42 (IC 95 % 1,06-1,91) en analyse multivariée) (56).

Nygaard *et al.* ont également retrouvé une association significative entre risque de prolapsus et IMC : OR = 1,7 (0,6-2,9) pour un IMC < 25 kg/m² ; 3,4 (1,2-5,5) pour un IMC compris entre 25,0 et 29,9 et 3,6 (2,0-5,2) pour un IMC > 30 kg/m² (57).

Whitcomb *et al.* ont étudié la prévalence du POP chez 1 155 femmes obèses (IMC moyen = 35,4±5,3 kg/m²). Elle était de 7 % chez les femmes ayant un IMC entre 30 et 34,9 kg/m² ; de 9,9 % entre 35 et 39,9 kg/m² et de 12,7 % au-delà de 40 kg/m² (p = 0,040) (58).

2.1.1.2. La constipation

La prévalence globale de la constipation et des symptômes associés au POP se situe entre 20 et 53 % selon la définition des troubles (59-61).

La plupart des études ayant étudié l'association entre des troubles et le POP sont des études transversales et il existe peu de données longitudinales permettant de mettre en évidence une relation de cause à effet entre les deux.

Swift *et al.* ont inclus 1 004 femmes âgées de 18 à 83 ans examinées dans le cadre de leur suivi gynécologique annuel. L'association entre constipation et risque de POP n'était pas significative (OR = 0,73 (0,38-1,42)) chez les femmes présentant une constipation par rapport à celles n'en présentant pas. La constipation était définie comme toute réponse positive aux questions : « Devez-vous forcer pour vider vos entrailles au moins 25 % du temps ? », « Avez-vous des selles dures au moins 25 % du temps ? », « Avez-vous une sensation de vidange incomplète au moins 25 % du temps ? » ou « En moyenne, avez-vous moins de deux selles par semaine ? » (41).

Cependant, après promontofixation, la prévalence de la constipation est importante, évaluée entre 5,5 et 47 % (62) avec un taux de survenue *de novo* de 10 % à 14 % (63) ; elle a été retrouvée comme facteur de risque d'insatisfaction postopératoire après chirurgie (64).

2.1.1.3. Activité physique

Certains exercices physiques intensifs sont considérés comme des facteurs potentiellement générateurs de troubles de la statique pelvienne. Certaines données restent contradictoires (65). L'activité physique modérée pourrait avoir un effet protecteur. Quelques données rapportent une association entre POP/IU et sédentarité (66-68). Cependant, la plupart des études sont des études comparatives de faible niveau de preuve avec un faible nombre de patientes.

Ali-Ross *et al.* ont évalué les symptômes et les paramètres du POP-Q après une période d'activité prescrite et une nuit au lit chez 54 femmes avant chirurgie du prolapsus. Ils ont retrouvé une augmentation significative du stade POP-Q et de cinq paramètres vaginaux (Aa, Ba, C, Ap et Bp) avec l'activité physique ($p < 0,001$). Cependant, les scores de symptômes et leur retentissement (mesurés par le PFDI-20 et le PFIQ-7) n'étaient pas plus élevés après activité physique (69) (NP3).

Brækken *et al.* ont comparé 49 femmes ayant un POP de stade ≥ 2 à 49 femmes contrôle (stade 0 ou 1) afin d'étudier en particulier l'association entre POP et activité physique, force des MPP et mobilité articulaire. Ils ont retrouvé que l'IMC, le statut socioéconomique, le travail intensif, les déchirures du sphincter anal et la force des MPP étaient associés au POP, tandis que la mobilité articulaire et l'activité physique de faible intensité ne l'étaient pas (70) (NP3).

Une étude cas-témoins menée par Nygaard *et al.* auprès de 191 femmes ayant un POP et 191 contrôles appariés selon l'âge a évalué l'association entre activité physique et POP à l'aide des questionnaires « *Lifetime Physical Activity Questionnaire* » (LPAQ) et « *Occupation Questionnaire* » (OQ). Les auteurs ont retrouvé que l'activité physique de la vie quotidienne (activités de loisirs, domestique et professionnelle) n'augmentait pas la prévalence du POP anatomique chez les femmes d'âge moyen. Seule une activité intense pendant l'adolescence était associée significativement au risque de POP (71) (NP3).

Plus récemment, Forner *et al.* ont analysé les réponses à des questionnaires (PFDI-20) de 3 774 femmes pratiquant l'haltérophilie afin de déterminer la prévalence des symptômes de POP, et les facteurs de risque associés chez les femmes de plus de 18 ans qui soulèvent des charges légères (≤ 15 kg), modérées (16-50 kg) et des poids lourds (> 50 kg) versus un groupe contrôle ne portant pas de charge. La prévalence totale des symptômes de POP était de 14,4 % ($n = 566$). Les femmes physiquement actives soulevant des poids ≤ 15 kg étaient plus susceptibles de signaler des symptômes de POP que les femmes soulevant des poids supérieurs à 50 kg (59,7 % vs 15,2 % ; OR 2,1 ; IC 95 % 1,7-3,4). Cependant, les femmes du groupe soulevant des charges plus légères étaient plus âgées et plus souvent ménopausées que les femmes du groupe soulevant des charges plus lourdes. Il n'y avait pas d'association significative entre les symptômes de POP et l'IMC, l'accouchement par forceps, la césarienne, l'hystérectomie ou le statut ménopausique (72) (NP3).

2.1.1.4. Autres facteurs

La prévalence du POP est rapportée comme étant plus importante en cas de port de charge dans le cadre professionnel dans plusieurs études.

L'étude de Lonnée-Hoffman a rapporté les résultats d'une enquête par questionnaire menée auprès de plus de 20 000 femmes norvégiennes. Cette enquête relevait les facteurs sociodémographiques, l'activité, les antécédents de chirurgie du POP, le tabac, les maladies chroniques respiratoires... Après ajustement, une profession impliquant le port de charge augmentait les risques de subir une intervention chirurgicale pour POP de 1,40 fois (IC 95 % : 0,98-2,01) par rapport aux professions assises (73) (NP3).

D'autres études ayant évalué le risque de POP par l'examen clinique (défini de manière variable) ont également retrouvé qu'un travail avec port de charge était également associé au risque de POP (70, 74). Les études de Capson *et al.*, Coleman *et al.* et Forner *et al.* viennent nuancer ce tableau en mettant en évidence la manière de porter les charges comme facteur déterminant associé (72, 75, 76).

Le tabac n'est pas associé significativement au risque de survenue d'un POP (51) mais il constitue un facteur de risque de complications postopératoires. Il conviendra de conseiller un arrêt du tabac en cas de prise en charge, notamment chirurgicale (47).

D'autres facteurs comme la maladie pulmonaire obstructive chronique et le diabète sucré ont été évoqués comme facteurs de risque de POP mais le lien entre les deux n'a pas clairement été démontré (52-54).

2.1.2. Impact de la prise en charge hygiéno-diététique

Il existe très peu d'études évaluant l'impact de mesures hygiéno-diététiques sur les symptômes associés au prolapsus ; elles ont été menées dans le cadre de programmes de rééducation périnéale.

Un essai randomisé danois a évalué l'effet de séances de renforcement des muscles du plancher pelvien, associé ou non à un programme structuré de règles hygiéno-diététiques.

Dans cette étude, 109 femmes ayant un POP de stade ≥ 2 ont bénéficié de six séances d'éducation similaires (physiologie du POP, physiologie de la filière urinaire, digestive, techniques de miction et de défécation, perte de poids...) sur 12 semaines. Les femmes du groupe entraînement musculaire bénéficiaient des explications sur les techniques de verrouillage périnéal et recevaient un programme d'entraînement à domicile.

À 3 mois, le score PFDI-20 était amélioré significativement dans les deux groupes, le score PFIQ-7 était amélioré significativement dans le groupe « éducation » seule.

À 6 mois, l'amélioration mesurée par le score PGI-I était significativement supérieure dans le groupe éducation plus renforcement (77) (NP2).

Une étude française observationnelle publiée récemment a évalué l'impact de l'éducation périnéale sur les symptômes de patientes adressées en rééducation. Parmi les 40 patientes incluses, 77 % étaient adressées pour symptômes urinaires, 12,5 % pour pesanteur pelvienne/boule vaginale, 55 % pour symptômes ano-rectaux. Toutes les patientes ont bénéficié de quatre séances d'éducation périnéale (physiologie urinaire, digestive, facteurs de risque de POP...) sans aucun travail de renforcement musculaire. Les scores de symptômes (PFDI-20, ICIQSF, CONTILIFE, Wexner, Kess) étaient significativement améliorés après les séances d'éducation seules (78) (NP3).

Un autre essai a évalué les connaissances des femmes à propos des troubles pelvi-périnéaux et l'intérêt de sessions d'éducation. Pour cela, Berzuk et Shay ont randomisé 161 femmes dans trois groupes et ont évalué leurs connaissances (à l'aide du questionnaire PIKQ) et leurs symptômes (à l'aide des questionnaires PFDI-20 et PFIQ-7) avant prise en charge, 24 h après le début de la prise en charge et à 2 mois. Les groupe A (Gr A) et B (Gr B) recevaient une session d'éducation de 60 min (définitions et facteurs de risque des troubles pelvi-périnéaux, règles hygiéno-diététiques...). Le groupe C (contrôle, Gr C) n'a pas reçu cette session d'éducation. À 2 mois, le Gr A recevait à nouveau une session d'éducation de 60 min afin de vérifier si les informations présentées précédemment avaient été intégrées et déterminer l'intérêt d'un « rappel » (« rééducation »). Les réponses de 145 femmes (âgées de 18 à 69 ans) ont pu être analysées : les connaissances des femmes des Gr A et B étaient très nettement améliorées par rapport au groupe contrôle ($p < 0,001$ pour les deux groupes). Les symptômes pelvi-périnéaux ainsi que la qualité de vie étaient également significativement améliorés dans ces deux groupes ($p < 0,001$ et $< 0,05$). Il n'y avait pas de différence significative sur les

symptômes et la qualité de vie entre les Gr A et B mais le questionnaire était donné juste après la session de rééducation pour le Gr A (79) (NP2).

Même si l'association entre mode de vie, obésité, toux chronique et risque de survenue d'un prolapsus génital n'est pas étayée par des données solides, la perte de poids, la réduction des efforts ou de la constipation, la manière de porter des charges, la gestion de la toux ou la gestion des exercices physiques à impact élevé doivent être encouragées.

Des séances d'éducation sur les troubles de la sphère pelvienne, la physiologie et l'anatomie des différentes filières génitales semblent améliorer les symptômes et la qualité de vie des patientes.

2.2. Place de la rééducation (quel type de rééducation, dans quels cas, pour quels stades de POP...) ?

L'objectif principal de la rééducation pelvi-périnéale (RPP) est de réduire ou ralentir l'évolution des symptômes et de diminuer l'impact de la pathologie sur la qualité de vie.

Lorsqu'elle est encadrée par un professionnel, elle est multimodale, comportant une partie d'éducation (prise de conscience, modification des habitudes mictionnelles), une partie de renforcement musculaire (contraction contre résistance, co-activation des muscles transverses abdominaux, biofeedback, électrostimulation) ainsi qu'un travail sur la posture.

2.2.1. Quels sont les effets de la rééducation périnéale sur les muscles du plancher pelvien ?

Des études ont montré une diminution de la force des muscles du plancher pelvien (MPP) chez les femmes ayant un POP et une augmentation de la gravité du POP avec l'augmentation du dysfonctionnement des MPP (80-84).

Le rôle des exercices de renforcement des muscles du plancher pelvien (RMPP) serait d'augmenter la force musculaire et la contraction volontaire des MPP en réponse à une augmentation de la pression abdominale, comme dans la prise en charge de l'incontinence urinaire.

Elle permet également d'augmenter le volume musculaire, élever le plancher pelvien et diminuer la taille du hiatus génital, favorisant ainsi un meilleur soutien des organes pelviens.

Braekken *et al.* ont ainsi étudié les changements morphologiques et fonctionnels après des séances de RMPP chez des femmes ayant un prolapsus des organes pelviens de stade 1, 2 ou 3 (59 femmes ont bénéficié de RMPP encadré par un professionnel, 50 femmes constituaient le groupe témoin).

Les femmes du groupe RMPP ont poursuivi leurs exercices de renforcement musculaire pendant 6 mois, les femmes du groupe contrôle ont eu des conseils sur les règles hygiéno-diététiques à adopter et sur la contraction des MPP en cas d'augmentation de la pression abdominale.

Les auteurs ont retrouvé que l'épaisseur du muscle pubo-viscéral mesuré en échographie périnéale tridimensionnelle était significativement plus grande dans le groupe RMPP (différence entre les groupes : 1,9 [1,1-2,7] mm, $p < 0,001$) et l'aire du hiatus génital était également significativement diminuée (1,8 [0,4-3,1] cm², $p = 0,026$). La position de la vessie et du rectum était également significativement plus haute en échographie (85) (NP1).

2.2.2. La rééducation périnéale est-elle efficace sur les symptômes associés au POP ?

Dans leur essai randomisé (précédemment décrit), Braekken *et al.* ont également évalué l'effet de RMPP sur les symptômes vaginaux associés au POP (boule vaginale, pesanteur).

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'impact de ces séances de RMPP sur les symptômes urinaires et ano-rectaux et le stade du POP.

Dans cette étude, 59 % des femmes présentaient un POP de stade 2, 17 % un stade 1 et 22 % un stade 3. Par rapport au groupe témoin, la fréquence et la gêne liées aux symptômes vaginaux étaient significativement diminuées dans le groupe RMPP ($p = 0,015$ et $0,04$). La fréquence des épisodes d'IUE et l'incontinence fécale étaient également significativement améliorées. Il n'y avait pas d'amélioration significative de l'incontinence urinaire par urgenturie (IUU) ni de la vidange rectale après RMPP. Une analyse des 40 femmes présentant un prolapsus au-delà de l'hymen a montré une réduction de la fréquence des symptômes de prolapsus dans 56 % des cas (14/25) dans le groupe RMPP contre 15 % dans le groupe témoin ($p = 0,008$) (85) (NP2).

En 2014, Hagen *et al.* ont publié les résultats d'un essai randomisé multicentrique ayant inclus 447 femmes randomisées dans un groupe RMPP (cinq séances de renforcement musculaire guidé par un praticien réparties sur 16 semaines, associées à un programme d'exercices personnalisés à domicile, 225 femmes) ou dans un groupe témoin (dépliant sur les règles hygiéno-diététiques seul, 222 femmes). Les femmes incluses présentaient un POP de stade 1 à 3 (classification POP-Q) et le critère de jugement principal était l'évolution des scores de symptômes (questionnaire POP-SS) à 12 mois.

Les critères de jugement secondaires étaient le changement perçu par les femmes depuis le début de l'étude (identique, meilleur ou pire) et l'évaluation de leur qualité de vie. Les caractéristiques des patientes étaient similaires dans les deux groupes avec une majorité de prolapsus de stade 2 (73 % dans groupe RPP vs 78 % dans le groupe contrôle).

À 12 mois, les femmes du groupe RMPP avaient une réduction significativement plus importante du score des symptômes (réduction moyenne des POP-SS par rapport à la ligne de base $3,77 \pm 5,62$ vs $2,09 \pm 5,39$; différence ajustée $1,52 [0,46-2,59]$; $p = 0,0053$).

L'impact des symptômes liés au POP sur différents aspects de leur vie quotidienne (activités physique, sociale, sexuelle, vésicale et intestinale) était significativement moindre dans le groupe RPP à 6 mois mais pas à 12 mois (86) (NP1).

Dans une étude publiée en français, Ghroubi *et al.* ont évalué l'impact de séances de RMPP chez 47 patientes présentant une cystocèle de stade 1 ou 2. Après randomisation, les patientes bénéficiaient soit de 24 séances guidées par un praticien (deux par semaine), soit d'aucune intervention.

À 3 mois, les symptômes urinaires (évalués par le score MHU, mesure du handicap urinaire, et l'échelle Ditrovie) étaient significativement améliorés dans le groupe RPP ($p < 0,05$).

Certains paramètres urodynamiques (débit urinaire maximal et résidu postmictionnel) étaient également améliorés significativement ($p = 0,001$).

À 2 ans de la prise en charge initiale, les résultats s'étaient maintenus (pas de différence significative à 2 ans vs 3 mois) (87) (NP2).

Stüpp *et al.* ont randomisé 37 femmes présentant un prolapsus de stade 2 dans un groupe RMPP (sept séances de rééducation avec un praticien sur 14 semaines, associées à un programme d'entraînement à domicile sur 12 semaines, 21 patientes) ou un groupe témoin (instructions sur la façon

d'effectuer des contractions des MPP sans protocole défini et fiche de conseils sur les règles hygiéno-diététiques, 16 femmes).

L'examen comprenait une évaluation de la fonction musculaire des MPP et une électromyographie de surface au départ et après 14 semaines de traitement. Le critère de jugement principal était l'évolution du stade du POP selon la classification POP-Q ; les critères secondaires étaient l'évolution de la sévérité des symptômes et de la qualité de vie mesurée par le questionnaire P-QoL.

À 14 semaines, le groupe RMPP a montré une amélioration significative des symptômes avec : 9,5 % des femmes qui avaient une sensation de boule vaginale (vs 81 % dans le groupe contrôle), 23,8 % qui avaient une sensation de vidange vésicale incomplète (vs 31,3 %) ou 23,8 % vs 37,5 % qui avaient une IUE ($p < 0,05$).

Dans le groupe RMPP, la plupart des domaines de la vie quotidienne et la sévérité du POP (évalués par le P-QoL) étaient significativement améliorés après 14 semaines (88) (NP2-3).

Kashyap *et al.* ont évalué l'effet de séances de RMPP sur l'évolution clinique de 140 femmes présentant un POP de stade 1 à 3 (POP-Q). Soixante-dix femmes ont été incluses dans un groupe A et ont reçu un manuel d'auto-instruction associé aux séances de RMPP guidées par un praticien (six séances sur 24 semaines). Le groupe B était constitué de 70 femmes ayant reçu le manuel d'instruction seul (des visites de contrôle ont été organisées à 6, 18 et 24 semaines). Les symptômes ont été évalués à l'aide du score POP-ss, de l'échelle visuelle analogique (EVA) et du score PFIQ-7 évaluant le retentissement des symptômes associés au POP.

Les auteurs ont retrouvé une diminution significative du score POP-ss à 6, 18 et 24 semaines dans les deux groupes. La diminution du score POP-ss était significativement plus importante dans le groupe A par rapport au groupe B (- 2,16 vs - 0,81, $p < 0,001$ à 6 semaines ; - 2,80 vs - 1,22, $p = 0,001$ à 18 semaines et - 2,99 vs - 1,25, $p = 0,002$ à 24 semaines).

Les scores moyens PFIQ-7 étaient également significativement plus bas dans le groupe A lors de ces trois visites de suivi ; les scores EVA étaient significativement différents à 18 et 24 semaines ($p = 0,009$ et $p = 0,005$). À noter que, dans cette étude, 63,5 % des femmes avaient un POP de stade 1 (89) (NP1).

Un autre essai réalisé par Wiegersma *et al.* en 2014 a montré une amélioration des symptômes associés au prolapsus (prolapsus de stade 2 selon la classification POP-Q, symptômes mesurés par le questionnaire PFDI-20) plus importante dans le groupe RMPP (sessions guidées par des kinésithérapeutes spécialisés, nombre de sessions variable selon les patientes, 145 femmes) que dans le groupe contrôle (surveillance simple, pas de recommandations particulières, 142 femmes).

À 3 mois, les auteurs ont retrouvé une amélioration moyenne du PFDI-20 de 9,1 [2,8-15,4] points de plus dans le groupe RMPP que dans le groupe contrôle ($p = 0,005$).

Parmi les femmes du groupe RMPP, 57 % (82/145) ont signalé une amélioration des symptômes globaux, contre 13 % (18/142) dans le groupe contrôle ($p < 0,001$). Cependant, la différence du score PFDI-20 entre les deux groupes (< 15 points) était inférieure à la différence considérée comme cliniquement significative par les auteurs (90) (NP1).

L'essai randomisé de Cheung *et al.* publié en 2016 a étudié l'impact de séances de RMPP chez les femmes présentant un POP symptomatique. Cent trente-sept femmes ont été randomisées dans un groupe RMPP seul (groupe témoin) et 139 dans un groupe RMPP + pessaire vaginal (groupe pessaire). À 12 mois, les auteurs ont retrouvé que les symptômes et la qualité de vie (PFDI-20 et PFIQ-7) étaient améliorés de manière plus importante chez les femmes utilisant un pessaire associé aux

séances de RMPP que dans le groupe des femmes ayant bénéficié de séances de RMPP seul (91) (NP1).

2.2.3. La rééducation périnéale est-elle efficace sur le stade du prolapsus ?

Concernant l'évolution anatomique du POP avec la RPP, les résultats sont plus variables.

Stupp *et al.* ont retrouvé une amélioration significativement plus importante du POP concernant les étages antérieurs et postérieurs dans le groupe RMPP par rapport au groupe contrôle ($p < 0,001$ et $0,025$ respectivement).

Dans le groupe RMPP, la force musculaire, l'endurance et des paramètres d'électromyographie étaient également significativement plus améliorés ($p < 0,01$) (88) (NP2).

Dans l'étude de Braekken *et al.*, 11 patientes du groupe RMPP (19 %) ont amélioré de 1 leur stade de POP (évalué selon la classification POP-Q) vs 4 (8 %) dans le groupe témoin ($p = 0,035$) (92) (NP2).

Piya-Anant *et al.* ont publié les résultats de séances de RMPP comparées à un groupe témoin dans une série de 654 femmes âgées de 60 ans ou plus. Dans cette population, 70 % des femmes avaient un POP dont 30 % ont été classés comme prolapsus « sévère » et 40 % comme prolapsus « léger ».

Les femmes du groupe RMPP avaient appris à contracter les MPP 30 fois après un repas, tous les jours. Les femmes incapables de réaliser une contraction périnéale ont été invitées à revenir à la clinique une fois par mois jusqu'à ce qu'elles puissent effectuer des contractions correctes. De plus, il leur a été conseillé de manger plus de légumes et de fruits et de boire au moins deux litres d'eau par jour pour éviter la constipation.

Il y a eu des visites de suivi tous les 6 mois tout au long de la période d'intervention de 2 ans. À 2 ans, ils ont retrouvé une absence d'aggravation du prolapsus dans 72 % des cas dans le groupe RMPP contre seulement 27 % dans le groupe contrôle ($p = 0,005$).

Dans cette étude, il n'y avait aucune description des méthodes utilisées pour évaluer la force des MPP, aucun suivi du programme d'entraînement à domicile, ni aucun détail quant à l'adhésion au protocole d'entraînement (93) (NP3).

Dans l'essai de Hagen *et al.*, une proportion plus élevée de femmes dans le groupe RMPP que dans le groupe témoin ont connu une amélioration de leur stade de prolapsus à 6 mois mais cette différence n'était pas significative ($p = 0,10$) (86) (NP2).

Wigersma *et al.* avaient également comme critère secondaire l'évolution du degré du POP et de la force des MPP ; ils n'ont pas retrouvé de différence significative entre le groupe RPP et le groupe contrôle (90) (NP2).

Une méta-analyse récente de 2016 a inclus 13 essais randomisés avec 2 340 patientes. L'objectif était d'évaluer l'efficacité de la rééducation périnéale chez les femmes présentant un POP ou en complément d'une chirurgie du prolapsus.

Les auteurs ont retrouvé une amélioration significative des symptômes et du stade du POP avec la rééducation périnéale. Le nombre de femmes ayant déclaré que leur prolapsus était en amélioration était significativement supérieur dans le groupe rééducation (RR 5,48, IC 95 %, 2,19-13,72).

Après rééducation périnéale, les femmes avaient une force musculaire significativement meilleure, mais les besoins en matière de traitement n'étaient pas différents entre les groupes. En outre, les résultats évaluant le RMPP en tant que traitement d'appoint à la chirurgie du prolapsus n'étaient pas concluants.

Les auteurs concluaient que d'autres essais avec des protocoles de rééducation et des groupes de comparaison similaires et un suivi à plus long terme étaient nécessaires pour confirmer ou réfuter les résultats présentés (94) (NP2).

L'écueil principal des études analysant l'effet de séances de RMPP sur les symptômes associés au POP est en effet lié à l'hétérogénéité des programmes de renforcement musculaire ; certains programmes privilégiant l'intensité de la contraction, d'autres l'endurance ; d'autres associant du biofeedback ou de l'électrostimulation.

Aucune n'a étudié l'effet de l'éducation sur les symptômes associés au prolapsus. De plus, très peu d'études ont détaillé quel était le taux d'adhésion aux exercices de RMPP.

2.2.4. D'autres techniques de rééducation sont-elles efficaces en cas de POP ?

Certains travaux ont montré des altérations de la qualité du contrôle du mouvement lombo-pelvien (95) et une diminution de l'efficacité des gestes de la vie quotidienne chez des femmes présentant un POP (66). En 2015, Derpapas *et al.* ont également rapporté l'existence d'un lien entre la sévérité du POP et une hyperlaxité sacro-iliaque ($p < 0,05$) (5).

En 2015, Özengin *et al.* ont comparé l'efficacité d'un programme de stabilisation lombo-pelvienne (SLP) à la RPP. Trente-huit femmes d'âge moyen de 40 ans, présentant un POP de stade 0 ou 2, ont été randomisées en deux groupes. Une évaluation des MPP (sEMG) et de la qualité de vie (P-QoL) a été réalisée avant puis à la fin du traitement. À l'issue du protocole, les auteurs ont retrouvé une amélioration du POP-Q dans les deux groupes (Aa, Ba et C), sans différence significative entre les deux groupes ($p > 0,05$), une diminution significative du hiatus vaginal dans le groupe SLP ($p = 0,01$). Il y avait une amélioration de la force des MPP dans les deux groupes, sans différence significative ($p > 0,05$). La qualité de vie globale était significativement meilleure dans le groupe stabilisation ($p < 0,05$) (96) (NP2).

En 2019, Gorji *et al.* ont réalisé une étude randomisée contrôlée visant à comparer l'efficacité d'un programme de stabilisation lombo-pelvienne par renforcement isolé des hanches associé à la RPP, à un programme de RPP seule. Quarante femmes d'âge moyen de 51 ans, présentant un POP de stade 2 et 3 (POP-Q), ont été randomisées. Les deux groupes ont réalisé 12 séances supervisées pendant 4 semaines, trois fois par semaine. À l'issue du protocole, les auteurs ont retrouvé une amélioration des scores du P-QoL dans les deux groupes, à l'exception du domaine de limitation d'activités quotidiennes dans le groupe RPP seule ($p = 0,092$). La force des MPP mesurée par périnéométrie était plus importante dans le groupe RMPP + SLP ($p = 0,041$). Les symptômes urinaires mesurés par ICIQ-FLUTS étaient améliorés dans les deux groupes, avec une amélioration plus significative pour les scores de nycturie, urgenturie et gêne urinaire dans le groupe RMPP + SLP ($p = 0,035$, $p = 0,038$, $p = 0,044$, et $p = 0,045$ respectivement). Il était retrouvé une amélioration significative de la sévérité du POP dans les deux groupes, sans différence significative ($p = 0,414$) (97) (NP2).

Des techniques de rééducation hypopressive abdominale (RHA), développées dans les années 80, sont actuellement largement utilisées en France. Selon ses défenseurs, la diminution de la pression abdominale obtenue par les exercices de respiration abdominale pourrait entraîner une activation réflexe des muscles de la paroi abdominale et du plancher pelvien, ce qui réduirait ainsi l'IU et le POP (98).

Un essai randomisé a inclus 61 femmes ayant un POP de stade 2 (POP-Q) soit dans un groupe RPP soit dans un groupe RHA. L'intervention a consisté en 12 semaines de rééducation périnéale ou en un programme de RHA à la maison avec des séances bimensuelles avec un professionnel.

Dans les deux groupes, les femmes participaient à trois séances initiales pour apprendre à effectuer les exercices correctement, suivies de 3 mois d'exercices quotidiens avec progression mensuelle. Les deux groupes ont présenté une amélioration significative des symptômes associés au POP, de la qualité de vie et de la sévérité du prolapsus (évalués par le questionnaire P-QoL).

La rééducation des muscles du plancher pelvien était supérieure à la RHA pour chaque objectif (99) (NP2).

La même équipe avait montré quelques années avant que l'ajout d'exercices de RHA à de la rééducation des muscles du plancher pelvien ne semble pas améliorer la fonction périnéale évaluée par le système d'Oxford (100) (NP2).

Dans un autre essai randomisé, 58 femmes atteintes d'un POP de stade 2 (POP-Q) ont été divisées en trois groupes : un groupe de renforcement musculaire des MPP (Gr1), un groupe d'exercices en hypopression (Gr2) et un groupe témoin (Gr3). Les femmes ont eu une mesure de la surface du muscle élévateur de l'anus en échographie transpérinéale (cm²) avant et après 12 semaines de prise en charge. Des différences statistiquement significatives de mesures ont été trouvées dans les Gr1 et Gr2 d'avant à après prise en charge (surface avant prise dans Gr1 : $1,6 \pm 0,4$ cm² et $1,4 \pm 0,3$ cm² dans Gr2 ; surface après prise en charge dans Gr1 : $2,1 \pm 0,3$ cm² et dans Gr2 : $1,8 \pm 0,5$ cm² ; $p < 0,001$), mais pas dans le Gr3 (mesure avant : $1,5 \pm 0,3$ et $1,4 \pm 0,3$ cm² ; $p = 0,816$).

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes d'intervention. Il est à noter qu'il n'y a pas eu d'évaluation des symptômes ni de la clinique dans cette étude (101) (NP2).

Dans certains cas, la rééducation ano-rectale peut aussi corriger des efforts de poussée chronique pouvant être à l'origine d'une aggravation ou d'une récurrence du POP après chirurgie. En cas d'asynchronisme ano-rectal (anisme), la rééducation avec biofeedback permet d'obtenir une meilleure coordination de la relaxation sphinctérienne au cours de l'effort de poussée (102-104).

En 2010, l'essai randomisé de Rao *et al.* a comparé chez 44 patientes les résultats à un an de 3 mois de biofeedback (relaxation périnéale assistée par manométrie et exercices de défécation simulée) et de 3 mois de traitement standard associant régime, activité physique, laxatifs. Les auteurs ont montré une amélioration soutenue des symptômes intestinaux et de la fonction ano-rectale chez les sujets constipés présentant un anisme alors que le traitement standard était largement inefficace (105).

Au total, les exercices de RMPP améliorent les symptômes associés au POP et permettent d'améliorer le stade du POP pour les POP modérés. Ils permettent d'améliorer également les symptômes lorsque la rééducation est associée à la mise en place d'un pessaire. En cas de prise en charge chirurgicale, le bénéfice de la rééducation n'a pas été démontré.

La rééducation des MPP peut donc être proposée en cas de symptômes et de POP non extériorisé (stade 1 à 3).

En cas de prolapsus de stade 4, l'indication d'une RPP doit faire l'objet d'un consensus dans un contexte particulier (patient non opérable) et peut être associée à la pose d'un pessaire.

Bien que la RHA soit largement utilisée en France, aucune étude n'a pu montrer sa supériorité par rapport à la rééducation périnéale avec renforcement musculaire (RMPP).

Les techniques de stabilisation lombo-pelvienne permettent une amélioration des symptômes associés au POP sans supériorité par rapport aux exercices de RMPP.

2.3. Place du pessaire et selon quelles modalités (information et formation de la patiente à la pose, test thérapeutique, test diagnostic...) ? Quelle surveillance après la pose ?

Le pessaire est un dispositif introduit dans le vagin en vue de maintenir un prolapsus et soulager les symptômes associés. Par le passé, son utilisation était souvent réservée aux femmes très âgées, en cas de contre-indication ou de refus de la chirurgie (106).

2.3.1. Quelles sont les connaissances des patientes à propos du pessaire ? Quel est le taux d'acceptation ?

Les connaissances et les perceptions des patientes concernant l'utilisation des pessaires ont été étudiées par Brown *et al.* afin d'identifier les obstacles à ce type de prise en charge.

Pour cela, 254 femmes ont répondu à une enquête élaborée sur la base d'un consensus de cinq médecins experts.

Dans cette étude, seulement la moitié des femmes répondantes avaient indiqué connaître les pessaires. La source la plus courante de connaissances était médicale (100/130, 76,9 %). La plupart des patientes déclaraient avoir une vision négative des pessaires ($3,6 \pm 2,2$ sur une échelle de Likert de 0 à 10) et seulement un tiers des patientes ont indiqué qu'elles envisageraient l'utilisation du pessaire comme option de traitement. En analyse multivariée, avoir déjà vu un gynécologue ($p = 0,03$) et un niveau d'instruction inférieur ($p = 0,05$) étaient significativement associés au refus d'utiliser un pessaire (107) (NP3).

Heit *et al.* ont évalué les facteurs cliniques prédictifs du choix du traitement dans une population de 148 femmes adressées pour POP symptomatique. Parmi elles, 11,1 % avaient choisi l'expectative, 19,4 % avaient choisi le pessaire et 69,4 % avaient choisi la chirurgie comme traitement de leur POP.

Dans cette étude, la prise en charge conservatrice était associée significativement à un score de douleur pelvienne plus élevé (*Odds Ratio* [OR] = 1,6 ; intervalle de confiance à 95 % [IC 95 %] = 1,07-2,40 ; $p = 0,024$) et inversement associée à la sévérité du POP évaluée à l'examen clinique (OR = 0,46 ; IC 95 % = 0,29, 0,72 ; $p = 0,001$). La probabilité de choisir un pessaire plutôt qu'une intervention chirurgicale était associée à un âge plus élevé (OR = 1,1 ; IC 95 % = 1,05-1,16 ; $p < 0,001$), diminuait significativement avec la sévérité du POP (OR = 0,77 ; IC 95 % = 0,60-0,99 ; $p = 0,042$) et si la patiente avait déjà subi une intervention chirurgicale pour prolapsus (OR = 0,23 ; IC 95 % = 0,07-0,76 ; $p = 0,017$) (108) (NP3).

Si l'étude de Bodner-Adler a également retrouvé que la présence d'un POP de stade avancé était un facteur associé au choix d'une chirurgie ($p < 0,001$) dans une population de 510 femmes présentant un POP ≥ 2 , l'antécédent de chirurgie du POP n'était pas associé significativement au choix d'un traitement en particulier en analyse multivariée. L'absence de tabagisme ($p < 0,001$) était également un facteur associé aux choix d'un traitement chirurgical ($p < 0,001$). Dans cette étude, 49 % des femmes (252/510) avaient choisi la chirurgie et 51 % (258/510) avaient choisi la mise en place d'un pessaire (109) (NP3).

Pour Kapoor *et al.*, les femmes qui choisissaient la chirurgie étaient plus jeunes (58 vs 66 ans), étaient plus souvent gênées par des douleurs pelviennes (33 % vs 25 % ; $p = 0,04$). Par ailleurs, elles réalisaient plus souvent des manœuvres de réintégration vaginale (8 % vs 3 % , $p = 0,02$) et avaient plus souvent une sensation de vidange rectale incomplète (27 % vs 19 % , $p = 0,01$). Un plus grand nombre de femmes ayant choisi la chirurgie étaient sexuellement actives (51 % contre 29 % , $p < 0,0001$) et

limitaient plus souvent les rapports en raison du prolapsus (28 % contre 17 %, $p < 10^{-3}$). Dans cette étude, 251 femmes avaient choisi la chirurgie et 429 avaient choisi la pose d'un pessaire (110) (NP3).

En cas de POP plus sévère, le taux d'acceptation reste intéressant. Powers *et al.* ont retrouvé un taux d'acceptation de 41,6 % chez 77 patientes ayant un POP de stade 3 ou 4 (classification POP-Q). Les patientes qui avaient refusé d'essayer un pessaire étaient significativement plus jeunes et avaient plus souvent une incontinence urinaire retrouvée en bilan urodynamique. Parmi les patientes ayant accepté le pessaire, un âge plus élevé était significativement associé à la poursuite du port du pessaire (111) (NP3).

Même si le taux d'acceptation est variable dans la littérature, le pessaire sera d'autant mieux accepté si les modalités de surveillance et les effets secondaires potentiels sont bien explicités à la patiente, tels que : la nécessité de changer de taille en cas de gêne ou de perte du pessaire, la survenue de pertes vaginales d'abondance variable, la possibilité que le pessaire bouge lors du passage à la selle. La possibilité d'avoir des rapports sexuels en cas d'utilisation de pessaire anneau devra également être précisée (112).

Storey *et al.* ont publié un travail à partir d'entrevues semi-structurées en face-à-face avec 11 femmes ménopausées utilisant un pessaire pour un POP ou une IU. Les entretiens avec les femmes ont révélé que vivre avec un pessaire leur avait changé la vie mais avait nécessité un processus d'apprentissage. Par ailleurs, plusieurs participantes ont décrit une légère gêne physique, des saignements ou des écoulements avec leur pessaire. Le soutien psycho-social fourni par les infirmières avait alors joué un rôle primordial dans leur prise en charge (113).

Les connaissances des patientes concernant l'utilisation d'un pessaire sont pauvres et certaines caractéristiques des patientes semblent être un frein à l'utilisation du pessaire. Il n'existe pas d'études de niveau de preuve suffisant concernant l'impact de la qualité de l'information et du suivi chez les patientes porteuses d'un pessaire.

Le pessaire est une alternative thérapeutique qui mérite d'être proposée et son utilisation expliquée aux patientes consultant pour un POP symptomatique.

2.3.2. Quel type de pessaire utiliser ?

Actuellement, il existe une vingtaine de types de pessaires, en latex ou en silicone.

Les pessaires en latex semblent moins bien tolérés, ils présentent un risque d'allergie et, du fait de leur caractère poreux, leur durée de vie est plus limitée que les modèles en silicone (matériau plus inerte). Il est préférable de choisir des modèles en silicone plutôt qu'en latex.

Le pessaire le plus couramment utilisé est le **pessaire anneau**. Il est généralement proposé en première intention du fait de sa facilité d'insertion (114).

Les **pessaires cubes** sont plutôt proposés aux femmes plus jeunes, capables de l'enlever tous les jours. Chez ces femmes jeunes ou avec un prolapsus non extériorisé en permanence, une utilisation « à la demande » pourrait leur permettre de mieux en accepter l'usage, éviter l'aggravation du prolapsus et différer la chirurgie.

Le **pessaire Gellhorn** est très peu utilisé en France car il peut être difficile à utiliser. Il combine un effet ventouse à un effet de soutènement.

Les **pessaires Donut** peuvent être délicats à insérer et à retirer car difficilement compressibles.

Les **pessaires Dish** avec bouton peuvent être indiqués en cas d'incontinence urinaire associée au POP.

Cundiff *et al.* ont réalisé en 2000 une enquête auprès des membres de l'*American Urogynecologic Society* concernant les indications, la gestion et le choix du pessaire en cas de POP.

Parmi les 359 praticiens ayant répondu (sur 748), 77 % utilisaient des pessaires comme traitement de première intention, tandis que 12 % réservaient les pessaires aux femmes qui n'étaient pas candidates à la chirurgie.

Quatre-vingt-neuf pour cent utilisaient un pessaire pour les défauts antérieurs, 60 % pour les défauts postérieurs, 74 % pour les défauts apicaux et 76 % pour les prolapsus extériorisés.

Vingt-deux pour cent utilisaient le même pessaire, généralement un pessaire anneau, quel que soit l'étage atteint.

Chez les 78 % qui ont adapté le pessaire à l'étage prédominant atteint, les pessaires de soutien étaient plus fréquemment utilisés en cas de défaut antérieur et apical (pessaire anneau), tandis que les pessaires de comblement étaient plus fréquemment utilisés pour les défauts postérieurs (pessaire Donut) et les prolapsus extériorisés (Gellhorn).

Moins de la moitié des répondants considéraient qu'un antécédent d'hystérectomie ou l'activité sexuelle étaient une contre-indication à l'utilisation d'un pessaire, tandis que 64 % considéraient l'hypoestrogénie comme contre-indication (115) (NP4).

Une étude prospective de Ding *et al.* a étudié si le type de pessaire (anneau ou Gellhorn) et la taille à utiliser pouvaient être prédits par l'examen clinique.

Au total, 78 patientes ayant un POP de stade 2, 3 ou 4 ont bénéficié d'un examen POP-Q et ont complété un historique détaillé. La largeur de l'introïtus vaginal a été mesurée horizontalement en utilisant la largeur des doigts.

En analyse multivariée, l'utilisation d'un pessaire Gellhorn par rapport au pessaire anneau était plus souvent un succès chez les patientes ayant des antécédents d'hystérectomie et les patientes présentant un introïtus vaginal plus large ($p = 0,005$ et $p = 0,01$ respectivement). Les facteurs déterminant la taille du pessaire anneau à utiliser étaient la largeur du hiatus génital (gh) ($p = 0,044$), la mesure de la longueur vaginale (tvI, $p = 0,011$), la largeur de l'introïtus vaginal ($p < 0,001$) et le rapport largeur de l'introïtus vaginal/tvI ($p = 0,025$).

Les facteurs déterminant la taille du pessaire Gellhorn à utiliser étaient la largeur du gh ($p = 0,025$), le rapport largeur de gh/tvI ($p = 0,013$), la largeur de l'introïtus vaginal ($p = 0,003$), le rapport largeur de l'introïtus vaginal/tvI ($p = 0,001$), le stade du prolapsus de l'étage moyen ($p = 0,006$) et le stade du prolapsus de l'étage postérieur ($p = 0,003$) (NP3).

Enfin, Deng *et al.* ont étudié l'efficacité du pessaire Gellhorn chez des patientes avec un POP de stade 3 ou 4 (classification POP-Q) pour qui l'essai d'un anneau s'est révélé un échec.

Si la pose était jugée satisfaisante lors de la première consultation, les participantes étaient suivies à 3, 6 et 12 mois.

Le succès du pessaire était défini comme la poursuite du pessaire lors de la visite de suivi de 3 mois. La satisfaction des participantes a été évaluée à l'aide de l'échelle *Patient Global Impression of Change* (PGI-C).

Dans cette étude, 236 femmes avec un POP de stade 3 ou 4 ont été incluses. Pour 226 d'entre elles, le pessaire a été supporté lors de la consultation d'inclusion : 157 ont eu un pessaire anneau et 69 ont eu un pessaire Gellhorn après échec d'un pessaire anneau. À 3 mois, 46 (/65) ont continué le port du

pessaire Gellhorn (taux de succès = 70,8 %). Vingt et une femmes (45,6 %) pouvaient le manipuler elles-mêmes. Les symptômes vaginaux (boule ou pesanteur) et les troubles de la vidange vésicale étaient améliorés chez 91 % et 93 % des femmes.

Des symptômes d'IUE et d'IUU étaient signalés chez 45,6 % (21/46) et 52,2 % (24/46) des participantes avant la pose et la plupart d'entre elles déclaraient une amélioration (71,4 % [15/21] des femmes ayant une IUE et 70,8 % [17/24] des femmes ayant une IUU).

Parmi les 46 participantes, 4 ont répondu être plutôt satisfaites (PGI-C score à 4) et 42 ont répondu être très satisfaites (PGI-C score à 5). Pour les femmes ayant un POP de stade 3, le taux de satisfaction était de 91,7 % (33/36) et 90 % (9/10) pour les femmes ayant un POP de stade 4 (117) (NP3).

De nouveaux pessaires sont à l'étude comme celui testé par Barsky *et al.* chez une patiente de 90 ans présentant une IUE gênante avec une atrophie vaginale majeure et un introïtus vaginal peu large.

Ce pessaire silicone a été fabriqué sur mesure à l'aide d'un moule fabriqué avec une imprimante tridimensionnelle et de l'acide polylactique.

D'autres pessaires avaient été testés chez cette patiente mais non supportés. Après 48 h de port de ce pessaire sur mesure, la patiente ne rapportait plus de fuites urinaires et pas d'inconfort.

Les auteurs concluent que ce type de pessaire semble difficile à utiliser en pratique courante mais pourrait être proposé en cas d'échec des autres pessaires chez des femmes ne souhaitant ou ne pouvant pas se faire opérer (118).

Le pessaire anneau est le pessaire le plus fréquemment utilisé, quels que soient le type ou le stade du POP. En cas d'échec d'un premier type de pessaire, d'autres pessaires peuvent être essayés et se révéler efficaces, comme le pessaire Gellhorn ou le pessaire Donut. Le pessaire cube pourra être proposé aux femmes capables de le manipuler elles-mêmes régulièrement.

Les pessaires Dish avec bouton peuvent être indiqués en cas d'incontinence urinaire associée au POP.

2.3.3. Quelle est l'efficacité des pessaires sur les symptômes ?

La plupart des études ayant évalué l'impact de l'utilisation d'un pessaire sur les symptômes sont des études prospectives non contrôlées. Très peu d'études ont évalué leur efficacité au-delà de 1 an.

2.3.3.1. Évolution des symptômes et satisfaction des patientes porteuses d'un pessaire

Clemons *et al.* ont évalué la satisfaction et l'évolution des symptômes après pose d'un pessaire chez 73 femmes présentant un prolapsus de stade 2 ou plus ayant poursuivi l'utilisation d'un pessaire à 2 mois.

L'âge moyen des patientes était de 71 ans (40 à 92 ans) ; 62 femmes (84,9 %) avaient un prolapsus de stade 2 ou 3.

Avant la pose, 66 femmes (90 %) déclaraient ressentir une boule vaginale et 35 (49 %) déclaraient avoir une sensation de pesanteur. À 2 mois, 2 femmes (3 %) déclaraient avoir encore la sensation d'une pesanteur ou d'une boule vaginale ; la différence était significative.

Concernant les symptômes urinaires associés au prolapsus, 27 % des femmes avaient signalé une incontinence à l'effort ; 36 % avaient signalé une incontinence par urgenturie et 23 % des troubles de la vidange vésicale. À 2 mois, l'incontinence d'effort était améliorée dans 45 % des cas (IC 95 % = 26-66 %) ; l'incontinence par impériosité était améliorée dans 46 % des cas (IC 95 % = 29-65 %) et la vidange vésicale était améliorée dans 53 % des cas (IC 95 % = 31-74 %).

Cependant, chez les femmes sans symptômes urinaires avant la pose, une IUE *de novo* s'est développée dans 21 % des cas (IC 95 % = 12-34 %). L'IUU *de novo* et les troubles de vidange vésicale *de novo* étaient rares, survenant chez 6 % (IC 95 % = 2-18 %) et 4 % (IC 95 % = 0-13 %) des femmes.

À 2 mois, 67 des 73 femmes (92 %) étaient « très satisfaites » ou « plutôt satisfaites ». Le principal facteur d'insatisfaction était la survenue d'une IUE *de novo*. La survenue d'une dysurie ou d'une dyschésie n'était pas associée à l'insatisfaction. Néanmoins, cette étude n'utilisait aucun questionnaire de symptômes validés (119) (NP3).

Fernando *et al.* ont inclus 203 femmes, d'âge moyen 69 (\pm 1,5) ans, adressées pour POP symptomatique ayant choisi d'utiliser un pessaire.

Le critère de jugement principal était l'évolution des symptômes à 4 mois de la pose du pessaire, mesurée à l'aide du questionnaire Sheffield. À 2 semaines, 153 femmes (75 %) poursuivaient l'utilisation du pessaire et 97 femmes ont rempli le questionnaire à 4 mois.

Concernant les symptômes urinaires, une amélioration des symptômes de dysurie a été rapportée par 39 femmes (40,2 %, $p = 0,001$), une amélioration des symptômes d'urgenturie a été rapportée par 37 femmes (38 %, $p = 0,001$), une amélioration des symptômes vaginaux chez 69 femmes (71,1 %, $p = 0,001$) et 6 (6,2 %) déclaraient des symptômes aggravés ($p = 0,001$).

Il n'y avait pas de différence significative concernant l'utilisation de manœuvres digitales vaginales ou rectales pour vider le rectum (120) (NP2).

Les études ayant utilisé des questionnaires validés pour évaluer l'efficacité du pessaire sont rapportées dans le tableau 1 (Annexe 1).

2.3.3.2. Comparaison avec la chirurgie

Abdool *et al.* ont comparé l'efficacité des pessaires au traitement chirurgical dans une population de femmes adressées pour POP symptomatique 1 an après le début de leur prise en charge.

Pour cela, les auteurs ont utilisé le questionnaire « *Sheffield Pelvic Organ Prolapse Quality of Life Questionnaire* » (SPS-Q).

Parmi les 554 patientes incluses, 359 (64,8 %) ont choisi le pessaire et 195 (35,2 %) ont choisi la chirurgie.

Deux cent quatre-vingt-seize (83 %) ont eu un pessaire anneau, 50 (14 %) un pessaire Gellhorn, 8 (0,03 %) un pessaire cube et 5 (0,02 %) un pessaire Donut.

Toutes les patientes du groupe chirurgie ont eu une chirurgie par voie vaginale sans prothèse. À 1 an, 243 femmes (68 %) ont poursuivi l'utilisation du pessaire.

Dans cette étude, l'âge moyen des patientes était significativement plus élevé dans le groupe pessaire par rapport au groupe chirurgie (68,4 \pm 13,08 vs 60,4 \pm 12,25 ans, respectivement).

À 1 an, il y avait une amélioration significative des symptômes urinaires et intestinaux dans les deux groupes. En ce qui concerne les symptômes intestinaux, l'urgence défécatoire était améliorée dans les deux groupes, mais la sensation d'exonération incomplète ne s'était améliorée que dans le groupe de chirurgie ($p = 0,011$).

La comparaison des deux groupes à 1 an n'a montré aucune différence significative pour les symptômes du prolapsus, les symptômes urinaires et ano-rectaux (121) (NP2).

Lone *et al.* ont comparé les résultats des pessaires à ceux de la chirurgie chez des femmes présentant un POP symptomatique, 1 an après le début de leur prise en charge, à l'aide des questionnaires ICIQ-VS (*International Consultation on Incontinence Questionnaire-Vaginal Symptoms*) et ICIQ-UI.

Parmi les 287 femmes incluses, 133 (46,3 %) avaient choisi le pessaire et 154 (53,7 %) la chirurgie. Les femmes ayant choisi le pessaire étaient significativement plus âgées que les femmes ayant choisi la chirurgie.

Parmi les 183 femmes ayant répondu aux questionnaires à 1 an, les auteurs ont retrouvé une amélioration globale statistiquement significative des scores de symptômes vaginaux, sexuels, de qualité de vie et urinaires dans les deux groupes. Aucune différence statistiquement significative n'a été notée entre la chirurgie et le groupe pessaire (122) (NP2).

Les pessaires sont des traitements efficaces sur les symptômes associés au POP. Leur efficacité sur les symptômes semble équivalente au traitement chirurgical (NP2). Le pessaire est une alternative thérapeutique à la chirurgie qui mérite d'être proposée, quels que soient l'âge ou le stade du prolapsus.

2.3.3.3. Sexualité après pose de pessaire

Les données concernant l'amélioration de la sexualité après pose d'un pessaire sont moins nombreuses.

Kuhn *et al.* ont évalué l'amélioration de la fonction sexuelle dans une cohorte prospective de patientes présentant un POP de stade ≥ 2 avant et à 3 mois de la pose d'un pessaire cube en utilisant le *Female Sexual Function Index* (FSFI). Ce questionnaire consiste en 19 questions évaluant le désir, l'excitation, l'orgasme, la lubrification et la satisfaction. Pour évaluer les symptômes et la qualité de vie, les auteurs ont utilisé le *Sheffield Prolapse Questionnaire* et le *King's Health Questionnaire*.

Parmi les 73 patientes, âgées en moyenne de 70 ans, ayant accepté de participer à l'étude, 31 patientes étaient sexuellement actives. Les auteurs ont retrouvé une amélioration significative du désir (6 vs 14 ; $p < 0,01$), de la lubrification (1 vs 8 ; $p < 0,001$) et de la satisfaction (1 vs 4 ; $p < 0,001$) chez ces patientes. Il est à noter qu'à 6 mois, seulement 33 femmes continuaient l'utilisation du pessaire (123) (NP2).

Dans leur étude, Fernando *et al.* ont également retrouvé une amélioration de la sexualité avec l'utilisation du pessaire (pessaire anneau).

Parmi les 97 patientes ayant complété le « *Sheffield Pelvic Organ Prolapse Symptom Questionnaire* » à 4 mois, 26 (27 %) étaient sexuellement actives. Seize femmes (17 %, $p = 0,001$) ont signalé une augmentation de la fréquence de l'activité sexuelle, et 11 (11 %, $p = 0,04$) avaient amélioré leur satisfaction sexuelle (120) (NP2).

Lowentain *et al.* ont comparé la fonction sexuelle, les symptômes liés au prolapsus et l'image corporelle 6 mois après un traitement chirurgical ou une pose de pessaire chez 239 femmes ayant un POP ≥ 2 (POP-Q). Pour cela, les auteurs ont utilisé les scores PISQ-12, PFIQ-7 et l'échelle BIS modifiée. Le stade médian du POP était 3 et 145 femmes (62 %) étaient actives sexuellement.

Dans cette étude, la majorité des patientes (86 %) avaient eu un traitement chirurgical mais l'activité sexuelle n'était pas significativement différente entre les femmes qui avaient choisi le traitement chirurgical et celles qui avaient choisi la pose d'un pessaire (126 [61 %] vs 22 [73 %] ; $p = 0,35$).

À 6 mois, les auteurs ont retrouvé une amélioration globalement significative des scores PISQ-12, MBIS et POPDI-6 ($p < 0,0001$). Cependant, dans le groupe des femmes ayant un pessaire, il n'y avait pas d'amélioration significative de la fonction sexuelle comparativement aux femmes opérées ($- 2,5 \pm 5,5$ vs. $11,5 \pm 1$, $p < 0,0001$).

Une analyse multivariée a retrouvé que l'IMC et les différences dans le MBIS étaient les seules variables indépendantes associées à la variation du score PISQ total ($b = - 0,5$, $P < 0,01$ et $b = - 0,4$, $P < 0,03$, respectivement) (124) (NP2).

En 2017, un groupe de travail composé de 10 femmes et de 13 cliniciens ayant une expérience dans la prise en charge du prolapsus et de l'utilisation des pessaires a défini une liste des 10 principales priorités pour les futures recherches concernant l'utilisation du pessaire en cas de prolapsus. Pour ce groupe de travail, la priorité numéro 1 était de comprendre comment un pessaire pouvait affecter l'activité sexuelle (125).

Bien que les données concernant la sexualité chez les patientes porteuses d'un pessaire soient peu nombreuses, il semblerait que l'utilisation de pessaire améliore la sexualité des patientes au même titre que la chirurgie.

2.3.4. Tolérance et facteurs de risque d'abandon des pessaires

La littérature retrouve que les abandons surviennent assez précocement et que, passé une certaine période, la plupart des femmes poursuivront l'utilisation du pessaire.

Ainsi, Lone *et al.* ont évalué prospectivement les résultats à long terme de l'utilisation du pessaire dans le traitement du POP et ont tenté de déterminer les raisons de l'arrêt. Sur les 246 femmes qui ont choisi d'utiliser un pessaire à la visite d'inclusion, 187 (76,0 %) ont conservé le pessaire 4 semaines après l'insertion.

Pour les 59 femmes ayant abandonné le pessaire à 4 semaines, il s'agissait d'expulsion de pessaire dans 16,3 % des cas, de saignements ou érosion dans 1,2 % des cas, de douleur et inconfort dans 5,3 % des cas, de constipation dans 1,2 % des cas.

La plupart des complications survenaient dans les 6 mois après la pose. À 5 ans, 36 (19,3 %) des 187 femmes ont été perdues de vue. Sur les 151 femmes restantes, 130 (86,1 %) ont utilisé le pessaire avec succès pendant 5 ans. Sur l'ensemble de la population, 12,1 % des femmes avaient connu des complications mineures (6,9 % de douleur ou d'inconfort, 3,2 % d'excoriation ou de saignement et 2,0 % de dégoût ou de constipation). La plupart des échecs (73,8 %) sont survenus dans les 4 semaines suivant l'insertion du pessaire.

Après l'arrêt du pessaire, 70 (28,5 %) des 246 femmes ont choisi la chirurgie et 10 (4,1 %) n'ont choisi aucun autre traitement. Les auteurs concluaient que si l'utilisation du pessaire se poursuivait à 4 semaines, la plupart des femmes continuaient à utiliser le pessaire à 5 ans sans augmentation concomitante des complications (126) (NP2).

L'analyse des facteurs de risque d'échec ou d'abandon du pessaire n'est pas si claire dans la littérature car ceux-ci sont multiples et les études hétérogènes.

En 2006, Hanson *et al.* ont publié une analyse rétrospective des dossiers de 1 216 patientes prises en charge pour POP et/ou IU. Le délai de suivi maximal était de 5 ans.

L'analyse a montré que les patientes ayant déjà subi une chirurgie génito-urinaire par voie abdominale avaient un taux de réussite à 1 mois plus élevé que les patientes ayant déjà subi une chirurgie génito-urinaire par voie vaginale (71 % vs 60 %, $p = 0,027$).

Dans cette étude, il n'y avait pas de différence significative entre les femmes en pré ou postménopause en termes de taux de réussite ; les pessaires les plus efficaces étaient dans cette série les pessaires anneaux avec et sans support et les pessaires Gellhorn.

L'analyse a également montré que l'utilisation d'un traitement œstrogénique local seul a été aussi efficace que l'utilisation de THM systémique et local combinés ($p = 0,71$) et l'utilisation du THM systémique seul n'était pas meilleure que de ne pas utiliser de THM ($p = 0,83$) (127) (NP4).

Sur un suivi prospectif à 12 mois, Komesu *et al.* ont comparé l'évolution des scores de symptômes chez les femmes qui poursuivaient ou non le pessaire. Pour cela, les auteurs ont donné le questionnaire PFDI-20 à 80 patientes avant puis à 2, 6 et 12 mois après la pose d'un pessaire.

Parmi les 64 patientes dont les données ont pu être analysées, 36 (56 %) avaient continué le port du pessaire et 28 (44 %) l'avaient enlevé. La plupart des femmes avaient arrêté d'utiliser le pessaire parce que « cela ne tenait pas bien » (11 des 51 réponses, 22 %) ou parce que « c'était inconfortable » (11 des 51 réponses, 22 %).

La majorité des femmes n'ont eu besoin que d'un essai de pessaire (51 sur 80, 66 %). Le fait d'avoir plus d'un essai de pessaire n'était pas associé à la poursuite ou à l'arrêt du pessaire ($p = 0,34$), ni aux scores finaux PFDI-20 ($p = 0,5$). De même, l'âge, l'IMC, l'activité sexuelle ou le stade du POP n'étaient pas associés au risque d'abandon du pessaire.

Bien que les scores des deux groupes aient été améliorés lors du suivi, les scores PFDI-20 du groupe poursuite du pessaire étaient significativement plus bas et diminuaient de manière plus importante que dans le groupe arrêt du pessaire ($p < 0,001$). À 2 mois, un score PFDI-20 inférieur à 50 % de celui de la pose avait une aire estimée sous une courbe ROC égale à 0,77. Cette baisse du score prédisait la poursuite du pessaire avec une sensibilité de 77 % et une spécificité de 73 % (128) (NP3).

Dans leur série, Clemons *et al.* ont retrouvé que les échecs de pose, évalués à 1 semaine de la pose d'un pessaire (anneau ou Gellhorn), étaient associés à une longueur vaginale courte (≤ 6 cm) et un hiatus génital plus large (4 largeurs de doigt) était associé significativement à un échec de pessaire (11 % vs 0 %, $p = 0,02$, et 22 % vs 7 %, $p = 0,04$, respectivement) (129).

Plus récemment, Cheung *et al.* ont publié une étude ayant évalué l'impact d'une avulsion des muscles élévateurs de l'anus (MEA) sur le maintien ou non d'un pessaire (pessaire anneau) chez 255 femmes ayant un POP symptomatique. Pour cela, une échographique transpérinéale 3D/4D a été réalisée avant la pose du pessaire (mesure du hiatus génital au repos, lors d'une contraction périnéale et lors d'une manœuvre de Valsalva et recherche d'avulsions des MEA lors d'une contraction maximale).

À 1 an, 147 (57,6 %) femmes portaient encore un pessaire vaginal. Les femmes ayant expulsé le pessaire à 1 an avaient des dimensions hiatales significativement plus grandes au repos et en Valsalva, une aire du hiatus génital au repos, lors de la contraction et en poussée de Valsalva, plus grande.

En analyse multivariée, la présence d'un POP de stade 3 ou 4 et l'avulsion des MEA étaient associées au risque d'expulsion du pessaire à 1 an (OR = 2,43 [1,22-4,86], $p < 0,01$ et 3,18 [1,59-6,35], $p < 0,01$) (130) (NP2).

L'autogestion du pessaire s'est révélée également être fortement associée à l'utilisation à long terme du pessaire.

Manonai *et al.*, dans une étude rétrospective chez 289 femmes ayant bénéficié de la pose d'un pessaire (POP \geq 2, pessaire anneau avec support), ont retrouvé un taux d'échec de 5,88 % (17/289) à 6 mois, la plupart de ces femmes ayant choisi une intervention chirurgicale.

Dans cette population d'âge médian 71 (34-83) ans, le taux de poursuite du pessaire était de 83,0 %, 78,2 %, 71,3 %, 65,3 % et 61,7 %, après 1, 2, 3, 4 et 5 ans.

En analyse univariée, le seul facteur associé à la poursuite du pessaire à 3 ans était la gestion (et le nettoyage) du pessaire par la patiente elle-même. L'âge, le stade du POP, la constipation ou la présence d'une IU n'étaient pas associés à la poursuite ou non du pessaire (131) (NP3).

Les études ayant analysé les facteurs associés à la poursuite ou non du pessaire sont résumées dans le tableau 2 (Annexe 2).

2.3.5. En pratique, comment mettre en place un pessaire ? Quel suivi prévoir ?

La première mise en place du pessaire peut se faire au cours d'une consultation, par un professionnel de santé.

Pour un pessaire anneau, il s'agit de plier le pessaire entre le pouce et l'index de la main dominante, lui donnant ainsi la forme d'un arceau, puis de l'introduire dans le vagin alors que la main non dominante écarte les petites lèvres. La plupart des pessaires anneaux sont dotés de deux encoches (symétriques et diamétralement opposées dans la courbure interne du dispositif) qui constituent l'axe de plicature.

La lubrification préalable de l'extrémité du pessaire peut faciliter son insertion. Il faut ensuite positionner l'hémicirconférence postérieure du pessaire dans le cul-de-sac vaginal postérieur et l'hémicirconférence antérieure derrière le pubis. La pose doit se faire de préférence vessie et rectum vides.

Une fois mis en place, le pessaire ne doit pas faire mal. Le professionnel de santé doit vérifier l'ajustement du dispositif.

Le retrait du pessaire s'effectue, après repérage palpatoire des encoches du pessaire, en faisant faire au pessaire une rotation dans un sens ou l'autre afin de ramener les encoches dans un axe sagittal médian. Puis, en crochétant le pessaire avec l'index, il suffit de réaliser une traction douce mais continue jusqu'à l'ablation du dispositif.

Actuellement, il n'y a pas de consensus clair, fondé sur des preuves, concernant la surveillance et le rythme de suivi après pose d'un pessaire.

Pott-Grinstein et Newcomer ont mené une enquête auprès de 947 gynécologues aux États-Unis en 2001 afin de déterminer leur schéma de prescription des pessaires. Ils ont conclu que la plupart des gynécologues prescrivent des pessaires et que le pessaire anneau est considéré comme le plus facile à utiliser. Les gynécologues ont répondu que les pessaires pouvaient fonctionner pour tous les types de POP, mais sont moins efficaces pour les défauts postérieurs. Les visites de suivi sont le plus souvent effectuées à une semaine, un mois puis tous les 3 mois. L'application d'oestrogènes locaux est prescrite dans la plupart des cas (132) (NP4).

Gorti *et al.* ont évalué par des questionnaires postaux à tous les gynécologues consultant au Royaume-Uni quelles étaient leurs pratiques concernant l'utilisation des pessaires. Au total, 640 sur 1 173 (54,6 %) ont retourné le questionnaire, dont 555 (86,7 %) utilisaient des pessaires. Au total, 129 cliniciens sur 555 (23,3 %) ont déclaré suivre les patientes avec pessaire tous les 3 à 6 mois ; 372 (67,0 %) tous les 6 mois et 54 (9,7 %) entre 6 et 12 mois (133) (NP4).

Plus récemment, O'Dell *et al.* ont évalué les pratiques d'utilisation du pessaire dans des cabinets médicaux aux États-Unis en envoyant par mail des questions portant sur les choix et le suivi des pessaires.

Parmi les 323 répondants, 279 (86,4 %) ont déclaré réaliser du suivi de pessaire. Il s'agissait de médecins, infirmières et auxiliaires autorisées dans 80 % des cas. Le pessaire le plus utilisé était le pessaire anneau (61,5 % des cas). Le rythme de suivi était variable, comprenant le plus souvent un suivi à 3 mois d'intervalle avec des examens au spéculum ; l'utilisation de produit en application vaginale (hydratants, antimicrobiens ou œstrogènes vaginaux) n'était pas systématique (134) (NP4).

Propst *et al.* ont réalisé un essai randomisé comparant le taux d'anomalies épithéliales vaginales (érosions, ulcérations) chez 113 patientes porteuses de pessaire (pessaire anneau, Gellhorn ou pessaire Dish) vues en suivi toutes les 12 semaines ou toutes les 24 semaines.

Dans cet essai, le taux d'anomalies épithéliales lors de la visite de clôture de l'étude (à 48 semaines) était de 7,4 % dans le bras de suivi toutes les 12 semaines et de 1,7 % dans le bras de suivi toutes les 24 semaines. Les auteurs concluaient qu'un suivi toutes les 24 semaines n'était pas inférieur à un suivi toutes les 12 semaines (135) (NP2).

La première consultation de suivi pourra être programmée dans le mois suivant la pose ou avant en cas de chute, saignements ou survenue de fuites urinaires.

La pose et le retrait du pessaire peuvent être effectués par la patiente en présence du professionnel de santé, afin de s'assurer de la bonne compréhension des gestes à effectuer.

Si l'apprentissage par la patiente s'avère difficile ou impossible du fait d'une impotence physique ou cognitive, la pose et le retrait du dispositif devront être assurés par un professionnel de santé (gynécologue, médecin traitant, sage-femme, kinésithérapeute) ; il conviendra alors de leur proposer un rendez-vous tous les 4 à 6 mois (10).

Pour les pessaires anneaux ou cubes, le suivi pourra être secondairement espacé si la tolérance est bonne et/ou le nettoyage assuré par la patiente.

À chaque consultation, il s'agira de rechercher la notion de pertes vaginales sales ou de saignements pouvant témoigner d'une érosion et de vérifier l'intégrité du dispositif.

Dans le cas des pessaires en latex (Dumontpallier), l'utilisation d'excipients à base de corps gras (vaseline, glycérine...) est déconseillée car ils peuvent altérer le caoutchouc présent dans le pessaire.

Si un pessaire est proposé, une éducation à la pose et dépose du pessaire est indispensable à la bonne adhésion de la patiente au traitement.

Chez la femme ménopausée, la prescription d'un traitement œstrogénique local (ovules ou crèmes) permet d'améliorer la tolérance du pessaire et de limiter les risques trophiques vaginaux (127).

2.3.6. Quelles sont les complications possibles lors de l'utilisation d'un pessaire ?

Les principales complications du pessaire sont les pertes vaginales, les érosions vaginales responsables de saignements, les infections, les douleurs, l'incarcération du pessaire dans la muqueuse vaginale, la calcification du pessaire ou l'enclavement du col utérin dans l'orifice interne du pessaire. Elles concernent essentiellement les pessaires portés de manière continue.

Les taux décrits dans la littérature sont assez variables.

Dans leur série prospective, Lone *et al.* ont retrouvé un taux de complications annuel de 1,1 %. Soixante-treize pour cent des complications étaient survenues dans le premier mois et 88,8 %

survenaient dans les 6 premiers mois. La première cause retrouvée était l'expulsion du pessaire, avec un taux de 16,3 % à 1 mois. Venaient ensuite les douleurs et l'inconfort avec un taux estimé à 5,3 % à 1 mois, puis les métrorragies/ulcérations (1,2 %) et la constipation (1,2 %). Les auteurs concluaient que le principal facteur de réussite à long terme du port du pessaire était l'absence de complication à 1 mois (126) (NP2).

Hanson *et al.* ont décrit que 88,5 % (n = 1 092) des patientes n'avaient signalé aucune complication ; 8,9 % (n = 93) des patientes avaient développé des érosions, 2,5 % (n = 26) avaient développé des infections vaginales de divers types et 0,1 % (n = 5) avaient cessé d'utiliser leurs pessaires pour des raisons inconnues (127) (NP3).

Au contraire, Bai *et al.* retrouvaient dans leur série 73 % de complications, notamment des saignements, des érosions ou des odeurs nauséabondes (136) (NP2).

Sarma *et al.* ont évalué rétrospectivement le taux de poursuite du pessaire et la survenue de complications au moins 6 ans après la pose d'un pessaire chez 273 femmes (pessaire anneau). Parmi elles, 167 continuaient à l'utiliser avec succès à 4 semaines.

Par la suite, 93 (56 %) ont connu des complications comprenant des saignements, une extrusion, des pertes vaginales sévères, des douleurs et une constipation. Trente-huit femmes (23 %) avaient eu plus d'un type de complication et la plupart avaient eu plus d'un épisode. Seulement 23 des 167 femmes (14 %) ont continué à utiliser le pessaire au point final de l'étude dont la durée médiane de suivi était de 7 ans. Parmi celles qui ont abandonné, la durée médiane était de 1,4 (0,1-11) an. Après l'arrêt, 73 (44 %) ont choisi un traitement conservateur et 50 (30 %) ont choisi la chirurgie (137) (NP3).

Plusieurs études ont montré que l'utilisation de pessaires pouvait modifier la flore vaginale.

Collins *et al.* ont comparé les résultats de prélèvements vaginaux de femmes porteuses d'un pessaire depuis 3 mois (50 patientes) à des femmes qui venaient pour une première pose (50 patientes).

Les patientes incluses au moment de la pose ont également eu des prélèvements à 2 semaines, 3 mois et 6 mois après la pose. Les femmes qui portaient des pessaires étaient plus susceptibles de présenter des pertes vaginales (30,0 % vs 2,1 %, $p < 0,001$). Elles étaient également plus susceptibles de montrer des signes microscopiques d'inflammation vaginale et de vaginite (score de Nugent entre 7 et 10 : 8 % dans le groupe « première pose », 24 % dans le groupe « déjà porteuses » ; $p = 0,03$).

L'analyse des prélèvements des femmes ayant eu leur première pose a montré que ces changements se sont développés au cours des 2 premières semaines d'utilisation du pessaire. Les organismes aérobies et anaérobies étaient presque identiques chez les femmes porteuses de pessaire avec et sans pertes vaginales gênantes (138) (NP3).

Alnaif *et al.* ont comparé 44 femmes porteuses de pessaire à un groupe contrôle de 176 femmes. Ils ont retrouvé une augmentation significative du risque de développer une vaginose bactérienne chez les femmes porteuses d'un pessaire (OR = 4,37 [2,15-9,32]). Le tabac était également un facteur de risque indépendant de développer une vaginose (OR = 3,78 [2,05-8,25]) (139) (NP3).

L'utilisation d'une œstrogénothérapie locale permet d'améliorer la tolérance de pessaires chez les femmes ménopausées.

Dessie *et al.* ont évalué l'effet de l'utilisation d'une œstrogénothérapie locale pour diminuer la survenue de complications liées à l'utilisation d'un pessaire (pessaire anneau avec support, Dish, Gellhorn). Les auteurs ont analysé rétrospectivement les données de 199 femmes ménopausées utilisatrices de pessaire sur 6 ans. Parmi elles, 134 utilisaient des œstrogènes vaginaux et 65 n'en utilisaient pas. Les femmes qui utilisaient des œstrogènes vaginaux avaient une durée de suivi médian plus longue (29,5 mois) par rapport aux femmes qui n'en avaient pas (15,4 mois). Elles étaient moins susceptibles

d'arrêter l'utilisation de leur pessaire (30,6 % vs 58,5 %, $p < 0,001$) et d'avoir des pertes vaginales que les femmes qui n'en utilisaient pas (*Hazard Ratio* (HR) = 0,31 [0,17-0,58]).

L'utilisation d'une œstrogénothérapie locale n'était pas protectrice contre les érosions (HR = 0,93 [0,54-1,6]) ou les saignements vaginaux (HR = 0,78 [0,36-1,7]) (140) (NP3).

Pour Bulchandani *et al.*, qui ont évalué prospectivement la survenue de complications chez 170 femmes ménopausées utilisatrices de pessaire (pessaires anneau, de type Gellhorn, Shaatz ou Shelf), l'utilisation d'une œstrogénothérapie locale (crème ou anneau) ne diminuait pas significativement le taux de complications.

Une analyse en sous-groupe (groupe « pessaire anneau » vs « groupe non anneau ») a montré que l'utilisation d'une œstrogénothérapie diminuait le taux de saignements, d'érosions ou de pertes vaginales dans le groupe « non anneau ». Dans cette étude, 45 % des femmes utilisaient une œstrogénothérapie locale, et le suivi moyen était de 12 mois (141) (NP2).

En cas de sécrétions malodorantes, des ovules antiseptiques peuvent être utilisés. En cas d'érosion symptomatique, il convient d'enlever le pessaire et de donner un traitement à base d'œstrogènes pendant 2 à 3 semaines (142).

Certaines complications graves comme des fistules vésico-vaginales ou des migrations de pessaires ont été décrites. Elles sont assez rares et généralement dues à des pessaires négligés sur le long terme (143). Alperin *et al.* ont retrouvé des taux de 3 % de fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales chez plus de 4 000 femmes porteuses d'un pessaire sur un suivi de 9 ans (144) (NP3).

Les pessaires sont des traitements efficaces sur les symptômes associés au POP. Leur efficacité sur les symptômes semble équivalente au traitement chirurgical. Ils peuvent donc être proposés en première intention à toutes les patientes présentant un POP symptomatique, quels que soient leur âge ou le stade du prolapsus.

La pose d'un pessaire peut également être envisagée à titre diagnostique dans tous les cas où le lien entre symptômes et prolapsus n'est pas clair : en cas de troubles de l'évacuation vésicale, en cas de douleurs abdomino-pelviennes reliées au prolapsus génital par la patiente, ou en cas de gêne importante malgré un prolapsus non extériorisé (47).

La forme et la taille utilisées seront fonction de l'âge de la patiente, de son activité sexuelle et de sa capacité à manipuler le pessaire seule. Il est préférable d'utiliser des pessaires en silicone.

La première consultation de suivi pourra être programmée 2 à 6 semaines après la pose ; le suivi sera secondairement adapté en fonction du type de pessaire, des pertes vaginales et de la capacité de la patiente à le retirer pour le nettoyer.

Si un risque de complications est suspecté, par exemple en raison d'une déficience physique ou cognitive qui pourrait les empêcher de gérer le pessaire, il convient de proposer aux femmes porteuses d'un pessaire un rendez-vous tous les 4 à 6 mois.

Un suivi plus fréquent sera proposé aux patientes immunodéprimées (radiothérapie, chimiothérapie ou immunothérapie en cours) et en cas d'utilisation d'un pessaire en latex, tous les 3 mois.

En cas de pertes vaginales, de troubles de vidange vésicale ou de douleurs, il est conseillé que la patiente qui porte un pessaire contacte le professionnel de santé qui assure le suivi.

Le pessaire cube pourra être proposé aux femmes capables de le manipuler elles-mêmes régulièrement. Comme il comble la cavité vaginale, il est préférable de le retirer régulièrement.

Dans le cadre du suivi, l'apparition d'érosions ne nécessite pas d'enlever systématiquement le pessaire. Une hormonothérapie locale pourra être proposée en fonction de l'étendue des lésions.

Une utilisation « à la demande » est envisageable chez les femmes gênées seulement dans certaines activités ou circonstances à risque.

Chez la femme ménopausée, une œstrogénothérapie locale (crème, gélule ou ovule) permet d'améliorer la tolérance du pessaire et pourra être proposée afin de limiter les risques trophiques (érosion, mauvais positionnement).

Avant la pose du pessaire, il est recommandé d'informer la patiente sur les modalités d'utilisation du pessaire et son suivi, le risque d'expulsion de pessaire et les pertes vaginales associées à son utilisation.

2.4. Place des autres mesures conservatrices (laser/radiofréquence, hormonothérapie...) ?

Les traitements avec des œstrogènes topiques (capsules vaginales, crèmes ou anneau vaginal libérant de l'œstradiol) se sont révélés efficaces pour les symptômes associés à l'atrophie vaginale.

Une revue de 19 essais contrôlés randomisés incluant 4 162 femmes a conclu que les œstrogènes topiques disponibles ont tous la même efficacité pour traiter l'atrophie vaginale et les symptômes associés (145).

La revue systématique publiée par Weber *et al.* en 2015 a souligné la difficulté de réaliser une analyse appropriée du fait du faible nombre de patientes incluses, des variations importantes dans l'évaluation des résultats des différents symptômes associés au POP, du type et de la posologie des schémas thérapeutiques œstrogéniques étudiés (146).

Les auteurs concluaient que le fait de soulager les symptômes locaux liés à l'atrophie vaginale chez les patientes atteintes de POP pourrait atténuer la sensation de boule vaginale associée au POP, mais il n'existait à ce jour aucune donnée fiable à l'appui.

L'utilisation d'un anneau libérant des œstrogènes chez les femmes présentant un prolapsus des organes pelviens et des signes d'atrophie vaginale ainsi que des déficiences cognitives ou physiques pouvant rendre l'utilisation de pessaires ou de crèmes à base d'œstrogènes par voie vaginale difficile, paraît adaptée (10).

Mackova *et al.* (147) ont publié récemment une revue systématique à propos de l'utilisation du laser en cas d'IU et/ou de POP. Ils ont inclus dans leur travail 31 études avec 1 530 femmes ; seules 4 études étudiaient l'effet de l'utilisation du laser sur le POP et une seule avait comme objectif principal l'effet du laser sur le POP.

Les auteurs ont mené une étude prospective chez des femmes ayant une cystocèle et ont retrouvé une amélioration anatomique vers le grade 0 ou 1 dans 85 % des cas et dans les 15 % restants au grade 2 après deux à cinq séances de laser. Des grades inférieurs de cystocèle étaient associés à un taux de réussite plus élevé. Seulement 5 % des femmes n'avaient constaté aucune amélioration.

Il n'y avait pas, dans cette étude, d'évaluation des symptômes (148).

Les auteurs de la revue soulignaient que l'hétérogénéité des paramètres laser et les fréquences d'application n'avaient pas permis de réaliser une méta-analyse.

Aucun évènement indésirable majeur n'était signalé dans les études, une légère douleur et une sensation de brûlure ont été les évènements indésirables les plus fréquemment décrits.

Un dernier essai randomisé, publié en 2020, a comparé l'effet du laser YAG à un groupe témoin sans traitement chez 30 femmes présentant une cystocèle symptomatique et/ou une rectocèle de stade 2 ou 3 qui avaient choisi une intervention chirurgicale en raison de symptômes de prolapsus gênants. Le critère de jugement principal était la proportion de femmes ayant un stade 0 ou 1 après un traitement au laser, tandis que les critères de jugement secondaires incluaient l'évaluation des symptômes à l'aide du PFDI-20 et du PFIQ-7 et l'amélioration ressentie à l'aide du PGI-I. Tous les résultats ont été évalués au départ et à 4 mois. Cette étude n'a pas montré de différence entre les groupes sur les critères de jugement. Les auteurs ne recommandaient donc pas l'utilisation du laser YAG pour le traitement des POP de la paroi vaginale antérieure/postérieure (149).

En l'absence de contre-indication, l'utilisation d'œstrogènes locaux chez les femmes ménopausées présentant un POP est à envisager pour améliorer les symptômes associés au POP. La voie d'administration sera fonction des préférences et des capacités cognitives de la patiente.

Il n'existe actuellement pas de données permettant de recommander l'utilisation du laser ou de la radiofréquence dans la prise en charge du POP.

2.5. Quelles sont les informations préalables à transmettre à la patiente ?

2.5.1. Quelles sont les connaissances des femmes à propos du POP ? Quels facteurs peuvent influencer leur choix ?

Malgré un retentissement majeur sur la qualité de vie des patientes, moins de la moitié des femmes présentant des symptômes significatifs de POP demandent des soins.

Des connaissances insuffisantes et une perception erronée au sujet du POP et de ses symptômes constitueraient les principaux obstacles à la recherche de soins (150-152).

La revue systématique de Fante *et al.* à propos des connaissances des femmes concernant les principaux troubles pelvi-périnéaux (IU, incontinence fécale – IF – et POP) a retrouvé que la plupart des femmes ont des lacunes concernant les troubles pelvi-périnéaux, ne comprenaient pas les options de traitement et n'étaient pas en mesure d'identifier les facteurs de risque de ces troubles.

Parmi les études retenues (19 études, 11 512 femmes), le questionnaire le plus souvent utilisé était le questionnaire PIKQ (*Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire*) et l'IU était le trouble le plus fréquemment étudié. Les facteurs de risque les plus fréquemment associés au manque de connaissance des troubles pelvi-périnéaux étaient : l'ethnie afro-américaine (n = 3), le faible niveau d'éducation (n = 4), le faible accès à l'information (n = 5) et le statut socioéconomique modeste (n = 3) (153).

Comme déjà évoqué, il semble que certaines caractéristiques des patientes pourraient influencer sur leur choix entre chirurgie et traitement conservateur, en particulier leur âge, leur sexualité et le stade du POP (107-111).

Une étude prospective a montré que l'ajout d'une information écrite en plus de la consultation en face-à-face permettait d'améliorer les connaissances, la confiance et l'autogestion de 60 femmes porteuses de pessaires.

L'âge, le niveau d'éducation ($p > 0,05$), la langue maternelle ou les visites précédentes à la clinique ($p > 0,05$) n'influençaient pas significativement leur satisfaction (154) (NP3).

Une étude qualitative de Abhyankar *et al.* a exploré le ressenti des femmes prises en charge pour un POP et a cherché à déterminer leurs besoins et priorités pour améliorer les soins. Plusieurs groupes de discussion ont été constitués dans cette étude ayant inclus 22 femmes.

Les auteurs ont mis en évidence le besoin d'une plus grande sensibilisation des femmes, mais aussi des praticiens à ce problème.

Parallèlement, les femmes interrogées ont insisté sur l'importance de la prévention, notamment lors de la rééducation post-partum. Des campagnes de santé publique pour sensibiliser la population aux facteurs de risque de prolapsus, aux symptômes associés et à la possibilité d'une prise en charge précoce ont également été évoquées (155).

Les connaissances des femmes concernant l'ensemble des troubles pelvi-périnéaux sont le plus souvent insuffisantes et cela peut influencer sur leur choix de traitement.

Une information, idéalement appuyée par des brochures d'information, leur permet de participer au choix de la prise en charge dans le cadre d'une décision médicale partagée. Pour améliorer la satisfaction et la confiance dans leur prise en charge, cette information devra être faite par chaque professionnel rencontré.

2.5.2. Quelle est l'évolution naturelle du POP ?

Handa *et al.* ont suivi pendant au moins 2 ans (et jusque 8 ans), 412 femmes ménopausées incluses dans l'étude WHI (*Women's Health Initiative*) et ayant un POP.

Chaque femme a eu 2 à 8 examens annuels. Les incidences annuelles de la cystocèle, la rectocèle et l'hystéroptose étaient respectivement de 9,3, 5,7 et 1,5 cas pour 100 femmes-années.

La survenue d'un POP était associée à une augmentation de la parité et du tour de taille.

Les taux de progression d'un POP de grade 1 à un grade 2 ou 3 (classification de Baden-Walker) étaient de 9,5 pour 100 femmes-années pour la cystocèle, de 13,5 pour 100 femmes-années pour la rectocèle et de 1,9 pour 100 femmes-années pour le prolapsus utérin.

Les taux de régression annuels (grade 1 à 0, selon la classification de Baden-Walker) étaient respectivement de 23,5 pour 100 femmes-années, 22 pour 100 femmes-années et 48 pour 100 femmes-années (156) (NP2).

Gilchrist *et al.* ont cherché à déterminer rétrospectivement le taux de progression ou de régression chez 64 femmes ayant un POP symptomatique qui avaient refusé une prise en charge (pessaire ou chirurgie) et avaient choisi une surveillance. Elles ont eu un examen tous les 6 mois au moins avec quantification du POP selon classification POP-Q. Le suivi médian était de 16 mois (extrêmes 6-91 mois).

Dans cette étude, 19 % (12/64) avaient une progression du POP et 3 % (2/64) une régression du POP (157) (NP3).

Plus récemment, Pizzaro-Berdichevsky *et al.* ont évalué les taux de progression et les facteurs associés à la progression du POP chez 388 femmes ayant eu au moins 2 examens (POP-Q) avant chirurgie du POP. Le délai médian entre les examens POP-Q était de 9,9 mois (7,8-13,8 mois).

Le taux de progression du POP était de 29,1 % (IC 95 % 24,6-33,6 %). Le taux de progression n'était pas significativement associé à la durée de suivi.

Les personnes de ≥ 60 ans ainsi que celles dont le point Ba était ≥ 4 cm ou gh ≥ 5 cm présentaient un risque accru de progression des POP (158) (NP2).

L'information délivrée aux femmes devrait préciser que :

- l'évolution d'un prolapsus est lente, ne dépend pas forcément du temps : la régression est possible au même titre qu'une aggravation rapide dans certaines situations d'effort ;
- une intervention thérapeutique n'est nécessaire qu'en cas de gêne avérée ou de forme compliquée du prolapsus ;
- l'indication chirurgicale est rarement une urgence et ne repose pas sur un risque d'évolution défavorable du POP. Aucune donnée ne permet de justifier qu'opérer rapidement améliore le pronostic.

Seul le prolapsus extériorisé en permanence expose à un risque d'obstruction urinaire compliqué d'urétéro-hydronéphrose (159).

3. Quel bilan clinique et paraclinique proposer avant un geste chirurgical et dans quels buts ?

Les examens cliniques et paracliniques peuvent avoir plusieurs rôles avant la chirurgie. En effet, ils peuvent être proposés dans le but d'améliorer le résultat chirurgical sur le prolapsus ou dans le but de sélectionner la meilleure procédure chirurgicale afin de réduire la morbidité opératoire en fonction des constatations.

La notion de résultat chirurgical est très subjective selon le chirurgien et la patiente. Ainsi, Barber *et al.* ont décrit les critères d'efficacité de la chirurgie comme étant (i) une amélioration ou une restauration de l'anatomie pelvienne, (ii) la disparition de la symptomatologie initiale et (iii) l'absence de réintervention (160).

Afin de sélectionner le meilleur examen paraclinique, il convient tout d'abord d'effectuer un examen clinique complet qui guidera les examens complémentaires en fonction des informations attendues.

3.1. Examen clinique pelvien

L'examen clinique pelvien a pour objectif de :

- rechercher les symptômes associés au prolapsus. Les symptômes associés sont d'ordre urinaire (incontinence, hyperactivité, dysurie), digestif (incontinence anale, dyschésie) et gynécologique et sexuel (dyspareunie/métrorragie). Ces signes ne sont pas spécifiques d'un stade ou type de prolapsus (NP3) (47) ;
- évaluer l'importance des symptômes, le retentissement, le handicap et les attentes de la patiente ;
- évaluer si l'examen clinique (importance et type du POP) explique les symptômes et la plainte ;
- mettre en œuvre ou vérifier la mise en œuvre des dépistages pelviens recommandés.

Une fois l'interrogatoire réalisé, il convient de réaliser l'examen physique à vessie pleine afin de dévoiler une incontinence urinaire d'effort, voire un regorgement, puis à vessie vide.

L'examen comporte un examen au spéculum qui permet de refouler un prolapsus antérieur ou postérieur, ainsi que de dévoiler une incontinence urinaire d'effort, voire un regorgement (27).

Dans un second temps, les touchers pelviens permettront d'évaluer la perméabilité et la mobilité vaginale, ainsi que d'évaluer les muscles élévateurs de l'anus.

Un toucher rectal, ainsi que bidigital peut également être réalisé en cas de symptomatologie digestive (27).

3.2. Nécessité de mieux préciser le défaut anatomique

Une méta-analyse de 2017 (161) précise que l'IRM défécatoire (IRMd) n'apporte pas de meilleure information que l'examen clinique sur la présence d'une cystocèle, d'un prolapsus de l'étage moyen ou d'une rectocèle.

Cependant, cette même méta-analyse conclut que cet examen apporte un avantage sur la visualisation d'une entéroçèle ou d'une intussusception (37 % pour l'IRMd vs 25 % pour l'examen clinique $p = 0,01$).

Ainsi, pour certains auteurs, en donnant des informations sur la présence d'une rectocèle, d'une élytro-cèle ou d'un prolapsus rectal, l'IRMd modifie le geste opératoire jusqu'à 67 % (NP4) (45).

Lors de la présence d'un prolapsus postérieur ou multicompartimental, l'examen clinique peut être insuffisant et peut mener à une sous-estimation du défaut anatomique (48).

La connaissance de la présence d'un prolapsus multicompartimental peut modifier la voie d'abord chirurgicale pour la réparation.

Par ailleurs, en cas de prolapsus postérieur, il est important de différencier la rectocèle isolée qui pourra être abordée par voie transanale ou vaginale, d'une péritonéocèle associée ou non à une rectocèle, et qui contre-indique la voie d'abord transanale.

Ainsi, pour certains auteurs, les prolapsus d'organe sont bien évalués cliniquement sauf pour l'étage postérieur pour lequel il est difficile de discerner s'il s'agit d'une rectocèle ou d'une entéro-cèle (48).

Ces auteurs recommandent de discuter la réalisation d'un examen complémentaire dans ce contexte (IRMd, colpocystodéfécographie ou échographie pelvienne).

En ce qui concerne les différents examens morphologiques, une récente méta-analyse (161) rapporte que l'IRMd est moins sensible que la colpocystodéfécographie (CCD) dans le diagnostic de la rectocèle (61 % vs 73 %, $p = 0,02$), de l'intussusception (38 % vs 57 %, $p = 0,002$) et du périnée descendant (52 % vs 74 %).

Toutefois, les auteurs soulevaient le biais des études incluses dans la méta-analyse, en rapport avec le fait que la CCD était souvent utilisée comme examen de référence. Les mêmes auteurs (161) rappelaient qu'il est important de noter que l'IRMd est moins irradiante que la CCD.

En cas de prolapsus postérieur ou multicompartimental, une imagerie dynamique pourrait être indiquée dans certains cas pour mieux préciser le défaut anatomique.

Compte tenu de l'absence de bénéfice connu, le type d'examen d'imagerie dynamique est laissé au choix des praticiens spécialistes, notamment en fonction de la disponibilité des examens.

3.3. Nécessité de prévenir une complication fonctionnelle postopératoire

3.3.1. Prévenir le risque de défaut de vidange vésicale postopératoire

Dans une revue de la littérature de 2018, Pizzoferrato *et al.* (45) rapportent que la prévalence du syndrome obstructif augmente avec le degré du prolapsus vésical (NP2) et que si la rétention urinaire persiste malgré la pose d'un pessaire, le risque de rétention postopératoire augmente (NP3).

Cette considération était faite notamment devant les résultats de l'étude de Romanzi *et al.* qui rapportent que 4 % des femmes ayant une cystocèle grade 1-2 présentent un syndrome obstructif alors qu'elles sont 58 % si la cystocèle est de grade 3-4 (37).

Par ailleurs, pour Romanzi *et al.*, 94 % des femmes avec une cystocèle grade 3-4 corrigeaient leur syndrome obstructif par l'intermédiaire d'un pessaire (37).

Malgré ces données, Pizzoferrato *et al.* ne concluaient pas sur l'utilité de faire une débitmétrie prolapsus refoulé ou avec un test au pessaire afin d'identifier les patientes plus à risque de troubles postopératoires persistants de la vidange vésicale (45).

Une cystomanométrie peut également être proposée pour rechercher une hyperactivité du détrusor (HAD) et confirmer une hyperactivité vésicale (HAV) (45).

La moitié des patients présentant une HAV ne montre pas d'HAD (162). Selon cette étude, la chirurgie réduirait l'HAD (45).

Par ailleurs, l'HAD préopératoire est à risque d'augmenter les symptômes d'HAV postopératoire (45). Parallèlement, Pizzoferrato *et al.* (45) rapportent que les résultats de la cystomanométrie ne modifient pas la prise en charge du prolapsus et que par conséquent sa réalisation ne semble pas nécessaire avant chirurgie.

La cystomanométrie systématique ne semble pas nécessaire car elle ne modifie pas la prise en charge.

De la même manière, une débitmétrie systématique ne semble pas nécessaire pour prévenir le risque d'obstruction.

3.3.2. Prévenir le risque d'incontinence urinaire d'effort

L'incontinence urinaire d'effort intéresse 10 à 20 % des femmes opérées d'un prolapsus génital sévère (grade 3 ou 4) (163) et plusieurs études randomisées ont montré que l'association d'une chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort à une promontofixation permettait de réduire le risque d'incontinence urinaire d'effort postopératoire (45).

Toutefois, cette chirurgie combinée augmente le risque d'urgenterie *de novo* (164).

Il n'y a pas de méthode standardisée de dépistage de l'incontinence urinaire d'effort occulte (45) mais plusieurs techniques telles que la réduction manuelle (16 %), la réduction au spéculum (30 %) ou à l'aide d'un tampon (20 %) donnaient des meilleurs résultats que le test au pessaire (6 %) (165).

Une profilométrie urétrale peut être réalisée à prolapsus réduit afin d'évaluer la pression de clôture maximale de l'urètre qui pourrait être prédictive du risque d'incontinence urinaire d'effort (45).

Une pression de clôture plus basse est à risque de présenter une insuffisance urinaire d'effort postopératoire (166).

Malgré ces informations qui pourraient modifier la stratégie thérapeutique, une étude rétrospective concluait que le bilan urodynamique n'était pas « *cost-effective* » par rapport à l'examen habituel (46).

Le bilan urodynamique systématique n'a pas montré son utilité et ne semble pas nécessaire.

3.4. Nécessité de préciser le lien entre symptôme et examen clinique

3.4.1. Pour préciser le lien entre la symptomatologie urinaire et le prolapsus

L'IRMd n'est pas recommandée pour préciser le lien entre la symptomatologie urinaire et le prolapsus. Elle n'est pas utile pour guider le geste chirurgical dans cette indication et évalue essentiellement l'étage postérieur (45, 167).

L'IRMd donne toutefois des informations sur l'anatomie urétrale ou du muscle levator ani (MLA). Ainsi, 55 % des femmes avec prolapsus (n = 151) avaient une lésion du MLA contre 16 % des femmes sans prolapsus (n = 135) (81). Cela n'a pour le moment pas d'impact dans la pratique clinique.

Par ailleurs, dans les recommandations pour la pratique clinique éditées par l'AFU, le CNGOF, la SIFUD-PP, la SNFCP et la SCGP, il convient de rechercher une incontinence urinaire patente ou masquée (AP). La vidange vésicale est d'évaluation difficile en clinique et s'analyse par débitmétrie et mesure du résidu postmictionnel (AP) (47). En l'absence de signe urinaire patent ou masqué, il n'y a pas lieu de proposer de bilan urodynamique (47).

Selon les recommandations du NICE (10) publiées en 2019, les données n'ont pas montré le bénéfice des tests urodynamiques pour évaluer une incontinence urinaire d'effort ou une incontinence urinaire mixte avant la chirurgie. Ils ne sont donc pas nécessaires dans ce contexte.

Cependant, selon le NICE, les tests urodynamiques peuvent être bénéfiques si le diagnostic n'est pas clair ou si la femme présente des troubles de la miction, un prolapsus antérieur ou apical, ou des antécédents de chirurgie pour incontinence urinaire d'effort.

3.4.2. Pour préciser le lien entre la symptomatologie ano-rectale et le prolapsus

Les prolapsus génitaux postérieurs de la femme peuvent être en relation avec une symptomatologie d'incontinence anale ou de syndrome obstructif défécatoire. Une consultation spécialisée doit être demandée en cas de symptômes ano-rectaux.

3.4.2.1. Place de la manométrie ano-rectale

En 2018, Ridgeway *et al.*, pour les recommandations de la Société américaine d'urogynécologie sur le syndrome obstructif défécatoire, rapportent dans une méta-analyse que la manométrie ano-rectale aide au diagnostic de constipation dyssynergique et de dysfonctions de sensibilité rectale et concluent que ces troubles doivent être diagnostiqués au préalable car leur traitement n'est pas chirurgical (168).

En revanche, ils rapportent que les études ne montrent pas de corrélation entre le prolapsus et le testing ano-rectal (168). Par exemple, 20 % des patients sains présentent une absence de relaxation du sphincter anal durant la défécation (169).

La manométrie ano-rectale pourrait être utile pour les patients chez qui une cause non mécanique est suspectée (dyssynergie recto-sphinctérienne, Hirschprung, diminution de la sensibilité pelvienne...) (168).

La manométrie ano-rectale a surtout pour but d'éliminer un anisme dans le cadre du syndrome obstructif défécatoire car elle peut prédire l'échec de la chirurgie sur le symptôme et elle peut mener à la prescription d'une rééducation abdomino-périnéale préopératoire.

Dans le cadre de l'incontinence, elle peut prédire le risque d'une aggravation en cas d'absence de contraction volontaire ou réflexe.

3.4.2.2. Place de l'IRMd

La défécographie ou cystodéfécographie évalue la période pré-per et postdéfécatoire (168). Elle permet d'évaluer l'incontinence et permet de voir la présence d'une rectocèle ou d'une entérocele. Enfin,

elle aide à mieux comprendre le fonctionnement de la défécation (dyssynergie, prolapsus rectal) et éventuellement à dépister une rectocèle rétentionnelle.

Ces avantages des examens morphologiques sont à mettre en balance avec le fait que les résultats de la défécographie présentent des similarités entre les patients sains et patients avec une constipation. Ainsi, la rectocèle radiologique est fréquente chez les patients sains.

Par ailleurs, il existe peu de corrélation entre la rectocèle, le POP-Q (évaluation clinique) et les symptômes.

Enfin, la qualité de l'imagerie dynamique est dépendante de l'effort de poussée, et celui-ci doit être qualifié (de bon à mauvais)

Pour la Société américaine d'urogynécologie (168), l'IRMd présente peu de corrélation avec l'examen clinique mais peut révéler un anisme, une dyssynergie ou une défécation incomplète. Il peut également déceler un manque de relaxation du levator ani.

En ce qui concerne l'échographie 3D, la Société précise que cet examen apporte les mêmes informations que l'IRMd, l'échographie endo-anale ou la défécographie.

Pour Pizzoferrato *et al.*, l'IRM défécatoire (IRMd) pourrait être recommandée en cas d'incontinence anale (167) puisque l'IRMd permet de mieux dépister les rectocèles.

En effet, il est rapporté que l'IRMd détecte la rectocèle entre 82 et 100 % des cas vs 31 et 80 % pour l'examen clinique (167, 170).

L'IRMd permet d'aider au diagnostic du mécanisme de l'incontinence anale. En effet, une étude rapporte qu'une rupture du sphincter était plus pourvoyeuse d'incontinence anale en cas d'association avec une avulsion du levator ani (35,4 % d'incontinence vs 16,7 %) (Heilbrun M, *Int Urogynecol J Pelvic floor dysfunction* 2009) (167).

Selon les recommandations du NICE (189), les données analysées n'ont pas montré d'avantage supplémentaire à l'utilisation de techniques d'imagerie pour l'évaluation du prolapsus des organes pelviens, le conduisant à recommander de ne pas avoir recours systématiquement à l'imagerie pour documenter la présence d'un prolapsus vaginal objectivé à l'examen clinique.

En 2019, la FIGO a émis une mise à jour de ses recommandations sur la prise en charge des prolapsus du compartiment postérieur. Une imagerie et un bilan fonctionnel devraient ainsi être réalisés en cas de symptômes ano-rectaux complexes (IRMd, échographie, défécographie, manométrie ano-rectale, transit colique) (171).

Aucun examen complémentaire n'a montré son utilité en première intention avant la chirurgie du prolapsus des organes pelviens non récidivé. La rectocèle « radiologique » est fréquente chez la femme asymptomatique. L'imagerie doit être réservée aux cas où des dysfonctions ano-rectales sont suspectées ou si l'histoire clinique n'est pas claire ou non concordante avec l'examen clinique.

3.5. Rechercher une pathologie pelvienne ou rénale associée

En cas de prolapsus extériorisé en permanence, il existe un risque de retentissement sur le haut appareil urinaire avec insuffisance rénale.

Dans cette situation, selon une recommandation pour la pratique clinique française publiée par l'AFU, le CNGOF, la SIFUD-PP, la SNFCP et la SCGP, une échographie rénale peut être réalisée afin de rechercher une dilatation pyélocalicielle (AP) (47).

Si une hystérectomie associée au traitement chirurgical du prolapsus génital est prévue, les examens d'imagerie pelvienne éventuels seront adaptés à la pathologie utérine avérée ou suspectée.

En cas de prolapsus vaginal, la littérature ne rapporte pas de surrisque de cancer du côlon ; à la différence du prolapsus rectal qui est associé à une prévalence plus importante du cancer du côlon (172).

La coloscopie ne devrait être proposée qu'en cas de signes évocateurs de cancer colorectal.

Dans le cadre de la prise en charge d'un prolapsus génital, il est recommandé de réaliser un examen clinique pelvien afin de s'assurer de l'absence d'une pathologie pelvienne concomitante.

Il est recommandé de s'assurer que les dépistages pelviens recommandés (lien vers recommandations sur les dépistages²) sont à jour.

² Institut national du cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus [En ligne]. Boulogne-Billancourt: INCa; 2021.
<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>

4. Quelles sont les indications de la PEC chirurgicale ?

4.1. Quels sont les critères d'éligibilité à la chirurgie ?

4.1.1. Pour le prolapsus non récidivé

Le symptôme le plus spécifique du prolapsus génital est celui de la perception d'une boule intravaginale plus ou moins extériorisée à l'effort (47).

Les symptômes associés au prolapsus sont de types : urinaires (incontinence, hyperactivité vésicale, dysurie), digestifs (dyschésie, incontinence anale), gynécologiques et sexuels (dyspareunie, métrorragies), douleurs pelviennes ou périnéales (47).

Il semble utile de s'assurer, par l'interrogatoire et l'examen clinique (si besoin répétés), que la gêne décrite par la femme soit en rapport avec le prolapsus observé par le médecin.

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 (47).

Dans l'immense majorité des cas (en excluant le prolapsus extériorisé en permanence car il peut engager le pronostic rénal par exemple) :

- le prolapsus n'a pas de conséquence grave (comme le cancer) ou cachée sur la santé (comme l'HTA) ;
- ses seules conséquences sont fonctionnelles et sont appréciées par le sujet ;
- il n'y a jamais d'urgence thérapeutique ;
- il n'y a pas de perte de chance associée à l'expectative. Cela ne sera pas plus grave ou plus compliqué plus tard ;
- la décision de traitement est donc le résultat de l'échange entre la femme et le médecin.

Selon les recommandations publiées en 2016 par l'AFU, le CNGOF, la SIFUD-PP, la SNFCP et la SCGP, il convient donc de ne traiter que les prolapsus génitaux symptomatiques (47).

L'indication opératoire repose sur la présence concomitante de symptômes avérés et d'un prolapsus significatif confirmé par l'examen clinique (stade 2, 3 ou 4).

Pour rappel, les différents stades de prolapsus sont :

- selon Baden : 1 intravaginal, 2 affleurant la vulve, 3 dépassant la vulve, 4 extériorisé en permanence ; et
- selon la classification POP-Q : 0 pas de prolapsus, 1 intravaginal, 2 le point le plus bas au niveau de la vulve, 3 dépassant la vulve, 4 extériorisé en permanence.

La chirurgie est indiquée en cas de symptomatologie significativement invalidante et pouvant être expliquée par des anomalies anatomiques concomitantes (au minimum un stade 2 (POP-Q ou Baden)), ceci après traitement conservateur, notamment si un pessaire n'est pas toléré ou souhaité (information claire et loyale à donner à la patiente).

Si les symptômes sont discordants avec l'examen clinique : proposer un test au pessaire et réexaminer la patiente plusieurs fois.

4.1.2. Pour le prolapsus récidivé

Pour le prolapsus récidivé, les indications opératoires reposent, comme pour le prolapsus non récidivé, sur la conjonction des symptômes avérés et d'un prolapsus récidivé significatif confirmé.

Peu d'études s'intéressent aux prolapsus récidivés.

Un article de revue de 2016, de l'IUGA, a colligé à partir d'une revue de Medline, Cochrane et Embase les données pertinentes concernant les prolapsus récidivés uniquement (4).

Il a établi des recommandations de grade 1 à 5 (Oxford) en fonction des niveaux concernés par la récurrence.

Une étude rétrospective de 1 811 patientes suivies sur 20 ans montre une incidence de réintervention de 5,6 % (173).

À plus long terme, sur un suivi prospectif de 376 patientes pendant 10 ans, le taux de réintervention pour POP est de 26 % pour les patientes déjà opérées (6).

Il n'y a pas d'études permettant de proposer plus d'arguments pour opérer ou non un prolapsus récidivé.

Selon les recommandations du CNGOF de 2016, les indications chirurgicales d'un prolapsus récidivé sont les mêmes que pour un POP *de novo* (47).

■ Pour un prolapsus récidivé, les indications chirurgicales sont les mêmes que pour la forme non récidivée.

La prise en charge des prolapsus récidivés doit tenir compte des préférences de la patiente, de son désir de grossesse ultérieure, de ses conditions de vie, ses attentes, son éligibilité à la chirurgie, les facteurs de risque de récurrence... (4).

■ Le prolapsus récidivé doit alerter et faire rechercher d'autres facteurs de risque de récurrence. La réintervention étant en elle-même un facteur de risque d'échec, il est utile de rechercher également tous les facteurs d'hyperpression abdominale.

■ En l'absence de correction des facteurs de risque de récurrence, une réintervention n'a pas lieu d'être proposée.

■ En cas de multirécurrence, il est recommandé de proposer une prise en charge collégiale, après discussion en réunion pluridisciplinaire. Dans ces situations complexes, particulièrement lorsque l'étage postérieur est impliqué, une colpodéféco-IRM ou une colpodéfécographie est nécessaire.

4.2. Place de l'hystérectomie (systématique ou pas, de quel type : subtotale ou totale) ?

Historiquement, la réalisation d'une cure de prolapsus impliquait la réalisation quasiment systématique d'une hystérectomie dans le même temps opératoire. Il était considéré que l'utérus était responsable d'une contrainte permanente sur le dôme vaginal et que celui-ci était directement impliqué dans l'altération de la statique pelvienne.

Cependant, la physiopathologie du prolapsus est de mieux en mieux comprise et la réalisation d'une hystérectomie concomitante pourrait être à l'origine d'une instabilité secondaire du plancher pelvien.

Par ailleurs, se pose la question de la réalisation de l'exérèse d'un organe sain et de ses conséquences en termes de morbidité (physique et psychologique), de durée d'hospitalisation et de coût (174).

4.2.1. En cas de promontofixation (quelle que soit la voie d'abord)

Selon une revue de la littérature incluant 94 études dont 12 essais contrôlés randomisés, 45 études comparatives non randomisées et 37 séries de plus de 50 patientes chacune (175), il y a 9 essais comparatifs non randomisés qui montrent moins de pertes sanguines (moyenne - 63,6 ml), une durée plus courte d'intervention (moyenne - 22,7 min), un coût d'intervention moindre, moins de risque d'exposition (OR 0,16) en faveur de la conservation utérine.

La durée d'hospitalisation dans cette revue de la littérature est identique. Il n'y a pas de différence sur la résolution des symptômes liés au prolapsus (89 %), ni sur les résultats objectifs (OR, 2.21, 95 % IC, 0,33-14,67).

En cas de promontofixation, il n'y a pas de différence significative entre la conservation utérine et l'hystérectomie en termes de résultats subjectifs.

La conservation utérine n'expose pas à un risque plus important de récurrence sur l'étage moyen ni antérieur, selon la revue de la littérature de Meriwether de 2018 regroupant 4 essais randomisés contrôlés – 446 patientes) NP3 (175). La limite étant le faible recul de ces essais prospectifs (3 ans).

En revanche, d'après la méta-analyse de Meriwether, 4 essais randomisés contrôlés – 446 patientes, recul 12-36 mois –, l'hystérectomie concomitante allonge de manière significative le temps opératoire NP3 (22,7 minutes en moyenne), augmente les pertes sanguines NP3 (63 à 93 ml) et le risque de transfusion. La durée d'hospitalisation est plus longue (2,2 jours contre 1,8), de même que la convalescence postopératoire.

Donc l'hystérectomie concomitante à une promontofixation n'est pas recommandée en systématique, elle doit faire l'objet d'une discussion éclairée entre le praticien et la patiente.

Si l'indication est retenue, il est recommandé (grade C) de préférer une hystérectomie subtotale, car il a été démontré que l'ouverture vaginale est un facteur de risque d'exposition prothétique (47).

Dans l'article de revue de Gutman de 2013, ce risque est décrit jusqu'à 4 fois plus élevé (176) [revues PubMed, Medline, Cochrane publiées jusqu'en janvier 2012, niveau de preuve grade B (études comparatives rétrospectives, études de cohorte prospectives)].

Un surrisque d'exposition est retrouvé avec un OR 0,16, 95 % en cas d'hystérectomie associée concomitante (3 études de cohorte comparatives non randomisées, 138 patientes) dans la méta-analyse de Meriwether (175).

4.2.2. En cas de chirurgie vaginale avec pose de prothèse

L'hystérectomie pendant la cure de prolapsus par voie basse (avec prothèse pour l'étage moyen) n'améliore pas les résultats fonctionnels (NP2) (47).

Cependant, la réalisation d'une cure de prolapsus par voie basse avec pose de prothèse et conservation utérine semble en faveur d'une meilleure correction du point Bp et d'une préservation de la longueur vaginale totale.

L'analyse de la littérature est cependant difficile compte tenu des types de prothèses utilisés, nombreux et variés.

L'hystérectomie augmente la durée de l'intervention de 35,7 minutes en moyenne, le risque hémorragique et le risque de transfusion. Le risque d'exposition prothétique est majoré en cas d'hystérectomie mais variable selon le type d'incision vaginale, avec un risque multiplié par 6 en cas d'incision de colpotomie en T inversé.

Le risque d'exposition prothétique en cas de conservation utérine est diminué avec un OR = 0,34 (IC 95 % 0,18-0,67) et le taux de réintervention pour exposition 5,6 fois plus élevé (1,3 vs 7,3 %) en cas d'hystérectomie associée. Cohorte rétrospective de 188 patientes (taux exposition 10 %) (177).

4.2.3. En cas de chirurgie vaginale autologue

Il n'y a pas de différence significative en termes de résultats fonctionnels et anatomiques avec ou sans préservation utérine. L'hystéropexie par sacrospinofixation est une technique aussi efficace que l'hystérectomie avec suspension de l'apex (47).

Cela est à nuancer, selon la revue de la littérature de 2019 de Hoke, pour les prolapsus utérins en permanence extériorisés (grade 4), avec dans ces situations un taux de récurrence plus élevé en cas de conservation utérine (178).

Ainsi, les résultats de la chirurgie conservatrice autologue (sacrospinofixation, dont la technique de Manchester avec amputation du col) sont associés à un temps chirurgical plus court et un risque hémorragique moindre que les techniques associant une hystérectomie vaginale. Ces alternatives donnent les mêmes résultats pour la durée d'hospitalisation, l'amélioration de la qualité de vie et l'impact sur la sexualité, sans différence de récurrence, faisant préférer les techniques conservatrices. À l'exclusion des stades 4 utérins, pour lesquels le risque de récurrence en cas de chirurgie vaginale conservatrice est supérieur et doit donc faire discuter une autre alternative thérapeutique.

Plusieurs études sont concordantes, dont la revue de la littérature de De Oliveira, où l'hystérectomie est associée à un moindre risque de réintervention tous étages confondus que la conservation utérine (RR 2,05 ; 95 % IC 1,13-3,74 ; p = 0,02) (179).

Peut-être que le meilleur compromis est apporté par la technique « hybride » de Manchester (résection du col et sacrospinofixation) avec un taux de réintervention à 5 ans de 7 % contre 30 % en cas de sacrospinofixation seule et 11 % en cas d'hystérectomie totale selon Husby (180).

4.2.4. Retentissement sur la fonction sexuelle

L'activité sexuelle est améliorée après la réalisation d'une cure de prolapsus qu'il y ait une hystérectomie ou non, du fait d'une meilleure perception de l'image corporelle.

Les études concernant la sexualité des patientes après hystérectomie dans le cadre d'un prolapsus sont de qualité inégale et rapportent des résultats contradictoires, même si la plupart ne retrouvent pas d'effets délétères à long terme.

Dans l'analyse de la littérature pour les recommandations françaises de 2017 (47), l'hystérectomie dans le cadre d'une cure de prolapsus ne semble pas modifier la fonction sexuelle (NP3).

De façon concordante, dans la revue, récente, de la littérature de Joueidi en 2019, il n'y a pas de différence en termes de sexualité au décours de la chirurgie, quelle que soit la voie d'abord (promon-tofixation ou chirurgie vaginale autologue) (174).

Concernant la voie basse autologue, l'étude prospective mais portant sur un petit effectif de Costantini en 2013 compare 36 patientes avec hystérectomie et cystopexie versus 32 colpocystopexies seules

(âge moyen 58 ans). Elle conclut que la sexualité postopératoire (scores d'amélioration dans les domaines du désir, de l'orgasme et de l'excitation) est meilleure en cas de préservation utérine (181).

4.2.5. Risque histologique en cas de conservation utérine

L'incidence du cancer du col dans les 10 ans suivant une hystérectomie subtotale est évaluée entre 0,11 et 0,3 %. Une étude hollandaise s'est intéressée à la pathologie utérine découverte de façon fortuite sur des pièces d'hystérectomie réalisées pour cure de prolapsus. Elle conclut à un risque de 1/717 de trouver un cancer du col ou de l'endomètre (182).

Il peut s'agir également, à plus long terme, de la survenue secondaire d'un cancer. Le risque principal, compte tenu de l'âge des patientes opérées, concerne le cancer de l'endomètre.

Son incidence annuelle est estimée à 18,4/100 000. Les principaux facteurs de risque connus sont l'obésité, le diabète et la multiparité.

Concernant le risque de cancer de l'endomètre utérin, deux écoles s'opposent. Les arguments en faveur d'une hystérectomie systématique sont dominés par le principe de précaution vis-à-vis du risque carcinologique utérin. L'étude de Sherman *et al.* (183) confirme cette notion car l'incidence du cancer de l'endomètre est significativement diminuée dans une population où l'hystérectomie a été pratiquée antérieurement pour une pathologie bénigne (populations noires américaines avec utérus fibromateux et populations à risque pour cancer de l'endomètre).

Cet argument paraît être aujourd'hui un argument principal en faveur de l'hystérectomie systématique associée à la cure de prolapsus.

Mais beaucoup d'arguments plaident en faveur de la chirurgie conservatrice : l'incidence du cancer de l'endomètre reste modeste et le risque carcinologique ultérieur est réduit grâce à un bilan préopératoire, à une sélection des patientes et à un suivi régulier. Les techniques chirurgicales utilisées ne modifient en rien la surveillance et n'entraînent pas de retard au diagnostic (184).

Il n'y a pas de raison de modifier les recommandations sur le suivi gynécologique en cas de chirurgie du prolapsus.

4.2.6. En conclusion

L'hystérectomie n'améliore pas les résultats fonctionnels et anatomiques, elle augmente la morbidité péri-opératoire.

L'hystérectomie n'est pas recommandée pour le traitement du prolapsus en dehors des prolapsus utérins extériorisés traités par voie vaginale.

Elle doit faire l'objet d'un choix éclairé avec la patiente en fonction du risque de complication opératoire et du risque de néoplasie utérine ultérieure. Le choix des patientes va majoritairement vers la conservation utérine. Si elle doit être faite par voie abdominale avec renfort prothétique, elle doit être conservatrice du col (subtotale).

4.3. Critères de choix de la voie d'abord basse et de la voie haute

4.3.1. Voie basse autologue

L'avantage principal de la voie vaginale, largement utilisée, est de réduire le temps opératoire et la convalescence.

Aux États-Unis, 81 % des interventions pour POP incluent une colporraphie antérieure. Cela est longtemps resté comme le standard des chirurgies antérieures de prolapsus (185).

Les études sont difficiles à comparer et les résultats hétérogènes liés à la variabilité des techniques chirurgicales associées à la colporraphie antérieure autologue : culdoplastie selon Mac Call, suspension utérosacrée, sacrospinofixation, fixation iliococcygienne, avec ou sans hystérectomie totale/sub-totale, Manchester... Cela en rend la littérature très hétérogène avec par exemple des taux d'échec relevés incroyables de 0 à 92 % !

L'hystérectomie vaginale a été le traitement du prolapsus pour près de 82 % des patientes entre 2000-2010 au Royaume-Uni.

Une large revue et méta-analyse de 2015 (186) (5 essais prospectifs randomisés et 8 études comparatives retenus) confirme, avec un niveau de preuve intermédiaire, la supériorité (OR 2,04 (95 % IC 1,12-3,72)) de la promontofixation en termes de correction anatomique du prolapsus par rapport aux réparations vaginales autologues, mais pas de différence en termes de taux de réintervention (toutes causes retenues, notamment pour récurrence du prolapsus).

Dans l'analyse de la Cochrane de 2016 (187), il n'y a pas de différence en termes de risque de réintervention pour prolapsus RR 0,31 [0,03, 3,46].

Il n'y a pas non plus de meilleurs résultats d'une voie ou l'autre pour l'amélioration des symptômes digestifs et/ou urinaires, ni de différence sur la sexualité postopératoire.

En revanche, la voie vaginale autologue est moins morbide : moins d'iléus et d'occlusion (0,2 vs 2,7 %), moins de maladie thrombo-embolique (0,1 vs 0,6 %) (4).

La voie vaginale autologue revient actuellement en force avec le retrait des prothèses vaginales.

L'étude récente de Schiavi a suivi 146 patientes avec un recul de 48 mois en médiane, opérées par voie autologue vaginale. Le taux de guérison subjective est de 97,3 %, objective 91,1 % avec une amélioration significative des questionnaires qualité de vie (ICIQ-UI SF, P-QoL, et PISQ-12).

La chirurgie autologue vaginale est une bonne alternative. Elle donne les mêmes résultats en termes d'amélioration de la qualité de vie que la voie haute mais reste associée (quand on parle de la sacrospinofixation seule) à plus de récurrences que la promontofixation (recommandation de classe A – Oxford) (4).

Le choix doit être porté en fonction des patientes sur les antécédents et le rapport bénéfice/risque des différentes alternatives thérapeutiques.

Cas particulier du colpocléisis

Le colpocléisis (chirurgie d'occlusion vaginale) représente une alternative à la marge mais à considérer chez les femmes à risque chirurgical et/ou anesthésique, particulièrement en cas de récurrence ou en cas de très volumineux prolapsus, chez des patientes informées en balayant les différentes options et les avantages/inconvénients de chaque technique.

Cette ancienne technique (publiée en 1877 par Lefort) est sûre et peu morbide, comme le confirme la revue de la littérature de 2017 de Buchsbaum (188).

La satisfaction des patientes bien sélectionnées est élevée, le succès anatomique est estimé à 90 % et se maintient dans la durée. La perte de la fonction coïtale est rarement une raison de regret (entre 3 et 9 %).

L'hystérectomie n'est pas nécessaire chez la plupart des patientes (le risque de cancer de l'endomètre pour des patientes de plus de 75 ans est de moins de 0,6 %).

Les symptômes d'hyperactivité vésicale sont améliorés dans plus de 50 % des cas (189), de même que les troubles de la vidange vésicale et rectale.

Il est aussi noté une amélioration de la constipation chez un quart des patientes et une amélioration de l'incontinence anale chez un tiers des patientes pour Zebede *et al.* (190).

Les taux de complications peropératoires sont de moins de 2 % dans toutes les études. Ils augmentent sensiblement en cas d'hystérectomie associée.

Les complications postopératoires sont marquées essentiellement par des infections urinaires chez presque un tiers de ces patientes âgées.

La mortalité est estimée à 1/400 dans l'article de revue de Fitzgerald *et al.* (191).

Dans une étude prospective de Hullfish de 2007, au sein de 94 femmes ayant bénéficié d'un colpo-cléisis, 95 % se déclarent satisfaites ou très satisfaites en postopératoire (192).

Dans la revue de la littérature des recommandations françaises de 2016, le colpo-cléisis est associé à une efficacité objective à court terme de 98 % et subjective de 93 % (NP3) (193). Le degré de satisfaction des patientes en fonction de l'objectif est très favorable : 61 % sont satisfaites de l'amélioration sur la continence, 53 % sur la disparition de la sensation de boule vaginale, 50 % sur le gain de qualité de vie, et 43 % sur l'amélioration quant à la reprise des activités physiques (194). À moyen terme (1 à 3 ans), 85 à 100 % des patientes se déclarent satisfaites ou très satisfaites (NP3) (193).

Pour Deffieux *et al.* (193), les techniques d'occlusion vaginale (colpo-cléisis) sont une option envisageable pour le traitement du prolapsus chez les femmes ne souhaitant plus avoir de rapports sexuels par le vagin (grade C). Avant de « laisser en place » un utérus et de faire une fermeture vaginale qui rendra toute exploration utérine compliquée, il convient d'évaluer le risque de pathologie endométriale (grade C).

Des procédures anti-incontinence peuvent être effectuées au moment du colpo-cléisis pour les patientes atteintes d'incontinence d'effort coexistante (188).

4.3.2. Voie haute : promontofixation

La promontofixation est une technique ancienne et bien documentée pour le traitement des prolapsus génitaux. Son taux de succès est élevé. Elle consiste à interposer une prothèse non résorbable en polypropylène ou en polyester entre la vessie et le vagin, avec une fixation sur l'isthme utérin puis les ligaments présacrés antérieurs dans la région du promontoire.

C'est la technique recommandée (avec un grade A) dans les recommandations nationales de 2016 pour le traitement des prolapsus apicaux (195, 196).

Cette technique est devenue le standard chirurgical pour le traitement des prolapsus antérieurs dans la plupart des pays européens, la voie laparoscopique offrant le meilleur compromis entre les résultats et la morbidité (197, 198).

Le taux de succès est estimé entre 74 à 98 %, 92 % pour Nair (199). Le risque de réintervention pour prolapsus récidivé est de 2,3 vs 4,3 % pour la chirurgie vaginale.

D'après la dernière analyse de la Cochrane en 2016 (200), si 4 % des femmes après promontofixation nécessitent une réintervention pour prolapsus, il y en a 5 à 18 % après chirurgie vaginale. Les chiffres sont plus prononcés encore lorsque l'on parle de la récurrence clinique à l'examen systématique : si 23 % des femmes ont à 2 ans une récurrence à l'examen d'un prolapsus après promontofixation, environ 41 % (31 % à 63 %) présentent une récurrence clinique après une chirurgie vaginale. Cependant, la qualité des études était jugée faible à modérée.

Pour Maher (200), la promontofixation est la meilleure technique pour garantir l'efficacité objective et subjective de la cure du prolapsus, limiter le risque de récurrence et de chirurgie pour récurrence, l'incontinence urinaire d'effort *de novo* et la dyspareunie *de novo* avec comme inconvénient une durée opératoire plus longue que la chirurgie vaginale.

La supériorité en termes d'efficacité pour la cure du prolapsus antérieur et apical est donc clairement documentée.

La discussion reste ouverte sur le fait qu'il faut ou non combiner un geste postérieur dans le même temps (cf. question 4.4).

4.3.3. Voie basse prothétique

4.3.3.1. Prothèses synthétiques (polypropylène)

Elle est proposée afin d'améliorer les résultats par rapport à la voie vaginale autologue, ainsi permettre de combiner « l'efficacité » des cures de prolapsus par promontofixation et permettre une voie d'abord moins à risque per et péri-opératoire.

Par exemple, en cas d'abdomen multi-opéré rendant la voie haute complexe ou en cas de contre-indication anesthésique (notamment à la coelioscopie/pneumopéritoine).

Effectivement, dans une étude multicentrique prospective randomisée de 2018 (201), les taux de succès sont comparables entre la voie haute et la voie basse prothétique, mais les risques de réintervention pour complications sont plus importants par voie vaginale prothétique que par voie haute (8,6 % vs 0,8 %). Appuyant l'avantage de la voie d'abord, 5,4 % des interventions par voie haute ont dû être converties en voie vaginale avec prothèse.

Dans une méta-analyse de 2016 (202), les résultats anatomiques sont meilleurs dans les chirurgies vaginales avec prothèses que les chirurgies autologues vaginales (OR 1,28), de même que le risque de récurrence (OR 0,22), avec moins de pertes sanguines (45 ml), mais une chirurgie plus longue (15 minutes). L'amélioration des symptômes liés au prolapsus et de la qualité de vie n'est pas différente.

Dans une revue Cochrane publiée en 2016 (187) portant sur l'efficacité et la sécurité des techniques chirurgicales de traitement du prolapsus antérieur de la femme, la technique avec implants synthétiques a été comparée à une réparation avec tissu natif.

La réparation avec un implant en polypropylène est associée à un risque plus faible de persistance des symptômes, de réintervention chirurgicale pour prolapsus, de reprise chirurgicale et de récurrence de cystocèle.

Mais il est noté un risque plus élevé du critère composite associant réintervention chirurgicale pour prolapsus, incontinence urinaire d'effort et exposition prothétique, par rapport à une réparation sur tissu natif. Cependant, la qualité des études a été jugée faible à modérée (présence de biais et des imprécisions).

Une autre revue Cochrane publiée en 2016 (200) a porté sur l'efficacité et la sécurité des techniques chirurgicales de traitement du prolapsus apical de la femme. Pour la comparaison des techniques par voie basse avec et sans prothèse (6 RCT, n = 598), il n'a pas été observé de différence significative entre les techniques concernant la persistance des symptômes, le taux de récurrence et de réintervention chirurgicale. La qualité des études était encore faible à modérée. Les principales limites étaient des imprécisions, une faible qualité du recueil et des incohérences.

Enfin, une troisième revue Cochrane publiée aussi en 2016 (203) a évalué l'efficacité et la sécurité des implants transvaginaux synthétiques et biologiques comparés aux tissus natifs dans la réparation vaginale du prolapsus.

Concernant la comparaison de la réparation vaginale entre implant prothétique et tissus natifs, le recours aux implants prothétiques est associé à un taux plus faible de persistance des symptômes, de reprise chirurgicale du prolapsus, de récurrence du prolapsus comparé à l'utilisation des tissus natifs. Cependant, les implants prothétiques sont associés à un taux plus élevé de reprise chirurgicale pour prolapsus, incontinence urinaire d'effort ou exposition (critère composite) et à des taux plus élevés de blessure vésicale et d'incontinence urinaire d'effort *de novo*. Là encore, la qualité des études était très faible à modérée. Les principales limites étaient la description insuffisante de la méthode de l'étude, des imprécisions et des incohérences. Les auteurs concluent que le rapport bénéfice/risque des implants transvaginaux est faible en chirurgie primaire.

D'après l'analyse des études par le NICE (10) comparant l'efficacité de la prise en charge chirurgicale du prolapsus, la chirurgie vaginale avec prothèse a 48 % de probabilité d'être le meilleur traitement par rapport à la chirurgie vaginale autologue, avec un RR 1,2, d'être mieux traitée objectivement à 2 ans avec une prothèse par voie vaginale que pour une chirurgie autologue (colporraphie). Cependant, cette conclusion se basait sur un petit nombre de patientes.

L'analyse de sept RCT (n = 1 015) a montré une différence cliniquement importante entre la chirurgie prothétique et la colporraphie antérieure concernant le risque de réintervention pour récurrence, jusqu'à 36 mois pour un prolapsus antérieur, RR 0,38 (IC à 95 % 0,15 à 0,95).

Cela est également retrouvé de manière plus significative dans la Cochrane de 2016 (187) (1 421 patientes issues de 11 essais contrôlés randomisés) avec un risque de réintervention pour récurrence majoré en cas de chirurgie autologue vaginale (RR 2,03, 95 % IC 1,15 à 3,58). C'est-à-dire 2 % de risque de réintervention pour récurrence après chirurgie prothétique vaginale versus 2 à 7 % après chirurgie vaginale autologue.

Mais le risque global de chirurgie itérative nécessaire pour récurrence, incontinence urinaire à l'effort ou une exposition prothétique est moindre après une réparation autologue qu'après une chirurgie prothétique vaginale (RR 0,59, IC à 95 % 0,41 à 0,83 ; 12 ECR ; 1 527 patientes).

Cela suggère que si 10 % ont subi une intervention chirurgicale ultérieure après une réparation prothétique, alors 4 % à 8 % nécessiteraient une intervention chirurgicale ultérieure après la réparation tissulaire native (187).

Pour le Collège français des gynécologues, chez les patientes ayant une cystocèle récidivée, la mise en place d'une prothèse inter-vésico-vaginale est une option raisonnable pour réduire le risque de nouvelle récurrence (avis d'experts) (204).

Le problème des chirurgies par voie vaginale prothétique est le manque de données et de recul sur les risques inhérents au type de prothèse, problèmes de cicatrisation et d'exposition en lien avec la technique chirurgicale elle-même et/ou des comorbidités comme le diabète et l'immunodépression, le tabagisme, l'obésité...

Selon les recommandations UK du NICE de 2019 (10), les effets indésirables peropératoires sont un peu plus élevés pour la chirurgie vaginale prothétique vs colporraphie autologue (saignement RR 1,45 ; plaie urétrale RR 2,86 ; plaie vésicale RR 5,57).

Le taux d'exposition après chirurgie vaginale prothétique est plus important (12 études, 1 626 patientes : 7,93 % taux exposition) qu'en chirurgie prothétique abdominale – promontofixation – (3 études, 430 patientes, 3,72 % taux exposition).

Le taux de dyspareunies postopératoires à long terme est plus important en chirurgie prothétique vaginale (6 études, 787 patientes, 12,07 %) qu'en chirurgie autologue vaginale (2 études, 250 patientes, 6,8 %).

Cela est discordant avec la Cochrane de Maher de 2016 (187), qui ne retrouve pas de différence à 2 ans en termes de dyspareunies (RR 1,06, 95 % IC 0,59 à 1,90 ; 8 RCT ; 1 096 patientes).

À moyen terme (entre 1 et 2 ans postopératoires), il n'y a pas de différence en termes de qualité de vie (P-QoL scores, PFIQ-7, PFDI-20) entre la chirurgie voie basse autologue et prothétique vaginale (MD 1,09, 95 % IC - 1,19 à 3,37 ; 2 RCT ; 164 patientes) (187).

En France comme à l'international, depuis plusieurs années, l'apparition de complications parfois graves (douleur, extrusion, érosion, infection) a amené les autorités sanitaires à réévaluer la balance bénéfique/risque des implants de renfort ou à renforcer leur encadrement.

En 2007, la HAS a évalué les implants de renfort pelvien destinés au traitement du prolapsus par voie vaginale, cette évaluation a conclu que les données disponibles étaient insuffisantes pour qu'ils soient recommandés.

Dès 2014, le MHRA³ n'a pas remis en question le rapport bénéfique/risque des implants de renfort vaginal mais a demandé de nouvelles études. En 2015, le SCENHIR⁴ a identifié des risques liés aux caractéristiques techniques et à la voie d'implantation.

En 2017, la FDA⁵ a augmenté la classe de risque de ces dispositifs médicaux (DM).

Fin 2017, le NICE conseille de réserver la pose de ces implants à des protocoles de recherche clinique. Dans le même temps, le TGA⁶ prend la décision de retrait de ces implants. En juillet 2018, le NHS⁷ recommande une pause dans l'utilisation des implants de renfort vaginal, mais aussi des bandelettes sous-urétrales.

En avril 2019, la FDA décide de stopper la commercialisation sur son territoire des prothèses de renfort vaginal, en l'absence de données de sécurité suffisantes fournies par les industriels.

Selon les recommandations publiées par le NICE (UK) en 2019 (10) concernant la chirurgie du prolapsus : en avril 2019, le NICE avait considéré que, au vu des risques de complications associées à la chirurgie prothétique (risque d'exposition et d'érosion augmentant avec le temps), une réparation sans implant devait être préférée. La chirurgie avec implant pouvait être envisagée en cas de récurrence de prolapsus antérieur, faisant suite à une réparation sans implant, et uniquement en l'absence d'alternative, chez des femmes informées et acceptant les risques de la chirurgie prothétique. Cependant, ces recommandations ont été remplacées en juin 2019 par des recommandations plus restrictives. Compte tenu des problèmes de sécurité graves identifiés avec cette chirurgie prothétique et de l'insuffisance de preuves d'efficacité à long terme, le NICE a estimé que cette procédure ne devrait être utilisée que dans un contexte de recherche.

En France, à la suite d'un arrêté ministériel du 22 février 2019, les industriels souhaitant maintenir leur dispositif sur le marché français sont désormais obligés de déposer un dossier en vue de l'inscription intra-GHS⁸. Ces dossiers sont évalués par la CNEDiMTS de la HAS.

³ Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (U).

⁴ Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (Europe).

⁵ Food and Drug Administration (USA).

⁶ Therapeutic Goods Administration (Australie).

⁷ National Health Service (UK).

⁸ Arrêté du 22 février 2019 fixant au titre de l'année 2019 les catégories homogènes de produits de santé mentionnées aux articles L. 165-11 et R. 165-49 du Code de la sécurité sociale.

Pour le traitement du prolapsus par voie basse, à ce jour, tous les implants soumis à l'évaluation de la CNEDiMITS ont fait l'objet d'un avis défavorable. Dès lors, pour l'instant, aucun implant pour prolapsus par voie basse n'est inscrit sur la liste intra-GHS et donc aucun ne peut être utilisé en France, en dehors du cadre de la recherche clinique. Concernant les implants pour le traitement chirurgical du prolapsus par voie haute, l'évaluation est en cours.

En France, depuis 2016, l'ANSM assure une surveillance renforcée de ces implants.

L'enquête de matériovigilance (205) réalisée par l'ANSM en 2016 a rapporté que les 243 établissements ayant répondu ont implanté 12 284 dispositifs en 2015, dont 55 % dans le cadre du traitement de l'incontinence et 45 % dans le cadre du traitement du prolapsus. Les complications postopératoires observées sont survenues dans un délai inférieur ou égal à un an dans 67 % des cas et au-delà d'un an dans 33 % des cas. Le taux de complications observé sur la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2016 est de 1,43 %.

Un observatoire (206) des complications de la chirurgie de la statique pelvienne – l'étude VIGIMESH coordonnée par le CHU de Poitiers – a été mis en place depuis 2017. L'objectif de cet observatoire français est de recenser dans plusieurs centres hospitaliers (13 centres chirurgicaux) les complications à court et long terme après chirurgie de renfort pelvien avec ou sans pose d'implants. Les derniers résultats présentés montrent, sur 1 873 interventions, un taux de complications sévères de 2,8 %. Cet observatoire rapporte que le taux de complications à 6 mois le plus élevé concerne la pose de bandelettes sous-urétrales dans le traitement BSU associé à la chirurgie du prolapsus (7,03 %).

4.3.3.2. Prothèses biologiques (résorbables)

Le niveau de preuve est très faible mais il n'y aurait pas de différence de résultat subjectif (RR 0,95, 95 % IC 0,70 à 1,31 ; 1 RCT ; 54 patientes) (187).

Un prolapsus récidivant antérieur est plus probable après une chirurgie autologue vaginale qu'avec une prothèse biologique (RR 1,50, IC à 95 % 1,09 à 2,06 ; 3 ECR ; 268 patientes). Cela suggère que si 26,7 % des patientes opérées par voie vaginale avec une prothèse résorbable récidivent entre 1 et 3 ans, alors 29,1 % à 55 % des patientes opérées par voie basse autologue risquent de récidiver.

Il n'y a pas de données fiables permettant d'établir une différence significative en termes de risque de chirurgie itérative. Le taux d'exposition est rapporté entre 1 et 6,1 %.

Il n'y a pas de données sur les risques de plaies urinaires et/ou digestives. Il n'y a pas de différence en termes de risque d'incontinence (RR 0,72, 95 % IC 0,50 à 1,05 ; 1 RCT ; 49 patientes) ni de différence observée en termes de qualité de vie.

Au total, les niveaux de preuve sont faibles pour les prothèses résorbables, mais elles ne semblent pas apporter de différence d'efficacité, ni de morbidité par rapport à la voie basse autologue.

Lorsque le résultat anatomique et la durabilité priment pour la patiente, la promontofixation permet le meilleur succès, avec une morbidité faible.

Lorsque minimiser les risques per et péri-opératoires est la priorité, la voie vaginale autologue est une option à considérer.

Il n'y a pas de supériorité de l'un ou l'autre des traitements sur les symptômes du prolapsus (186).

La chirurgie prothétique vaginale reste une option de recours dans le cadre d'études prospectives dans des centres experts après décision pluridisciplinaire.

4.4. Place de la promontofixation (faut-il mettre une ou deux bandelettes) ?

La promontofixation est une technique ancienne et bien documentée pour le traitement des prolapsus génitaux. La question de la prothèse postérieure est pourtant toujours l'objet d'interrogations et de débats.

4.4.1. Traitement préventif du prolapsus de l'étage postérieur

Les séries démontrant un risque élevé de récurrence postérieure du prolapsus après traitement de l'étage antérieur et médian pourraient plaider en faveur d'un traitement préventif systématique de l'étage postérieur.

Mais elles analysent la combinaison promontofixation antérieure et Burch, qui est une technique reconnue à risque de décompensation de colpopexie postérieure.

Cette technique de Burch, depuis l'avènement des bandelettes sous-urétrales, n'est plus pratiquée que marginalement.

La littérature sur ce sujet est très pauvre et les études de très faible niveau de preuve.

Plusieurs études ont remis en cause l'association d'une cure de rectocèle préventive, en raison de la responsabilité de la cervicocystopexie (Burch) associée à la promontofixation, dans la survenue de la rectocèle secondaire (NP3) (195).

Antiphon en 2004, dans une série rétrospective de 103 promontofixations, compare les résultats de cures de prolapsus par promontofixation avec prothèse antérieure seule ou avec double prothèse, et ce en cas d'association d'une cervicocystopexie (Burch) ou d'une bandelette sous-urétrale de type *Tension-Free-Vaginal Tape* (TVT). Les résultats de cette série montrent avec un recul moyen de 17 mois que l'absence de prothèse postérieure n'est corrélée à une augmentation du risque de rectocèle qu'en cas de cervicocystopexie.

En effet, dans le groupe des 47 patientes n'ayant pas eu de Burch, il n'y a pas plus de rectocèles secondaires en l'absence de prothèse postérieure (8,3 % vs 8,6 %) (207).

Gadonneix rapporte les résultats d'une étude prospective sur 46 patientes opérées d'un prolapsus génito-urinaire par promontofixation coelioscopique associée à une prothèse postérieure systématique.

L'IUE a été traitée soit par colposuspension type Burch, soit par bandelette sous-urétrale rétropubienne type TVT.

Les récurrences sous forme de rectocèle, avec un taux global de 12 %, sont uniquement retrouvées chez les patientes ayant eu une colposuspension avec un taux de 33 % dans ce sous-groupe (208).

Dans la revue de la littérature de Gluck en 2020 (209), une seule étude rétrospective de 258 patientes est retrouvée comparant prothèse antérieure seule et prothèse postérieure « préventive » systématique.

Elle ne montre pas de bénéfice à un an chez les patientes ayant bénéficié d'une prothèse postérieure préventive (210).

De plus, cette chirurgie postérieure est à risque de complications rectales (hématome, plaie, dénervation). Ces complications sont surtout relevées si les points de fixation sont situés sur les muscles releveurs. Elles sont non significatives en cas de fixation simple à la paroi postérieure du vagin (études rétrospectives) (199).

Ces complications ont un impact fonctionnel. Cela justifie qu'il est plus raisonnable de ne pas prendre ces risques pour une chirurgie préventive postérieure qui n'est pas indiquée.

À l'issue de ces constatations, selon les recommandations françaises des collèges d'urologie, de gynécologie et de coloproctologie, il n'y a pas d'argument, lors d'une cure de prolapsus génito-urinaire par promontofixation associant hystéro et/ou vaginopexie antérieure, pour mettre systématiquement une prothèse postérieure inter-rectovaginale en prévention du risque de rectocèle secondaire (grade C).

En l'absence de colpocèle postérieure, le bénéfice apporté par la prothèse postérieure n'est pas établi (NP3) et à risque de complications dont le taux est mal évalué (47).

4.4.2. Traitement de la colpocèle postérieure symptomatique

Il y a plusieurs techniques de traitement des colpocèles postérieures symptomatiques : la promontofixation postérieure (sacropexie), la chirurgie vaginale autologue ou prothétique, la chirurgie transanale.

Les décisions thérapeutiques sont guidées en grande partie par le niveau de la rectocèle : basse (sous-lévatorienne) rarement associée à des entéroécèles, moyenne ou haute avec ou sans entéroécèle. On ne traite pas ici du prolapsus rectal.

La sacropexie coelioscopique est indiquée pour le traitement des rectocèles « hautes » associées à une élytrocèle en disséquant la cloison recto-vaginale sur la face antérieure du rectum (et en fixant pour certains la prothèse aux muscles releveurs de l'anus).

Elle est à privilégier particulièrement à la voie basse en cas de prolapsus rectal interne (intussusception rectale), dont la voie basse ne permet pas la correction.

Le risque de la voie haute est de voir apparaître des troubles de l'exonération induits par une dissection trop latérale notamment (dénervation) (211).

C'est une technique au taux de récurrence faible (2,2 % à 3,6 %), qui donne un bon résultat anatomique mais n'améliore pas toujours les troubles défécatoires (212, 213).

Pour les voies vaginales postérieures (dans rectocèles isolées basses et moyennes), il n'y a pas d'intérêt (résultats anatomiques, fonctionnels, satisfaction) à ajouter une prothèse résorbable (598 patientes issues d'essais prospectifs randomisés, recul 12-36 mois) (212).

La voie vaginale autologue est supérieure à la voie transanale dans l'amélioration des symptômes de constipation (25 % vs 50 %), d'évacuation incomplète (25 % vs 56 %), de manœuvres digitales (25 % vs 50 %) à 6 mois, mais les résultats anatomiques sont comparables (212).

Le risque d'infection de la cloison rectovaginale est nul dans la voie vaginale autologue, estimé entre 6 et 9 % dans la voie transanale. Il y a également plus de risques de saignement (4,4 %) et d'incontinence anale dans la technique transanale (urgences défécatoires). Celle-ci est fréquente (de l'ordre de 40 %) dans la première semaine puis résolutive dans les 3 mois postopératoires.

Dans la revue Cochrane de Mowat en 2018 (214), ces données en faveur de la voie vaginale postérieure sont confirmées avec moins de risques de réintervention pour récurrence par exemple.

Le RR réintervention pour récurrence est de RR 4,12 ; 2 ECR ; 87 patientes en faveur de la voie vaginale par rapport à la voie transanale. Si 10 % des femmes ont un prolapsus récurrent à l'examen après réparation transvaginale, entre 16 % et 100 % sont susceptibles d'avoir un prolapsus récurrent après réparation transanale.

La morbidité est également plus importante dans la voie transanale (dyspareunie, dyschésie...). La voie haute (rectopexie) n'est pas analysée.

D'après les recommandations françaises de 2016, 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). Pour le traitement de la rectocèle moyenne ou basse, la voie vaginale doit être préférée à la voie transanale (grade B) (47).

La sacropexie n'améliore pas toujours les troubles défécatoires (voire peut les aggraver) (211).

Plus récemment, la FIGO rapporte que la voie transvaginale et la voie laparoscopique ont une efficacité identique dans le traitement de la colpopexie postérieure (171).

En revanche, l'argumentaire repose essentiellement sur des études de faible effectif ou sur des patientes ayant une symptomatologie de type syndrome obstructif défécatoire ou incontinence fécale.

En l'absence d'étude randomisée contrôlée de bonne qualité, il n'est donc pas possible de conclure sur la supériorité de l'une ou l'autre des techniques.

Une réparation vaginale autologue est à privilégier en première intention pour les rectocèles sous-lévatoriennes.

Pour les rectocèles postérieures symptomatiques, la voie vaginale autologue est à privilégier sur la voie transanale.

La voie haute a un intérêt supplémentaire pour traiter un prolapsus rectal interne ou une entérocéle associés.

Dans les autres cas, vu l'état actuel de la littérature, il n'est pas possible de recommander la réalisation d'une cure par voie haute ou par voie vaginale.

4.4.3. Traitement du prolapsus rectal symptomatique

L'indication consensuelle de la rectopexie ventrale coelioscopique reste le prolapsus du rectum symptomatique dont les résultats anatomiques et fonctionnels sont les mieux évalués (NP3) (47).

Le principal risque est la dyschésie (20 % de constipation *de novo*) induite par une dissection trop latérale notamment (dénervation) (211).

4.5. Quelle chirurgie est la plus adaptée pour réduire le risque d'incontinence urinaire secondaire et éviter des interventions ultérieures ?

4.5.1. Incontinence urinaire préopératoire patente

L'IUE symptomatique est souvent associée aux prolapsus de bas grade (55 % grade 2), tandis que les prolapsus plus importants (33 % IUE patente grade 4) sont plutôt associés à des phénomènes obstructifs par effet pelote (NP2) (215).

D'après les dernières recommandations du NICE 2019 (10), aucune preuve n'a été trouvée en faveur d'une chirurgie combinée en un temps ou itérative si nécessaire sur la survenue de complications 12 mois après la chirurgie.

La qualité des preuves pour la comparaison de la chirurgie concomitante du prolapsus des organes pelviens et de l'incontinence urinaire à l'effort versus la chirurgie en deux temps est faible en raison du risque élevé de biais dans les différentes études : 3 essais randomisés contrôlés (166, 216-218).

4.5.1.1. Promontofixation

En cas de Burch associé, il n'y a pas de différence sur la continence postopératoire (NP2).

Mais il y a une incidence plus faible d'IUE persistante (65 vs 15 % RR 4,36) chez les patientes ayant bénéficié d'une pose de BSU dans le même temps que la cure de prolapsus (47).

4.5.1.2. Voie vaginale sans prothèse

En cas de TVT associé, 95 % vs 29 % des patientes étaient continentes en postopératoire à 3 mois. Quarante-vingt-neuf pour cent des patientes opérées d'un TVT dans un second temps ont ensuite été continentes. Il n'y a donc pas de différence significative à être opérée en un ou deux temps (166).

Dans une méta-analyse plus récente, pour une femme présentant un prolapsus et une IUE patente, on doit combiner la cure vaginale du prolapsus et une BSU concomitante chez 2,5 femmes afin de prévenir une réintervention ultérieure avec BSU différée (219).

4.5.1.3. Voie vaginale avec prothèse

La chirurgie vaginale prothétique semblerait donner de meilleurs résultats que la voie basse autologue, peut-être liés à l'effet de soutènement des bras transobturateurs des prothèses.

Ainsi, les taux de guérison d'une IUE patente sans geste urinaire associé sont de 61 % mais ce taux est amélioré à 99 % si une BSU est posée de manière concomitante (NP3) (47).

Les dernières recommandations du NICE (10) confirment ces données à 1 an (RR 1,38) en faveur de la guérison d'une IUE patente avec une chirurgie prothétique, avec cependant un très faible niveau de preuve, et sans différence à 24 et 36 mois.

Le risque d'IUE persistante est plus faible (0 vs 40 %) en cas de BSU associée à la cure du prolapsus (219).

La cure concomitante de prolapsus et de l'IUE patente réduit le risque d'IUE postopératoire (NP1). Cependant, le traitement isolé du prolapsus permet de traiter jusqu'à 30 % des IUE préopératoires.

Le traitement concomitant de l'IUE expose à une morbidité spécifique (NP3).

La méta-analyse de Van der Ploeg (219) rapporte 14 % versus 8 % d'évènements indésirables graves en cas de chirurgie combinée en un temps (perforations vésicales, plaies urétérales, exposition de bandelette, douleurs liées aux BSU, dysurie persistante...).

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 (47).

4.5.2. Incontinence urinaire *de novo*

Le risque d'IUE *de novo* après cure de prolapsus varie entre 9 et 17 % dans la littérature.

L'IUE masquée en est le facteur de risque principal (NP1), il convient de la rechercher à l'examen clinique préopératoire.

4.5.2.1. Promontofixation

D'après la dernière analyse de la Cochrane en 2016 (200), il n'y a pas de différence sur le risque d'apparition d'une incontinence urinaire à l'effort (avec un recul de 7 ans) que l'on associe ou non la promontofixation à une colposuspension (Burch) dans le même temps opératoire. Il n'y a pas de données en revanche pour l'association avec une bandelette sous-urétrale.

Il n'y a pas de données sur le risque d'incontinence urinaire par urgenturie comparant la promontofixation avec ou sans colposuspension.

4.5.2.2. Voie vaginale autologue

D'après la dernière analyse de la Cochrane en 2016 (200), la chirurgie vaginale autologue augmente le risque d'être réopérée pour incontinence urinaire d'effort (RR 1,87) : si 3 % des femmes après promontofixation nécessitent une réintervention pour incontinence urinaire d'effort, il y en a 2 à 16 % après chirurgie vaginale.

Sans parler de nécessité de réintervention, si 14 % des femmes après promontofixation ont une incontinence urinaire à l'effort, il y en a 16 à 40 % après chirurgie vaginale autologue (niveau de preuve intermédiaire).

Pour l'incontinence urinaire par urgenturie *de novo*, il n'y a pas de données permettant de conclure (200).

Si l'on combine une chirurgie de bandelette sous-urétrale (TVT) à une cure de prolapsus autologue, chez des femmes présentant une incontinence urinaire à l'effort patente ou masquée, 95 % vs 29 % étaient continent à 3 mois. La BSU dans un second temps chez ces patientes a ensuite permis de les rendre continent à 1 an sans différence statistique par rapport à une chirurgie en un temps et sans complications peropératoires (NP1).

4.5.2.3. Voie vaginale prothétique

D'après la dernière analyse de la Cochrane en 2016 (200), avec un faible niveau de preuve et donc une analyse à modérer, il semblerait que la chirurgie vaginale prothétique expose plus les femmes à un risque de réintervention pour incontinence urinaire à l'effort par rapport à la chirurgie vaginale autologue.

Si 2 % des femmes sont réopérées pour IUE après chirurgie vaginale autologue, 2 à 53 % le sont après chirurgie vaginale avec prothèse.

En revanche, il y a peu de différence pour l'apparition d'une IUE *de novo* après chirurgie vaginale prothétique vs autologue : si 22 % des femmes ont une IUE après chirurgie vaginale autologue, 21 à 44 % en ont après chirurgie vaginale prothétique.

Pour l'incontinence urinaire *de novo* par impériosité, il n'y a pas de différence statistiquement significative : 10 % pour chirurgie vaginale avec prothèse, 7 % sans (NS).

En comparaison à la promontofixation, selon Lucot (201), il n'y a pas de différence significative pour les résultats en termes d'incontinence entre chirurgie vaginale prothétique et promontofixation coelioscopique.

Le risque d'IUE démasquée est plus faible (1 vs 15 %) en cas de BSU associée à la cure du prolapsus (219).

La cure concomitante de prolapsus et de l'IUE masquée réduit le risque d'IUE postopératoire (NP1). Cependant, le traitement isolé du prolapsus permet de traiter jusqu'à 60 % des IUE masquées.

Le traitement concomitant de l'IUE expose à une morbidité spécifique particulièrement pour la voie vaginale et les BSU combinées (219) : 14 % versus 8 % d'évènements indésirables graves en cas de chirurgie combinée en un temps (perforations vésicales, plaies urétérales, exposition de bandelette, douleurs liées aux BSU, dysurie persistante...).

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 (47).

4.6. Quelles sont les informations à transmettre à la patiente en préopératoire (complications, récurrence, incontinence urinaire, douleurs, dyspareunie...) ?

Selon les recommandations du NICE (UK) publiées en 2019, les informations à transmettre à la patiente en préopératoire sont à moduler selon la chirurgie proposée. D'une manière générale, elles concernent :

- complications peropératoires : liées aux risques anesthésiques et chirurgicaux (saignement : 0 à 3 %, plaie digestive : moins de 0,5 %, plaies vésicales, urétérales : marginal...) ;
- risques postopératoires dont la maladie thrombo-embolique : 0,1 à 0,6 % ;
- complications liées à l'abord abdominal : éventration orifice trocart, occlusion sur bride même très à distance mais rare... ;
- complications liées à la cure de prolapsus – à développer en fonction du geste chirurgical – (10) : dyschésie *de novo*/constipation 15 % pour la voie vaginale vs 6,92 % pour la promontofixation, IUU *de novo* 14 % pour la voie vaginale antérieure vs 4,79 % pour la promontofixation, IUE *de novo* ou démasquée 7,38 % vs 7,45 %, IUE persistante avec risque de chirurgie en deux temps, dyspareunie de 3 à 30 % surtout pour la voie vaginale avec prothèse, douleurs 7,41 vs 2,54 %... ;
- récurrence du prolapsus : rare pour la promontofixation (3,6 %), plus fréquente pour la voie vaginale (autour de 10 % de récurrence symptomatique) (10) ;
- risque d'érosion en cas d'utilisation de prothèse : risque de réintervention majoré si prothèse vaginale (érosion bandelette) : environ 10 % de réinterventions pour la chirurgie vaginale prothétique, risque d'érosion après promontofixation 3 à 8 % (10).

4.7. Quelles sont les recommandations concernant la pose de prothèses synthétiques (mesh) par voie vaginale ?

Plusieurs études de NP1 montrent que l'interposition de prothèse vaginale diminue le risque de récurrence anatomique de cystocèle par rapport à une réparation autologue mais avec un faible recul (1 an pour la plupart, jusqu'à 3 ans de suivi) (47).

D'après Maher (200), il n'y a pas de différence significative en termes de complications dans les résultats entre la chirurgie vaginale autologue et la chirurgie vaginale avec prothèse, sauf pour le taux

d'exposition avec 18 % relevé sur la base de 4 essais comparatifs randomisés analysés, et un risque de réintervention pour exposition de 9,5 %.

Pour Lucot (201), comparant la promontofixation et la voie basse prothétique en prospectif randomisé, le taux d'exposition prothétique est nul dans le groupe promontofixation, mais reste faible dans le groupe voie vaginale prothétique (3,1 %) (essai multicentrique randomisé contrôlé sur 130 femmes opérées pour un prolapsus de grade 2 ou plus par promontofixation vs 132 par voie basse prothétique).

Il n'y a pas de différence significative sur les résultats fonctionnels en particulier en termes d'incontinence urinaire.

En revanche, pour les femmes sexuellement actives, le risque de dyspareunie postopératoire est supérieur dans le groupe voie vaginale prothétique (30 vs 14 %).

Par ailleurs, en avril 2019, les recommandations du NICE (10) avaient considéré que la chirurgie avec implant pouvait être envisagée en cas de récurrence de prolapsus antérieur, faisant suite à une réparation sans implant, et uniquement en l'absence d'alternative, chez des femmes informées et acceptant les risques de la chirurgie prothétique.

Ces recommandations ont été retirées en juin 2019. Elles ont été remplacées par les recommandations plus restrictives sur la réparation transvaginale du prolapsus de la paroi vaginale antérieure ou postérieure.

Le NICE considère que les données actuelles sur la sécurité de la réparation par voie transvaginale du prolapsus de la paroi vaginale antérieure ou postérieure montrent qu'il existe des problèmes de sécurité graves connus et que les preuves d'efficacité à long terme sont insuffisantes qualitativement et quantitativement. Par conséquent, le NICE estime que cette procédure ne devrait être utilisée que dans un contexte de recherche.

Il recommande que tous les événements indésirables liés aux dispositifs médicaux (y compris le mailage) utilisés dans cette procédure soient signalés et que les recherches à venir détaillent les critères de sélection des patients, les résultats à long terme, y compris les complications, le type de maille utilisé et la méthode de fixation, ainsi que la qualité de vie.

Au total, le bénéfice rapporté sur le risque minoré de récurrence du prolapsus en ajoutant une prothèse à la voie vaginale doit être pondéré par la morbidité possible (notamment liée au risque de réintervention pour exposition prothétique et au risque de dyspareunie).

4.7.1. Quels sont les critères d'éligibilité à la pose d'une prothèse synthétique par voie vaginale ?

Selon les recommandations UK du NICE de 2019 (10) :

- le taux d'exposition après chirurgie vaginale prothétique est plus important (12 études, 1 626 patientes : 7,93 % taux exposition) qu'en chirurgie prothétique abdominale – promontofixation – (3 études, 430 patientes, 3,72 % taux exposition) ;
- le taux de dyspareunies postopératoires à long terme est plus important en chirurgie prothétique vaginale (6 études, 787 patientes, 12,07 %) qu'en chirurgie autologue vaginale (2 études, 250 patientes, 6,8 %).

Au sein des différentes options et variantes des chirurgies vaginales possibles, le NICE établit que la chirurgie vaginale prothétique antérieure et apicale a une probabilité de 48 % d'être le meilleur traitement pour réduire le risque de récurrence du prolapsus des organes pelviens antérieurs, mais les résultats sont basés sur de très petits nombres avec des biais possibles.

Les preuves issues de 7 essais randomisés contrôlés (n = 1 015) montrent une différence cliniquement importante entre la chirurgie prothétique vaginale et la colporraphie antérieure simple avec un risque de recours à une chirurgie répétée pour récurrence (recul 36 mois) plus important en l'absence de prothèse (RR 0,38 (IC à 95 % 0,15 à 0,95)).

On peut ainsi indiquer une cure prothétique dans les situations à risque de récurrence comme la cystocèle récidivée, où l'on peut penser que l'apport d'une prothèse peut améliorer le résultat anatomique, voire subjectif à plus long terme en limitant le risque de récurrence.

Compte tenu des données probantes sur l'efficacité et les complications, le NICE a convenu que la réparation antérieure autologue vaginale doit être la recommandation de première intention pour la chirurgie du prolapsus antérieur par voie vaginale. Néanmoins, il relève que certaines femmes présentant un prolapsus récurrent peuvent être prêtes à accepter le risque plus élevé associé à la mise en place de prothèse et que cette option devrait leur être offerte.

Cependant, les recommandations du NICE d'avril 2019 ont évolué en juin 2019. Elles ont été remplacées par les recommandations plus restrictives sur la réparation transvaginale du prolapsus de la paroi vaginale antérieure ou postérieure.

Le NICE considère désormais que les données actuelles sur la sécurité de la réparation par voie transvaginale du prolapsus de la paroi vaginale antérieure ou postérieure montrent qu'il existe des problèmes de sécurité graves connus et que les preuves d'efficacité à long terme sont insuffisantes qualitativement et quantitativement. Par conséquent, le NICE estime que cette procédure ne devrait être utilisée que dans un contexte de recherche.

Il n'existe pas d'étude permettant de cibler les populations à risque pour lesquelles l'interposition de prothèse vaginale pourrait apporter un bénéfice : désinsertion musculaire ou avulsion du levator ani, haut grade de la cystocèle, histoire familiale de prolapsus, sacrospinofixation ou large hiatus génital...

L'autre intérêt de la chirurgie vaginale étant la voie d'abord, la place de la chirurgie prothétique vaginale peut être avancée lorsqu'il y a à la fois une contre-indication à la voie haute (adhérences, contre-indications anesthésiques...) et un risque important de récurrence (facteurs d'hyperpression abdominale non contrôlés) (201).

Dans le cas de prolapsus récidivés, selon l'étude prospective randomisée de Whitagen *et al.*, il y a moins de récurrences anatomiques avec une chirurgie prothétique vaginale qu'avec une chirurgie autologue vaginale. En revanche, l'amélioration fonctionnelle est comparable avec ou sans prothèse, et il est retrouvé 16,9 % d'érosion dans le groupe prothèse (220).

Le choix devra se porter de préférence chez une femme non sexuellement active (risque dyspareunie *de novo* majoré). La revue la plus large couvrant ce thème est faite par le NICE en 2019 relevant un taux de dyspareunies postopératoires à long terme plus important en chirurgie prothétique vaginale : 6 études, 787 patientes, 12,07 % de dyspareunies vs 6,8 % en chirurgie autologue vaginale : 2 études, 250 patientes (189).

4.7.2. Quelles sont les contre-indications à la pose d'une prothèse synthétique par voie vaginale ?

La question se pose surtout pour les prothèses antérieures et apicales.

Pour les rectocèles symptomatiques, il n'y a pas de différence d'efficacité entre les cures autologues ou avec prothèses biologiques. Les complications à long terme des prothèses synthétiques ne sont pas encore bien connues et étayées. Les données à court et moyen terme montrent qu'il n'y a pas d'amélioration à adjoindre une prothèse biologique à la voie postérieure.

Selon les recommandations de l'AFU publiées en 2016 sur le traitement par voie basse des colprocèles postérieures, dans l'étude prospective d'Azaïs *et al.* (221), un taux de récurrence de 24 % (12/50) a été rapporté à 12 mois de suivi après implantation de cette prothèse (NP2).

L'utilisation de prothèses synthétiques en inter-recto-vaginal est grevée d'une morbidité importante : en premier lieu, un taux d'érosion allant de 5,6 (222) à 12 % (223) et de dyspareunie par rétraction prothétique à distance de l'intervention jusque dans 63 % des cas (224). Il s'agit de séries ayant inclus de petites cohortes, respectivement 31 et 25 patientes. Dans la série de Milani *et al.* a été rapporté un cas d'abcès périnéal ayant nécessité l'ablation de la prothèse (224). Dans l'étude d'Azaïs *et al.* (221), le taux d'érosion vaginale était de 4,5 % avec un taux de rétraction prothétique de 31,9 % à 12 mois de suivi (225).

En conséquence, d'après les recommandations du NICE, les réparations vaginales postérieures doivent être faites sans prothèse (10).

Pour les cures antérieure et apicales, les contre-indications sont centrées autour des facteurs de risque d'exposition prothétique :

- l'obésité et le tabagisme sont des facteurs indépendants d'exposition prothétique (NP3). Le taux d'exposition pourrait ainsi être 10 fois supérieur lorsque l'IMC est à plus de 30. Le tabagisme augmente le risque de 3,7 fois (47) ;
- l'impact de l'âge est plus controversé dans la littérature ;
- l'activité sexuelle serait aussi un facteur de risque d'exposition (NP3) ;
- l'hystérectomie concomitante et les incisions en T inversé représentent des facteurs de risque d'exposition liés à la technique chirurgicale (19,2 vs 7,3 % de risque d'exposition en cas d'hystérectomie associée – NP2).

L'expérience du chirurgien est rapportée comme un risque avec un NP4.

Aucune étude ne permet de trancher quant au diabète, à la prise d'immunosuppresseurs au long cours, d'antécédent d'irradiation locale, d'antécédent d'exposition prothétique, ou d'atrophie vaginale bien que les œstrogènes locaux seraient protecteurs (NP4).

4.7.3. Modalités de prise de décisions chirurgicales

Compte tenu de l'état actuel des connaissances, il ne peut être recommandé d'utiliser systématiquement une prothèse pour le traitement des cystocèles de première intention en voie vaginale (grade B) (47).

Les dernières recommandations internationales, notamment celles du NICE en 2019, positionnent les prothèses par voie vaginale en cas de récurrence, chez une patiente informée et volontaire pour cette chirurgie.

En avril 2019, le FDA a décidé le retrait des prothèses vaginales aux États-Unis. Dans la foulée, les sociétés Boston Scientific et Coloplast ont retiré leurs produits du marché. En Angleterre, l'interdiction a initialement également porté sur les prothèses de soutènement pour l'incontinence.

En France, à la suite d'un arrêté ministériel du 22 février 2019, les industriels souhaitant maintenir leur dispositif sur le marché français sont désormais obligés de déposer un dossier en vue de l'inscription intra-GHS⁹. Ces dossiers sont évalués par la CNEDiMITS de la HAS.

⁹ Arrêté du 22 février 2019 fixant au titre de l'année 2019 les catégories homogènes de produits de santé mentionnées aux articles L. 165-11 et R. 165-49 du Code de la sécurité sociale.

Pour le traitement du prolapsus par voie basse, à ce jour, tous les implants soumis à l'évaluation de la CNEDiMETS ont fait l'objet d'un avis défavorable. Dès lors, pour l'instant, aucun implant pour prolapsus par voie basse n'est inscrit sur la liste intra-GHS et donc aucun ne peut être utilisé en France, en dehors du cadre de la recherche clinique.

Les avis d'experts au sein des recommandations internationales proposent d'encadrer ces décisions chirurgicales dans le cadre de concertations pluridisciplinaires, en incluant les patients dans des protocoles pour améliorer les données et connaissances en lien avec les prises en charges de prolapsus complexes et/ou récidivants.

Dans ces cas précis (risque de récurrence important, prolapsus récidivé, prolapsus complexe incluant les trois compartiments, incontinence associée...), les décisions sont encouragées par les recommandations et avis d'experts à être prises dans le cadre de discussions organisées pluridisciplinaires (gynécologue, urologue, chirurgien digestif, radiologue...) (10).

Se discute le recours à des centres experts pour l'indication des prothèses vaginales dans le cadre de protocoles d'étude.

5. Quelles sont les modalités de surveillance des patientes en postchirurgie ?

5.1. Quand doit-être réalisée la consultation postopératoire ?

Dans une étude de pratiques française réalisée en 2011 sur 89 spécialistes, les chirurgiens revoyaient les patientes dans une médiane de 4 semaines (espace interquartile : 2-4) postopératoires (226).

Il convient de rechercher la satisfaction des patientes, ainsi que d'éventuelles complications chirurgicales. Les complications des cures de prolapsus vaginaux peuvent être d'ordre pariétal, urinaire, génital et digestif.

La consultation doit toutefois être avancée en cas d'apparition de symptômes évocateurs d'une complication.

La revue de la littérature de Shah HN *et al.* (227) classe les complications de la chirurgie des POP selon trois modalités.

Ainsi, ils décrivent des complications directement liées à la technique chirurgicale : lésion des viscères (uretère, vessie, intestin), lésion des gros vaisseaux, hématomes pelviens, infection, occlusions liées à la prothèse ; des complications liées à la prothèse : extrusion, dyspareunie, rétraction, déformation, douleur, infection, abcès ; et les autres : urgenterie ou impériosités *de novo*.

Certaines de ces complications peuvent nécessiter une prise en charge urgente, telles la thrombose veineuse profonde (228), l'embolie pulmonaire (228), dont l'apparition a généralement lieu dans les 15 jours, ou une plaie viscérale (1,7 %) (228), qui peut se manifester par un abcès ou une péritonite dont le diagnostic est généralement posé dans les 7 jours suivant l'intervention.

Par ailleurs, dans de rares cas (0,3 %) (229), la patiente peut présenter une spondylodiscite dans une médiane de 76 jours (30-165), s'exprimant par des douleurs dorsales, de la fièvre et une irradiation dans les jambes, voire des décharges vaginales.

D'autres complications qui nécessitent une prise en charge non urgente et, dans un premier temps, non spécialisée doivent être recherchées.

Sur le plan **urinaire** :

- lésions urétérales (obstruction ou plaie) (0,8 à 5 %) (230) ;
- infections urinaires à 32 +/- 19 mois (3,5%) (228) ;
- incontinence urinaire *de novo* (9,9 %) (231) ;
- vessie hyperactive/dysurie/difficulté de reprise mictionnelle.

Sur le plan **gynécologique** :

- hémorragies à 32 +/- 19 mois (2,8 %) (228) ;
- dyspareunies (1,5 %-9,1 %) (228, 232).

Sur le plan **digestif** :

- incontinence anale *de novo* : 5 % (233) ;
- dyschésie *de novo* : 2 % (233).

Sur le plan **pariétal** :

- complication de plaie (1,5-7,8 %) (228, 232).

5.2. Quelles complications doivent être recherchées ?

Lors de la consultation postopératoire, il convient de rechercher une complication propre à la prothèse, généralement peu ou non symptomatique, ou une récurrence qui devra dès le diagnostic, ou la suspicion de diagnostic, être prise en charge par un médecin spécialiste.

Une érosion de prothèse peut avoir lieu dans 0 % à 12 % des cas avec un suivi en moyenne de 17 à 26 mois (228, 232, 234).

Les érosions de prothèse peuvent être symptomatiques ou non. Les érosions asymptomatiques de petite taille sont découvertes fortuitement. En cas d'extrusion de prothèse < 1 cm², il convient de proposer un traitement médical par application topique d'œstrogènes pendant 3 mois, ainsi qu'un suivi spécialisé à 3 mois de la prise en charge (10, 235).

5.3. Que faut-il surveiller, dans quel délai et sur quelle durée ?

Une récurrence peut avoir lieu dans 0-25 % des cas à 13-23 mois (228, 234) et une persistance des symptômes à 13-23 mois dans 2-31 % des cas (234).

Dans les cures de prolapsus par voie haute ou basse, il convient de surveiller l'apparition de symptômes évocateurs d'une des complications citées dans le chapitre ci-dessus.

La plupart des études rapportent l'apparition des complications dans les 13 mois à 4 ans (227, 232, 235) mais des complications de prothèse sont possibles à plus court terme ou à plus long terme.

5.4. Quelles sont les informations à transmettre à la patiente pour le dépistage des complications postopératoires à long terme ?

Il faut informer la patiente des risques de complications de la prothèse sur le court, moyen et long terme et du suivi à mettre en œuvre. Les signes évocateurs d'une complication de prothèse peuvent être (10, 227, 232, 235, 236) :

- gynécologiques : saignement vaginal persistant, pertes vaginales, douleur vaginale et pelvienne, odeur vaginale, dyspareunie, douleur du partenaire lors de rapports ;
- urinaires : infections urinaires à répétition, dysfonction de l'évacuation urinaire ;
- digestifs : rectorragies, douleurs anales, syndrome obstructif défécatoire.

Selon les recommandations du NICE, ces symptômes doivent mener à consulter un centre de référence offrant une prise en charge multidisciplinaire (10).

La prothèse peut être responsable de douleurs ainsi que d'une exposition de la prothèse (0-33 %) (227, 236, 237) plus fréquente chez les femmes traitées par voie vaginale (8-20 %) en comparaison avec les promontofixations (3-4 %)(236).

Cette exposition de prothèse doit être évoquée devant des saignements vaginaux, des pertes vaginales, des dyspareunies et des douleurs vaginales.

En cas d'érosion de l'urètre, la patiente peut présenter des douleurs à la miction, une urgenturie, une hématurie, des infections urinaires récurrentes, des calculs et une fistule urinaire.

La prothèse peut également être exposée dans les organes digestifs, expliquant ainsi les symptômes exposés ci-dessus.

La prothèse peut aussi être le siège d'une infection (0-8 %) (227). Dans ce cas, il est possible de percevoir une induration, une granulation ou sinus chronique de drainage. Cela est possible jusqu'à au moins 5 ans après la chirurgie.

Enfin, la prothèse, quelle qu'elle soit, peut être le siège d'une rétraction (jusqu'à 40 % de la superficie de la prothèse) (227). Dans ce cas, le vagin étant peu compliant, la patiente peut présenter une dyspareunie, ainsi qu'une incontinence anale ou une dyschésie, ainsi qu'une incontinence urinaire ou des difficultés à la miction.

5.5. Quelles mesures sont efficaces en postchirurgie (rééducation périnéale, pratique sportive, reprise de l'activité professionnelle, traitement de la constipation...) pour améliorer le pronostic postchirurgical et limiter l'apparition de complications ?

Plusieurs groupes de travail ont réalisé des sondages d'experts selon le modèle du DELPHI, de manière à proposer des recommandations de bonnes pratiques sur la convalescence postopératoire (238, 239).

En chirurgie abdominale, après une chirurgie coelioscopique de type colectomie, il est proposé d'attendre 4 semaines pour reprendre une activité de marche et de position assise habituelle. Ils proposent également d'attendre 2 semaines pour conduire une voiture, 1 semaine pour reprendre le vélo, 1 semaine pour reprendre un bain, 1 semaine pour la reprise des activités sexuelles. Ils préconisent 6 semaines d'arrêt de travail (239).

Par ailleurs, en chirurgie gynécologique par voie basse, il est recommandé la réalisation d'activités légères dans les 2 semaines, d'activités moyennes dans les 3 semaines et les activités lourdes dans les 4 semaines, de même que la reprise du travail (238).

Par ailleurs, une étude rétrospective danoise rapportait une variabilité importante de la convalescence après chirurgie du prolapsus selon les chirurgiens (0-24 semaines) (240).

Les mêmes auteurs ont ainsi comparé rétrospectivement deux modèles de convalescence (241). Dans leur modèle traditionnel, il était recommandé un repos de 6 semaines pour toutes les patientes (n = 188) alors qu'il était proposé un modèle multimodal dans la prise en charge innovante (n = 41).

Ainsi, ils recommandaient un repos de < 2 semaines pour les activités légères et de 4 semaines pour les activités sexuelles et sportives, ou le port de charge de plus de 10 kg. Les auteurs ne retrouvaient pas de différence dans les récurrences à un an (241).

Par ailleurs, ils ne retrouvaient pas de différence dans les suites opératoires, selon que l'éviction du port de charge était de 3 ou 6 semaines (241).

Enfin, dans une étude française de pratiques (226), il est rapporté que parmi les 76 chirurgiens ayant répondu au questionnaire, les réponses sur la durée d'éviction sexuelle sont variables. Ainsi, la durée médiane d'éviction recommandée par le chirurgien était de 4 semaines.

Certains chirurgiens n'en recommandaient pas alors que d'autres recommandaient une abstinence sexuelle de 12 semaines. De même, l'arrêt de travail était proposé pour 4 semaines, ainsi que l'absence du port de charges lourdes pour 4-5 semaines.

Pour la chirurgie du prolapsus par voie basse, une éviction des bains était recommandée pour 4 semaines (226).

La rééducation post ou péri-opératoire a été évaluée dans plusieurs méta-analyses mais aucune n'a permis d'apporter d'argument pour ou contre puisqu'il n'y a pas d'étude de bonne qualité ou reproductible sur le sujet (94, 242, 243).

Sur le sujet propre de la dyspareunie, la rééducation pré et postopératoire pourrait apporter un bénéfice pour la patiente (236).

Enfin, une étude randomisée contrôlée de 2020 ne retrouvait pas d'avantage pour les patientes opérées d'une chirurgie du prolapsus et ayant reçu une rééducation péri-opératoire (n = 48) sur le score PFDI-20, comparé aux patientes n'ayant pas eu de rééducation (n = 48) (244).

La grossesse après hystéropexie est envisageable (199) et peu d'études s'intéressent à la récurrence après grossesse. Il semblerait que la grossesse ne soit pas un facteur de risque de récurrence du prolapsus.

Une reprise progressive des activités physiques, professionnelles ou de loisirs est possible à partir de la troisième semaine postopératoire, en l'absence de gêne, d'inconfort ou de douleurs.

Cette reprise d'activité est à adapter aux conditions professionnelles en termes de fréquence, durée et intensité.

Il n'y a pas d'argument scientifique justifiant de déconseiller les rapports sexuels avec pénétration au-delà d'un délai de quatre semaines après chirurgie du prolapsus.

6. Validation

6.1. Avis de la commission

Lors de la délibération du 20 avril 2021, la commission RPPI a donné un avis favorable à la recommandation de bonne pratique avec demande de modifications mineures qui ont été intégrées.

6.2. Adoption par le Collège de la HAS

Lors de la délibération du 6 mai 2021, le Collège de la HAS a adopté la recommandation de bonne pratique avec demande de modifications mineures qui ont été intégrées.

Table des annexes

Annexe 1.	Méthode de travail	76
Annexe 2.	Recherche documentaire :	79
Annexe 3.	Résultat de la phase de lecture	86
Annexe 4.	Tableau 1. Satisfaction et efficacité du pessaire chez les patientes porteuses d'un pessaire dans les études utilisant des questionnaires validés	212
Annexe 5.	Tableau 2. Facteurs associés à la poursuite du pessaire	215

Annexe 1. Méthode de travail

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

- la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration des recommandations, de par : le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupe de lecture) et l'indépendance financière ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la recommandation (autosaisine) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

- un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;
- une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;
- un organisme d'assurance maladie ;
- une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toute RBP est mise en œuvre (voir guide note de cadrage). Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

Coordination du projet

Le déroulement d'une RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, est sous la responsabilité d'un chef de projet de la HAS chargé :

- de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet.
- Le chef de projet veille en particulier à ce que :
- la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;
- l'ensemble des membres désignés permette d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.
- Le chef de projet participe à l'ensemble des réunions.

- Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il comprend de façon optimale 15 à 20 membres :

- des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses ;
- des représentants d'associations de patients et d'utilisateurs ;
- et, si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques.

Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour identifier, sélectionner, analyser la littérature et en rédiger une synthèse critique sous la forme d'un argumentaire scientifique ; il aide également à la rédaction des recommandations.

Rédaction de l'argumentaire scientifique

La rédaction de l'argumentaire scientifique repose sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de travail.

La recherche documentaire est systématique, hiérarchisée et structurée. Le chef de projet, le président du groupe de travail et le ou les chargés de projet participent à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par un documentaliste. Elle est effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP.

Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis est effectuée par le chargé de projet, le chef de projet et le président du groupe de travail en amont de la première réunion du groupe de pilotage.

Chaque article retenu est analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats.

L'analyse de la littérature précise le niveau de preuve des études.

Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se réunissent deux fois, voire plus si nécessaire, pour élaborer, à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigés par le ou les chargés de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

Groupe de lecture

De même composition qualitative que le groupe de travail, il comprend 30 à 50 professionnels et représentants de patients et d'utilisateurs du système de santé élargis aux représentants des spécialités médicales, professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail.

Il est consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique GRaAL disponible sur le site de la HAS) et donne un avis formalisé (citations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur son applicabilité, son applicabilité et sa lisibilité. Les membres du groupe de lecture peuvent donner aussi leur avis sur tout ou partie de l'argumentaire scientifique.

Version finale des recommandations

Les commentaires des parties prenantes sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et la(les) fiche(s) de synthèse, au cours d'une réunion de travail.

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (page 2).

Validation par le Collège de la HAS

La RBP est soumise au Collège de la HAS pour adoption. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

Diffusion

Au terme du processus, la HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) la ou les fiches de synthèse, les recommandations et l'argumentaire scientifique.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique, se référer au guide : « Élaboration de recommandations de bonne pratique : méthode Recommandations pour la pratique clinique ». Ce guide est téléchargeable sur le site internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Gestion des conflits d'intérêts

Les participants aux différentes réunions ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS.

Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les déclarations des membres du groupe de travail ont été jugées compatibles avec leur participation à ce groupe par le comité de gestion des conflits d'intérêts.

Le guide et les déclarations d'intérêts des participants au projet sont consultables [sur le site unique DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home](https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home).

Actualisation

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

Annexe 2. Recherche documentaire :

Méthode

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en accord avec les chefs de projet et a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

La recherche initiale a porté sur la période de janvier 2009 à décembre 2019. Une veille a ensuite été réalisée jusqu'à fin janvier 2021.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : la base de données Medline ;
- la Cochrane Library ;
- les sites internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique, éthique ou économique ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

Résultats

Nombre références identifiées : 1061

Nombres de références analysées : 434

Nombre de références retenues : 260

Recherche documentaire

Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau 1 présente la stratégie de recherche dans la base de données Medline. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types de d'études.

Tableau 1 : Stratégie de recherche dans la base de données Medline:

Type d'étude / sujet	Termes utilisés	Période	Nombre de références
Prolapsus pelvien			
Recommandations		01/2009 12/2019	– 56
Etape 1	Pelvic Organ Prolapse!/de OR prolapse*/ti,ab		
ET			
Etape 2	Female/de OR (female* OR woman OR women)/ti,ab		
ET			
Etape 3	(recommendation* OR guideline* OR statement* OR consensus OR position paper)/ti OR (Health Planning Guidelines)/de OR (Practice Guideline OR Guideline OR Consensus Development Conference OR Consensus Development Conference, NIH)/pt		
Méta-analyses, revues systématiques		01/2009 12/2019	– 117
Etape 1 Et Etape 2			
ET			
Etape 4	(metaanalys* OR meta-analys* OR meta analysis OR systematic review* OR systematic overview* OR systematic literature review* OR systematical review* OR systematical overview* OR systematical literature review* OR systematic literature search OR pooled analysis)/ti OR (Meta-Analysis OR Systematic Review)/pt OR Cochrane Database Syst Rev/ta		
Rectocèle, cystocèle, constipation terminale, dysfonction du plancher pelvien chez la femme			
Recommandations		01/2009 12/2019	– 16
Etape 5	(Rectocele OR Cystocele OR Pelvic Floor Disorders OR Pelvic Floor/physiopathology OR Constipation/physiopathology)/de OR (rectocele* OR proctocele*OR cystocele*)/ti OR (urinary bladder prolapse* OR fallen urinary bladder OR pelvic floor dysfunction* OR obstructive defecation syndrome* OR terminal constipation*[])/ti,ab		
ET	Etape 2 ET Etape 3		

	Méta-analyses, revues systématiques	01/2009 12/2019	– 81
	Etape 5 ET Etape 4		
	Prolapsus pelvien chez la femme : examens d'imagerie		
	Essais contrôlés randomisés	01/2009 12/2019	– 7
Etape 6	((Pelvic Organ Prolapse!/de OR (pelvic organ prolapse* OR urogenital prolapse* OR vaginal vault prolapse*)/ti,ab) AND ((Magnetic Resonance Imaging! OR Ultrasonography! OR Defecography OR Fluoroscopy! OR Colonoscopy!)/de OR (magnetic resonance imaging OR ultrasonic imaging OR magnetic resonance defecograph* OR dynamic contrast-enhanced MRI OR dynamic CE imaging OR dynamic contrast-enhanced magnetic resonance imaging OR magnetic resonance defecography*)/ti,ab OR (ultrasonography* OR ultrasound OR sonograph* OR defecograph* OR fluoroscop* OR colonoscop*)/ti) AND ((Preoperative Period OR Preoperative Care)/de OR (preoperative OR preoperative OR before surgery OR before surgical)/ti,ab)) OR "Pelvic Organ Prolapse/diagnostic imaging"[Mesh]		
	ET		
Etape 7	random*/ti OR (Random Allocation OR Double-Blind Method OR Single-Blind Method OR Cross-Over Studies)/de OR Randomized Controlled Trial/pt		
	ET Etape 2		
	Etudes comparatives	01/2009 12/2019	– 33
Etape 8	(clinical trial* OR comparative stud* OR versus)/ti OR Clinical Trial/pt OR Comparative Study/pt		
	ET Etape 6 ET Etape 2		
	Etudes observationnelles	01/2009 12/2019	– 95
Etape 9	cohort* OR longitudinal stud* OR follow-up stud* OR prospective stud* OR retrospective stud*)/ti OR (Cohort Studies OR Longitudinal Studies OR Follow-Up Studies OR Prospective Studies OR Retrospective Studies)/de OR Observational Study/pt		
	ET Etape 6 ET Etape 2		

Revue		01/2009 12/2019	– 23
Etape 10	review/ti OR Review/pt		
ET	Etape 6 ET Etape 2		
Prolapsus pelvien et frottis cervical			
Tous types d'études		01/2009 12/2019	– 5
Etape 11	(Pelvic Organ Prolapse!/de OR (pelvic organ prolapse* OR urogenital prolapse* OR vaginal vault prolapse*)/ti,ab) AND (Vaginal Smear/de OR (vaginal smear* OR cervical smear*)/ti,ab)		
Prolapsus pelvien et manométrie anale / tests urodynamiques			
Essais contrôlés randomisés		01/2009 12/2019	– 4
Etape 12	Pelvic Organ Prolapse!/diagnosis/de AND (Urodynamics/de OR (Manometry/de AND (Rectum OR Anal Canal)/de) OR (urodynamic* OR anorectal manometr* OR ano-rectal manometr* OR anal manometr*)/ti,ab) OR (Pelvic Organ Prolapse!/de OR (pelvic organ prolapse* OR urogenital prolapse* OR vaginal vault prolapse*)/ti,ab) AND (Urodynamics/de OR (Manometry/de AND (Rectum OR Anal Canal)/de) OR (urodynamic* OR anorectal manometr* OR ano-rectal manometr* OR anal manometr*)/ti,ab) AND (Preoperative Period OR Preoperative Care)/de OR (preoperative OR pre-operative OR before surgery OR before surgical)/ti,ab)		
ET	Etape 2 ET Etape 7		
Etudes comparatives		01/2009 12/2019	– 20
Etape 12 ET Etape 2 ET Etape 8			
Etudes observationnelles		01/2009 12/2019	– 75
Etape 12 ET Etape 2 ET Etape 9			
Revue		01/2009 12/2019	– 11
Etape 12 ET Etape 2 ET Etape 10			
Effet à long terme de la chirurgie du prolapsus pelvien			
Essais contrôlés randomisés		01/2009 12/2019	– 13

Etape 13 (Pelvic Organ Prolapse!/surgery/de maj OR ((Pelvic Organ Prolapse!/de maj OR (pelvic organ prolapse* OR urogenital prolapse* OR vaginal vault prolapse*)/ti) AND (surgery OR surgical)/ti))

AND

((Treatment Outcome!/de maj AND Time Factors/de maj) OR Long Term Adverse Effects/de maj OR long term outcome*/ti,ab OR follow-up/ti)

ET Etape 7

Etudes comparatives	01/2009 12/2019	– 18
---------------------	--------------------	------

Etape 13 ET Etape 8

Etudes observationnelles	01/2009 12/2019	– 83
--------------------------	--------------------	------

Etape 13 ET Etape 9

Revue	01/2009 12/2019	– 6
-------	--------------------	-----

Etape 13 ET Etape 10

Complications de la chirurgie du prolapsus pelvien

Essais contrôlés randomisés	01/2009 12/2019	– 26
-----------------------------	--------------------	------

Etape 14 (Pelvic Organ Prolapse!/surgery/de maj OR ((Pelvic Organ Prolapse!/de maj OR (pelvic organ prolapse* OR urogenital prolapse* OR vaginal vault prolapse*)/ti) AND (surgery OR surgical)/ti))

AND

(Postoperative Complications! OR Surgical Mesh/adverse effects OR Fistula!)/de maj OR (postoperative morbidity OR post-operative morbidity OR postoperative complication* OR post-operative complication* OR mesh extrusion* OR fistula OR mesh erosion*)/ti)

ET Etape 2 ET Etape 7

Etudes comparatives	01/2009 12/2019	– 56
---------------------	--------------------	------

Etape 14 ET Etape 2 ET Etape 8

Etudes observationnelles	01/2009 12/2019	– 178
--------------------------	--------------------	-------

Etape 14 ET Etape 2 ET Etape 9

Etape 14 ET Etape 2 ET Etape 10

de : descripteur ; de maj : descripteur majoré ; ti : titre ; ab : résumé ; ! : explosion du terme générique ;
pt : type de publication ; ta : titre journal

Sites consultés

➔ Dernière consultation : mai 2020

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM
Association française d'urologie – AFU
Bibliothèque médicale Lemanissier
Catalogue et index des sites médicaux francophones – CISMeF
Collège national des gynécologues et obstétriciens français – CNGOF
Comité d'Évaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques – CEDIT
Expertise collective INSERM
Société française de médecine générale – SFMG

Adelaide Health Technology Assessment
Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ
Alberta Health - HTA provincial reviews
Alberta Medical Association
Allied Health Evidence
American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG
American College of Physicians – ACP
American Urological Association – AUA
Australian Clinical Practice Guidelines
Australia and New Zealand Horizon Scanning Network
Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical
BMJ Best Practice
British Association of Urological Surgeons
British Columbia Guidelines
California Technology Assessment Forum – CTAF
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health – CADTH
Canadian Task Force on Preventive Health Care
Canadian Urological Association
Centers for Disease Control and Prevention – CDC
Centre fédéral d'expertise des soins de santé – KCE
Centre for Clinical Effectiveness
Centre for Effective Practice
Centre for Reviews and Dissemination – CRD
CMA Infobase
Cochrane Library
College of Physicians and Surgeons of Alberta
European Association of Urology – EAU
Euroscan
Guidelines International Network – GIN
Health Services Technology Assessment Text – HSTAT
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux – INESSS
Institute for Clinical and Economic Review – ICER
Institute for Clinical Evaluative Sciences
Institute for Clinical Systems Improvement – ICSI
International Continence Society – ICS
Institute for Health Economics Alberta
International Network of Agencies for Health Technology Assessment – INAHTA
International Urogynecological Association
Malaysian Health Technology Assessment Section
McGill University Health Centre / Technology Assessment Unit
Medical Services Advisory Committee – MSAC

National Coordinating Centre for Health Technology Assessment – NCCHTA
National Health Services Evidence
National Health Services Innovation Observatory
National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE
New Zealand Guidelines Group – NZGG
Ontario Health Technology Advisory Committee – OHTAC
Public Health Agency of Canada
Queensland Government Health Policy Advisory Committee on Technology
Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists – RANZCOG
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists – ROGC
Scottish Health Technologies Group
Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN
Singapore Ministry of Health
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada – SOGC
Tripdatabase
U.S. Preventive Services Task Force – USPSTF
Veterans affairs, Dep. Of Defense Clinical practice guidelines
Veterans Affairs (VA) Evidence-based Synthesis Program
West Midlands Health Technology Assessment Collaboration

Veille

En complément, une veille a été réalisée jusqu'à fin janvier 2021 dans Medline, sur la base des équations du tableau 1.

Annexe 3. Résultat de la phase de lecture

Analyse présentée par question

Analyse effectuée sur la période de validation suivante : Du 06/10/2020 au 06/11/2020

Projet : GL PROLAPSUS

Questionnaire : Questionnaire Recommandations GL Prolapsus

Nombre d'experts sélectionnés : 77 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 66 questionnaire(s)

Taux de participation : 85.71%

Expert	Profession	Date de validation
Expert 1	Masseur kinésithérapeute	13/10/2020
Expert 2	Masseur kinésithérapeute	24/10/2020
Expert 3	Chirurgien digestif	26/10/2020
Expert 4	Radiologue	26/10/2020
Expert 5	Chirurgien digestif	09/10/2020
Expert 6	Urologue	13/10/2020
Expert 7	Masseur kinésithérapeute	18/10/2020
Expert 8	Masseur kinésithérapeute	24/10/2020
Expert 9	Gynécologue médicale	26/10/2020
Expert 10	Chirurgien digestif	16/10/2020
Expert 11	Pharmacien hospitalier	21/10/2020
Expert 12	Chirurgien digestif	24/10/2020
Expert 13	Médecin généraliste	26/10/2020
Expert 14	Gynécologue médicale	28/10/2020
Expert 15	Gynécologue Obstétricien	05/11/2020
Expert 16	Masseur kinésithérapeute	20/10/2020
Expert 17	Masseur kinésithérapeute	18/10/2020
Expert 18	Gynécologue Obstétricien	20/10/2020
Expert 19	Gynécologue Obstétricien	20/10/2020
Expert 20	Gynécologue Obstétricien	23/10/2020
Expert 21	Gynécologue Obstétricien	25/10/2020

Expert 22	Gynécologue médicale	20/10/2020
Expert 23	Gynécologue Obstétricien	10/10/2020
Expert 24	Gynécologue Obstétricien	08/10/2020
Expert 25	Médecin généraliste	25/10/2020
Expert 26	Gynécologue Obstétricien	19/10/2020
Expert 27	Proctologue	20/10/2020
Expert 28	Masseur kinésithérapeute	25/10/2020
Expert 29	Masseur kinésithérapeute	25/10/2020
Expert 30	Sage-Femme	19/10/2020
Expert 31	Gynécologue Obstétricien	27/10/2020
Expert 32	Gynécologue Obstétricien	19/10/2020
Expert 33	Gynécologue Obstétricien	08/10/2020
Expert 34	Sage-Femme	20/10/2020
Expert 35	Gynécologue Obstétricien	22/10/2020
Expert 36	Chirurgien digestif	25/10/2020
Expert 37	Gynécologue Obstétricien	26/10/2020
Expert 38	Gynécologue Obstétricien	23/10/2020
Expert 39	Masseur kinésithérapeute	23/10/2020
Expert 40	Gynécologue Obstétricien	26/10/2020
Expert 41	Masseur kinésithérapeute	19/10/2020
Expert 42	ANSM	16/10/2020
Expert 43	Gynécologue Obstétricien	27/10/2020
Expert 44	Médecin généraliste	26/10/2020
Expert 45	Gynécologue médicale	26/10/2020
Expert 46	Gynécologue Obstétricien	18/10/2020
Expert 47	Masseur kinésithérapeute	18/10/2020
Expert 48	Urologue	22/10/2020
Expert 49	Urologue	18/10/2020
Expert 50	Proctologue	26/10/2020
Expert 51	Médecin généraliste	22/10/2020

Expert 52	Radiologue	17/10/2020
Expert 53	Sage-Femme	25/10/2020
Expert 54	Gynécologue Obstétricien	22/10/2020
Expert 55	Masseur kinésithérapeute	23/10/2020
Expert 56	Gynécologue Obstétricien	24/10/2020
Expert 57	Pharmacien libéral	19/10/2020
Expert 58	Représentante patient	26/10/2020
Expert 59	Proctologue	18/10/2020
Expert 60	HAS	16/10/2020
Expert 61	Gynécologue Obstétricien	19/10/2020
Expert 62	Sage-Femme	19/10/2020
Expert 63	Urologue	25/10/2020
Expert 64	Gynécologue Obstétricien	17/10/2020
Expert 65	Gynécologue Obstétricien	22/10/2020
Expert 66	Urologue	05/11/2020

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer au Groupe de lecture pour l'élaboration de Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) sur le thème « Prolapsus des organes pelviens de la femme Prise en charge thérapeutique ».

Ce projet est conduit par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Votre mission consiste :

- à lire le texte des recommandations et l'argumentaire
- à donner un avis sur la qualité de l'argumentaire par commentaires libres, et si besoin en précisant les données de la littérature qui n'ont pas été prises en compte (dans ce cas, merci de transmettre les références ou articles qu'il conviendrait de prendre en compte),
- à donner un avis sur la lisibilité, la faisabilité et l'applicabilité des recommandations en cotant chaque proposition de recommandations à l'aide de l'échelle de cotation et en apportant des arguments complémentaires ou contradictoires (sous forme de commentaires libres) reposant si possible sur la littérature, et sur votre expertise lorsque la littérature est insuffisante ou inexistante.

Pour la phase de cotation, en regard de chaque proposition du questionnaire est placée une échelle numérique discontinue graduée de «1» à «9». La cotation doit être fondée sur les données de la littérature et votre expérience dans le domaine abordé.

- La valeur «1» signifie que la proposition n'est pas du tout conforme aux données actuelles de la littérature et que vous êtes en désaccord total avec la proposition,
- La valeur «9» signifie que la proposition est tout à fait conforme aux données actuelles de la littérature et que vous êtes totalement d'accord avec la proposition,
- Les valeurs comprises entre «2» et «8» traduisent les situations intermédiaires possibles,
- La valeur «5» correspond à votre indécision.

Il est important d'éviter les données manquantes : si vous êtes indécis, il est préférable de coter « 5 » plutôt que de ne pas répondre.

Vous avez aussi la possibilité de signaler que la question est hors de votre champ de compétences (« Je ne peux pas répondre »).

Texte des recommandations

Préambule

Contexte d'élaboration

Ces recommandations sont élaborées suite à une saisine du Ministère des solidarités et de la santé dans le cadre de la réglementation mise en place relative aux dispositifs médicaux utilisés pour la chirurgie du prolapsus.

Les enjeux de ces recommandations sont de proposer une prise en charge adaptée à la patiente afin d'améliorer la symptomatologie tout en minimisant les effets indésirables ou les complications. Cela nécessite d'améliorer l'information délivrée aux chirurgiens, aux médecins généralistes et aux professionnels paramédicaux quant aux différentes modalités de prise en charge et de leurs indications.

Objectif de la recommandation

Les objectifs de ces recommandations sont de :

- Définir la stratégie thérapeutique de prise en charge en fonction des troubles de la patiente afin d'améliorer la symptomatologie notamment chez la personne âgée.
- Développer l'information des patientes dans le cadre d'une décision médicale partagée
- Améliorer l'information des praticiens impliqués dans la prise en charge : médecin généraliste (diagnostic, détection des complications et orientation de la patiente), professions paramédicales (notamment dans la mise en œuvre de techniques alternatives), chirurgien
- Préciser les modalités de surveillance en cas de pose de dispositifs.

Cibles de ces recommandations

Ces recommandations sont destinées aux médecins spécialistes prenant en charge le prolapsus des organes pelviens de la femme (Gynéco-obstétricien, Urologue, Chirurgien digestif, Proctologue, ..) mais aussi les médecins de premier recours (médecin généraliste, gériatre) ainsi que les professionnels de santé participant à la prise en charge (sagefemme, masseur kinésithérapeute, ..).

La population concernée par ces recommandations comprend les femmes de plus de 18 ans atteinte d'un prolapsus des organes pelviens et notamment la personne âgée.

1 Quelle évaluation initiale à conduire dans le cadre d'un prolapsus génital (POP) et dans quels buts ?

L'évaluation initiale d'un prolapsus des organes pelviens (POP) porte sur l'appréciation du stade du prolapsus, des symptômes associés, de l'état de santé général, ainsi que sur les attentes et préférences de la femme.

1.1 Quels sont les principaux symptômes associés au POP ?

La sensation de boule vaginale et les symptômes urinaires sont les symptômes les plus fréquemment associés au prolapsus génital.

Le symptôme le plus spécifique et le mieux corrélé à l'existence d'un prolapsus est la boule vaginale perçue ou ressentie par la patiente.

Les symptômes associés au prolapsus génital semblent être plus gênants et plus fréquents lorsque le POP descend à l'hymen ou au-delà. En cas de prolapsus génital, les symptômes urinaires les plus fréquemment rapportés sont le syndrome d'hyperactivité vésicale, la dysurie, et l'incontinence urinaire d'effort, en sachant qu'ils ne sont pas spécifiques du prolapsus. Les troubles ano rectaux semblent plus fréquents en cas de prolapsus de l'étage postérieur, en sachant que leur prévalence dans la population féminine, en dehors de tout prolapsus, est élevée. Les capacités physiques et la fonction sexuelle peuvent être altérés en cas de POP. Enfin des symptômes dépressifs, de l'anxiété et des troubles de l'humeur peuvent être associés au POP.

Recommandation 1

Chez une femme qui présente un POP confirmé par l'examen clinique, il est recommandé (Accord d'experts):

- de préciser le retentissement du prolapsus sur la vie quotidienne (handicap fonctionnel, impact physique, psychologique et social)
- de rechercher la présence de troubles des fonctions urinaires, ano-rectales, d'altérations des capacités physiques et sexuelles ;
- de faire préciser à la femme ses attentes vis à vis de sa prise en charge.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	5	59	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
---------------------	---------------	---------------

Nombre de réponses en %	0.00	100.00
-------------------------	------	--------

Expert	Commentaires
Expert 3	La définition du POP dans l'argumentaire me pose problème car elle ne s'intéresse qu'à l'étage vaginal. Or le prolapsus rectal isolé est aussi à prendre en compte avec des indications et une prise en charge qui est spécifique, mais qui recoupe aussi le prolapsus antérieur. Tout me semble lié.
Expert 5	Je pense qu'en plus je rajouterai qu'un des objectifs principaux de la consultation initiale est de faire préciser ce qui gêne la patiente "symptôme dominant", parfois au milieu de nombreux symptômes existants seul un est véritablement gênant et concentre l'attention de la patiente. C'est sous-entendu dans la dernière proposition "de faire préciser à la femme ses attentes vis à vis de sa prise en charge" mais à mon sens il faut faire préciser où se situe véritablement la gêne et quel est l'objectif. Autant d'éléments subjectifs indispensables dans cette prise en charge fonctionnelle.
Expert 6	Dans le corps du texte suivant : "l'évaluation initiale d'un prolapsus [ç] ", il faudrait faire apparaître la notion de retentissement sur la qualité de vie. Dans le corps du texte suivant "Les troubles ano-rectaux semblent plus fréquent «, il faudrait préciser le type de troubles ano-rectaux, souvent à type de constipation distale.
Expert 8	Il est très important de fixer avec la patiente les objectifs et ses attentes afin de pouvoir choisir au mieux la prise en charge
Expert 16	Si possible à l'aide de questionnaire standardisé type PFDI-20 pour corrélérer à l'évaluation post opératoire.
Expert 30	L'évaluation psycho sociale est primordiale
Expert 31	C'est à mon sens du grade B au moins, nombreuses études observationnelles concordantes
Expert 33	L'appréciation du stade du prolapsus, des symptômes associés, de l'état de santé général, ainsi que sur les attentes et préférences de la femme. Je mettrais le stade du prolapsus à la fin car il ne relève pas de l'interrogatoire
Expert 36	Dans le texte, il me semblerait nécessaire de citer les troubles ano rectaux au même titre que les symptômes urinaires: dyschésie rectale, manœuvres digitales, incontinence anale...
Expert 40	Je rajouterai (de préciser le retentissement du prolapsus sur la vie quotidienne (handicap fonctionnel, impact physique, psychologique et social) en s'appuyant sur les questionnaires validés
Expert 42	Proposition de reformulation car la description de l'examen clinique est développée après dans le document : « Chez une femme qui se présente en consultation pour un

	<p>POP, il est recommandé : - de faire l'examen clinique du POP, - de préciser son retentissement sur la vie quotidienne; »</p> <p>Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et de leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.</p>
Expert 44	Les capacités physiques et la fonction sexuelle peuvent être altérées en cas de POP. (accorder au féminin)
Expert 50	Il s'agit d'une pathologie fonctionnelle ayant rarement des complications organiques en dehors de cas exceptionnels. Une évaluation de la gêne de la patiente et de ses attentes vis à vis de la prise en charge est primordiale.
Expert 52	<p>Où est la définition du POP ?</p> <p>Faut-il définir hyperactivité vésicale et dysurie ?</p> <p>Symptômes dépressifs ? J'aurais écrit Syndrome dépressif ou symptômes de dépression ...</p>
Expert 53	Ne pas oublier les " boules" anales : hédrocèles, prolapsus rectal, hémorroïdes internes s'extériorisant par l'anus
Expert 54	<p>Il est noté plus loin dans le document qu'il est possible d'avoir une sensation de pesanteurs pelviennes.</p> <p>Pourquoi ne pas le mettre aussi ?</p> <p>Serait-il de préciser quel trouble ano rectal de l'étage postérieur, pour moi c'est vague, je pense à une constipation mais j'imagine qu'il peut y avoir autres choses (alternance diarrhée / constipation).</p> <p>=>cela me semblerait judicieux d'aller plus loin dans la sémiologie clinique et ceci d'emblée.</p>
Expert 56	<p>SUR LA FORME:</p> <p>Pour être en accord avec le paragraphe sus jacent ne faudrait-il pas rajouter comme recommandation dans la proposition N°2 qu'il faut préciser les symptômes en rapport avec le prolapsus : "-rechercher présence de boule vaginale troubles fonctionnels urinaires..."</p>
Expert 64	Le retentissement physique et symptomatique de la patiente est essentiel et est prépondérant sur le diagnostic clinique réalisé par le clinicien
Expert 66	<p>Simplement la phrase d'accompagnement : "En cas de prolapsus génital, les symptômes urinaires les plus fréquemment rapportés sont le syndrome d'hyperactivité vésicale, la dysurie, et l'incontinence urinaire d'effort, en sachant qu'ils ne sont pas spécifiques du prolapsus" n'est pas clair.</p> <p>Il n'y a pas de signes fonctionnels urinaires spécifiques mais parfois il peut y avoir des signes d'accompagnement</p>

1.2 Quel examen clinique réaliser en première intention ?

Chez une femme qui consulte pour une suspicion de POP, l'examen clinique a pour objectif initial de confirmer le diagnostic et d'éliminer une autre pathologie pelvienne.

Recommandation 2

Lors de l'examen clinique, il est recommandé d'examiner la patiente en position couchée et si besoin debout. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	7	9	47	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 6	- Il faudrait préciser que l'examen clinique se réalise "vessie vide". - IL faudrait préciser que l'examen clinique comprend un toucher vaginal, un examen avec des valves, de l'étage antérieur, moyen puis postérieur. - Il faudrait préciser que l'examen clinique doit évaluer la trophicité vulvo-vaginale.
Expert 7	Je propose que l'on garde le détail de l'argumentaire ... a vessie pleine puis vide "Cet examen est d'abord statique au repos puis dynamique en poussée, a la toux et en retenue ; a vessie pleine puis vide"
Expert 8	Si la plainte se situe essentiellement dans des symptomatiques de pesanteur ou en position orthostatique, il est important de faire un examen en position debout.
Expert 10	Définir la position couchée (décubitus latéral pour canal anal et dorsal pour les 3 étages

	LE TEXTE EST TROP FLOU et peu précis
Expert 16	Je pense qu'il est nécessaire de tendre systématiquement à réaliser en plus un examen en charge quand la patiente en est capable, afin de vérifier par exemple l'absence d'incontinence masquée, qui diffère souvent de la position couchée.
Expert 17	La position debout permet de constater le défaut de soutien en liaison avec le ressenti de la patiente
Expert 30	Ne serait-il pas plus « médical » de parler de décubitus dorsal et d'examen "en charge" plutôt que couchée et debout
Expert 31	Il faut également préciser à vessie vide
Expert 36	La position accroupie est parfois nécessaire pour le dépistage d'un prolapsus rectal
Expert 38	La position assise est parfois plus démonstrative
Expert 40	Préciser si vessie pleine ou vide ?
Expert 44	Possibilité d'un examen accroupi aussi.
Expert 47	Et parfois à plusieurs reprises en cas de discordance entre la symptomatologie et l'examen clinique
Expert 49	J'enlèverai le "si besoin". L'examen de toute femme consultant pour prolapsus doit se faire en position couchée ET debout. Un prolapsus peut ne pas paraître en position allongée mais être évident en position debout. Enfin, même si le prolapsus est noté en position allongée, il est important de l'évaluer en position debout et à l'effort de poussée. Les femmes ne vivent pas leur quotidien en position allongée.
Expert 50	Fondamental bien entendu.
Expert 55	J'utiliserai le terme "position gynécologique" à la place de "position couchée"
Expert 58	Surtout debout
Expert 65	Position demi-assise semble mieux que couchée (d'ailleurs bien noté dans l'argumentaire- reco AUGS2017)

Recommandation 3

Il est recommandé de demander à la patiente de pousser et tousser pour évaluer le prolapsus. Pour décrire le prolapsus, l'utilisation des mesures du POP Q est encouragée afin de disposer de mesures de stadification précises. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	3	0	1	0	0	0	7	10	44	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.15	93.85

Expert	Commentaires
Expert 1	Ces mesures sont complexes à réaliser en pratique courante de rééducation, il était indiqué p15 de l'argumentaire la mention " Une stadification simplifiée, utilisant seulement 4 points, peut être utilisée, avec une Bonne reproductibilité et une bonne corrélation avec la stadification POP-Q complète {Swift, Validation of a simplified technique for using the POPQ pelvic organ prolapse classification system, Int Urogynecol J 2006}." qui pourrait constituer un compromis intéressant, plus précis que la méthode de Baden Walker mais moins complexe que le POP Q complet
Expert 4	Le POP Q est une classification complexe utile potentiellement pour des publications mais ne présente peu d'intérêt en pratique quotidienne où la classification de Baden Walker joue tout son rôle.
Expert 7	Encourager l'utilisation du POPQ simplifié pour en rappeler l'existence et diminuer les réticences à un mode d'évaluation jugé "compliqué"
Expert 8	Dans un premier temps, l'utilisation de la cotation de Baden Walker peut être suffisante.
Expert 16	Il est évident que cette classification popq devrait être utilisée par tous mais son aspect complexe est forcément un frein.
Expert 24	Aucune preuve que l'utilisation du POPQ améliore la prise en charge des patientes.
Expert 31	Le POP a fait l'objet d'études de validation très poussées (reproductibilité inter et intra, validité prédictive. Grade b au moins
Expert 38	La classification de baden walker est utile en pratique routinière
Expert 39	Demander une poussée d'au moins 5 secondes. L'examen se réalise en décubitus dorsal et peut être réalisé debout si le POP n'est pas visible en décubitus.
Expert 42	Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car

	cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 47	POP Q difficile à faire appliquer en routine aux PS non spécialistes qui sont peu fréquemment confrontés à cette pathologie
Expert 50	Oui pour faire tousser et pousser la patiente pour visualiser le prolapsus et éventuellement des fuites urinaires. POP Q est une classification difficile à réaliser et est utile plutôt pour les études pour disposer de données objectives d'anatomie. Or les résultats d'un traitement chirurgical d'un prolapsus ne reposent pas en premier lieu sur la correction anatomique des patientes mais sur le soulagement des symptômes.
Expert 52	Qu'est-ce que le POP Q
Expert 53	Baden Walker plus simple pour la compréhension pour l'ensemble des correspondants et les patientes et pour la corrélation avec l'imagerie (IRM, échographie, défécographie...)
Expert 54	Est-il possible de mettre en annexe un exemplaire comme celui en pièce jointe Par ailleurs beaucoup de sagefemme utilise d'autres classification. vous semble t'il nécessaire d'en parler ?
Expert 55	La classification POPQ est la terminologie internationale reconnue par toutes les Sociétés Savantes. J'utiliserai "recommandée" à la place de "encouragée"
Expert 56	Ne faudrait-il pas rajouter les manœuvres avec valves (spéculum démonté) pour préciser les parts respectives des différents compartiments atteints ? Cela est d'ailleurs préconisé dans l'article original décrivant le POP-Q même si dans cet article l'utilisation du spéculum n'est qu'une des techniques parmi d'autres décrites (Bump RC, Mattiasson A, Bø K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol. 1996;175(1):10-17.)
Expert 63	Ce sont des recommandations, les experts doivent indiquer quelles mesures sont à utiliser : POPQ ou BW! Il me semble que le BW est plus facile à utiliser en médecine de ville, gynécologie et urologie même si moins reproductible pour de la recherche clinique

Recommandation 4

La classification de Baden Walker peut aussi être utilisée pour évaluer la stadification et suivre l'évolution du prolapsus. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	3	4	0	1	5	0	4	8	35	6

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	13.33	86.67

Expert	Commentaires
Expert 1	Moins précise que le POP-Q, il permet une compréhension par la majorité des professionnels de santé (médecins généralistes, rééducateurs...)
Expert 10	On parle de quel prolapsus ? Le terme prolapsus est trop large et réfère à plusieurs organes dont ceux de digestifs qui sont cCOMPLETEMENT sous-estimé et sous évalués dans ces recommandations La définition de POP est donc fausse. Ce terme s'approprie qu'une partie des prolapsus (prolapsus rectal ! ca existe et ce n'est pas une rectocele)
Expert 15	Il faut favoriser la classification POP Q reproductible
Expert 17	L
Expert 21	Classification imprécise, mauvaise reproductibilité
Expert 23	La classification de Baden Walker ne doit plus être utilisée. Toutes les études utilisent le POP-Q depuis plusieurs années
Expert 31	Aucune étude de validation de ce cette classification, que mesure-t-elle
Expert 32	On est en 2020 et on ne parle plus en Franc mais en euro. C'est la même situation. Le POP-Q est international et doit être utilisé DANS TOUS LES PROLAPSUS. B-W est de l'histoire de la médecine à partir du moment ou ce n'est plus internationalement reconnu
Expert 45	Plus simple
Expert 50	C'est une classification simple à utiliser en pratique clinique
Expert 54	Est-il utile de se positionner sur d'autre classification par exemple ci joint

Expert 55	Il s'agit d'une classification des années 1970 qui n'est plus utilisée.
Expert 56	Ne faudrait-il pas insister pour que la classification utilisée soit précisée ? En effet, trop souvent, le stade (différent d'une classification à l'autre) est décrit dans les dossiers ou les courrier sans préciser s'il s'agit de POP-Q ou de Baden et Walker!
Expert 63	Ce sont des recommandations, les experts doivent indiquer quelles mesures sont à utiliser : POPQ ou BW! Il me semble que le BW est plus facile à utiliser en médecine de ville, gynécologie et urologie même si moins reproductible pour de la recherche clinique
Expert 65	A condition de bien préciser dans le dossier médical quelle classification est utilisée pour la cotation du prolapsus. Sinon source d'imprécision pour la communication entre les praticiens et pour le suivi de l'évolution. Peut-on préciser?

Recommandation 5

Si la femme présente des symptômes qui ne sont pas expliqués par les résultats de l'examen clinique ou si le prolapsus observé ne correspond pas à la perception de la femme, il convient de répéter l'examen. Un test au pessaire peut aussi être proposé.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	2	3	4	5	4	44	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.25	93.75

Expert	Commentaires
--------	--------------

Expert 3	Pour le prolapsus postérieur (anal), le test au pessaire ne sert à rien, il ne faut pas oublier la recherche de cancer colorectal en cas de symptôme non concordants (coloscopie ++++++)
Expert 4	Le recours aux examens complémentaires est souhaitable, en premier lieu une IRM pelvienne avec un protocole adapté.
Expert 6	Il serait intéressant de préciser que le stade anatomique du prolapsus n'est pas corrélé à la gêne ressentie par la patiente. Il peut ainsi exister une discordance entre le stade anatomique et la gêne. Cette notion doit être connue du praticien, afin de ne pas répéter indéfiniment l'examen.
Expert 7	Il est peu fait mention dans le texte du périnée descendant ou descendu. Les symptômes anorectaux comme la poussée inefficace, la difficulté à terminer l'exonération et la sensation de vidange incomplète lui sont également liés. Il peut être présent en l'absence de rectocèle et par conséquent être à l'origine d'une plainte anorectale non corrélée à la présence d'une rectocèle. Cet aspect peut se documenter lors de l'interrogatoire par la recherche du type de manœuvre réalisée, le contre appui manuel étant révélateur, et si le diagnostic est radiologique, les modalités de la recherche clinique décrite par Parks peuvent être appliquées. Cette caractéristique clinique dans les POP complexes est une donnée importante car elle ne sera pas corrigée par le traitement chirurgical. Il s'agit d'un facteur limitant pour la satisfaction post opératoire des patientes en dépit d'une correction anatomique parfaite. Par ailleurs, Elle est à prendre compte dès la prise charge initiale par rééducation. Mentionner sa recherche lors de l'examen clinique me paraît donc important Autres anomalies anatomiques dont la recherche devraient être recommandée spécifiquement sont les lésions du Levator ani. La symptomatologie qui en découle peut être floue, facteur de POP, la pesanteur peut être une plainte, la vacuité vaginale, les pertes de sensations aux rapports également. Etant un facteur limitant au succès de la prise en charge rééducative, et facteur de récurrence post chirurgicale, les avulsions du levator ani sont un élément anatomique clef qui ne peut être ignoré. Cette notion apparaît tardivement dans le texte. Il me semble important qu'elle figure dès les recommandations pour la conduite de l'examen clinique. Ces données sont accessibles par un examen minutieux et ne sont pas uniquement des données radiologiques Fernandi M, Shek K, Dietz HP. Diagnosis of levator avulsion injury: a comparison of three methods. Neurourol Urodyn 2010 Kruger J, Dietz HP, Botelho C, Dumoulin C. Can we feel with our finger as well as we see with ultrasound? Neurourol Urodyn 2010 Valoriser l'examen clinique et l'interrogatoire me paraît nécessaire à ajouter au fait que certains examens complémentaires ne sont pas nécessaires. Ce temps est quelque peu négligé à l'heure de la technologie.
Expert 8	Dans ce cas l'examen peut se faire dans d'autre position ou avec d'autre type d'effort.
Expert 10	Donc on parle des POP de l'étage antérieur et moyen

	Non précisé dans l'introduction et le titre des recommandations
Expert 12	Précision : Il convient de répéter l'examen si possible en fin de journée, vessie vide.
Expert 15	Préciser de revoir la patiente en fin de journée après activité soutenue tout au long de la journée
Expert 16	Dans ce cas, je pense qu'il convient de répéter l'examen mais qu'il serait judicieux de le réaliser dans des conditions "symptomatiques" pour la patiente, si prolapsus majoré par activité physique par exemple, alors demander à la patiente de venir en ayant fait son sport avant pour se rapprocher au plus de la gêne totale ressentie.
Expert 17	La classification POP-Q de l'ICS est plus reproductible
Expert 27	Un examen accroupi en poussée et une anoscopie doivent être proposés pour le prolapsus rectal
Expert 31	Oui pour la répétition de l'examen. Je suis beaucoup plus circonspect sur le test au pessaire
Expert 36	Dans ce cas, la prescription d'une imagerie dynamique peut être intéressante.
Expert 37	Ou explorations complémentaires : échographie pelvienne, voire IRM selon les symptômes.
Expert 39	De répéter l'examen et de modifier la position de la patiente. Il peut également être réalisé suite aux activités fonctionnels encourageant le POP ou au moment de la journée où les symptômes sont ressentis (souvent en fin de journée).
Expert 41	L'examen peut être répété dans la position et le jour où la patiente ressent ces symptômes.
Expert 42	Suggestion de déplacer cette recommandation dans la partie 1.3 et de faire le lien avec la recommandation 18.
Expert 44	Le test au pessaire dans ce contexte particulier est incontournable. Ce dispositif peut aussi être d'une aide précieuse à titre de test thérapeutique. En effet, certaines patientes rapportent des pesanteurs pelviennes voire des douleurs mal systématisées qu'elles rattachent à leur trouble de la statique pelvienne. Le recours préalable à un pessaire permet, S'il soulage la patiente, d'attribuer effectivement la responsabilité au prolapsus quant à l'origine de la symptomatologie et retenir une possible indication chirurgicale.
Expert 49	Il est important de souligner l'impact horaire. Une consultation le matin peut être normale mais avec la plainte par la patiente d'une gêne en fin de journée.
Expert 53	En cas de discordance symptômes cliniques, répéter l'examen clinique au cours de la même consultation et demander des explorations complémentaires : imagerie (IRM statique), explorations fonctionnelles (urinaire et digestif en fonction des symptômes)
Expert 59	Il manque l'examen du périnée avec des hémivalves de spéculum pour séparer périnée antérieur et postérieur, et surtout : l'examen proctologique avec toucher rectal en demandant à la patiente de contracter, évaluer le sphincter anal (circulaire ou pas, tonus

	côté /5), faire pousser pour rechercher une asynergie, et évaluer les releveurs. L'anuscopie doit rechercher un prolapsus rectal intracanalair.
	SI on s'arrête avant l'examen clinique est incomplet et peut expliquer des symptômes inexpliqués.

Recommandation 6

Une fois le prolapsus confirmé par l'examen clinique, il est recommandé que le clinicien évalue si les symptômes et leur retentissement psycho social décrits par la patiente sont en rapport avec le prolapsus observé. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	1	2	3	56	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.54	98.46

Expert	Commentaires
Expert 31	La formulation me paraît inappropriée Une fois le prolapsus confirmé par l'examen clinique, il est recommandé d'évaluer l'imputabilité des symptômes et de la gêne fonctionnelle ressentie par la patiente avec le prolapsus observé. (Accord d'experts) On peut mettre du grade C
Expert 42	Pour éviter une redondance avec la recommandation 1, proposition de rédaction : « il est recommandé que le clinicien évalue si les symptômes et leur retentissement psycho social décrits par la patiente sont en rapport avec le prolapsus observé lors de l'examen clinique ». Suggestion de déplacer cette recommandation dans la partie 1.3.
Expert 45	Le ressenti est une chose, la clinique (observation) en est une autre

Expert 52	Ça c'est très compliqué et variable selon la culture des patients
Expert 59	Sous réserve que l'examen proctologique ait été effectué

L'évaluation clinique s'intéresse également aux éléments suivants qui peuvent contribuer au choix du traitement : trophicité vaginale chez la femme ménopausée, importance de la béance vulvaire, type et importance du défaut de support anatomique, qualité fonctionnelle des muscles du plancher pelvien, test de fuite à la toux.

Recommandation 7

Une évaluation du handicap et des symptômes qui lui sont associés, et la stadification clinique du POP sont recommandées car elles permettent d'orienter la prise en charge, d'en suivre l'évolution, de partager les informations avec les autres professionnels de santé et de préciser les effets du traitement. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	5	59	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	Cette étape est nécessaire car la patiente peut " oublier" la gêne initiale et la minimiser.
Expert 10	C'est une évidence et non une recommandation
Expert 31	Il faut préciser les méthodes d'évaluations en particulier l'utilisation de questionnaires qui sont validés exemple PFDI20

	<p>Pour le Pop il faut garder les mesures en cm</p> <p>Nb la question 1.3 ne fait pas l'objet d'une recommandation, c'est dommage car il existe des données montrant que les questionnaires explorent mieux les symptômes et leur retentissement que l'interrogatoire médical</p>
Expert 36	Dans le texte je rajouterais aux éléments à évaluer : la présence d'une constipation et son type, de transit ou terminale.
Expert 42	<p>Suggestion de positionner la partie de phrase concernant la stadification clinique de cette recommandation avant les recommandations 3 et 4 sur. Concernant la partie de phrase sur l'évaluation du handicap et des symptômes, suggestion de la positionner dans le chapitre 1.3.</p> <p>Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.</p>
Expert 49	Préciser le recours à l'utilisation de questionnaires de symptômes et de qualité de vie (Bilan avant le traitement chirurgical d'un prolapsus génital, L.Donon et al, Progrès en urologie (2016) 26, S8-S26)
Expert 53	Oui, liste non exhaustive
Expert 64	Une évaluation pluridisciplinaire peut-être essentielle pour ne pas méconnaître des atteintes physiologiques (manométrie, BUD, examen proctologique, ...) pour soulager les troubles associés

Recommandation 8

Dans le cadre de la prise en charge d'un POP, il est recommandé de réaliser un examen clinique pelvien à la recherche d'une pathologie pelvienne concomitante. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	2	5	56	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	Ne pas oublier est pathologies colorectales (constipation chronique et cancer++)
Expert 30	Examen clinique éventuellement associé à une échographie pelvienne de dépistage.
Expert 42	Proposition de rédaction : « Dans le cadre de la prise en charge d'un POP, il est recommandé de rechercher une pathologie pelvienne concomitante lors de l'examen clinique pelvien ». Suggestion de positionner toutes les recommandations en lien avec l'examen clinique au début, avant d'évoquer la classification/stadification du POP. Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 44	Préciser que cet examen comprend également un interrogatoire orienté (métrorragies...).
Expert 53	Oui mais pas que : urinaire et digestif ? Échographie minimum en sus, IRM statique mieux : information morphologique et fonctionnelle en un seul examen
Expert 59	Avec l'examen proctologique complet dont l'anuscopie
Expert 64	Une échographie pelvienne voire une IRM dynamique peut compléter le bilan

Recommandation 9

Il est recommandé de s'assurer que les dépistages pelviens recommandés sont à jour. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nombre de réponses	1	1	0	0	2	1	0	2	54	5
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.28	96.72

Expert	Commentaires
Expert 10	Préciser lesquels (obligatoire et non obligatoire)
Expert 12	Précision : dépistages pelviens= frottis? pourquoi ne pas le nommer directement?
Expert 24	Dépistage pelvien ça ne veut rien dire...
Expert 33	En substance le dépistage cervico-utérin
Expert 40	Préciser fcv ou test HPV utile avant cure de prolapsus utérus en place
Expert 42	Suggestion de citer les dépistages pelviens recommandés entre parenthèse.
Expert 46	Bonjour Il n'existe qu'un dépistage pelvien recommandé par l'INCA Dépistage du col
Expert 47	Préciser : actuellement seuls dépistages pelviens recommandés: - dépistage cancer du col jusqu'à 65 ans en l'absence d'antécédent de pathologie cervicale - dépistage cancer du col au-delà de 65 ans en présence d'antécédent de pathologie cervicale - dépistage oncogénétique en cas d'atcd familiaux premiers degrés ovaire et/ou endomètre+côlon
Expert 52	Quels sont les dépistages pelviens ?
Expert 54	Je ne comprends pas à quoi fait référence cette recommandation ? de quoi parlez-vous "dépistages pelviens de référence" le frottis par exemple ?
Expert 59	Dont la vérification du dépistage du cancer colorectal, absent de votre texte. Coloscopie si patiente à risque élevé, FIT de moins de 2 ans si patiente à risque moyen
Expert 61	Oui mais dans l'argumentaire, vous parlez d'échographie qui ne fait pas partie du dépistage pelvien systématique (FCV ou test HPV). Il me semble que l'échographie a pourtant toute sa place dans le bilan d'un POP. Peut-être que le terme dépistage pelvien n'est pas adapté
Expert 64	La prévention d'autres pathologies gynécologiques telles que des kystes, fibromes, cancers pelviens peuvent modifier la stratégie thérapeutique

1.3 Quels outils utiliser pour explorer les symptômes associés au POP ? Comment évaluer la gêne des patientes ?

L'utilisation d'un ou plusieurs auto-questionnaires de symptômes et de qualité de vie est utile initialement et au cours du suivi afin d'évaluer l'ensemble des symptômes associés au POP et leur retentissement.

Les auto questionnaires permettent d'évaluer de manière standardisée et reproductible les symptômes associés au POP.

1.4 Quels sont les principaux facteurs de risque et/ou aggravant d'un POP ?

Les facteurs de risque de survenue et de récurrence d'un POP sont le plus souvent difficiles à identifier. Certains facteurs modifiables pourraient participer à la survenue ou à l'évolution d'un POP comme la toux chronique, le syndrome d'obstruction défécatoire, la poussée abdominale lors de la miction, la manière de porter des charges, l'obésité ou la sédentarité. (voir chap 2.1)

D'autres facteurs non modifiables comme l'âge physiologique, une maladie affectant le collagène (par ex le syndrome d'Ehlers-Danlos), le statut hormonal, les antécédents gynéco-obstétricaux, sont à prendre en compte pour le choix thérapeutique.

Recommandation 10

Il est recommandé de rechercher les facteurs de risque potentiels ou aggravants, en particulier en cas de récurrence. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	0	2	3	9	49	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9

Nombre de réponses en %	3.08	96.92
-------------------------	------	-------

Expert	Commentaires
Expert 6	Parmi les facteurs de risque et /ou aggravant, la dénervation du plancher pelvien, dans le cadre notamment des atteintes neurologiques périphériques (spina bifida, syndrome de la queue de cheval), pourrait être évoquée.
Expert 8	La rééducation prend une place importante dans cette partie afin de repérer et travailler sur les facteurs de risques modifiables.
Expert 16	Il me semblerait essentiel de rechercher et DE TRAITER les facteurs de risques avant la prise en charge initiale pour justement éviter les récides. Il n'existe que peu (pas) de littérature sur le sujet a l'heure actuelle mais il est évident que corriger des hyperpressions abdominales répétées (port de charge, constipation) AVANT la chirurgie initiale serait plus logique. L'expérience me montre que ces facteurs sont trop souvent pris en compte lors de récidive.
Expert 32	Oui rien n'est faux mais cet item est peu pertinent pour le document
Expert 33	Pour 1.3: Si possible donner les questionnaires à utiliser
Expert 48	Je supprimerai "en cas de récidive". Les facteurs de risque doivent être toujours recherchés, pourquoi attendre une récidive ?
Expert 52	Ne pourrait-on pas classer les facteurs de risques dans l'ordre de fréquence ? ou de bon-sens ?
Expert 53	Méconnaissance d'un compartiment pelvien à l'examen clinique = risque récidive d'où une évaluation radio-clinique pour être le plus complet avant prise en charge thérapeutique : IRM statique
Expert 59	Dès la première intervention on n'attend certainement pas la récidive pour rechercher une cause évitable. Je mets 1 mais si on supprime la phrase "en particulier en cas de récidive" alors OK pour 9
Expert 63	En particulier en cas de récidive. Je ne suis pas d'accord avec cette partie de la phrase... ils sont à rechercher SYSTEMATIQUÉMENT car potentiellement source d'échec de traitement initial. Pourquoi se demander pourquoi un traitement n'a pas fonctionné alors qu'on aurait pu prévenir l'échec initialement.
Expert 64	Les facteurs aggravants peuvent être inhérents à la patiente (Adjoussou SA, de Tayrac R, Prévalence des troubles fonctionnels et associations anatomo-fonctionnelles chez les femmes présentant un prolapsus génital, 2009)

1.5 Quelles sont les informations à transmettre à la patiente ?

Les femmes ont besoin d'informations à propos du POP. Une information détaillée, idéalement appuyée par des brochures d'information, des dessins, des planches anatomiques, leur permet de participer au choix de la prise en charge dans le cadre d'une décision médicale partagée et d'améliorer leur satisfaction et la confiance dans leur prise en charge.

Recommandation 11

Chez une patiente prise en charge pour un POP, il est recommandé que les professionnels de santé transmettent une information claire sur l'anatomie pelvienne et périnéale, la physiologie des fonctions pelviennes, les facteurs de risque et l'évolution possible du POP, en explicitant la terminologie employée. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	0	0	5	9	50	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.03	96.97

Expert	Commentaires
Expert 5	Je rajouterai que parfois cette information nécessite plusieurs consultations, et que le rôle du praticien est de délivrer une information appropriée et de vérifier que celle-ci a été bien comprise.
Expert 7	Doit-on attendre que le POP soit symptomatique pour donner cette information ? Les études sur les connaissances des femmes encouragent à prodiguer une information claire de qualité. Je pense qu'un accord d'expert pourrait statuer sur la nécessité de fournir une information dès le diagnostic lors de l'examen gynécologique de routine, ou la visite postnatale à toute femme présentant un élément de prolapsus qu'il soit symptomatique ou non.

	Cela pose secondairement l'annonce du diagnostic clinique de POP à une femme non symptomatique. Dire ou ne pas dire ?
Expert 24	Impossible de faire un cours d'anatomie et de physiologie à toutes les patientes !
Expert 25	Intérêt de l'appui d'acteurs formés à l'éducation thérapeutique médicaux et paramédicaux
Expert 30	Il serait utile qu'une prévention primaire soit proposée ! Encore une fois la France va se caractériser par une prévention secondaire voir un accompagnement curatif
Expert 36	Il me semblerait important d'insister sur l'absence de lien formel entre les modifications anatomiques et les troubles fonctionnels
Expert 40	Est-ce si important de préciser la physiologie des fonctions pelviennes???
Expert 42	L'information délivrée aux patientes en phase préopératoire a été développée dans les pistes d'actions issues de la réunion de concertation organisée par l'ANSM le 22 janvier 2019. Il est important aussi d'en informer le médecin traitant pour qu'il soit en capacité de reformuler avec sa patiente.
Expert 48	J'aurais justement re-précisé d'être attentif à la terminologie employée par le professionnel de santé. Les termes "descente d'organe" ou "prolapsus" projettent une notion très négative sur l'image corporelle de la patiente, parfois difficile à revaloriser par la suite. Le terme "hernie" semble moins impactant.
Expert 52	Est-ce qu'une information notamment sur l'anatomie et la constatation du POP ne pourrait-elle être faite aussi pendant l'examen clinique ?
Expert 54	Des exemples à mettre à annexe svp ? Parce que clairement je ne sais pas si tous les professionnel-le-s vont prendre le temps de faire ça ! D'ailleurs peut être ajouter un commentaire sur si cela n'a pas été fait par vous même orienter la patiente pour qu'elle est cette information.
Expert 60	A cet effet, et en incluant également sur les traitements disponibles, une fiche d'information standardisée pourrait être élaborée au niveau national. une telle fiche est en cours de finalisation dans le cadre de l'encadrement des actes associés à la pose des bandelettes sous-urétrales pour le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort. Elle décrit non seulement la pathologie mais également les traitements disponibles et complications respectives, le suivi, la conduite à tenir en cas de complications etc
Expert 63	Phrase complètement démagogique et inutile. Il faut plusieurs années pour appréhender l'anatomie et la physiologie du pelvis (et encore la médecine n'a pas tout compris de cette pathologie). => je propose plutôt : "Chez une patiente prise en charge pour un POP, il est recommandé que les professionnels de santé transmettent une information claire et adaptée à la patiente sur la pathologie, les facteurs de risque et l'évolution possible du POP"

Recommandation 12

Afin de répondre au mieux aux attentes de la femme, il est recommandé de discuter avec elle de l'ensemble des options thérapeutiques disponibles pour la prise en charge de ses symptômes et du POP en précisant les modalités et les limites de ces options thérapeutiques. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	0	0	0	2	61	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.56	98.44

Expert	Commentaires
Expert 5	Ça renforce le commentaire ci-dessus, il faut vérifier que la patiente a bien compris les éléments permettant de prendre une décision avant de l'impliquer dans la prise de décision.
Expert 22	Le choix du traitement relève de la responsabilité du chirurgien On ne peut exposer TOUTES les méthodes de traitement, du pessaire à la promontofixation, à toutes les patientes Donner les raisons du choix OUI, Interroger sur les attentes et les craintes OUI Peser toujours avantages /inconvénients...
Expert 42	L'information délivrée aux patientes en phase préopératoire a été développée dans les pistes d'actions issues de la réunion de concertation organisée par l'ANSM le 22 janvier 2019. Il est important aussi d'en informer le médecin traitant pour qu'il soit en capacité de reformuler avec sa patiente.
Expert 52	C'est un minimum !

Expert 60	Même commentaire que reco 11 L'intérêt de la fiche standardisée est que l'information apportée est globale et n'est pas orientée par les pratiques du professionnel consulté
Expert 64	Les patientes doivent être actrice du choix thérapeutique et des alternatives proposées par le chirurgien

Recommandation 13

Il est recommandé de préciser à la femme qui consulte pour un prolapsus génital que. (Accord d'experts) :

- L'évolution naturelle d'un prolapsus est lente
- Une intervention thérapeutique n'est nécessaire qu'en cas de gêne avérée, en lien avec le prolapsus, ou de forme compliquée du prolapsus.
- Les saignements et les douleurs sont des signes anormaux qui nécessitent une consultation à la recherche de leur cause.
- La fréquence des consultations de suivi du prolapsus génital avec un spécialiste dépend de l'évolution et de la demande de la femme
- L'utilisation d'un pessaire peut apporter un confort et répondre aux attentes de la femme
- Un traitement rééducatif peut apporter des résultats positifs sur la gêne et les symptômes associés au prolapsus
- L'indication chirurgicale est très rarement une urgence et ne repose pas sur un risque d'évolution défavorable du POP.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	4	4	4	49	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.56	98.44

Expert	Commentaires
Expert 3	Penser aux informations sur la dyschésie de la rectocèle, la constipation et l'incontinence après prolapsus rectal, surtout en fonction de l'évolution de celui-ci, la présence d'une béance anale...
Expert 6	Concernant l'utilisation d'un pessaire, il serait intéressant de préciser qu'il n'altère pas la qualité de vie sexuelle et peut améliorer les symptômes urinaires et digestifs.
Expert 7	Le suivi est-il réservé aux POP symptomatiques ? Pour ma part, je pense que tout prolapsus devrait être suivi dès lors qu'il est diagnostiqué.
Expert 10	Pourquoi prolapsus "génital" maintenant c'est différent de "prolapsus "
Expert 15	Rajouter de juger de la qualité du tissu vaginal en cas de prolapsus du fond vaginale (post-hystérectomie) du fait du risque d'éviscération https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31613078/
Expert 30	De préciser que d'autres techniques (laser RF LEDs) se développent, que des études existent mais qu'à ce jour leur apport reste à préciser.
Expert 31	Je ne comprends pas ce fourre tout Pour le traitement rééducatif à fait l'objet de plusieurs essais randomisés et est efficace sur la prise en charge du prolapsus (grade A !!!) L'évolution du prolapsus est lente c'est du grade B ou C études observationnelles. J'avoue ne pas comprendre l'intention d'utiliser une méthodologie EBM et de grader systématiquement en AE ????. Il va de soi que pour les études diagnostiques et pronostiques on ne peut se référer aux essais car il n'y en a pas. Par contre les études observationnelles bien conduites donnent un NP élevé
Expert 32	Un traitement rééducatif peut apporter des résultats positifs sur la gêne et les symptômes associés au prolapsus mais cela dépend du stade du prolapsus. Avec un POP-Q positif sur toutes ces dimensions, cela est inefficace. Donc il faut moduler ce conseil
Expert 40	Un traitement rééducatif peut apporter des résultats positifs sur la gêne et les symptômes associés au prolapsus : trop vague, type de rééducation ??
Expert 41	"Un traitement rééducatif peut apporter des résultats positifs sur la gêne et les symptômes associés au prolapsus" Préciser le rôle préventif de la rééducation, la correction des facteurs de risque des POP (surpoids, constipation chronique...)
Expert 42	La formulation sur l'indication chirurgicale laisse penser qu'elle est proposée en première intention au même titre que les traitements non chirurgicaux, or ce n'est pas le cas (cf. recommandation 40) : proposition d'enlever cet alinéa. Proposition de reformulation sur l'alinéa concernant le pessaire, car il a une finalité médicale en tant que dispositif médical, ce n'est pas juste un objet de confort : « l'utilisation

	<p>d'un pessaire peut apporter des résultats positifs sur la gêne et les symptômes associés au prolapsus ».</p> <p>Pas de remarque sur les autres alinéas.</p> <p>Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.</p>
Expert 44	Le POP est une "pathologie" relativement fréquente, dont l'âge est justement un facteur de risque aussi.
Expert 48	Je ne suis pas d'accord avec : " intervention thérapeutique nécessaire qu'en cas de gêne avérée...". Pourquoi attendre qu'il s'aggrave (il s'aggrave dans 19% des cas, régression 3%) et qu'il devienne très symptomatique ou très gênant. Les études ont montré que l'éducation thérapeutique a un réel impact. L'éducation est une intervention thérapeutique. Les patientes devraient être adressées aux rééducateurs pour une séance d'éducation avant d'avoir des symptômes sévères.
Expert 53	- L'indication chirurgicale est très rarement une urgence et ne repose pas sur un risque d'évolution défavorable du POP : phrase pas claire
Expert 63	Je mettrai le traitement rééducatif avant l'utilisation du pessaire dans la liste : <ul style="list-style-type: none"> - rééduc - pessaire - chirurgie Cela semble plus logique
Expert 64	L'évolution n'est pas toujours lente car le ressenti de la patiente peut être brusque. Pour les autres affirmations, en effet le suivi et le traitement doit s'adapter aux besoins de la patiente sachant que la pose d'un Pessaire peut répondre complètement aux attentes ou être transitoire.

Seul le prolapsus extériorisé en permanence qui expose à un risque d'obstruction urinaire compliqué d'urétéro-hydronephrose peut nécessiter une prise en charge plus urgente.

L'évolution des symptômes du POP est le plus souvent lente ; cependant la patiente peut rapporter la perception d'une survenue brutale à l'occasion d'un effort intense, d'un accident, d'une chute.

Cette situation ne préjuge pas de la sévérité du POP et ne requiert pas systématiquement un traitement chirurgical.

1.6 Quels sont les examens complémentaires utiles et inutiles en première intention pour porter le diagnostic de prolapsus ?

Recommandation 14

Le diagnostic du POP est un diagnostic clinique, aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour porter le diagnostic de POP.

Le bilan urodynamique et l'IRM pelvienne dynamique ne sont pas recommandés en première intention. (Accord d'experts)

Cependant, des examens complémentaires peuvent être demandés pour explorer les symptômes associés au POP ou non expliqués par le POP observé (besoin urgent urinaire ou anal, incontinence anale ou urinaire, obstruction urinaire, ou défécatoire, douleurs, saignements,). (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	2	1	1	0	2	5	4	46	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.52	90.48

Expert	Commentaires
Expert 4	<p>Il serait bien de prendre en compte les recommandations Européennes de l'ESUR et l'ESGAR sur les bonnes pratiques concernant l'utilisation de l'IRM des dysfonctions pelvipérinéales.</p> <p>Magnetic resonance imaging of pelvic floor dysfunction - joint recommendations of the ESUR and ESGAR Pelvic Floor Working Group ;El Sayed et al; Our Radiol 2017; DOI: 10.1007/s00330-016-4471-7</p> <p>Le recours plus systématique à l'IRM permet d'optimiser la qualité du bilan des prolapsus multi-compartmentaux, en particulier pour l'évaluation des anomalies péritonéales et digestives et de réduire la fréquence des récidives</p>
Expert 10	En revanche obligatoire si prise charge chirurgicale
Expert 12	obstruction urinaire=dysurie

	<p>obstruction défécatoire=dyschésie</p> <p>besoin urgent urinaire=urgenturie</p> <p>besoin urgent anal=impériosité défécatoire</p> <p>Pourquoi ne pas utiliser le vocabulaire spécifique</p>
Expert 15	Il faut d'emblée nommer l'utilisation de l'échographie notamment dynamique au même titre que l'IRM
Expert 17	<ul style="list-style-type: none"> - Importance de rechercher une IUE ou une IA masquées par le POP - Importance de rechercher une hyperpression abdominale lors des mouvements de la vie quotidienne : parler rire crier tousser et lors des activités sportives à risque décrites par AFU
Expert 20	Une échographie pelvienne et des voies urinaires est indiquée à la recherche d'une pathologie pelvienne causant le prolapsus et d'un retentissement sur les voies urinaires (Résidu post mictionnel, dilatation voies urinaires supérieures si prolapsus important)
Expert 27	Le diagnostic d'un prolapsus rectal peut être cliniquement difficile, l'extériorisation ne se produisant pas toujours facilement dans les conditions de l'examen. Il peut alors être utile de faire réaliser une défécographie (pouvant cependant être prise en défaut) ou, mieux, de demander à la patiente de prendre en photo son prolapsus lorsqu'elle le ressent (on retrouve alors la notion de diagnostic clinique mais "différé", pas lors de la consultation)
Expert 32	On ne peut pas écarter l'échographie utile pour les diagnostics associés surtout si l'utérus est laissé en place en cas de chirurgie et de plus en plus pour le bilan pelvien car l'examen est dynamique et permet d'objectiver simplement la mobilité des organes entre eux
Expert 37	Une échographie pelvienne en vue d'une chirurgie me paraît quand même utile, notamment pour rechercher un utérus fibromateux qui pourrait compliquer la chirurgie ou être source de récurrence.
Expert 40	Ne faut il pas préciser les examens complémentaires ?
Expert 44	La réalisation du bilan uro-dynamique peut être nécessaire à distance de l'intervention. Sa réalisation pré-opératoire, à la recherche d'une IUE masquée par exemple, bien que celle-ci soit identifiable par l'examen clinique ou le test au pessaire n'implique pas nécessairement une prise en charge chirurgicale concomitante, bon nombre d'équipes préférant une intervention secondaire (rarement nécessaire toutefois).
Expert 51	<p>L'évaluation morphologique est utile avant chirurgie si l'on veut pouvoir proposer le geste le plus efficace, surtout en cas de prolapsus de la face postérieure du vagin.</p> <p>Groenendijk AG, van der Hulst VP, Birnie E, Bonsel GJ. Correlation between posterior vaginal wall defects assessed by clinical examination and by defecography. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008 Sep;19(9):1291-7. doi: 10.1007/s00192-008-0632-9. Epub 2008 May 9. PMID: 18465077.</p>
Expert 53	Le diagnostic du POP est clinique oui, mais aucun examen complémentaire est nécessaire pour le diagnostic = non.

	<p>L'imagerie en particulier l'IRM de statique permet d'avoir une étude des troubles de la statique pelvienne plus précise que l'examen clinique seul, en particulier en cas de POP du compartiment postérieur ou le diagnostic clinique est souvent mal évalué, en cas d'hystérectomie car l'absence de repère du col utérin entraîne des diagnostics erronés confondant des troubles antérieurs et postérieurs cliniquement, en cas de prolapsus pluri-compartimental et en cas de récurrence de cure de prolapsus.</p> <p>Une évaluation plus complète en pré-opératoire grâce à l'IRM de statique participerait à la diminution du risque de récurrence (qui est compris entre 10 et 30% en fonction des articles et des équipes).</p> <p>En 2020 on n'imagine pas opérer un cancer utérin sans IRM en complément de l'examen clinique et des biopsies, d'opérer une tumeur de l'ovaire sans IRM pour caractériser le kyste (bénin-malin) cf les travaux de Thomassin-Naggara Isabelle et Marc Bazot, de même pour l'endométriose. Pourquoi les patientes présentant un trouble de la statique ne pourraient pas bénéficier d'un examen non irradiant donnant une information morphologique et statique en 1 seul examen pour avoir les meilleures propositions thérapeutiques possibles et ne pas méconnaître un trouble de la statique ...</p> <p>Biblio reco IRM statique :</p> <p>El Sayed RF, Alt CD, Maccioni F, Meissnitzer M, Masselli G, Manganaro L, Vinci V, Weishaupt D; ESUR and ESGAR Pelvic Floor Working Group. Magnetic resonance imaging of pelvic floor dysfunction - joint recommendations of the ESUR and ESGAR Pelvic Floor Working Group. Eur Radiol. 2017 May;27(5):2067-2085. doi: 10.1007/s00330-016-4471-7. Epub 2016 Aug 3. PMID: 27488850; PMCID: PMC5374191.</p>
Expert 59	<p>En cas de rectocèle à l'origine de la sensation de boule vaginale, l'intervention chirurgicale doit être précédée d'une évaluation anatomique précise pour définir le type de rectocèle (haute, moyenne ou basse), l'insuffisance sphinctérienne éventuelle ou l'altération du noyau fibreux central, l'existence ou non d'une entéroccèle ou sigmoïdocèle. De ces anomalies anatomiques, dépend le type d'intervention à proposer, donc opérer sans bilan anatomique et physiologique une rectocèle n'est pas envisageable. D'où d'ailleurs vos recommandations en 3.2 qui contredisent celles du 3.1.</p>
Expert 61	<p>Le BUD pourrait être recommandé en cas de symptomatologie urinaire associée</p> <p>En cas d'HAD, information pouvant être apportée à la patiente du risque de persistance d'HAV post opératoire par exemple</p>

1.7 Que faire en cas de POP clinique sans symptomatologie associée ?

Recommandation 15

Il est recommandé de ne traiter que les prolapsus génitaux symptomatiques ou compliqués. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
--------------------	---------

1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	2	2	2	3	3	50	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.25	93.75

Expert	Commentaires
Expert 1	Il me semblerait intéressant sur des patientes à risque (toux chronique, sportive à haut impact périnéal, profession avec port de charge) d'envisager une rééducation/ éducation préventive de quelques séances pour limiter les risques d'aggravation d'un prolapsus de stade 2 ou plus, notamment éducation au port de charges, à la toux, correction posturale, mise en place d'un auto-entretien par des exercices réguliers adaptés.
Expert 2	Pour la patiente, sachant qu'un POP peut évoluer et devenir symptomatique une prise en charge éducative et préventive pourrait lui être proposée. Un interrogatoire dirigé sur les antécédents gynécologiques, ano-rectaux et abdominaux peut être conduit afin d'apprécier une partie des facteurs qui auraient pu conduire à la défaillance des structures de soutènements des organes pelviens.
Expert 6	Il serait intéressant de mentionner l'importance de l'éducation dans la prise en charge des prolapsus génitaux non symptomatiques en abordant avec la patiente les facteurs de risque et /ou aggravant, afin de limiter leur évolution future. Toujours dans le cadre des prolapsus génitaux non symptomatiques, une part belle devrait être faite à la prévention, en prenant en charge de manière pro-active les facteurs de risque et /ou aggravant : constipation, mictions par poussées, toux chronique ...
Expert 7	Tout à fait d'accord.... mais l'éducation thérapeutique est un temps préalable au traitement rééducatif et fait partie des compétences du kinésithérapeute. Eduquer n'est pas traiter et ce temps devrait être mentionné.
Expert 8	Le traitement rééducatif peut être proposé afin de réduire les facteurs de risques
Expert 10	Gros problème de définition dans ce texte de recommandations

Expert 17	Le POP provient aussi d'un mauvais mode d'emploi du corps lors du mouvement, faire prendre conscience de l'erreur de la poussée sur le plancher pelvien, corriger et automatiser la correction sont indispensables pour éviter la récurrence du POP sur le long terme
Expert 30	Là aussi cela place une pratique préventive hors-jeu d'emblée ; pourquoi ne pas proposer alors une éducation thérapeutique préventive 2re (et de rappeler qu'une prévention primaire à visée de salutogenèse est possible) ! Car en effet l'évolution est lente mais cela peut permettre justement d'éviter l'apparition de symptômes gênants. C'est d'ailleurs dans cette prévention primaire et secondaire qu'ensemble positionnerait la rééducation systématique du post partum chez une majorité de femmes
Expert 31	Dont les symptômes sont responsables d'une gêne fonctionnelle importante et ou ne retentissent pas sur les fonctions urinaires
Expert 39	Beaucoup de femme ressentent une gêne psychologique du fait du POP sans autre symptôme. Il serait intéressant de notifier quels sont les symptômes qui conduisent à une prise en charge du POP.
Expert 41	Il existe un rôle préventif que les kinésithérapeutes peuvent effectuer sur les facteurs de risques des POP. Il ne s'agira pas de traiter le POP asymptomatique mais d'être vigilant aux facteurs de risques aggravants. Les kinésithérapeutes sont à même d'aider dans une prise en charge de constipation chronique, le tabac ou de surpoids par exemple.
Expert 42	Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 48	La santé est aussi préventive. N'attendons pas la sévérité des symptômes. L'éducation thérapeutique doit être précoce (informer et limiter les facteurs de risque et proposer un programme d'auto-rééducation).
Expert 54	Peut être à nouveau une phrase "en fonction de la demande de la femme "

2 Quelles prises en charge non chirurgicales sont efficaces et pour quelles indications ?

Les traitements conservateurs présentent globalement peu de risque de complications, ils peuvent apporter une amélioration significative sans avoir besoin de recourir à la chirurgie, ou être proposés en association, en complément ou en attente, d'une prise en charge chirurgicale.

2.1 Quelles mesures hygiéno-diététiques peuvent être proposées ?

Certains facteurs de risque pourraient participer à la survenue ou à l'aggravation d'un POP (voir chap 1.4)

Recommandation 16

Même si l'association entre ces facteurs de risque et la survenue d'un prolapsus génital n'est pas étayée par des données solides, il est recommandé d'aider la patiente à mieux gérer ces facteurs par (Accord d'experts):

- une information rassurante sur les croyances, les peurs et les évitements non justifiés
- une perte de poids et une bonne hygiène alimentaire
- la prise en charge d'une constipation chronique
- une éducation thérapeutique au port de charges
- une éducation thérapeutique de la toux
- des conseils visant à limiter la sédentarité et favoriser l'activité physique

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	2	2	1	5	15	40	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.55	95.45

Expert	Commentaires
Expert 2	Informations et éducation à la bonne hygiène hydrique et sur les passages aux toilettes (fréquence et position entre autres).
Expert 6	Il serait intéressant d'ajouter une éducation thérapeutique au comportement mictionnel et de préconiser la prise en charge des troubles de la vidange vésicale.
Expert 7	Insuffisant pour moi Au même titre, le manque de données solides entre ces facteurs de risques et le changement de statut d'un prolapsus d'asymptomatique à symptomatique est peu étayé. Il pourrait donc être recommandé par un accord d'expert que ces différents points que l'on

	peut regrouper sous le vocable d'éducation thérapeutique à la santé pelvienne soit indiquée dès le diagnostic POP symptomatique ou non.
Expert 12	Une éducation thérapeutique en cas de toux chronique Favoriser l'activité physique et notamment favoriser des sports non à risque (vélo, natation, marche, roller) Indication des sports à risque à éviter (tennis, saut, soulever des poids, base ball)
Expert 16	Oui, rôle de l'ETP et de la prise en charge en kiné globale (pas que périnée centrée travail abdo et postural, gestion des pressions abdo ...+++) mais problématique de ces séances longues et d'absence de cotation adaptée en kinésithérapie.
Expert 19	Les recommandations d'activité clinique par exemple ne sont pas claires et pas validées, l'éducation thérapeutique à la toux encore moins
Expert 29	Personnellement, je donne les conseils suivants car je m'interroge sur leur lien possible avec le POP: -Conseils afin de choisir les activités physiques ou de loisirs ou professionnelles les moins pourvoyeuses de pressions intra-abdominale et de forces poussant les organes en direction caudale (exemple : professeure des écoles ? course à pieds? Chorale ? Jouer d'un instrument à vent? -Même conseils dans le post-partum et aussi quand reprendre une activité physique ou de loisirs et lesquelles ? -Je m'interroge aussi sur les liens entre les risques de POP et le statut hormonal de la femme qui allaite. Il me semble qu'elles doivent faire davantage attention aux forces sur les organes et le plancher pelvien si elles allaitent
Expert 30	Oui ! Mais ne pas proposer cela qu'en curatif mais aussi en prévention primaire et secondaire !
Expert 32	Des conseils visant à limiter la sédentarité et favoriser l'activité physique Ceci est une phrase creuse : quand la gêne du au prolapsus est importante les femmes ne peuvent plus faire d'activité physique et c'est souvent la raison de leur consultation.
Expert 38	Dans le texte il est noté page 25 de déconseiller le port de charges lourdes. Cela peut poser problèmes dans certains contextes d'activités professionnelles et justifier de demandes de changement de postes de travail voir de considérer que l'apparition du prolapsus puisse être en lien avec une activité professionnelle. Il me paraît moins "récupérable" la notion d'éducation au port de charges que de déconseiller le port de charge lourde
Expert 40	Une information rassurante sur les croyances, les peurs et les évitements non justifiés / Je ne comprends pas cet item ?? quelles croyances ?
Expert 42	La mise en œuvre des techniques alternatives préopératoire a été évoquée dans les pistes d'actions issues de la réunion de concertation organisée par l'ANSM le 22 janvier 2019. Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car

	cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 46	Perte de poids chez les femmes en sur poids Mais aussi se discute reprise de poids quand une femme a perdu du poids et qu'elle est mince
Expert 47	Pas d'argumentaire permettant de dire que la symptomatologie s'améliorera en appliquant ces recommandations
Expert 52	Evitements non justifiés ... Je ne comprends pas Favoriser quelle activité physique compte tenu du POP ?
Expert 59	Préciser l'activité physique : celle qui font des abdo de manière excessive surtout après la ménopause où la prise de poids devient abdominale, se retrouvent rapidement avec un POP.
Expert 60	Même commentaire que reco 11
Expert 65	- Même s'il n'est pas clairement reconnu comme un facteur de risque de survenue d'un POP mais d'un facteur de risque de complications prothétiques, ne doit-on pas ajouter "une aide au sevrage tabagique"? - oui pour favoriser activité physique mais plutôt "favoriser les activités physiques sans hyperpression abdominale" car potentiellement a risque de POP même si manque de données

2.2 Place du pessaire et selon quelles modalités ? Quelle surveillance après la pose ?

Les pessaires sont des traitements efficaces sur les symptômes associés au POP et améliorent la qualité de vie. Leur efficacité (à court terme) sur les symptômes semble équivalente au traitement chirurgical.

Les données concernant la sexualité chez les patientes porteuses d'un pessaire sont peu nombreuses ; il semble que l'utilisation de pessaire améliore la sexualité des patientes au même titre que la chirurgie.

Recommandation 17

La pose d'un pessaire peut être proposée en première intention à toutes les patientes présentant un POP symptomatique, quel que soit leur âge ou le stade du prolapsus.

Le pessaire anneau est le pessaire le plus fréquemment utilisé, quels que soient le type ou le stade du POP. En cas d'échec d'un premier type de pessaire, d'autres types de pessaires peuvent être essayés et se révéler efficaces

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	Je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	2	2	0	4	4	7	6	36	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.56	93.44

Expert	Commentaires
Expert 1	Je suis en accord avec cette proposition mais il est difficile de mettre en place le choix du pessaire en pratique courante car il n'y a pas de possibilité d'essayer le pessaire quelques temps et de le renvoyer s'il ne convient pas, or ces dispositifs ont un coût non négligeable pour la patiente.
Expert 3	Je n'ai pas l'expérience
Expert 7	Le pessaire anneau est le plus utilisé pour la cystocèle, il n'est pas indiqué pour un prolapsus du col utérin. Le choix du pessaire se fait en fonction du compartiment prolapsé, de la taille du hiatus urogénital, de la béance vulvaire, ... Il n'est pas indiqué de commencer par le pessaire anneau comme évoqué par la formulation.
Expert 8	Dans ma pratique, j'ai pu constater que le pessaire anneau n'est pas le plus adapté. Il est important d'essayer plusieurs modèles afin de trouver celui qui convient le mieux à la femme. (forme, utilisation ...)
Expert 10	Donc on parle de colpocèle et hystéroptose Pas de prolapsus rectal ! terme JAMAIS ABORDE et EVALUE
Expert 11	Le pessaire n'est pas vraiment indiqué en première intention. Je pensais qu'il était plutôt proposé aux femmes qui refusent la chirurgie ou en attente de chirurgie
Expert 12	Précision : Si un pessaire est proposé, une éducation à la pose et dépose du pessaire est indispensable à la bonne adhésion de la patiente au traitement. Rajout : La béance vaginale constitue une cause d'échec fréquente du traitement.

	Le pessaire semble moins efficace sur les rectocèles.
Expert 14	<p>Il peut y avoir un problème de taille du pessaire</p> <p>Il serait intéressant de savoir si le praticien peut posséder un jeu de pessaires anneaux de différentes tailles et si il est bien exact que les pessaires en silicones peuvent être stérilisés dans un autoclave afin d'être réutilisés comme test de taille</p> <p>Rien n'est dit dans cette recommandation sur la manière de choisir la taille du pessaire qui est pourtant un problème essentiel</p>
Expert 16	Pessaire anneau n'est pas le plus adapté à toutes les situation, surtout si pop > 3, passage au travers en avant d'où l'intérêt de séance de test avec matériel adapté et plusieurs modelés et tailles à disposition
Expert 17	La rééducation est totalement hors de complications celui n'est pas le cas du pessaire, elle pourrait être proposée en 1 ère intention comme dans l'IUE
Expert 19	<p>La pose peut être proposée mais dans le texte il semble presque systématique voire de devoir le tester, il faut préciser que l'efficacité à long terme n'est pas validée et qu'un recours secondaire à la chirurgie reste probable à terme</p> <p>Ils peuvent être prescrit pour retarder une prise en charge chirurgicale et si la patiente le souhaite, ou dans l'attente d'une grossesse</p> <p>Recommander au-delà d'une certaine limite reste illusoire et risqué car les professionnels ne connaissent plus les suivis, ne savent plus faire les poses ou les changements et les complications de pessaire augmentent avec le temps et la dépendance de la patiente</p>
Expert 21	Le pessaire anneau et le pessaire cube sont les plus fréquemment utilisés dans notre centre.
Expert 22	<p>Le pessaire cube est d'un maniement plus facile que l'anneau</p> <p>La patiente garde la maîtrise du dispositif, choisit seule de le porter ou pas</p>
Expert 26	Dans certaines équipes, le pessaire en cube est largement plus souvent proposé
Expert 30	<p>Je trouve la version dans plus complète et il serait souhaitable qu'elle se retrouve aussi dans le résumé (exemple place du pessaire dish en cas d'association d'une IUE)</p> <p>De plus une grille d'aide au choix précisant les indications cible de chaque modèle et la possibilité ou non d'avoir des rapports sexuels avec le modèle ainsi que sa fréquence de retrait / nettoyage apporterait une aide pratico pratique aux praticiens de terrain</p>
Expert 41	Mon expérience m'a poussé à utiliser plus souvent des pessaires cubes.
Expert 42	Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 50	<p>La pose d'un pessaire doit être proposé en 1ere intention.</p> <p>Le pessaire anneau ne doit pas être le seul à être proposé en première intention</p>

Expert 52	C'est quoi un pessaire ? doit-on le définir et expliquer comment le positionner, où il se met ?
Expert 54	Un tableau récapitulatif en annexe des pessaires avec leur formes ne serait pas de trop.
Expert 56	<p>SUR LA FORME:</p> <p>Si dans le corps du texte de la page 12 il est bien dit que le pessaire est recommandé, je ne vois pas de recommandation avec un niveau de preuve en encadré comme cela est fait pour les autres items et c'est dommage que cela ne ressorte pas plus clairement. Un encadré recommandant de proposer l'usage du pessaire en 1° intention à toute patiente atteinte de POP serait bienvenu.</p> <p>Quant au niveau de preuve à adopter d'autres sociétés savantes l'ont fait depuis plusieurs années maintenant cf ref jointes pour n'en citer que certaines</p> <p>Enfin si l'efficacité du pessaire est claire avec un niveau de preuve non négligeable il ne semble pas qu'il faille mettre le type de pessaire (anneau en 1° intention ce que je partage) sur le même plan puisqu'il n'y a là aucun argument factuel ou presque pour le choix d'un modèle plutôt qu'un autre</p>
Expert 58	<p>Conseiller un pessaire dont la femme peut gérer elle-même la pose.</p> <p>Ex: le pessaire cubique</p>
Expert 60	<p>Ok mais on est quand même sur des niveaux de preuve faible</p> <p>Remarque méthodologique sur les 2 études comparant pessaire et chirurgie et qui rapportent qu'il n'y a pas de différence entre les 2 ttps : ces études ne sont pas randomisées, la patiente ayant choisi son traitement. Cela entraîne un biais important sur les résultats sur l'évaluation du succès par le questionnaire de qualité de vie.</p>
Expert 64	<p>Une éducation sur la pose et le retrait du pessaire par la patiente elle-même peut permettre une bonne adhésion et observance de la patiente.</p> <p>Le retrait pendant les rapports peut favoriser l'acceptation du dispositif.</p> <p>Mais il n'y a pas en effet pas de données sur une contre-indication de la présence du pessaire pendant les rapports.</p>
Expert 65	<p>Pas vraiment d'accord avec pessaire anneau le plus utilisé. Ne correspond pas à notre pratique courante où le pessaire cube représente la majorité des prescriptions.</p> <p>Pessaire anneau le plus étudié dans la littérature internationale mais retrait décrit comme souvent plus difficile et moins bien tolérés en ce qui concerne les pessaires disponibles en France</p>
Expert 66	<p>La phrase avant la recommandation est non validée : "Bien qu'il n'existe pas de donnée pour le confirmer, l'utilisation d'une oestrogénothérapie vaginale pourrait améliorer la tolérance du pessaire chez les femmes ménopausées"</p> <p>Le conditionnel n'est pas validé. Elle ne devrait pas apparaître comme cela dans des recommandations.</p>

Recommandation 18

La pose d'un pessaire peut également être envisagée à titre diagnostique dans tous les cas où le lien entre symptômes et prolapsus n'est pas évident : en cas de trouble à type de dysurie, d'hyperactivité vésicale (ou urgenturie), en cas de douleurs abdomino-pelviennes perçues comme étant en relation avec le prolapsus génital par la patiente, ou en cas de gêne importante malgré un prolapsus non extériorisé.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	1	0	0	1	2	9	45	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.00	95.00

Expert	Commentaires
Expert 4	Le recours à une échographie pelvienne et périnéale puis à une IRM pelvipérinéale apparaît plus adapté.
Expert 8	Ne pas négliger les douleurs lombaires
Expert 10	PROLAPSUS : LEQUEL ?
Expert 12	Proposé en cas de suspicion d'incontinence urinaire masquée
Expert 42	Suggestion de faire le lien avec la recommandation 5.
Expert 53	Bilan paraclinique pour enquête étiologique : imagerie et fonctionnel
Expert 59	Mon expérience n'est pas celle-là pour les rectocèles. Le pessaire mime plus une réparation par voie basse et les troubles anorectaux comme ceux en rapport avec une intussusception antérieure, bien corrigée par la promontofixation, sont parfois même aggravés avec le pessaire. L'essayer OK mais l'échec doit être précisé car s'ils sont en rapport avec un prolapsus rectal intracanalair ou une intussusception c'est bien différent.

Expert 64	La pose du pessaire à visée diagnostique est surtout utile en cas de symptômes non visualisés en consultation, dont certains signes urinaires (dysurie) mais moins l'hyperactivité vésicale.
-----------	--

La forme et la taille utilisées seront fonction de l'âge de la patiente, de son activité sexuelle et de sa capacité à le manipuler seule.

Le pessaire Cube pourra être proposé aux femmes capables de le manipuler elles-mêmes régulièrement, comme par exemple de manière très temporaire lors des activités physiques sportives ou professionnelles. Comme il comble la cavité vaginale, il est d'usage de le retirer après ses activités quotidiennes.

Les pessaires en latex semblent moins bien tolérés, et du fait de leur caractère poreux, leur durée de vie est plus limitée que les modèles en silicone (matériau plus inerte). Il semble préférable de choisir des modèles en silicone plutôt qu'en latex.

Une utilisation « à la carte » (non continue) du pessaire est envisageable chez les femmes gênées seulement dans certaines activités ou circonstances à risque (par exemple épisodes de toux hivernales ou d'allergie).

Bien qu'il n'existe pas de donnée pour le confirmer, l'utilisation d'une oestrogénothérapie vaginale pourrait améliorer la tolérance du pessaire chez les femmes ménopausées.

Recommandation 19

Avant la pose du pessaire, il est recommandé d'informer la patiente sur les modalités d'utilisation du pessaire et son suivi, le risque d'expulsion de pessaire, et les pertes vaginales potentiellement associées à son utilisation. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	2	0	1	5	54	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9

Nombre de réponses en %	1.59	98.41
-------------------------	------	-------

Expert	Commentaires
Expert 11	Il faut bien prendre en compte le risque allergique pour les pessaires en latex
Expert 30	Idem 17 cf mon commentaire plus haut
Expert 42	L'information délivrée aux patientes en phase préopératoire a été développée dans les pistes d'actions issues de la réunion de concertation organisée par l'ANSM le 22 janvier 2019.
Expert 44	Le port d'un pessaire cube ne devrait pas excéder 12 heures sur le nyctémère du fait de l'effet de succion que le dispositif exerce sur la muqueuse vaginale. Les pessaires en latex doivent absolument être évités du fait de leur porosité faisant le lit de greffes microbiennes d'une part, et du risque allergique d'autre part. Il faut préciser sur l'ordonnance de prescription "pessaire gynécologique en silicone".
Expert 47	<p>Avant de proposer un pessaire il est recommandé d'informer la patiente sur les deux grandes familles de pessaires disponibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pessaire discontinu (anneau-cube-gelhorn): géré par la patiente ne nécessitant pas de surveillance particulière, compatible avec une activité sexuelle, impliquant que le retrait et la pose soient faits régulièrement par la patiente elle-même - pessaire continu (anneau-dish-donut): géré par le professionnel de santé qui pose le pessaire et en assure le suivi, peut entraver la vie sexuelle, peut entraîner une vaginose (leucorrhées), des érosions, et des complications en l'absence de suivi <p>DONC, pour reprendre le texte :</p> <p>"la forme et la taille seront fonction de la taille du Hiatus et de la longueur vaginale"</p> <p>"le type de pessaire, continu ou discontinu, sera fonction de l'âge de la patiente, de son activité sexuelle et de sa capacité à le manipuler seule"</p>
Expert 52	Doit-on parler du nettoyage du pessaire et par qui ... selon l'utilisation ?

Recommandation 20

Plusieurs essais de pessaires peuvent être nécessaires pour trouver le plus approprié ; en cas de survenue de pertes vaginales anormales, de troubles de vidange vésicale ou de fuites urinaires, d'inconfort, de douleurs, il est conseillé que la patiente qui porte un pessaire contacte le professionnel de santé qui assure le suivi. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10	je ne peux pas répondre
----	-------------------------

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	2	1	0	3	2	54	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.23	96.77

Expert	Commentaires
Expert 6	Il serait intéressant de discuter de la nécessité de consultations dédiées avec mise à disposition d'un "banc d'essai de pessaire", comprenant des pessaires de différentes formes et de différentes tailles, sur le modèle des consultations d'éducation aux auto-sondages propres intermittents.
Expert 42	Proposition de reformulation : « il est conseillé que la patiente qui porte un pessaire contacte le professionnel de santé qui EN assure le suivi. » ce professionnel de santé peut être différent du prescripteur. Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 44	Rajouter la survenue de métrorragies, de difficultés à l'exonération des selles.
Expert 46	Que la patiente contacte un professionnel expérimenté sur l'utilisation de pessaires Avec tous les départs en retraite difficile de conserver un seul professionnel de santé
Expert 52	On peut en essayer jusqu'à combien ? et non remboursé !
Expert 59	Je confie ce traitement aux gyneco ou urologues

Recommandation 21

A ce jour les pessaires ne sont pas pris en charge, ce qui peut être un frein à leur plus grande diffusion. Afin de favoriser leur utilisation, le groupe de travail recommande qu'ils soient remboursés par l'assurance maladie. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	Je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	3	1	2	1	55	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.59	98.41

Expert	Commentaires
Expert 7	<p>Le remboursement du pessaire soit, mais également un acte rémunéré.</p> <p>A ce jour, il existe une codification pour une consultation pessaire dont le tarif est de 0 euros.</p> <p>Si il est souhaitable que le pessaire soit remboursé aux patientes, la consultation dédiée et les consultations de suivi devraient bénéficier d'une tarification et codification pour l'ensemble des professionnels de santé habilité à les prescrire et en assurer le suivi.</p> <p>En l'absence de tarification, la consultation sera facturée hors nomenclature et la patiente ne sera pas remboursée.</p>
Expert 8	La prise ne charge est indispensable pour que toutes les femmes aient les mêmes droit et chance dans leur traitement. Il n'est pas rare que certaine femme ne puisse utiliser un pessaire faute de moyen surtout si le premier choix n'est pas le bon.
Expert 24	Et recommander un codage spécial Acte CCAM
Expert 30	Oui évidemment avec un accès aux prescriptions tant aux médicaux (médecins SF) que paramédicaux (kine)
Expert 31	Ce n'est pas une recommandation pour la pratique
Expert 41	Ainsi que les séances de suivi effectuées par le kinésithérapeute sur ordonnance.
Expert 42	Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et son environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé qu'elle a pu consulter sur le sujet.

Expert 44	Je milite depuis des années pour cela...et suis en accord avec cette préconisation. Le coût d'une cinquantaine d'euros n'est pas à la portée de toutes les bourses.
Expert 60	Les pessaires étaient inscrits à la LPPR; les fabricants de pessaires en latex sont sortis d'eux même de la LPPR pour ne pas être contraints. La ligne générique des pessaires (sur la LPPR) a été radiée en sept 2019. Je pense que le pb majeur était le tarif LPPR trop faible. Mais si les reco sont en faveur des pessaires, une inscription à la LPPR pourrait à nouveau être envisagée : soit à la demande des fabricants (mais pas sûr qu'ils le fassent (point de vue économique), soit sous la forme d'une saisine
Expert 64	Tout à fait, d'autant qu'il existe des ruptures de stocks qui limitent leur pose

La première consultation de suivi après la pose du pessaire pourra être programmée 2 à 6 semaines après la pose ; le suivi sera secondairement adapté en fonction du type de pessaire, des pertes vaginales, et de la capacité de la patiente à le retirer pour le nettoyer.

Les pessaires qui ne sont pas retirés régulièrement par la patiente nécessitent une consultation tous les 6 mois ou moins, pour le retirer et le nettoyer avant de le reposer et après avoir vérifié l'intégrité du pessaire.

Cet examen clinique permet aussi de vérifier l'état de la muqueuse vaginale et du col avec un speculum.

Recommandation 22

Dans le cadre du suivi, l'apparition d'érosions ne nécessite pas d'abandonner systématiquement l'usage du pessaire mais il est recommandé de prendre l'avis du prescripteur pour leur prise en charge. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	4	1	5	4	43	8

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.72	98.28

Expert	Commentaires
Expert 7	Le prescripteur pouvant être un kinésithérapeute, il serait bien de préciser qu'un avis médical est requis
Expert 22	Un suivi régulier de la patiente fait découvrir les érosions vaginales avant qu'elles ne se traduisent en métrorragies : c'est le problème majeur des pessaires: pas de suivi, ou suivi de qualité médiocre
Expert 30	2 à 6 semaines une fois le modèle et la taille arrêtée. Dans le cadre d'un accompagnement au choix, le suivi est plus court : 24 a 72h puis il pourra être espacé une fois le modèle et la taille convenus. Un nettoyage des pessaires maintenu en place au long cours me semble préférable tous les 1 à 3 mois plutôt que 6 surtout chez la personne âgée (ce suivi permet d'être vigilant sur les érosions cutaneo muqueuses et surtout permet en pratique l'intervention du kinésithérapeute ou de la sagefemme par exemple dans une démarche pluridisciplinaire d'aide au maintien à domicile et d'accompagnement de la femme âgée.
Expert 32	Pourquoi accepté ce qui est intolérable pour les patientes. L'utilisation d'un pessaire doit être associé au confort
Expert 39	Si la patiente ne prend pas de traitement oestrogénique local, il pourra alors lui être proposé à la suite de la cicatrisation de sa muqueuse, un nouveau pessaire avec un traitement associé.
Expert 44	Il faut remettre un guide explicatif à la patiente. Un guide a été publié par la revue rouge. Je propose que l'on puisse d'une manière ou d'une autre s'en servir afin que l'on assure l'information de la patiente (principes, précautions...) et surtout que l'utilisatrice puisse contacter le professionnel (ou l'équipe) qui en a assuré la pose en cas de problème. En outre, il s'agit d'un dispositif et le numéro de lot, la description du type (anneau ou remplissage par exemple) et de la taille du pessaire devraient figurer sur ce document remis à la patiente (à l'images des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs sous-cutanés).
Expert 52	On traite quand même avant de le reposer ?
Expert 61	De même qu'en cas de perte gênantes. Aucune information dans l'argumentaire pour le retrait quelques jours avant la repose De même dans l'argumentaire, vous proposez encore les pessaires en latex ? probablement qu'il ne faut plus que proposer le silicone...meilleure résistance, moins de risque d'allergie
Expert 63	L'avis du prescripteur voire d'un gynécologue si l'on veut aller plus loin et afin de ne pas méconnaître une pathologie néoplasique sous-jacente.

Expert 64	Des gel ou ovules permettant l'amélioration de la trophicité vaginale peuvent être associés à la pose du pessaire
-----------	---

Recommandation 23

En cas de pose d'un pessaire, il est recommandé d'informer la femme et le médecin traitant des modalités d'utilisation, du suivi conseillé et des symptômes anormaux qui nécessitent de consulter. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	4	57	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 25	Il y a peu de formations actuellement proposées dans ce domaine en particulier en médecine générale
Expert 42	L'information délivrée aux patientes et aux médecins traitants en phase préopératoire a été développée dans les pistes d'actions issues de la réunion de concertation organisée par l'ANSM le 22 janvier 2019.
Expert 47	Remettre une information écrite à la patiente et pour les pessaires continus une carte "porteuse d'un dispositif médical". Cela évite l'incompréhension de certains symptômes ou examens d'imagerie chez des patients n'ayant plus leur conscience et porteuse de pessaire
Expert 60	Oui indispensable

2.3 Place de la rééducation

La rééducation améliore les symptômes du prolapsus génital (sensation de pesanteur pelvienne) et les symptômes associés au POP (incontinence urinaire ou anale, besoins urgent urinaires ou anales, troubles de la vidange vésicale ou rectale), la qualité de vie, et le confort des femmes. Elle permet de favoriser le retour aux activités de la vie quotidienne.

Cette rééducation peut améliorer le stade du POP dans les formes modérées. Elle peut être proposée en association avec la pose d'un pessaire.

Le rééducateur procède à un bilan diagnostic rééducatif initial afin d'adapter la prise en charge rééducative à la situation individuelle de la patiente. Il adaptera les techniques éducatives et rééducatives en fonction de l'évolution de la situation clinique et fonctionnelle.

Recommandation 24

Le rééducateur devra réévaluer la situation clinique et fonctionnelle afin d'adapter le protocole thérapeutique si nécessaire à la progression de la prise en charge rééducative.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	1	1	5	8	44	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.28	96.72

Expert	Commentaires
Expert 3	En cas de prolapsus rectal, il est recommandé de faire la rééducation APRES la correction du trouble de la statique. En effet, le fait d'avoir un prolapsus rectal extériorisé gêne à la rééducation et toutes les patientes n'ont pas besoin de rééducation après correction du prolapsus.
Expert 22	En lien+++ avec le médecin prescripteur de la rééducation

Expert 25	Les techniques de rééducation sont peu détaillées dans ces recommandations
Expert 30	<p>La SF peut à la fois être prescripteur et rééducateur</p> <p>N'est-ce pas envisageable que le kinésithérapeute devienne lui aussi auto prescripteur ?</p> <p>La SF non rééducatrice doit soit réorienter vers une de ses collègues soit relayer la demande au médecin traitant pour qu'il réalise une prescription si la SF souhaitait proposer une prise en charge de la rééducation par un kine (par soucis de respect du choix du praticien de la patiente lors du suivi gyneco par la SF ou par soucis de ressource de proximité)</p> <p>Un positionnement fort de la HAS sur ces questions pourraient permettre une législative souhaitée par nos collègues kinésithérapeutes pour un accès plus direct à leurs compétences</p>
Expert 31	<p>Je ne comprends pas très bien</p> <p>Il faut utiliser les protocoles de rééducations validées dans les essais randomisés et c'est tout</p>
Expert 51	<p>Nuancer l'efficacité de la rééducation sur l'anatomie : peu d'études et surtout pour les prolapsus de la face antérieure du vagin.</p> <p>Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J. 2016 Jul;27(7):981-92. doi: 10.1007/s00192-015-2846-y. Epub 2015 Sep 25. PMID: 26407564.</p>
Expert 54	Il y a-t-il des données sur une particularité des prolapsus en post partum ? traitement, récupération etc...
Expert 59	<p>En proctologie, l'origine de la dyschésie ou d'une incontinence fécale est à évaluer par le proctologue médical (et non pas le rééducateur) qui va effectuer un examen proctologique et fonctionnel, une anoscopie à la recherche d'un prolapsus rectal intracanalair, d'une intussusception, d'une insuffisance sphinctérienne avec si besoin une manométrie anorectale pour établir un plan de rééducation. Il s'agit de savoir si on rééduque un anisme, s'il faut associer des régulateurs du transit, si on doit au contraire travailler le renforcement des sphincters, ou rééduquer la contraction réflexe du sphincter externe. Le rééducateur n'est pas compétent pour ce bilan.</p> <p>Total désaccord avec la conclusion plus bas. Si c'est au rééducateur de définir le nombre de séances, on va revoir les patientes après des quantités de séances parfois hallucinantes. Si les premières séances prescrites ne fonctionnent pas il convient de vérifier pourquoi en examinant la patiente, on peut vérifier l'amélioration d'un anisme au toucher rectal.</p>
Expert 64	Il est essentiel d'informer la patiente sur la possibilité d'une non-correction du POP par la rééducation mais sur les objectifs d'améliorations du ressenti de la patiente

Recommandation 25

Les bilans devront être tenus à la disposition du prescripteur afin de maintenir la concertation pluridisciplinaire.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	3	5	50	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 25	En pratique de ville, il y a peu d'échanges entre prescripteurs et rééducateurs car ces échanges sont rarement valorisés de part et d'autre.
Expert 30	Du prescripteur et/ou du médecin traitant
Expert 36	Intérêt de la participation des rééducateurs aux RCP de statique pelvienne
Expert 38	On part du principe que le rééducateur fasse un retour de la situation après la fin des séances
Expert 46	Et à la disposition de la femme
Expert 54	Je ne comprends pas bien cette phrase ? de quels examens ?
Expert 59	OK pour vérifier le bilan du rééducateur et la qualité de la rééducation, on doit avoir un rapport. Mais on ne peut pas tout confier au rééducateur. Le bilan est le rôle du médecin, comme l'évaluation du résultat de la rééducation. Il convient de revoir les patientes en fin de rééducation.

Le nombre de séances sera défini par le rééducateur. Il n'est donc pas nécessaire de le faire figurer sur la prescription.

Parmi les techniques rééducatives, la patiente pourra se voir proposer :

Une éducation cognitivo-comportementale visant à limiter l'impact des facteurs de risques reconnus.

Une rééducation spécifique des muscles du plancher pelvien visant à en restaurer les fonctions (coordination motrice, force, endurance, relâchement).

Des techniques rééducatives complémentaires plus globales visant à favoriser le retour vers les activités de la vie quotidienne.

Un travail d'auto-rééducation à domicile.

Recommandation 26

L'absence d'adhésion et d'observance de la patiente est un frein à l'efficacité de cette option thérapeutique. Il est recommandé que le prescripteur informe la patiente que sa participation active à la rééducation contribuera à la qualité des résultats. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	1	0	1	7	52	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.17	96.83

Expert	Commentaires
Expert 16	Oui mais cette discussion est surtout importante entre le rééducateur et la patiente.
Expert 24	C'est au rééducateur de le faire +++
Expert 31	Est-ce utile d'aller aussi loin dans le détail
Expert 32	Il aurait été intéressant de citer les études de K BO en Norvège sur l'entretien en rééducation par de courtes prises en charge annuelle pour entretenir les résultats de la rééducation initiale
Expert 38	N'enfoncerions-nous pas là un peu des portes ouvertes ?

Difficile d'imaginer une non-participation lors de séances de RPP

Recommandation 27

La rééducation et l'utilisation du pessaire sont les deux prises en charge conservatrices non chirurgicales recommandées en première intention. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	0	1	2	2	2	5	48	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.35	93.65

Expert	Commentaires
Expert 3	Le traitement d'une constipation est fondamental.
Expert 12	Avec la prise en charge des facteurs de risque d'aggravation
Expert 15	Insister que cela doit être proposé de façon systématique même en cas de prolapsus majeur
Expert 16	Au vue des techniques qui sont définies un peu plus haut, je pense qu'il est important de prendre en considération que la REEDUCATION d'un POP ne peut être que périnéo centrée (correction des facteurs de risques, travail respiratoire et postural, port de charge, adaptation des AVQ etc..) et que, sans rentrer dans une guerre qui n'est absolument pas mon but puisque j'apprécie beaucoup travailler au quotidien en collaboration avec des SF, mais ce travail relève de la kinésithérapie. Il est donc pour moi très important de s'attacher à ce qui a l'orientation des patients et a la bonne formation des professionnels.

Expert 19	Cela fait partie des possibilités de prise en charge qui peuvent rendre service, mais elles ne peuvent être recommandées en première intention pour toutes les patientes Certaines ne le souhaite pas d'emblée et il ne faut pas les stigmatiser On peut le proposer mais pas en faire une prise en charge recommandée en première intention, Cela fait partie de l'éventail des prises en charge Un accord d'expert ne peut être aussi catégorique en l'absence de données scientifiques
Expert 22	Quid de la rééducation par électrostimulation à domicile ?
Expert 23	Ça dépend du stade du prolapsus et des symptômes associés
Expert 31	Rééducation = grade A Pessaire grade C pas vraiment d'argument pour le proposer AVANT la chirurgie pour moi c'est une alternative
Expert 33	Un prolapsus extériorisé en permanence sera difficilement traité par un pessaire
Expert 38	La notion de première intention paraît non adaptée aux formes majeures de prolapsus
Expert 43	Cette recommandation est évidemment valide mais fait double emploi avec la recommandation N°17 et ceci est source de confusion. Faut-il en première intention proposer la pose d'un pessaire seul ou en association avec la rééducation ? A clarifier
Expert 51	La phrase peut être comprise comme "ces techniques doivent être proposées avant chirurgie". Or ce n'est pas le cas préciser : "... sont les deux techniques de prise en charge non chirurgicale..."
Expert 59	Tous les POP ne sont pas à réduquer, en proctologie une rectocèle sans anisme ni insuffisance sphinctérienne ne relève pas de la rééducation qui n'a pas d'intérêt
Expert 63	AVEC LES MESURES HYGIÉNODIÉTÉTIQUES

2.4 Place des autres mesures conservatrices (Laser/radiofréquence, hormonothérapie, etc.) ?

Recommandation 28

Chez les femmes présentant un syndrome génito urinaire de la ménopause (le SGUM inclut des symptômes de sécheresse, brûlure, ou irritation vaginale, une dyspareunie, des cystites, une pollakiurie, nycturie, ou douleur à la miction, une incontinence urinaire par urgenturie), le traitement local du SGUM (hydratant, lubrifiant, ou faibles doses vaginales d'œstrogènes) a montré une efficacité sur les symptômes et peut être recommandé. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	2	3	5	42	12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.85	98.15

Expert	Commentaires
Expert 8	Je suis dérangée que l'on ne parle que des troubles trophiques de la ménopause, en effet nombre de jeunes sportives et femmes en post partum (surtout allaitantes) présentent également des troubles trophiques
Expert 16	quid de la prescription systématique pré pessaire ?
Expert 31	Pour les œstrogènes locaux il existe des études dont un essai je crois (grade B ou C Je ciblerais sur les œstrogènes locaux par contre pas de données sur les gels lubrifiant
Expert 42	Efficacité sur les symptômes du SGUM ou du POP ? Il faudrait préciser.
Expert 46	Mais chez les femmes ayant eu un cancer hormono- dépendant???
Expert 59	Je suis proctologue

Recommandation 29

Il n'existe actuellement pas de données permettant de recommander l'utilisation du laser ou de la radiofréquence dans la prise en charge du POP. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	2	1	0	0	3	43	15

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.84	92.16

Expert	Commentaires
Expert 24	<p>Il existe un essai randomisé qui a montré que le LASER YAG (Er) est inefficace pour le traitement du prolapsus génital</p> <p>Athanasidou S, Pitsouni E, Cardozo L, Zacharakis D, Petrakis E, Loutradis D, Grigoriadis T. Can pelvic organ prolapse in postmenopausal women be treated with laser therapy? Climacteric. 2020 Jul 28:1-6. doi: 10.1080/13697137.2020.1789092. Epub ahead of print. PMID: 32720552.</p>
Expert 30	<p>Je trouve cette conclusion non conforme à l'argumentaire d'une part (puisque vous y présentez des études).</p> <p>D'autre part, la réalité est que ces études existent en effet et que les données disponibles ne sont peut-être pas probantes ou suffisantes mais non inexistantes contrairement à ce que laisse supposer cette formulation.</p> <p>La rédaction de ce point doit donc être revue !</p> <p>Les données disponibles, bien que semblant apporter une réponse dans la prise en charge des POP, ne sont pas suffisantes à ce jour pour les recommander en première intention.</p>
Expert 64	<p>Certaines études commencent à montrer l'intérêt du traitement par laser ou radiofréquence : Laser therapy for the restoration of vaginal function, Gambacciani, 2017</p>
Expert 66	<p>La FDA s'est prononcée en Juillet 2018 et Novembre 2018 avec une alerte de non-utilisation des lasers pour le traitement de l'hyperlaxité vaginale.</p> <p>https://www.fda.gov/medical-devices/safety-communications/fda-warns-against-use-energy-based-devices-perform-vaginal-rejuvenation-or-vaginal-cosmetic</p>

3 Quel bilan clinique et paraclinique proposer avant un traitement chirurgical et dans quels buts ?

Recommandation 30

Avant la chirurgie et avant tout examen complémentaire, il est recommandé que la consultation et l'examen clinique pelvien réalisé par le spécialiste aient pour objectif de (Accord d'experts):

- Rechercher systématiquement les symptômes associés au prolapsus génital et l'existence éventuelle d'une procidence rectale associée,
- Evaluer la concordance entre les symptômes et l'examen clinique
- Evaluer l'importance des symptômes et leur retentissement (urinaires, digestifs et gynécologiques, physiques et psychologiques)
- Grader le prolapsus pelvien selon la classification de Baden Walker ou si possible selon la classification POP Q de l'International continence society
- Evaluer le profil médical de la patiente (pathologie pelvienne associée, facteurs de risque, comorbidités, traitements déjà entrepris)
- Evaluer les traitements déjà effectués, leurs modalités et leur efficacité.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	3	1	0	1	0	0	3	1	55	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.81	92.19

Expert	Commentaires
Expert 3	La procidence rectale n'est pas un symptôme associé, cela fait partie des prolapsus génitopelvien. L'examen clinique et l'interrogatoire doit SYSTEMATIQUEMENT explorer les 3 étages.
Expert 12	Précision : Rechercher systématiquement les symptômes associés au prolapsus génital et A l'existence.....
Expert 24	Aucune raison d'évaluer le profil psychologique systématiquement ni d'utiliser le POPQ
Expert 31	Encore un fourre-tout ce n'est pas le manuel des castors juniors ni un text-book

	la plupart des choses ont été dite ailleurs et si pas de grade laissez faire le détail par les praticiens
Expert 32	Supprimer Baden-Walker de ce paragraphe. On est en 2020 !!!
Expert 33	Citer les questionnaires recommandés
Expert 40	Je proposerai : classification de Baden Walker et selon la classification POP Q de l'International continence society
Expert 42	Recommandation un peu redondante avec la recommandation 1, il n'y a que le dernier alinéa qui est nouveau. Suggestion de rédaction : « il est recommandé de ne considérer la réalisation d'examens complémentaires ou un traitement chirurgical, qu'après la consultation et l'examen clinique par le spécialiste tels que décrit dans l'évaluation initiale. Il est important également d'évaluer les traitements déjà effectués, leurs modalités et leur efficacité. »
Expert 49	J'ajouterai (urinaires, digestifs, gynécologiques ET SEXUELS, physiques et psychologiques). L'enjeu sexuel est important dans la prise en charge du POP et mérite d'être cité à part entière
Expert 52	Le retentissement psychologique du POP sur la patiente est important mais le profil psychologique de la patiente aussi sur ce type d'intervention qui en cas d'échec pourrait aggraver le psychisme et rendre un échec responsable de maux préexistants ...
Expert 53	Manque le volant paraclinique cf question 6 et les explorations fonctionnelles IRM de statique pour corrélation symptôme, examen clinique, imagerie
Expert 55	Afin qu'il existe une cohérence nationale et internationale dans la classification des POP, seule la classification POPQ doit être recommandée pour grader le prolapsus
Expert 59	Donc examen proctologique avec anoscopie sinon comment faire le diagnostic d'une procidence rectale.
Expert 65	"Grader le prolapsus pelvien selon la classification POP Q ou à défaut la classification de Baden Walker". Peut-on vraiment privilégier le POPQ qui est celle avec la meilleure reproductibilité et celle utilisée dans la littérature scientifique ?

3.1 Examens complémentaires

Recommandation 31

En l'absence d'autres symptômes que la sensation de boule vaginale, aucun examen complémentaire n'a montré son utilité avant la chirurgie du prolapsus des organes pelviens. (Grade C)

Le plus souvent aucun examen complémentaire n'est recommandé avant la chirurgie pour l'évaluation du POP. (Grade C)

Médiane : 8.5

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	9	2	4	2	1	3	2	6	29	8

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	29.31	70.69

Expert	Commentaires
Expert 3	Il faut rechercher les autres signes, à savoir la dyschésie, les manœuvres digitales d'évacuation pour la rectocèle. Une sensation de boule vaginale n'est pas suffisant pour poser une indication chirurgicale.
Expert 4	J'invite les rédacteurs de cette RPC à lire les Recommandations ESUR/ESGAR précitées dont voici le début. OBJECTIVE: To develop recommendations that can be used as guidance for standardized approach regarding indications, patient preparation, sequences acquisition, interpretation and reporting of magnetic resonance imaging (MRI) for diagnosis and grading of pelvic floor dysfunction (PFD). METHODS: The technique included critical literature between 1993 and 2013 and expert consensus about MRI protocols by the pelvic floor-imaging working group of the European Society of Urogenital Radiology (ESUR) and the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR) from one Egyptian and seven European institutions. Data collection and analysis were achieved in 5 consecutive steps. Eighty-two items were scored to be eligible for further analysis and scaling. Agreement of at least 80 % was defined as consensus finding.
Expert 6	Il serait intéressant de discuter de l'indication d'une IRM pelvienne chez les femmes ayant déjà eu une hystérectomie, afin de ne pas méconnaître une élytrocèle.
Expert 10	Évaluer l'étage postérieur par un defécographie des 3 étages et si non disponible faire IRM dynamique qui est un examen ayant de nombreux faux négatifs:

	On ne va pas à la selle couché !!!!! Alors pourquoi le faire aux patients pour évaluer les troubles de la statique pelvienne dont les plaintes sont en position debout
Expert 15	Demander une échographie (pas pour l'évaluation du POP) mais pour évaluer utérus/ovaires et ne pas méconnaître une anomalie
Expert 17	Le calendrier mictionnel est une bonne référence en pré op pour évaluer le retentissement éventuel d'une HAV post op immédiate et tardive
Expert 19	C'est vrai pour les patientes qui ont encore leur utérus et sans antécédents de chirurgie du prolapsus, la première affirmation est trop vague Dans les cas d'antécédents d'hystérectomie il nous arrive souvent de faire une irm dynamique car les diagnostics de troubles postérieurs passant inaperçus à l'examen clinique ne sont pas rares
Expert 20	Intérêt d'une échographie pelvienne pré opératoire pour s'assurer de l'absence de pathologie pelvienne (utérine, annexielle)
Expert 21	L'échographie pelvienne et rénale pré-opératoire permet de rechercher des pathologies utéro-annexielles qui pourraient être prise en charge avant ou pendant la chirurgie du prolapsus. Elle permet de diagnostiquer l'élytrocèle, de repérer un allongement du col utérin etc... des éléments qui peuvent guider le geste chirurgical. Si une dilatation pyélocalicielle est retrouvée, selon le délai opératoire, un pessaire peut être mis en place pour limiter les conséquences sur la fonction rénale, situation rare mais possible. L'échographie est un examen accessible et peu couteux.
Expert 24	Vous confondez les niveaux de preuve et les grades de recommandation. "En l'absence d'autres symptômes que la sensation de boule vaginale, aucun examen complémentaire n'a montré son utilité avant la chirurgie du prolapsus des organes pelviens." C'est un fait niveau de preuve et pas de grade
Expert 26	Plusieurs centres préconisent néanmoins un bilan urodynamique complet en pré-opératoire afin de dépister les facteurs de risque de complication post-opératoire (rétention urinaire, incontinence de novo)
Expert 27	A condition que la "boule vaginale" soit bien purement génitale...
Expert 31	La réalisation d'examens d'imagerie comme le colpocystogramme, l'IRM dynamique ou l'écho-urodynamique ne sont pas des éléments décisionnels mais ils peuvent contribuer à conforter une attitude ou à documenter une situation particulière
Expert 32	Le problème reste intact sur la place de l'échographie pour certifier l'intégrité de l'appareil génital avant chirurgie (Pathologie intra utérine, masse annexielle....)
Expert 36	Valable pour l'étage antérieur et moyen mais pas pour l'étage postérieur. Pour une rectocèle, il est important de savoir, pour la décision opératoire et le choix du geste, si il existe ou non une élytrocèle ou une procidence interne. D'où la nécessité de réaliser un examen dynamique (défécographie ou IRMd)

Expert 40	Le plus souvent aucun examen complémentaire n est recommandé avant la chirurgie pour l'évaluation du POP. (Grade C) : ne n'est pas souvent le cas, car le plus souvent il est demandé une echo avec rpm ou une débitmétrie
Expert 43	Cette recommandation n'est absolument pas claire. Les termes "Le plus souvent" implique que finalement tout peut être fait. De plus, en cas de rectocèle, la réalisation d'une manométrie ano-rectale peut prédire l'échec de la chirurgie sur le symptôme et elle peut mener à la prescription d'une rééducation abdomino-périnéale préopératoire. Ceci est détaillé dans l'argumentaire mais a bizarrement disparu des recommandations synthétiques
Expert 49	La phrase est ambiguë. Pour évaluer un prolapsus, pas d'examen complémentaire nécessaire. Mais avant chirurgie :au minimum, dans un bilan avant chirurgie de POP: 1. une échographie réno vésicale, débitmétrie et mesure du résidu post mictionnel devant les possibilités de troubles de vidange vésicale pouvant être asymptomatiques. Examen de référence qui a son utilité en cas de symptômes urinaires post opératoires 2. Frottis cervico utérin 3. Echographie utéro annexielle (L.Donon et al. Bilan avant le traitement chirurgical d'un prolapsus génital: Recommandations pour la pratique clinique Progrès en Urologie (2016) 26 S8-S26)
Expert 50	En dehors du frottis cervico vaginal à jour et d'une échographie pelvienne pour évaluer l'utérus et les annexes
Expert 51	Pour les prolapsus de la face postérieure du vagin le simple examen clinique n'est pas performant pour éliminer une entéroçèle qui justifie un geste chirurgical adapté. L'IRM ou l'échographie dynamique sont recommandées. Groenendijk AG, van der Hulst VP, Birnie E, Bonsel GJ. Correlation between posterior vaginal wall defects assessed by clinical examination and by defecography. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008 Sep;19(9):1291-7. doi: 10.1007/s00192-008-0632-9. Epub 2008 May 9. PMID: 18465077.
Expert 53	Le POP ne se résume pas à une "boule vaginale" Si la clinique était si performante, il n'y aurait pas autant de récurrence après chirurgie Le "combo" clinique-IRM (+/- bilan urodynamique et manométrie an-rectale) permet d'avoir le maximum d'informations avant décision thérapeutique +++++ Poncelet E, Rock A, Quinton JF, Cosson M, Ramdane N, Nicolas L, Feldmann A, Salleron J. Dynamic MR defecography of the posterior compartment: Comparison with conventional X-ray defecography. Diagn Interv Imaging. 2017 Apr;98(4):327-332. doi: 10.1016/j.diii.2016.03.018. Epub 2017 Jan 11. PMID: 28089181. Parsy C, Cosson M, Quinton JF, Laurent N, Lucot JP, Tempremant F, Poncelet E. Mise au point sur l'hédrocèle, un trouble de la statique pelvienne méconnu [Hedrocele, an unknown pelvic organ prolapse]. Gynecol Obstet Fertil. 2015 Jun;43(6):459-64. French. doi: 10.1016/j.gyobfe.2015.04.017. Epub 2015 May 23. PMID: 26004024.

Expert 59	En cas de rectocèle à l'origine de la sensation de boule vaginale, l'intervention chirurgicale doit être précédée d'une évaluation anatomique précise pour définir le type de rectocèle (haute, moyenne ou basse), l'insuffisance sphinctérienne éventuelle ou l'altération du noyau fibreux central, l'existence ou non d'une entéroccèle ou sigmoïdocèle. De ces anomalies anatomiques, dépend le type d'intervention à proposer, donc opérer sans bilan anatomique et physiologique une rectocèle n'est pas envisageable. D'où d'ailleurs vos recommandations en 3.2 qui contredisent celles du 3.1.
Expert 63	Il me paraît indispensable d'avoir la mesure d'un résidu post-mictionnel préalablement à toute chirurgie de POP pour ne pas méconnaître une rétention chronique des urines qui peut être asymptomatique. C'est d'autant plus important d'un point de vue médico-légal, que la cure chirurgicale de POP peut entraîner elle-même une RCU ! il semble alors important de savoir si cette rétention n'était pas déjà présente au préalable.
Expert 64	Une IRM dynamique peut-être utile surtout en cas de discordance complète symptomatique et clinique. L'exploration de la sphère pelvienne, au moins par une échographie permet une évaluation des organes génitaux et faire adopter les gestes chirurgicaux

Recommandation 32

Les examens complémentaires éventuels sont à adapter aux symptômes pelviens associés. (Grade C)

Ces examens seront demandés par le spécialiste pour préciser le défaut de support anatomique, expliquer les symptômes ou anticiper le résultat du traitement chirurgical (par exemple évaluer le risque d'échec ou le risque de démasquer une incontinence urinaire ou anale) (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	0	0	0	1	2	9	47	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9

Nombre de réponses en %	4.84	95.16
-------------------------	------	-------

Expert	Commentaires
Expert 2	Avoir une action préventive et éducative sur un effet pelote du prolapsus vésical pour éviter la déception de la patiente sur une incontinence urinaire qui se révèle après la chirurgie. Ce point peut être mal vécu par les patientes qui sont ensuite adressées en rééducation avec une IUE.
Expert 4	Ne pas d'IRM pelvipérinéale en préopératoire conduit à une sous-estimation des prolapsus complexes et un risque de récurrence accru. Cet examen constitue de plus un document médico-légal objectif pour la prise en charge d'une pathologie "fonctionnelle" où les complications post-opératoires peuvent être présentes et parfois sévères.
Expert 10	Donc il faut en faire systématiquement avant tout chirurgie
Expert 12	Précision : je ne connais pas d'incontinence anale démasquée
Expert 27	On ne va pas "démasquer une incontinence anale" en traitant chirurgicalement un prolapsus génital. En revanche, une hystérectomie peut aggraver ou créer une constipation terminale en démasquant une rectocèle.
Expert 53	Schéma simple : Imagerie : IRM de statique = le meilleur examen pour évaluer anatomie, mobilité pelvienne, POP en particulier du compartiment postérieur ou la clinique fait souvent défaut. En cas de discordance clinique et IRM de statique avec troubles digestifs on peut discuter la défécographie L'échographie peut être utile pour le bilan morphologique : réno-vésicale et gynécologique. Elle est très opératoire dépendant pour l'étude du POP et évalue avec difficulté le compartiment postérieur. L'échographie périnéale est utile pour l'étude du matériel prothétique en particulier en cas de complication de la chirurgie. Etude fonctionnelle : BUD et manométrie pour l'étude fonctionnelle
Expert 64	Les examens complémentaires sont orientés par les signes cliniques : BUD si troubles urinaires associés, manométrie rectale incontinences associées, ...

Si une hystérectomie associée au traitement chirurgical du POP est prévue, les examens complémentaires éventuels seront adaptés à la pathologie utérine avérée ou suspectée.

Une échographie réno vésicale peut être utile en cas de prolapsus extériorisé en permanence qui est à haut risque de retentissement sur le haut appareil urinaire. Un résidu post-mictionnel et une dilatation des cavités pyélo-calicielles devront alors être recherchés.

3.2 Examens dynamiques

La rectocèle « radiologique » est fréquente chez la femme asymptomatique et ne doit pas être considérée comme une pathologie.

L'imagerie dynamique doit être réservée aux cas où une dysfonction ano rectale est suspectée ou si l'histoire clinique n'est pas claire ou non concordante avec l'examen clinique.

Lorsque un geste chirurgical est envisagé, en cas de prolapsus postérieur, une imagerie dynamique peut être indiquée pour mieux préciser le défaut de support anatomique (faire la part des choses entre rectocèle et élytrocèle ou mettre en évidence une procidence rectale).

L'imagerie dynamique peut également être utile lorsque la patiente présente une symptomatologie d'incontinence anale ou de syndrome obstructif défécatoire, afin de préciser le mécanisme des symptômes et de les relier au désordre anatomique.

Compte tenu de l'absence de différence significative dans les informations données par les deux examens (déféco IRM ou colpocysto défécographie), le type d'examen d'imagerie dynamique est laissé au choix des praticiens, notamment en fonction de l'accessibilité des examens et de l'expertise du radiologue.

Recommandation 33

La manométrie anorectale, l'échographie endo anale sont des examens qui peuvent également être réalisés dans le but d'évaluer la physiopathologie des symptômes anorectaux (incontinence, syndrome obstructif défécatoire). (Grade C)

Ces éléments peuvent aider à prédire le pronostic fonctionnel de la chirurgie et éventuellement de proposer une rééducation spécifique préopératoire. (Grade C)

Les renseignements qu'ils apportent peuvent être utiles lors du choix de proposition thérapeutique fait de manière multidisciplinaire incluant un chirurgien colorectal et/ou un proctologue. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	2	3	2	2	8	36	11

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9

Nombre de réponses en %	7.27	92.73
-------------------------	------	-------

Expert	Commentaires
Expert 3	Le chirurgien colorectal spécialiste de la statique doit être consulté pour toute anomalie du secteur postérieur. La manométrie et l'échographie endo anale peuvent aider pour faire de la rééducation préopératoire dans la rectocèle mais les examens peuvent être faussés en cas de prolapsus rectal extériorisé.
Expert 10	ET LA défécographie des 3 étages indispensable pour toutes décisions
Expert 12	Précision : des symptômes anorectaux (incontinence, dyschésie, faux besoins, fractionnement des selles)
Expert 24	Idem Confusion NP et Grades de recommandations "Ces éléments peuvent aider à prédire le pronostic fonctionnel de la chirurgie et éventuellement de proposer une rééducation spécifique préopératoire. (Grade C)"
Expert 26	Une imagerie rectale (défécographie ou déféco-IRM) est le plus souvent indispensable avant décision thérapeutique
Expert 27	Ces examens n'ont aucun caractère prédictif avant chirurgie du prolapsus génital ou urinaire. La manométrie ano-rectale et l'échographie endo-anale permettent simplement de mieux évaluer l'étage postérieur et l'existence d'un asynchronisme abdomino-péri-néal. Ils n'auront d'intérêt qu'en cas de correction d'un trouble de la statique ano-rectale dans le même temps.
Expert 31	A mon avis c'est là l'indication des examens défécatoires déféco-IRM colpocystogramme avec défécographie
Expert 32	L'apport de la manométrie, de l'écho endoanale qui peuvent participer à l'évaluation physiopathologique (grade C) n'ont en fait aucun intérêt démontré pour cibler telle ou telle conduite à tenir chirurgicale (aucun grade...)
Expert 36	La mesure du temps de transit colique est également un examen intéressant en cas de constipation car il permet de préciser le mécanisme de la constipation en identifiant une constipation de transit éventuellement associée à une constipation terminale.
Expert 47	Ces examens ne doivent pas être réalisés en l'absence de symptôme proctologique (incontinence anale ou obstruction à la défécation) "Compte tenu de l'absence de différence significative dans les informations données par les deux examens (déféco IRM ou colpocysto défécographie), le type d'examen d'imagerie dynamique est laissé au choix des praticiens, notamment en fonction de l'accessibilité des examens et de l'expertise du radiologue": pas d'accord du tout car l'argumentaire (p.52) ne dit pas cela: "En ce qui concerne les différents examens morphologiques, une récente méta-analyse {Ramage, 2017 #121} rapporte que l'IRMd est moins sensible que la colpocystodéfécographie (CCD) dans le diagnostic de la

	rectocele (61% vs 73%, p=0.02), de l'intussusception (38% vs 57%, p=0.002) et du pézine descendant (52% vs 74%). L'IRMd est utilisée à défaut car la CDD est de moins en moins pratiquée. Revaloriser cet examen semblerait une meilleure option pour pouvoir le conserver.
Expert 66	"sont des examens qui peuvent également être réalisés" Seul le colo proctologue qui évalue la patiente peut confirmer ou non le besoin de réalisation de ces examens. Ce n'est pas le chirurgien non spécialiste qui de sa propre initiative en posera l'indication. cf les recommandations du CUROPF Juillet 2016. "Recommandations du CUROPF pour la pratique clinique : recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme"

Recommandation 34

La manométrie anorectale peut être indiquée lorsque la femme présente un syndrome d'obstruction défécatoire ou une incontinence anale, afin de rechercher une dysfonction recto sphinctérienne qui influe directement sur les résultats fonctionnels de la chirurgie. (Grade C)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	Je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	1	1	2	1	2	4	41	12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.41	92.59

Expert	Commentaires
Expert 3	Les troubles anorectaux sont beaucoup plus complexes que ça, en cas d'ODS (obstruction défécatoire) prouvé par le score ou une incontinence anale, la patiente doit avoir une manométrie + test d'évacuation + test de sensation rectale et vue par un spécialiste +++++

Expert 7	Mais comme pour un BUD, les résultats doivent être interprétés en relation avec l'examen clinique et la symptomatologie.
Expert 24	C'est recommandé ? ou "peut être" ???
Expert 27	La manométrie ano-rectale est plus utile pour documenter une constipation terminale qu'une "incontinence anale" avant chirurgie pelvienne... La découverte d'un asynchronisme permettra d'envisager sa prise en charge par rééducation afin de limiter les efforts de poussée potentiellement délétères sur le résultat de la chirurgie pelvienne.
Expert 43	Il faut à mon avis préciser "en l'absence de prolapsus rectal extériorisé" car dans ce cas, la manométrie est le plus souvent non contributive
Expert 59	En cas d'obstruction défécatoire, la manométrie n'est indiquée que si ce symptôme persiste après régularisation du transit. C'est normal d'avoir du mal à évacuer des selles dures
Expert 65	Redondant avec la recommandation précédente

Recommandation 35

L'évaluation de la vidange vésicale est difficile à apprécier cliniquement et est au mieux estimée par la débitmétrie (avec analyse qualitative et quantitative) et mesure du résidu post-mictionnel). (Grade C)

Un bilan urodynamique complet avec phase mictionnelle est utile en cas de dysurie associée : afin de mieux préciser son mécanisme et rechercher une éventuelle acontractilité vésicale qui peut constituer un facteur d'échec ainsi que pour l'information donnée à la patiente. (Grade C).

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	1	1	0	3	5	46	8

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.17	94.83

Expert	Commentaires
Expert 3	Je ne suis pas spécialiste
Expert 6	Il serait intéressant de parler de trouble de la vidange vésicale au sens large. L'acontractilité vésicale n'est qu'un des mécanismes du trouble de la vidange vésicale, comprenant aussi l'obstacle sous-vésical organique ou fonctionnel. La réalisation d'une uréthro-cystographie rétrograde et mictionnelle (UCRM) +/- une uréthro-cystoscopie pourraient ainsi être proposées, en fonction du contexte, à la recherche d'un obstacle sous-vésical organique ou fonctionnel.
Expert 12	Précision : le bilan urodynamique doit être réalisé prolapsus réduit phase mictionnelle utile pour tout les troubles de la phase de vidange vésicale
Expert 16	Quid du test au pessaire avec débit + rpm pessaire en place. avant d'envisager le bud
Expert 24	Idem confusion NP et grade de recommandation
Expert 31	Le bud est recommandé en cas de symptômes urinaires associés au prolapsus
Expert 33	La débitmétrie avec Phase Mictionnelle n'est pas disponible partout
Expert 47	En cas de doute sur une dysurie par atonie du détrusor, la débitmétrie avec pessaire en place est plus facile à réaliser et prédictive de l'amélioration de la dysurie avec le traitement du POP. Test au pessaire et dysurie: Se 87%, Spe 80%, VPP 94% (*) G. Lazarou, RJ scotti, MS Mikhail, HS Zhou, K Powers. Pessary reduction and postoperative cure of retention in women with anterior vaginal wall prolapse. Int Urogynecol j 2004 (15):175-178
Expert 50	Préciser que le Bilan urodynamique doit répondre à certains standards notamment la réalisation avec prolapsus réduit
Expert 59	Je laisse les urologues répondrent
Expert 63	Qu'est-ce qu'une analyse qualitative et quantitative de débitmétrie? Il faut supprimer ce qu'il y a entre parenthèse cela n'a aucun sens!!!
Expert 66	"et est au mieux estimée" : Au minimum doit être estimée. La débitmètrie, le volume du résidu post mictionnel et le calendrier mictionnel sont incontournables dans l'évaluation de la contractilité vésicale avant toute cure de prolapsus. Numéro 2HS, pp. 1-109 (juillet 2016) : Recommandations du CUROPF pour la pratique clinique : recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme

Recommandation 36

En l'absence de tout signe urinaire spontané ou masqué, le bilan urodynamique n'est pas recommandé. (Grade C)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	2	2	9	39	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	Le bilan urodynamique permet souvent de découvrir des symptômes urinaires non mis en évidence par le chirurgien (gynécologue...)
Expert 17	C'est bien de connaître la pression de clôture , ça peut aider à comprendre certaines fuites urinaires ultérieures
Expert 21	En l'absence de test au pessaire préalable il est difficile d'apprécier l'incontinence masquée (souvent les patientes ont la vessie vide en consultation)
Expert 26	Plusieurs centres préconisent néanmoins un bilan urodynamique complet en pré-opératoire afin de dépister les facteurs de risque de complication post-opératoire (rétention urinaire, incontinence de novo)
Expert 31	Peut-être formuler différemment le bilan urodynamique n'est pas recommandé de façon systématique en cas de prolapsus mais il est utile en cas de symptômes urinaires pour rechercher un retentissement du prolapsus ou bien explorer une symptomatologie associée (Grade C)
Expert 32	Sauf que pour publier des résultats il est impossible de faire sans...
Expert 40	Bilan urodynamique (complet ?)

Expert 63	À condition d'avoir un RPM normal
-----------	-----------------------------------

3.3 Dans quels cas avoir recours à des Réunions de concertation pluridisciplinaires?

Recommandation 37

Il est recommandé de discuter les POP complexes en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).
(Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	1	0	1	0	1	6	52	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.76	95.24

Expert	Commentaires
Expert 3	Dès que le prolapsus concerne l'étage postérieur + antérieur, il doit être discuté en RCP ou au moins avec les spécialistes des étages concernés
Expert 7	Il serait bien de recommander une composition idéale pour une RCP
Expert 11	Quelle serait la composition des RCP
Expert 24	Utiliser le français. POP = anglais
Expert 32	Mais il faut définir qui participe aux RCP
Expert 42	Les réunions de concertation pluridisciplinaires ont été évoquées indirectement dans les pistes d'actions issues de la réunion de concertation organisée par l'ANSM le 22 janvier 2019 (phase peropératoire).

	Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 52	Indispensable
Expert 56	A NOTER QU'en France ces RCP ne sont pas formalisées. Ne serait-ce pas intéressant d'en proposer une composition ?
Expert 58	Je trouvais que ces RCP était une excellente idée. Dans la réalité c'est différent, dès qu'il y a une complication, personne n'ose plus se prononcer, ou reporte la faute sur l'autre professionnel. Plus personne ne se sent responsable.
Expert 60	Les formes complexes nécessitent en effet une concertation pluridisciplinaire au cours de laquelle les différentes possibilités thérapeutiques devront être envisagées selon l'état de la patiente. La concertation doit-elle systématiquement passée par une réunion physique ? D'autres modalités de concertation pourraient peut-être être possible
Expert 63	Avant de parler de RCP il faut préciser quels acteurs de cette RCP doivent intervenir ! - urologue indispensable? - gynécologue indispensable? - chirurgien digestif/proctologue indispensable? - médecin rééducateur? - neurologue? Sinon on peut considérer qu'une RCP considérée d'un urologue et d'un MPR ou d'un gynécologue et d'un MT sont suffisantes. Les experts doivent se mouiller !
Expert 64	Des réunions multidisciplinaires avec des spécialistes d'organes complémentaires sont essentiels dans les cas complexes

Recommandation 38

Les POP complexes sont les échecs et les récives après chirurgie, les patientes douloureuses chroniques, ou les situations qui associent des troubles importants de plusieurs fonctions pelviennes ou générales. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total

10	je ne peux pas répondre
----	-------------------------

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	2	0	0	4	5	49	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.45	93.55

Expert	Commentaires
Expert 3	Est-ce que l'incontinence, la constipation chronique sont des troubles importants des fonctions pelviennes?
Expert 4	Où l'intérêt de l'IRM est INDISPENSABLE
Expert 24	C'est une définition pas une recommandation
Expert 32	Les POP complexes vont augmenter car les récurrences vont être croissantes avec le blocage des techniques chirurgicales disponibles. Même si ce sont des pathologies fonctionnelles non urgentes nous assisterons à un embouteillage de dossiers
Expert 42	Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 43	Cette recommandation devrait être placée avant la reco précédente (n°37)
Expert 53	Aussi les patientes aux antécédents d'hystérectomie POP du compartiment postérieur discordance symptômes-examen clinique
Expert 56	Le terme "douleuruses chroniques" me paraît ambigu pouvant faire allusion à d'autres pathologies. Les douleurs post opératoire en général, sans spécifier leur caractère chronique me paraît pouvoir relever d'une RCP
Expert 60	Ok pour les échecs et récurrences après chirurgie Les patientes douleuruses chroniques : argumentaire ? Situations associant des troubles importants de plusieurs fonctions pelviennes ou générales : vaste, pas clair / comorbidités ??? - A préciser si possible

Expert 64	Les POP peuvent être complexes de façon inaugurales justifiant les réunions multidisciplinaires avant intervention éventuelle
-----------	---

Recommandation 39

A ce stade, des avis et/ou des explorations complémentaires peuvent être envisagés pour étayer la discussion de la RCP. (Accord d'experts)

Par ailleurs en cas de discordance entre la plainte de la patiente et l'examen clinique ou en cas de doute un avis du RCP peut aider le praticien dans sa prise en charge.

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	1	0	0	4	8	50	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.62	95.38

Expert	Commentaires
Expert 10	TOUT EXAMEN COMPLEMENTAIRE SERA UNE EVALUATION OBJECTIVE DES TROUBLES DE LA STATIQUE PELVIENNE ET SERA DIFFICILEMENT DISCUTÉ JURIDIQUEMENT pop = pathologie fonctionnelle et ses conséquences post opératoires
Expert 12	Une RCP de recours régionale doit être identifiée pour pouvoir présenter les cas très complexes pour lesquels le clinicien ne sait plus quoi proposer
Expert 31	Tout cela est très vague, c'est du bon sens cela ne mérite pas un AE
Expert 36	L'avis de la RCP Doit être tracée dans le dossier médical de la patiente

Expert 42	Les réunions de concertation pluridisciplinaires ont été évoquées indirectement dans les pistes d'actions issues de la réunion de concertation organisée par l'ANSM le 22 janvier 2019 (phase peropératoire). Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 43	Il me paraît très obscur de recommander de "pouvoir envisager" la réalisation d'exams complémentaires. Ceci n'est pas clair. Il paraît raisonnable de proposer la réalisation systématique d'exams devant un POP complexe
Expert 53	IRM de statique en cas de POP complexes en incluant les situations citées question 38
Expert 60	Pas sûre de comprendre la 2eme phrase : il s'agirait des autres cas où une RCP peut être sollicitée ?
Expert 63	Où est la recommandation ? Si un praticien ne sait pas il peut demander à d'autres praticien, c'est ça la recommandation ?

4 Quelles sont les indications de la prise en charge chirurgicale ?

4.1 Quels sont les critères d'éligibilité à la chirurgie ?

Recommandation 40

Avant de proposer une chirurgie du POP, il est recommandé que la femme soit informée de toutes les options thérapeutiques (abstention, rééducation, pessaire, chirurgie) afin de permettre une décision partagée. (Accord d'experts)

Si ces options thérapeutiques sont non efficaces ou non applicables, la chirurgie peut être proposée en cas de symptômes handicapants, en lien avec un prolapsus des organes pelviens retrouvé à l'examen clinique, et significatif (stade 2 ou plus). (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nombre de réponses	1	1	0	0	0	1	0	9	53	1
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.08	96.92

Expert	Commentaires
Expert 6	<p>Il serait intéressant d'ajouter le terme "non tolérées" dans les phrases suivantes : "Si ces options thérapeutiques sont non efficaces ou non applicables".</p> <p>Cela pourrait rendre compte du refus du pessaire notamment par certaines patientes, non pas par inefficacité, non pas par inapplicabilité, mais par le fait d'une mauvaise tolérance.</p>
Expert 27	"Si ces options thérapeutiques sont non efficaces..." : à remplacer par "Si les options thérapeutiques non chirurgicales sont non efficaces..." car la première formulation renvoie à "toutes les options", y compris la chirurgie
Expert 30	Informé que des nouvelles technologies existent, que les études existantes sont encourageantes mais ne permettent pas encore de les recommander
Expert 31	<p>Je trouve cette phrase bizarre, et même très hypocrite</p> <p>La chirurgie a largement fait la preuve de son efficacité pour le traitement du prolapsus avec un très bon résultat fonctionnelle et un taux élevé de satisfaction</p> <p>Il y'a de très nombreux essais qui disent cela ++++ pour les différents types de prolapsus et les différentes techniques. Bien plus que les autres alternatives d'ailleurs, le pessaire ne doit pas forcément être essayé c'est à la femme de guider le médecin dans ses préférences</p> <p>Je reformulerai</p> <p>Un traitement chirurgical est une alternative validée en cas de symptômes handicapants, en lien avec un prolapsus des organes pelviens retrouvé à l'examen clinique, et significatif (stade 2 ou plus). (grade A, méta-analyses)</p> <p>Avant chirurgie, Il est recommandé que la femme soit informée de toutes les options thérapeutiques (abstention, rééducation, pessaire, chirurgie) afin de permettre une décision partagée. (Accord d'experts)</p> <p>Je formulerai</p>
Expert 36	En précisant à la patiente la difficulté, surtout pour l'étage postérieur, à faire le lien entre les symptômes et les anomalies anatomiques et donc à anticiper l'effet de la correction anatomique sur les résultats fonctionnels
Expert 42	L'information délivrée aux patientes en phase préopératoire a été développée dans les pistes d'actions issues de la réunion de concertation organisée par l'ANSM le 22 janvier

	2019. Il est important aussi d'en informer le médecin traitant pour qu'il soit en capacité de reformuler avec sa patiente.
Expert 44	La formulation ou plus exactement l'énumération me paraissent peu claires. Il faudrait ôter "chirurgie" aux options proposées. Je mettrais : "Avant de proposer une chirurgie du POP, il est recommandé que la femme soit informée des autres options thérapeutiques (abstention, rééducation, pessaire) afin de permettre une décision partagée. (Accord d'experts) Si ces options thérapeutiques sont non efficaces ou non applicables, la chirurgie peut être proposée en cas de symptômes handicapants, en lien avec un prolapsus des organes pelviens retrouvé à l'examen clinique, et significatif (stade 2 ou plus). (Accord d'experts)
Expert 52	J'aurais écrit : Avant de proposer une chirurgie soit informée de toutes les autres options thérapeutiques (abstention, rééducation et pessaire) et ensuite on parle de chirurgie
Expert 55	Stade 2 ou plus de la classification POPQ (et pas Baden-Walker)
Expert 56	Proposition de modification de la forme : "si les options non chirurgicales" sont "non efficaces, non applicables ou refusées par la patiente après une information adaptée"...
Expert 59	Je ne comprends pas pourquoi les options thérapeutiques seraient non applicables, il faut préciser ces situations sinon il va y avoir trop de chirurgies directes sur des motifs limites.
Expert 60	1ere phrase : oui et cf commentaire 11 proposant une fiche d'information standardisée 2eme phrase : à revoir en ajoutant "conservatrices" : "si les options thérapeutiques conservatrices sont non" / ok avec le fond mais revoir peut-être la rédaction pas très fluide
Expert 64	Plusieurs consultations peuvent être nécessaires afin de laisser le temps de la réflexion et de compréhension des techniques proposées et de réévaluer les symptômes de la patiente

Recommandation 41

Certains facteurs de risque pourraient participer à la survenue et/ou à la récurrence d'un POP

En cas de récurrence d'un POP après chirurgie ou en cas d'apparition d'un POP sur un compartiment non traité, il est recommandé d'identifier les facteurs potentiels de récurrence (chap 1.4) avant toute nouvelle intervention. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	3	2	1	6	53	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	IRM s'il vous plait
Expert 10	A-t-on évalué tous les étages avant D'où les examens complémentaires préopératoires !!!
Expert 30	Il est préférable d'identifier les facteurs de récurrence dès le pre op de la première chirurgie - d'où la nécessité d'une éducation thérapeutique préalable auprès de professionnels formés à cette démarche
Expert 32	Ceci est mal exprimé. En effet s'il y a une récurrence il est trop tard pour identifier les facteurs impliqués dans celle-ci. Par contre après chirurgie doit on bloquer la patiente pour certaines activités dont on ne sait pas réellement le caractère délétère. Il faut surtout se battre pour une chirurgie d'emblée efficace plutôt que de se couvrir avec ce type de phrase stéréotypée.
Expert 42	Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 48	Il conviendrait de les identifier avant la 1ère chirurgie. Pourquoi attendre une récurrence ?
Expert 53	D'où l'importance de l'IRM de statique pré-opératoire
Expert 63	L'idéal aurait été d'identifier les facteurs potentiels de récurrence au préalable !

Recommandation 42

Il est recommandé que ces facteurs soient pris en compte par le praticien et qu'il informe la patiente de l'importance de leur prise en charge. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	1	6	56	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	Une éducation au moins sous forme de livret devrait être remis à la patiente dès la première consultation pour l'informer des facteurs de risque d'aggravation et de récurrence. Rendre acteur le patient dans le succès de sa prise en charge avant toute prise en charge chirurgicale
Expert 42	Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 59	Dès la première intervention

Recommandation 43

Il est conseillé de discuter la prise en charge d'un prolapsus génital récidivé en réunion de concertation pluridisciplinaire. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	1	0	1	1	3	7	48	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.76	95.24

Expert	Commentaires
Expert 1	Si les rééducateurs sont inclus dans la concertation
Expert 23	Sauf s'il s'agit d'un POP concernant un compartiment non traité lors de la 1ère chirurgie
Expert 31	Déjà dit plus haut
Expert 42	Les réunions de concertation pluridisciplinaires ont été évoquées indirectement dans les pistes d'actions issues de la réunion de concertation organisée par l'ANSM le 22 janvier 2019 (phase peropératoire). Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 43	Cette recommandation est en double emploi avec la reco n°37
Expert 44	Je pense qu'il faut tempérer cet item. S'il s'agit d'une récurrence tardive, par exemple chez une patiente âgée, le recours à al RCP ne me paraît pas indispensable...
Expert 47	Préciser prolapsus génital récidivé sur l'étage opéré à distinguer de la récurrence / décompensation d'un étage non traité
Expert 50	Pour un centre expert, si les facteurs de risques généraux sont exclus, la reprise chirurgicale est souvent indiquée. La RCP n'est pas forcément obligatoire. Oui conseillée
Expert 56	INSISTER sur l'importance de définir précisément la RECIDIVE= sur un compartiment déjà traité vs la DECOMPENSATION OU L'EVOLUTION sur un compartiment non traité.
Expert 60	Il s'agit d'un cas complexe ; idem reco 37 => il est recommandé

Expert 61	on ne pourra pas avoir la capacité d'absorber toutes ces patientes
Expert 63	<p>1) Avant de parler de RCP il faut préciser quels acteurs de cette RCP doivent intervenir !</p> <ul style="list-style-type: none"> - urologue indispensable? - gynécologue indispensable? - chirurgien digestif/proctologue indispensable? - médecin rééducateur? - neurologue? <p>Sinon on peut considérer qu'une RCP considérée d'un urologue et d'un MPR ou d'un gynécologue et d'un MT sont suffisantes.</p> <p>Les experts doivent se mouiller !</p> <p>2) étant donné que les POP récidivés sont des POP complexes, quelle est la différence entre la recommandation 43 et la 37???</p>
Expert 64	Si la récurrence clinique est non équivoque et concorde avec les signes décrits par la patiente, l'examen du spécialiste peut être suffisant, surtout si la récurrence est tardive

4.2 Place de l'hystérectomie

Recommandation 44

L'hystérectomie n'améliore pas les résultats fonctionnels et anatomiques et elle augmente la morbidité péri-opératoire.

En l'absence d'indication spécifique, il n'est pas recommandé de réaliser une hystérectomie au cours de la cure chirurgicale d'un POP. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	2	1	2	1	1	4	41	12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.26	90.74

Expert	Commentaires
Expert 19	<p>Je suis d'accord avec cette affirmation pour la chirurgie du prolapsus voie basse mais pas pour la voie haute ou dans notre expérience publiée mais rétrospective la conservation utérine est source de plus de réintervention pour récurrence de cystocèle, de plus conserver l'utérus oblige à prendre un risque technique par le passage aveugle dans le ligament large qui ne me semble pas justifié</p> <p>Je rajouterais que en cas de choix d'hystérectomie pour la voie haute une hystérectomie subtotale est recommandée</p>
Expert 24	A discuter selon les dimensions de l'utérus
Expert 31	<p>La première phrase ne me paraît pas démontrée.</p> <p>La place de l'hystérectomie prophylactique doit être discutée en fonction de la technique opératoire et du souhait de la patiente, et de la participation de l'utérus au prolapsus</p> <p>Certaines techniques tout à fait validées comme le campbell-crossen nécessitent une hystérectomie pour la réalisation.</p> <p>Les techniques par voie basse autologues marchent mieux en cas d'hystérectomie</p>
Expert 32	On ne peut répondre comme cela car dans les hystéroptoses avec point C positif il n'a pas d'études conservateur versus radical avec suivi de 5 ans qui permettrait de répondre. Donc l'accord d'expert (qui sont-ils? et sur quelle expertise?) n'a aucune valeur. Il faut laisser à l'appréciation du comité de la réunion pluridisciplinaire ou du chirurgien la décision
Expert 42	Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 44	J'ai une réserve quant à cela. Certes l'on doit viser la désescalade chirurgicale raisonnée, mais chez une patiente à risque (cervical ou endométrial), une hystérectomie dans le même temps pourrait être laissée à la discrétion du chirurgien. L'information de la patiente et la décision partagée prennent là tout leur sens.
Expert 49	<p>Je suis en désaccord avec la première phrase ou en tout cas sur la formulation.</p> <p>Mais tout à fait d'accord avec la 2^e phrase</p> <p>1.L'hystérectomie "prophylactique" ou "systématique" n'améliore pas les résultats fonctionnels. L'hystérectomie d'indication bien posée et expliquée à la patiente améliore les résultats fonctionnels et anatomiques. Par exemple va améliorer une hystéroptose de stade 3 et plus par exemple. La phrase utilisée est trop générale et exclue de principe un geste opératoire qui a son utilité dans certains cas</p>

	<p>2. "elle augmente la morbidité péri-opératoire" : par rapport à quelle chirurgie ? quelle voie d'abord ? quelle indication?</p> <p>Nécessité de précision</p> <p>Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J (2016) Surgery for women with apical vaginal prolapse. The Cochrane database of systematic reviews 10 (10):Cd012376. doi:10.1002/14651858.cd012376</p> <p>de Oliveira SA, Fonseca MCM, Bortolini MAT, Girão M, Roque MT, Castro RA (2017) Hysteropreservation versus hysterectomy in the surgical treatment of uterine prolapse: systematic review and meta-analysis. International urogynecology journal 28 (11):1617-1630. doi:10.1007/s00192-017-3433-1</p>
Expert 56	Ne peut-on pas, au vu des données de la littérature, prétendre à mieux en niveau de preuve ?
Expert 64	L'hystérectomie peut être associée à des techniques de cure de POP autologue notamment par voie basse (Dietz V, One year of follow-up after sacrospinus hysteropexy and vaginal hysterectomy for utérine descent, 2010

En cas de prolapsus génital en permanence extériorisé, l'hystérectomie en cas de chirurgie vaginale peut concourir à limiter le risque de récurrence.

En cas d'allongement du col utérin, l'hystérectomie totale ou l'amputation du col utérin participent au traitement chirurgical du prolapsus utérin.

4.3 Critères de choix de la technique chirurgicale, voie d'abord vaginale et voie haute

Le choix de la technique chirurgicale est une décision médicale partagée qui dépend des symptômes, du type de POP, du terrain sous-jacent et des attentes de la patiente.

4.3.1 Voie vaginale autologue

La voie vaginale autologue consiste à réparer le prolapsus génital par voie vaginale en utilisant les tissus de la patiente sans prothèse.

Il existe de nombreuses techniques chirurgicales rendant complexe l'évaluation du taux de récurrence dans la littérature. La chirurgie par voie basse autologue donne un bon degré de satisfaction pour les patientes malgré le risque de récurrence.

La voie vaginale autologue est la chirurgie la plus rapide et elle peut se faire sous rachianesthésie, ce qui constitue des arguments pour la proposer à des patientes âgées et fragiles.

Pour le traitement chirurgical de la rectocèle, la voie vaginale autologue donne de meilleurs résultats que la voie transrectale ou que la voie vaginale avec prothèse. Dans cette indication, c'est la voie vaginale autologue qui est la plus étudiée.

Recommandation 45

Il est recommandé d'avoir recours de préférence à une voie vaginale autologue chez les femmes âgées et fragiles. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	3	0	0	3	1	3	3	34	17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.20	89.80

Expert	Commentaires
Expert 3	Il faut parler de la voie basse colorectale en cas de prolapsus rectal isolé chez la patiente âgée ++++++
Expert 19	Attention a ne pas enfermer la voie vaginale dans cette indication exclusive Il n'apparait pas non plus illogique de proposer des voies basses sans implant dans un premier temps et réserver la voie haute avec implant pour les récidives faire des constatations venant de la littérature n'engage pas à une stratégie privilégiant la voie haute pour tous les autres cas Il me semble que cette recommandation doit être nuancée fortement surtout dans la suite sur la voie haute
Expert 24	Rien pour soutenir cette recommandation Agée = ???? Fragile = ????
Expert 32	Le risque de récurrence n'est pas suffisamment pris en compte. Est-il licite de devoir rediscuter une réintervention sur les 30 à 50% de récidives après chirurgie autologue parce que l'on n'a pas utilisé une méthode efficace d'emblée. On oublie la morbidité des réinterventions en disant que toutes les récidives ne souhaitent pas être réopérées. C'est un vrai recul.

	Concernant le traitement des rectocèles il n'a aucun essai randomisé à ce jour réalisé entre prothèse et technique autologue. Comment peut-on donc conclure en l'absence d'indication. Cela relève d'un parti pris et pas de la recherche clinique
Expert 40	Il est recommandé d'avoir recours de préférence à une voie vaginale autologue en 1ere intention lorsque la voie vaginale est préférée (il faudrait enlever femmes âgées et fragiles car les femmes jeunes et en pleine forme sont également une bonne indication)
Expert 42	Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 50	Que veut dire âgée ?
Expert 59	En cas de rectocèle, le choix de la voie vaginale basse ou haute ne dépend pas que de l'âge de la patiente, pas de place à la prothèse rectovaginale par voie basse.
Expert 61	Ou au colpocleisis
Expert 63	Si une femme est âgée et fragile... un pessaire sera une solution beaucoup plus adaptée Si le pessaire est en échec : colpocleisis Si elle est en bon état : traitement standard = promontofixation Inutile de faire des sous-groupes de sous-groupes, les recommandations doivent être claires et faciles à lire et interpréter

4.3.2 Colpocleisis

Le colpocleisis consiste à fermer le vagin par voie vaginale. La technique est réalisée sans utilisation de prothèse synthétique. Cette technique est corrélée à un très bon degré de satisfaction (plus de 80%) et le plus souvent les patientes ne regrettent pas leur choix. Il persiste cependant un risque de récurrence comme pour toute technique chirurgicale.

Recommandation 46

Il est recommandé de réserver la fermeture du vagin (colpocleisis) pour les patientes très âgées et peu actives, avec des comorbidités pouvant être un obstacle à un autre type de chirurgie, et n'ayant plus de rapports sexuels (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	2	1	1	3	4	42	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.77	96.23

Expert	Commentaires
Expert 12	Peu convenir sur des cas multi opérés désespéré également Une validation en RCP du colpocléisis indispensable ?
Expert 26	Il aurait été bien de préciser l'âge (> 80 ans)
Expert 31	Le colpocleisis doit être associé à d'autres techniques autologues voir la description 1. Villot A, Pizzoferrato AC, Longie A, Paniel BJ, Fauconnier A. Technical considerations and mid-term follow-up after vaginal hysterocolpectomy with colpocleisis for pelvic organ prolapse. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2020;247:73-79.
Expert 32	Je trouve les experts d'un optimisme béat sur la satisfaction de la disparition de la sexualité. Pourtant les gériatres réintroduisent cette possibilité même après de longue période d'abstinence sexuelle. Pourquoi vouloir repopulariser cette violence du schéma corporel féminin. De plus on ne parle pas du Rouhier qui peut malgré tout se discuter si le colpocleisis apparait indispensable...
Expert 42	Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 47	Ou en cas de récurrence ou en cas de très volumineux prolapsus, chez des patientes informées, en balayant les différentes options et les avantages et inconvénients de chaque technique
Expert 49	Et n'ayant plus de rapports sexuels -> je dirais plutôt "et ne souhaitant plus avoir de rapports sexuels" Ne pas avoir ne signifie pas ne pas vouloir
Expert 56	"n'ayant plus de rapport sexuel avec pénétration"...
Expert 58	Très très peu de femmes savent que cette solution existe. Il faut que cette solution soit proposée afin que la femme fasse un choix libre et éclairé.
Expert 64	Un examen complet utérin et annexiel est essentiel avant cette thérapeutique, voire une biopsie d'endomètre

Recommandation 47

Il est essentiel d'expliquer à la patiente les conséquences du choix de cette technique : impossibilité d'une pénétration vaginale et son irréversibilité. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	1	58	6

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 42	L'information délivrée aux patientes en phase préopératoire a été développée dans les pistes d'actions issues de la réunion de concertation organisée par l'ANSM le 22 janvier 2019. Il est important aussi d'en informer le médecin traitant pour qu'il soit en capacité de reformuler avec sa patiente.

4.3.3 Voie haute, promontofixation avec prothèse synthétique

Recommandation 48

La promontofixation avec prothèse synthétique est recommandé en première intention pour le traitement des prolapsus apicaux (hysteroptose et prolapsus du fond vaginal) (Grade B) et la cystocèle (Grade C)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	Je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	3	0	0	0	4	1	5	5	30	18

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.25	93.75

Expert	Commentaires
Expert 3	Par contre, c'est recommandé en première intention pour le traitement de la rectocèle et du prolapsus rectal (isolés)
Expert 10	Et les rectocèle et prolapsus du rectum Encore un oubli !
Expert 19	La littérature va dans ce sens mais elle est plus nuancée (cf NICE) Les prothèses voie haute sont sources de complications rares mais sévères (VIGIMESH) et leurs résultats sur la cystocèle sont très discutés à l'international De plus les voies basses associant soutènement et suspension apicale n'ont pas fait l'objet d'évaluation qui permettrait de les classer comme moins efficaces Les voies basses sans prothèses pourraient être recommandées en première intention et les prothèses de voie haute réservées pour les cas d'échec Pour moi nous devons donc présenter ces techniques dans un arsenal avec avantages et inconvénients dans lequel la patiente va choisir ce qui lui convient le mieux avec les informations de son soignant Et souligner que des études clinique supplémentaires devraient être financées (pas que les pessaires) Le retrait des prothèses voie basses ne doit pas rendre la promontofixation comme la technique de référence, la littérature ne va pas dans ce sens ni les recommandations dans d'autres pays
Expert 20	D'accord pour le prolapsus apical

	Pas d'accord pour la cystocèle sauf si associée à un prolapsus apical de stade > ou égal à 2
Expert 21	D'autres critères sont à prendre en compte. Cette recommandation est trop générale.
Expert 23	Pas forcément chez les patientes très âgées symptomatiques
Expert 26	Il est nécessaire de préciser dans la 2ème partie de la phrase "et la cystocèle associée à un prolapsus apical" Le traitement de la cystocèle isolée par promontofixation n'est pas logique
Expert 31	Pour la cystocèle c'est aussi un grade B car il existe un essai multicentrique Prospere qui démontre la validité de la promonto dans cette indication
Expert 32	Apicaux OUI Cystocèle cela dépend essentiellement de l'opérateur et pas de la technique VH/VBasse
Expert 33	Recommandée
Expert 38	l'hystérectomie peut suffire à faire disparaître les symptômes
Expert 39	En seconde intention, après proposition de rééducation et de pose de pessaire.
Expert 42	Préciser que c'est la première intention quand une chirurgie est décidée (risque de confusion avec les techniques non chirurgicales). Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 44	Préciser que c'est surtout chez la femme "non très âgée" pour ne pas dire jeune... afin d'inscrire l'intervention dans la durée.
Expert 47	"la promontofixation avec prothèse synthétique est recommandée en première intention pour le traitement des prolapsus apicaux (hysteroptose et prolapsus du fond vaginal) (Grade B)" On ne peut pas recommander une première intention avec un grade C et des résultats subjectifs comparables dans les deux voies d'abord
Expert 54	Pour moi il serait judicieux de détailler la promotofixation avec l'aide d'un schéma et ou une phrase explicative rapide cela n'est pas évident pour tous les pros non chirurgien-ne-s
Expert 56	Une voie vaginale autologue peut néanmoins être choisie après discussion avec la patiente du rapport bénéfice risque de la promontofixation vs voie vaginale, en particulier à la demande de la patiente par exemple en cas de refus de matériel prothétique.
Expert 58	Ces prothèses ne sont pas bio compatibles. La pose de ces implants est trop compliquée.
Expert 59	Dans la conclusion vous écrivez sur la double promontofixation

	<p>Vous écrivez dans l'argumentaire qu'il ne faut pas faire de promontofixation postérieure préventive, or dans vos recommandations vous écrivez que cela reste discutée. C'est un sujet important à mettre en encadré car soit il y a un support scientifique ou pas donc à trancher.</p> <p>L'avis du proctologue est qu'il faut s'attacher à vérifier que la rectocèle est asymptomatique, par l'examen proctologique et si besoin la manométrie. Et si réellement celle-ci est asymptomatique, il faut opter pour ne pas traiter en expliquant bien à la patiente la raison pour laquelle on fait ce choix et le risque de la récurrence.</p>
Expert 60	<p>L'évaluation de l'ensemble des implants de renfort a été rendue obligatoire par l'arrêté ministériel du 22 février 2019 et impose qu'ils soient inscrits sur la liste des produits de santé financés au titre des prestations d'hospitalisation (liste intra-GHS) pour pouvoir être utilisés dans les établissements de santé. L'arrêté fixe des délais de mise en œuvre échelonnés pour les différentes catégories d'implants de renfort (implant du prolapsus voie basse, implant de l'incontinence urinaire d'effort et implant du prolapsus voie haute). Pour les implants de prolapsus voie haute, c'est au-delà du 27 février 2021 qu'ils ne pourront plus être utilisés que s'ils ont été évalués et inscrits sur la liste intra-GHS. Ainsi, les industriels souhaitant maintenir leur produit sur le marché français sont désormais obligés de déposer un dossier en vue de l'inscription intraGHS. Ces dossiers sont ensuite évalués par la CNEDiMTS. Au 16 oct., la CNEDiMTS a reçu 7 dossiers d'implants de prolapsus voie haute. L'évaluation est en cours.</p> <p>Cette évaluation va s'appuyer notamment sur l'évaluation conduite en 2007 par la HAS sur les implants de prolapsus voie haute qui recommande l'utilisation d'implants en polypropylène monofilaments tricotés et les implants en polyester multifilaments tricotés.</p>
Expert 64	RPC CNGOF gynécologie obstétrique 2016

Recommandation 49

La voie coelioscopie est recommandée pour réaliser une promontofixation quand elle est possible. (Grade B)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	2	1	48	14

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	<p>Pour l'étage postérieur, la voie robotique est aussi sûre et montre un meilleur résultat précoce</p> <p>Dis Colon Rectum 2011 Mar;54(3):342-6. doi: 10.1007/DCR.0b013e3181f4737e.</p> <p>Robotic versus laparoscopic rectopexy for complex rectocele: a prospective comparison of short-term outcomes</p> <p>Mark T C Wong 1 , Guillaume Meurette, Jerome Rigaud, Nicolas Regenet, Paul-Antoine Lehur</p> <p>PMID: 21304307 DOI: 10.1007/DCR.0b013e3181f4737e</p>
Expert 12	Promontofixation antérieure et les rectopexies
Expert 42	Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 61	Et robot assistée
Expert 66	<p>"L'indication d'une prothèse postérieure systématiquement associée à la prothèse antérieure en prévention d'une décompensation de l'étage postérieur (pas de rectocèle symptomatique) reste discutée et fait l'objet d'un PHRC en cours, du fait d'une morbidité propre liée à la bandelette postérieure."</p> <p>N'a pas sa place dans le cadre de recommandations officielles de HAS.</p> <p>La prévention n'a pas sa place dans le traitement d'une pathologie fonctionnelle. Il n'y a pas lieu de mettre du prothétique chez les patientes qui n'ont pas besoin.</p>

La promontofixation donne les meilleurs résultats anatomiques dans les situations (apical et cystocèle), cependant les résultats fonctionnels et subjectifs sont similaires à la voie vaginale.

A ce jour aucune donnée ne permet de dire que l'assistance robotique améliore l'efficacité ou la morbidité de l'intervention pour la patiente.

L'indication d'une prothèse postérieure systématiquement associée à la prothèse antérieure en prévention d'une décompensation de l'étage postérieur (pas de rectocèle symptomatique) reste discutée et fait l'objet d'un PHRC en cours, du fait d'une morbidité propre liée à la bandelette postérieure.

4.3.4 Voie vaginale avec prothèse synthétique

La voie vaginale avec prothèse donne des résultats anatomiques comparables à la promontofixation avec prothèse synthétique mais expose à un risque de complications et de réinterventions accrues notamment exposition de prothèse et douleurs.

Pour les réparations antérieures et apicales par voie vaginale, le rapport bénéfice risque lié à l'utilisation d'une prothèse synthétique doit être discuté en fonction du risque minoré de récurrence (stade du POP, terrain, risque d'hyperpression intra abdominal) du prolapsus et du risque majoré de morbidité (notamment liée au risque de réintervention pour exposition prothétique et au risque de dyspareunie).

Recommandation 50

Il est recommandé que la voie vaginale avec prothèse synthétique soit réservée à une chirurgie de recours, mise en œuvre par un chirurgien expérimenté dans cette technique, après avoir considéré les autres options et présenté la situation en RCP. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	2	1	0	3	1	1	1	37	19

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	8.51	91.49

Expert	Commentaires
Expert 23	<p>Il faudrait déjà que les chirurgiens puissent de nouveau utiliser les prothèses pour la voie vaginale.</p> <p>Elles ont des indications en 1ère intention dans les volumineux prolapsus que la PF corrige mal.</p> <p>Dans ces cas précis il n'est pas utile de présenter le cas en RCP, comme c'est le cas des PF</p>

Expert 24	Mais il n'existe plus de prothèse par voie vaginale...
Expert 31	<p>Je trouve cette formulation hypocrite, chirurgien expérimenté cela s'applique aussi pour les promontofixations ! Il existe aussi des risques de complications graves en lien avec la MESH dans la promonto. On revient sur la formulation du passé qui finalement autorise quelques chirurgiens à faire ce qu'ils veulent</p> <p>La question est de savoir si nous pouvons encore utiliser des prothèses par voie vaginales en dehors des recherches ou à l'extrême à titre compassionnel. Le problème est l'absence actuelle de kit disponible. Il y a donc beaucoup d'hypocrisie à écrire que la voie vaginale est encore possible, ce qui sous-entend que l'on peut revenir aux prothèses "à façon". Sacré retour en arrière après avoir clamé qu'il fallait absolument utiliser des kits validés par des études et que les chirurgiens soient spécifiquement formés !</p> <p>Les données ne sont pas en faveur de leur utilisation méta-analyses, Prospere</p> <p>Par ailleurs quelles sont les kits qui ont encore une autorisation</p>
Expert 32	La première phrase ne va pas dans le sens de l'étude Vigimesh ou alors à la marge. Comment comprendre que l'on dise "expose à un risque de complications et de réinterventions accrues" alors que la chirurgie autologue expose à encore plus de réintervention si l'on vise une qualité de vie équivalente et que les experts semblent encouragés de fait les réinterventions qui là ne sont plus morbides ???
Expert 33	Prothèses plus disponibles en France alors que la recommandation 50 est justifiée
Expert 40	<p>Je rajouterai :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. en cas de prolapsus récidivé (afin d'encadrer les indications) 2. chez une patiente informée et volontaire
Expert 42	Attention, ces prothèses ne peuvent être utilisées que dans le cadre d'une étude clinique à ce jour en France ; cf documents joints à la fin.
Expert 58	<p>Cette pratique est une hérésie !!!!!</p> <p>Si la prothèse est trop épaisse, elle cartonnera la paroi vaginale, si elle est trop fine elle ne servira à rien.</p> <p>De plus ces fixations sont pourvoyeuses de douleurs.</p> <p>Cette pratique est déjà interdite aux USA, en Nouvelle-Zélande, en Australie, aux émirats arabes unis, elle est suspendue au UK</p>
Expert 60	<p>Qu'est-ce que la chirurgie de recours ? plus large que la récidence ?</p> <p>Ok mais uniquement dans le cadre d'études cliniques car les études disponibles n'ont pas été conduites sur ces populations particulières (dernier recours ou récidence). Les rapports d'évaluation et reco réserveraient en effet l'utilisation des implants voie basse aux cas complexes de récidence etc ... mais recommandent la réalisation d'études complémentaires.</p> <p>Gros warning car à ce jour, aucun implant n'est validé dans cette indication. En tant qu'implant de renfort, l'évaluation des implants du prolapsus voie basse et l'inscription sur la liste intra-GHS ont été rendues obligatoires par l'arrêté du 22 février 2019. Ainsi, depuis le 26 février 2020, ces implants doivent être inscrits sur la liste intra-GHS pour</p>

	<p>être utilisés. A ce jour, 4 dossiers ont été déposés par les fabricants en vue d'une inscription à la liste intra-GHS. Aucun n'a pu être inscrit faute de données cliniques spécifiques dans l'indication de récurrence ou à risque de récurrence. Cf avis CNEDiMTS 2019 sur OPUR, PROLAFIX-V, ANTERIOR SWIFT et SURELIFT</p> <p>Par ailleurs, je trouve que l'argumentaire sur les prothèses synthétiques de la voie basse (p:66 et 67) est peu documenté et rapporte des résultats parcellaires. Par ex, une seule Cochrane MAHER 2016 est citée alors qu'il en existe 3. Il n'est pas précisé que les reco du NICE restreignent depuis Dec 2017 l'utilisation de ces implants à la recherche clinique (les reco d'avril 2019 ont été retirées en juin 2019);</p> <p>Pourquoi le faible niveau de preuves n'est précisé que sur les résultats sur les effets indésirables (en défaveur des implants voie basse) alors que cette faible qualité méthodologique s'applique à l'ensemble des résultats (même ceux sur les risques de récurrences, en faveur des implants voie basse).</p> <p>Il n'est pas fait mention non plus des complications graves qui ont été rapportées à l'international et qui ont conduit à une réévaluation de la balance bénéfique/risque aux USA (avec interdiction de commercialisation à la clé), en Europe</p> <p>Cf avis CNEDiMTS 2019 sur OPUR, PROLAFIX-V, ANTERIOR SWIFT et SURELIFT où la littérature (reco et méta-analyses) et le contexte international sur les événements indésirables sont décrits.</p>
Expert 63	Quelles sont les prothèses ayant l'AMM dans cette indication en France ?

Recommandation 51

Cette option chirurgicale peut être discutée si aucune autre technique n'est envisageable ou en cas de risque important de récurrence en privilégiant les matériaux pour lesquels il existe des données cliniques probantes. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	2	1	1	4	37	19

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9

Nombre de réponses en %	4.26	95.74
-------------------------	------	-------

Expert	Commentaires
Expert 31	Il n'y en a plus guère
Expert 33	Même remarque
Expert 37	D'accord si aucune autre technique envisageable. Mais l'expression "risque important de récurrence" est floue, et laisse libre cours à l'interprétation de chacun. Je dirais : si aucune autre technique envisageable et pas en première intention.
Expert 40	Oui mais je propose de rajouter : "des données cliniques probantes avec recul de suivi de patientes d'au moins 5 ans"
Expert 42	Attention, ces prothèses ne peuvent être utilisées que dans le cadre d'une étude clinique à ce jour en France ; cf documents joints à la fin.
Expert 51	Phrase qui ferme trop le libre choix de la technique par l'intervenant, choix éclairé par les données scientifiques et après discussion avec la patiente. On pourrait rajouter "et en cas d'efficacité supérieure de cette voie aux autres possibilités".
Expert 59	Attention, la conclusion ne correspond pas à vos propositions, il y a une contradiction. Donc revoir la conclusion
Expert 60	Le texte de cette reco doit être inclus dans la reco précédente afin que la reco 50 ne soit pas prise individuellement (données probantes nécessaires) Et ajouter : "les matériaux pour lesquels il existe des données cliniques probantes ou utilisés dans le cadre d'étude clinique" Aucun matériau n'a apporté à ce jour de données probantes cf commentaire 51

Pour le traitement chirurgical de la rectocèle, une prothèse synthétique posée par voie vaginale n'améliore pas le résultat et entraîne plus de complication que la voie vaginale autologue.

Recommandation 52

La pose d'une prothèse synthétique par voie vaginale n'est pas recommandée pour réparer une rectocèle. (Grade C)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	4	0	0	1	1	2	3	36	18

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.42	89.58

Expert	Commentaires
Expert 19	Pas d'accord, il n'y a pas d'évidence certes mais pas d'étude non plus ; de plus en cas de récurrences cela peut éviter un cloisonnement vaginal
Expert 23	Comme il n'y a pas d'étude comparative, cela devrait être un avis d'expert et non une Grade C
Expert 32	Concernant le traitement des rectocèles il n'a aucun essai randomisé à ce jour réalisé entre prothèse et technique autologue. Comment peut-on donc conclure en l'absence d'indication. Cela relève d'un parti pris et pas de la recherche clinique De plus on se base sur l'étude de Gluck rétrospective et qui ne mérite pas d'utiliser pour cette recommandation un grade C
Expert 42	Attention, ces prothèses ne peuvent être utilisées que dans le cadre d'une étude clinique à ce jour en France ; cf documents joints à la fin.
Expert 51	Sur quelles données scientifiques cette assertion est-elle basée ? Disposons-nous d'études contrôlées pour écrire une phrase aussi affirmative ? (même si elle est cotée grade C, elle reste impressionnante ! "ne serait pas recommandée" serait plus adapté
Expert 59	Faut faire le choix entre les propositions plus haut ou ces propositions, c'est incompréhensible. Actuellement les prothèses sont interdites, il faut sans doute revoir les cas particuliers comme expliqué plus haut. Car certains cas, à discuter en RCP avec des chirurgiens expérimentés et du matériel ayant montré leur sécurité peuvent relever de la pose d'une prothèse. Je ne comprends pas
Expert 61	Absence de preuve Pronatir doit débiter

Expert 64	Elle peut être utile en l'absence d'alternative autologue (hyperlaxité des ligaments sacro-épineux et autre amarres anatomiques)
-----------	--

4.3.5 Voie vaginale avec prothèse biologique

Il n'y a pas de différence en termes d'efficacité et de morbidité entre les prothèses biologiques et la voie vaginale autologue.

Recommandation 53

Les données ne permettent pas de recommander l'utilisation d'une prothèse biologique pour le traitement chirurgical de la rectocèle (Grade B) ou pour le traitement chirurgical de la cystocèle (Grade C).

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	2	0	1	3	31	27

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.13	94.87

Expert	Commentaires
Expert 31	A ma connaissance il n'y a pas d'avantage non plus
Expert 51	Cette assertion ne risque -elle pas de fermer la voie à ces prothèses moins agressives ?

4.3.6 Orientations pour le choix de la technique chirurgicale pour un POP non récidivé

Pour le traitement chirurgical du prolapsus génital, il n'y a pas d'efficacité supérieure sur les symptômes de l'une ou l'autre des techniques chirurgicales. Le choix de la technique est fonction de la situation clinique et des attentes de la femme.

Recommandation 54

Lorsque le résultat anatomique et la durabilité prime pour la patiente, la promontofixation par coelioscopie est recommandée parce qu'elle permet un meilleur succès, avec une morbidité faible dans le cas des prolapsus apicaux (hystéroptose ou prolapsus du fond vaginal) et antérieurs (cystocèle). (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	Je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	2	1	2	5	3	32	19

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	8.51	91.49

Expert	Commentaires
Expert 3	Pour l'étage postérieur : la rectopexie pour la cure prolapsus extériorisé seul est mieux que la voie basse en termes de récurrences : de 5 à 10% à 10 ans pour la rectopexie versus 15-20% pour les voies basses (Delormes ou Altemeier)
Expert 19	Elle fait partie des techniques recommandées mais à discuter avec les voies basses non prothétiques au même niveau Encore une fois débiter par une chirurgie moins invasive en première intention a autant de valeur que cette affirmation péremptoire cf discussion ci-dessus
Expert 26	Il est nécessaire de préciser dans la 2ème partie de la phrase "et la cystocèle associée à un prolapsus apical" Le traitement de la cystocèle isolée par promontofixation n'est pas logique
Expert 31	Il faut mettre un grade B car de nombreuses données de suivi longitudinal

Expert 32	Le suivi entre les 2 technique est différent et pour la chirurgie vaginale les prothèses de faible grammage source de la limitation des complications n'existent que depuis 2014 et ont donc par définition que peu de recul ; Je pense donc que pour la cystocèle on ne peut pas conclure. Pour l'hystéropose par contre je suis d'accord
Expert 36	Pour les rectocèles, la promontofixation n'assure pas un résultat anatomique parfait. Il persiste souvent une rectocèle basse pour laquelle une correction secondaire par voie vaginale peut être envisagée
Expert 42	Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 47	Contredit la recommandation 48
Expert 56	RAPPELER QUELQUE PART QUE le compte rendu opératoire doit mentionner le type de matériaux utilisé, avec la référence du lot en cas de prothèse et le type de fixation utilisée
Expert 64	Les alternatives à la promontofixation sont possible en fonction des différents étages atteints et du choix de la patiente après une information éclairée

Recommandation 55

Lorsque minimiser les risques per et péri-opératoires est la priorité par rapport à l'efficacité à long terme de la chirurgie, la voie vaginale autologue (dont le colpocléisis pour une population très âgée) est une option à considérer. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	3	5	41	15

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9

Nombre de réponses en %	0.00	100.00
-------------------------	------	--------

Expert	Commentaires
Expert 3	Merci d'inclure la voie basse rectale
Expert 19	Je retirerais le mot colpoclesis qui doit rester un geste de dernier recours car mutilant pour nos patientes même s'il rend service
Expert 31	2galement du grade C
Expert 40	Je ne comprends pas cette phrase : Lorsque minimiser les risques per et péri-opératoires est la priorité par rapport à l'efficacité à long terme de la chirurgie, la voie vaginale autologue (dont le colpocléisis pour une population très âgée) est une option à considérer. (Accord d'experts) - ne doit-on pas minimiser les risques pour toute chirurgie du prolapsus ? - option à considérer comme toutes les autres techniques ?? je mettrai plutôt "à proposer"
Expert 42	Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 63	A condition que l'alternative du pessaire ai été épuisée
Expert 64	Les risques per et post-opératoires bien que parfois liées aux techniques sont aussi liées aux habitudes du chirurgien et à la morphologie de la patiente

4.4 Quelle chirurgie est la plus adaptée pour réduire le risque d'incontinence urinaire secondaire et éviter des interventions ultérieures ?

4.4.1 Incontinence urinaire pré opératoire patente et de novo

Le risque d'incontinence urinaire d'effort (IUE) persistante est plus faible (0 vs 40%) en cas de bandelette sous urétrale (BSU) associée à la cure du prolapsus. La cure concomitante de prolapsus et de l'IUE patente réduit le risque d'IUE postopératoire.

Cependant le traitement isolé du prolapsus permet de traiter jusqu'à 30% des IUE préopératoires. Le traitement concomitant de l'IUE expose à une morbidité spécifique.

Le risque d IUE démasquée est plus faible (1 vs 15%) en cas de BSU associée à la cure du prolapsus. La cure concomitante de prolapsus et de l'IUE masquée réduit le risque d IUE postopératoire. Cependant le traitement isolé du prolapsus permet de traiter jusqu'à 60% des IUE masquées.

Le traitement concomitant de l'IUE expose à une morbidité spécifique particulièrement pour la voie vaginale et les BSU combinées : 14% versus 8% d'évènements indésirables graves en cas de chirurgie combinée en un temps (perforations vésicales, plaies urétérales, exposition de bandelette, douleurs liées aux BSU, dysurie persistante...)

Recommandation 56

Chez une patiente informée du risque d'incontinence post opératoire, on peut proposer de ne pas traiter l'IUE patente ou masquée dans le même temps que la chirurgie du prolapsus. (Grade C).

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	0	1	2	5	46	10

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.57	96.43

Expert	Commentaires
Expert 8	La décision finale doit rester celle de la patiente
Expert 32	En fonction du terrain et des risques anesthésiques
Expert 42	Nous avons la notion qu'il est recommandé de ne pas traiter l'IUE dans le même temps que la chirurgie du prolapsus (plus fort qu'une proposition à la patiente). Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation ne correspond pas vraiment à ce qui est dit par les professionnels de santé qu'elle a pu consulter sur le sujet.
Expert 53	Evaluer le risque au mieux en pré-opératoire : Examen clinique à la recherche d'un effet pelote Cet effet pelote peut aussi être objectiver en IRM de statique BUD ?

Recommandation 57

Il est recommandé que la patiente soit prévenue de l'éventualité d'une chirurgie en deux temps et qu'elle ait accepté cette éventualité. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	2	0	4	57	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 42	Suggestion de rédaction pour être plus ferme sur l'information de la patiente « Il est recommandé d'informer la patiente de l'éventualité d'une chirurgie en 2 temps » Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond en partie à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.

Recommandation 58

L'hyperactivité vésicale (HAV) avec ou sans incontinence urinaire est une pathologie fréquente dont la prévalence est augmentée significativement en cas de POP.

Le traitement du POP peut dans un nombre significatif de cas, faire disparaître les symptômes de l'HAV mais il est difficile de prédire le résultat et les femmes doivent en être informées. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
--------------------	---------

1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	7	50	6

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 17	L'HAV est une pathologie liée au POP mais aussi à l'âge, le problème n'est pas toujours résolu par la seule chirurgie , reste le vieillissement de la vessie qui se vide moins bien sur le plan moteur et qui est plus susceptible sur le plan sensitif
Expert 31	C'est exactement vrai pour TOUS les symptômes. Je ne vois pas l'intérêt de cette information supplémentaire

4.5 Quelles sont les informations à transmettre à la patiente en pré opératoire ? (complications, récurrence, incontinence urinaire, douleurs, dyspareunie, ..)

Recommandation 59

Il est recommandé que la patiente reçoive une information éclairée concernant les différentes options chirurgicales possibles et qu'elle soit associée au choix de la modalité la plus adaptée à sa situation particulière. (Accord d'experts)

Il est recommandé de l'informer des bénéfices attendus et des complications spécifiques, fréquentes ou graves de chaque option thérapeutique. (Accord d'experts)

La patiente doit également être informée du risque de récurrence du prolapsus avec ou sans symptômes associés. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total

9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	0	3	61	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 26	Il aurait été souhaitable de lister les complications spécifiques, fréquente ou graves
Expert 31	Et de l'incontinence urinaire démasquée ! Par ailleurs la mise en place d'une mèche doit faire l'objet d'une information spécifique, douleur, érosion, explantation totale ou partielle Ce point est très important et n'est pas abordé !! Par ailleurs il est recommandé que l'information (orale) soit tracée et personnalisé. La notion de consentement impose également une consultation pré-opératoire (deux consultations séparées par un intervalle de temps
Expert 36	Il faut insister sur l'absence de corrélation entre les corrections anatomiques et les résultats fonctionnels Surtout pour l'étage postérieur.
Expert 40	Les complications spécifiques, fréquentes ou graves Je rajouterai : "précoce ou tardive"
Expert 42	L'information délivrée aux patientes en phase préopératoire a été développée dans les pistes d'actions issues de la réunion de concertation organisée par l'ANSM le 22 janvier 2019. Il est important aussi d'en informer le médecin traitant pour qu'il soit en capacité de reformuler avec sa patiente.
Expert 60	Fiche info patiente

4.6 Quelle est la prise en charge du prolapsus pour les patientes en âge de procréer

Recommandation 60

Les données sur le sujet sont peu nombreuses. La grossesse et l'accouchement sont envisageables après chirurgie du prolapsus sans qu'il soit possible de recommander une voie d'accouchement (césarienne ou accouchement vaginal). (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	2	0	0	3	2	1	6	33	17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	8.16	91.84

Expert	Commentaires
Expert 5	Ne faudrait-il pas ajouter que l'usage de prothèse est déconseillé chez les femmes avec un projet de grossesse ?
Expert 15	Discuter voie basse autologue/promonto avec renfort prothétique Expliquer le risque de récurrence après nouvelle grossesse
Expert 17	Avec un suivi plus important quant à la prise de poids, le mode de vie et l'accouchement
Expert 19	Une voie basse reste tout de même plus à risque en cas de patiente déjà opérée selon mon propre avis d'expert
Expert 24	Il me paraît plus logique de dire qu'il n'y a pas (ou très peu de données) et qu'il semble préférable de conseiller de réserver la chirurgie aux femmes ne voulant pas d'autre grossesse. Dire aussi qu'il existe toutefois des techniques de chirurgie pour les femmes souhaitant garder des possibilités d'être enceinte ensuite
Expert 38	Il paraît difficile de proposer un accouchement par voie vaginale à une patiente ayant bénéficié d'une promontofixation eu égard aux risques de déchirures du segment inférieur sur lequel la prothèse s'appuierait.

	De surcroît un accouchement par voie vaginale dans un contexte de périnée déjà traumatisé ne peut qu'accentuer les risques de récurrences des troubles pelvi-périnéaux Un accord d'experts pourrait se permettre de privilégier une voie d'accouchement
Expert 58	Les meshes posés pour corriger un prolapsus gynécologique ne sont pas souples, ni élastiques, pour moi c'est vraiment très dangereux de dire à une femme qu'elle peut envisager une grossesse avec ces montages.
Expert 59	Quid de la promontofixation du rectum en cas de rectocèle ou de prolapsus rectal et fertilité, problématique assez souvent rencontrée pour des femmes jeunes. Le choix de la césarienne en cas de prolapsus rectal avec incontinence fécale doit être aussi bien réfléchi, les seules études qui montrent une absence d'aggravation après accouchement par voie basse, ont évalué la continence fécale à court terme, il n'y a pas eu d'évaluation à long terme mais en pratique, on voit bien que la multiplicité des accouchements par voie basse sur un périnée déjà fatiguée, se paie à la ménopause. Donc il faut rester plus ouvert sur la césarienne dans cette situation.
Expert 65	Peut-on préciser que cela concerne tout type de chirurgie (vaginale autologue ou promontofixation)

Il n'y a pas de données pour contre indiquer une grossesse après une cure de prolapsus.

Lorsqu'une grossesse est envisagée à court terme il est préférable que la prise en charge chirurgicale soit différée après l'accouchement. Il n'y a pas de données pour privilégier une technique chirurgicale particulière du prolapsus chez la femme en âge de procréer.

5 Quelles sont les modalités de surveillance des patientes en post chirurgie ?

5.1 Quand doit être réalisée la consultation post opératoire et quelles complications doivent être recherchées ?

Recommandation 61

Il est recommandé de revoir la patiente en consultation post opératoire même en l'absence de symptôme ou de complication. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nombre de réponses	0	1	0	0	0	0	1	1	62	1
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.54	98.46

Expert	Commentaires
Expert 31	C'est tellement trivial !
Expert 40	Offrir la possibilité d'une téléconsultation en l'absence de symptôme ou de complication et s'il n'y a pas d'anapath à remettre ?
Expert 42	L'information délivrée aux patientes en phase préopératoire a été développée dans les pistes d'actions issues de la réunion de concertation organisée par l'ANSM le 22 janvier 2019. Il est important aussi d'en informer le médecin traitant pour qu'il soit en capacité de reformuler avec sa patiente.
Expert 49	Évidemment !
Expert 60	En cas de complications sur un implant, la prise en charge sera d'autant plus facile qu'elle est réalisée précocement dans le mois suivant

Recommandation 62

Il est recommandé de réaliser une consultation postopératoire précocement en cas d'apparition de symptômes anormaux (fièvre, saignement, douleurs intenses, malaises, vomissements, anurie, etc.).
(Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	0	0	0	1	63	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.54	98.46

Expert	Commentaires
Expert 31	Bof c'est trivial, on perd de vue l'essentiel, c'est vrai pour tout acte de chirurgie
Expert 42	Le suivi des patientes en phase postopératoire a été développée dans les pistes d'actions issues de la réunion de concertation organisée par l'ANSM le 22 janvier 2019. Il est important aussi d'en informer le médecin traitant pour qu'il soit en capacité de détecter des complications après chirurgie.
Expert 49	Évidemment !
Expert 52	C'est nous que la patiente appelle en général
Expert 60	Idem 61 61 et 62 à regrouper
Expert 63	Ajouté douleurs dorsales en cas de promontofixation car une spondylodiscite est possible et peut avoir des complications gravissimes

Recommandation 63

Concernant la chirurgie du prolapsus avec prothèse synthétique :

En cas de douleurs chroniques, de saignements anormaux, (vaginal, urinaire ou anal), de pertes vaginales anormales, il est recommandé de rechercher une complication liée à la prothèse et de prévoir une consultation avec le chirurgien. (Accord d'experts)

Les complications liées aux prothèses pouvant avoir lieu tardivement il n'y a pas de durée de suivi recommandée. (Grade C)

Il est recommandé d'informer la patiente de consulter son médecin traitant ou son chirurgien au cas où un signe évocateur de complication apparaîtrait. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	3	2	55	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 11	Informar la patiente qu'elle doit conserver les données de traçabilité de la prothèse qui lui a été implantée
Expert 31	Je ne comprends pas l'utilisation des accords d'expert ici Je reformulerais Les prothèses synthétiques peuvent être responsables de complications pouvant se manifester par des douleurs chroniques, de saignements anormaux, (vaginal, urinaire ou anal), de pertes vaginales anormales, en présence de ces symptômes une consultation avec le chirurgien recommandée (grade C). Les complications liées aux prothèses pouvant avoir lieu tardivement il n'y a pas de limiter la durée de suivi à la période post-opératoire (Grade C)
Expert 32	"Les complications liées aux prothèses pouvant avoir lieu tardivement" que la chirurgie ait été réalisée par voie vaginale ou abdominale. Il faut préciser ce dernier point car on focalise trop sur la chirurgie vaginale
Expert 42	Le suivi des patientes en phase postopératoire a été développée dans les pistes d'actions issues de la réunion de concertation organisée par l'ANSM le 22 janvier 2019. Il est important aussi d'en informer le médecin traitant pour qu'il soit en capacité de détecter des complications après chirurgie.
Expert 53	Rajouter intérêt de l'échographie pelvienne et périnéale dans cette question +++++ Troubles de la statique pelvienne de la femme : place de l'échographie - 30/05/13 Doi : 10.1016/j.femme.2013.03.001 Édouard Poncelet a , Lamia Jarbouï b, Nicolas Laurent a, Michel Cosson c, Jean-Philippe Lucot c, François Pontana d, Philippe Mestdagh e, Mathieu Lernout f, Marc Bazot b a Imagerie de la femme Nord de France, centre hospitalier Valenciennes, centre hospitalier Armentières, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, Lille, France b Service de radiologie, hôpitaux universitaires Est-Parisiens, Tenon, 58, avenue Gambetta, 75020 Paris, France c Service de chirurgie gynécologique, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

	<p>d Imagerie médicale, hôpital Calmette, CHRU de Lille, boulevard Jules-Leclercq, 59037 Lille, France</p> <p>e Cabinet de radiologie, clinique du Bois-Lille, 44, avenue Marx-Dormoy, 590003 Lille, France</p> <p>f Imagerie de la femme Nord de France, centre hospitalier Boulogne-sur-Mer, allée Jacques-Monod, BP 609, 62321 Boulogne-sur-Mer, France</p> <p>*Auteur correspondant. Service d'imagerie de la Femme, hôpital Jean-Bernard, avenue Desandrouin, CS 50479, 59322 Valenciennes cedex, France.</p>
Expert 59	<p>Je ne comprends pas la conclusion en bas de page qui ne correspond pas aux conclusions des experts ci-dessus</p> <p>La constatation d'une récurrence asymptomatique doit faire rechercher une origine à cette récurrence (constipation, dyschésie ...), vous l'écrivez plus haut et dans l'argumentaire donc oui la consultation spécialisée est nécessaire pour corriger au plus vite avant que la récurrence devienne symptomatique.</p>
Expert 60	Des consultations doivent pouvoir être réalisées autant que de besoin afin d'assurer une gestion active des éventuelles complications tardives
Expert 61	Ne faudrait-il pas inscrire toutes les patientes ayant une cure de prolapsus sur l'observatoire vigimesh. Cela permettrait d'avoir un suivi à plus long terme systématique

Après la chirurgie, la constatation à l'examen clinique de la réapparition d'un prolapsus non symptomatique pour la patiente ne justifie pas nécessairement d'emblée une consultation spécialisée.

5.2 Quelles mesures sont efficaces en post chirurgie (rééducation périnéale, pratique sportive, reprise de l'activité professionnelle, traitement de la constipation,...) pour améliorer le pronostic post chirurgical et limiter l'apparition de complications ?

La littérature ne permet pas de conclure sur l'existence de mesures efficaces en post-chirurgie pour améliorer le pronostic fonctionnel. La durée de la convalescence ne semble pas modifier le pronostic fonctionnel.

Recommandation 64

Une reprise progressive de l'activité physique professionnelle ou de loisirs est possible à partir de la troisième semaine post opératoire, en l'absence de gêne, d'inconfort ou de douleurs. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	2	0	1	5	3	9	4	32	9

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.02	92.98

Expert	Commentaires
Expert 2	Il serait intéressant de savoir si la patiente a pu reprendre un rythme physiologique par rapport aux mictions et à l'exonération. Il faut s'assurer d'une absence de poussée pour préserver la correction.
Expert 6	Concernant la voie coelioscopique il est habituellement préconisé une limitation des activités physiques pendant 6 semaines.
Expert 14	Manque de détails sur ce qu'est la reprise d'une activité physique progressive
Expert 16	ssi la gestion des pressions a été corrigé en préop
Expert 17	Importance de veiller à ce que la patiente ne soit pas constipée (aide par tt médical) et limite ses efforts de poussée
Expert 19	Très compliqué à citer car la littérature ne le permet pas, déjà avec deux mois de recommandations de nombreuses patientes en le respecte pas je pense que cela dépend en plus des facteurs de risque des patientes Je mettrais de un à deux mois en fonction des facteurs de risque associés
Expert 23	Au minimum 1 mois après l'intervention
Expert 24	Laisser au libre arbitre du chirurgien selon l'activité professionnelle de la patiente
Expert 27	Tout dépend quand même ce que sont réellement "l'activité professionnelle" (port de charges très lourdes ?) ou "l'activité physique de loisirs" (haltérophilie ?...)
Expert 30	Ne serait-il pas envisageable de recommander que soit associé un temps d'éducation thérapeutique pre et post chirurgie systématique (suppression des efforts hyperpressifs abdominaux).
Expert 31	Pour moi il faut éviter les activités sportives pendant 6 à 8 semaine. Cela est fondé sur des études chez l'animal sur l'évolution de la solidité de la prothèse au cours du temps S'il y'a un niveau preuve qui établit le contraire je suis preneur
Expert 38	La reprise est possible probablement plus tôt

Expert 41	Un accompagnement par un kinésithérapeute doit être proposé en pré comme post opératoire.
Expert 42	Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 49	Délai à adapter à l'activité. Sport à impact, ou pression abdo importante à limiter les 3 premiers mois. Je n'ai pas de data scientifique à apporter malheureusement, mais par similitude avec les chirurgies pariétales digestives, il me semble inadapté d'autoriser toute activité sportive dès 3 sem, au risque de récurrence précoce
Expert 50	4ème semaine
Expert 52	Faut-il une rééducation en plus ?
Expert 54	La rééducation peut être une aide pour travailler le périnée et les sensations de la zone, traiter des pressions abdominales trop importantes Éventuellement si certaines femmes en parlent La littérature ne permet pas de conclure sur l'existence de mesures efficaces en post-chirurgie pour améliorer le pronostic fonctionnel. à évaluer au cas par cas
Expert 58	Cela dépend de l'activité professionnelle et de la reprise sportive 3 semaines post op, cela fait courtà vouloir reprendre trop tôt c'est prendre un risque de déplacer ou de décrocher les meshs .
Expert 61	Dépend du métier des patientes (port de charge lourde)
Expert 65	Attention dans argumentaire des recommandations : il est noté reprise progressive d'activité à partir de la 2ème semaine et non pas 3ème... délai semble un peu court mais manque de données dans la littérature...
Expert 66	Des références indicatives de reprise de l'activité professionnelle ont été produites par les CPAM sur le site AMELI.fr. Il faut se mettre en accord avec elles. https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/1082_15__Durees_de_references_indicatives_pour_reprise_du_travail_des_patients__AVEC_LIENS_.pdf

Recommandation 65

Il n'y a pas d'argument scientifique justifiant de déconseiller les rapports sexuels avec pénétration au-delà d'un délai de quatre semaines après chirurgie du prolapsus. (Accord d'experts)

Médiane : 9

Valeur de cotation	Libellé
--------------------	---------

1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	3	0	0	0	1	3	2	3	42	12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.56	94.44

Expert	Commentaires
Expert 3	En l'absence de douleurs
Expert 19	Si les fils résorbables vaginaux sont tombés !! les monocryls que nous utilisons sont parfois encore présent a 5-6 semaines Je retirerais cet élément
Expert 31	Cela dépend complètement du type de chirurgie, voie basse, coelioscopie, hystérectomie ou pas etc... Il me semble qu'il vaut franchement mieux éviter les RS après une chirurgie voie basse
Expert 40	Question et remarque : Est-il utile de différencier les patientes après PF et celle après chirurgie vaginale dont la cicatrisation vaginale est plus longue car il y a eu une incision vaginale ??
Expert 42	Bien que les pratiques n'entrent pas dans le champ de compétences de l'ANSM, notre connaissance des produits de santé et leur environnement, nous amène à ce score car cette recommandation correspond à ce qui est dit par les professionnels de santé consultés sur le sujet.
Expert 44	Je ne mettrais pas cela sans examen clinique préalable. La reprise des rapports intimes avec pénétration doit être conditionnée par la constatation d'une cicatrisation normale à la consultation post-opératoire.
Expert 56	Sous réserve d'un examen clinique montrant, surtout en cas d'hystérectomie, une cicatrisation vaginale d'évolution normale
Expert 58	Après une consultation post op avec l'autorisation du chirurgien

Expert 65	Mieux vaut-il pas attendre la consultation post op en cas de chirurgie vaginale autologue ou prothétique?
Expert 66	A l'issue de la consultation post-opératoire obligatoire recommandée pour s'assurer de l'absence de défaut de cicatrisation.

La prise en charge rééducative après la chirurgie a insuffisamment été évaluée dans la littérature et les données d'efficacité sont discordantes.

Son indication est laissée au choix du chirurgien (en fonction des besoins éducatifs de la patiente).

Questions générales sur l'ensemble des documents (Texte des recommandations et argumentaire)

Recommandation 66

Avez-vous des commentaires généraux à formuler concernant le texte des recommandations ?

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	Oui	Non
Nombre de réponses	33	32

Expert	Commentaires
Expert 1	<p>Le texte est clair et l'argumentaire très documenté.</p> <p>Il serait intéressant de compléter les recommandations par des liens vers les versions téléchargeables des principaux questionnaires validés à proposer aux patientes afin de systématiser la prise en charge de ces patientes (PFDI20, PFIQ7 et notamment l'échelle GAS permettant de hiérarchiser les objectifs de la prise en charge qui semble très intéressante).</p>
Expert 2	<p>Il serait intéressant de faire remplir aux patientes présentant des POP un calendrier mictionnel même en l'absence d'IU et/ou un tableau des selles.</p> <p>Elles ont souvent de mauvaises habitudes qui sont devenues normales pour elles ce qui rend difficile la réalisation et l'interprétation d'auto-questionnaire. Ces femmes peuvent avoir tendance à trop retenir les urines et tendre vers une méga-vessie ou bien avoir un défaut de vacuité de l'ampoule rectale.</p> <p>Ce non-respect de la physiologie de la miction et/ou de l'exonération peut participer aux contraintes qui s'appliquent sur l'étage pelvien et compromettre la posture des organes du petit bassin.</p> <p>Je ne sais pas si des études sont faites sur ce sujet-là.</p>
Expert 3	<p>Le prolapsus génital ou pelvien inclue la rectocèle et le prolapsus rectal isolé. Cela doit apparaître dans les recommandations.</p>

Expert 4	<p>Le mot "Radiologue" n'apparaît dans aucune ligne de ces recommandations incitant à penser qu'aucun radiologue n'était présent lors de leur rédaction. Ceci est profondément désolant et explique les limites extrêmes à parler de l'IRM, utilisée en routine dans de multiples centres expert de périnéologie à travers le monde....</p> <p>Attendre qu'il y est des complications ou une récurrence dans le contexte des POP apparaît obsolète en 2020;</p>
Expert 5	Tant l'argumentaire que les recommandations sont très claires et facilement lisibles et compréhensibles.
Expert 7	<p>Je ne suis pas d'accord avec la recommandation 1.7 Que faire en cas de POP non symptomatiques ?</p> <p>La réponse "il est recommandé de ne traiter que les prolapsus génitaux symptomatiques ou compliqués" est une formulation entre euphémisme et litote qui ne répond pas à la question.</p> <p>De plus, il me semble qu'elle n'est pas en adéquation avec l'objectif clairement explicité de ces recommandations d'améliorer l'information des patientes dans le cadre d'une décision médicale partagée.</p> <p>La décision de ne pas traiter ne veut pas dire ne pas prendre en charge et doit être partagée et expliquée. Le minimum est d'offrir à ces patientes une information structurée afin d'obtenir une adhésion à cette proposition et éviter le nomadisme en quête d'un professionnel interventionniste et lui donner les moyens d'être actrice de sa santé par l'observance de règles d'hygiène de vie et une éducation correcte.</p> <p>Je propose de remplacer par :</p> <p>Il est recommandé de ne pas traiter les prolapsus non symptomatiques. Une éducation thérapeutique pourra être apportée.</p>
Expert 10	<p>Le niveau de preuve est très faible</p> <p>Les conclusions sont souvent des attitudes relevant plus du bon sens que de l'evidence based</p> <p>Les définitions et les termes utilisés sont vagues et peu spécifiques à un organe</p> <p>Pas de recommandations spécifiques par étage et organe ; neant prolapsus rectal</p>
Expert 11	Manque de données sur les caractéristiques des prothèses (matériau, grammage)
Expert 12	Mettre les sociétés savantes en accord avec ce texte
Expert 13	<p>Le texte est très clair facilement applicable</p> <p>De nombreuses recommandations s'appuient uniquement sur les avis d'expert mais j'imagine que la revue de la littérature n'a pas permis d'avoir des NP plus importants. Merci pour ce travail.</p>
Expert 16	<p>p11, rééducation, je pense qu'il serait intéressant d'inverser les deux encadrés orange.</p> <p>En 1 le positif " rééduc et pessaire recommandés en 1ere intention"</p> <p>En 2 le négatif " l'absence d'adhésion est un frein "</p>

Expert 18	Les recommandations sont de bonnes pratiques courantes et correspondent à la littérature actuelle
Expert 19	Je pense que comme chaque situation est particulière il faut présenter un éventail de choix aux patientes avec des arguments tenant compte de leurs atcd et facteurs de risque De ce fait les affirmations péremptoires mal soutenues par la littérature sur le choix des voies d'abord ou des techniques opératoires, donc je nuancerais beaucoup chacune des recommandations
Expert 22	Dans le préambule, les gynécologues médicaux ont été oubliés... p.4 citer la constipation chronique plus fréquente que l'obstruction défécatoire même si parfois associée P. 14 l'électrostimulation a domicile n'a pas été étudiée, (prise en charge SS et mutuelles?)
Expert 24	Dans le texte de l'argumentaire il est indiqué de faire de la rééducation pour les prolapsus non extériorisés (1 à 3). Mais si c'est 3 c'est extériorisé.
Expert 29	Je m'attendais à davantage de recommandations concernant la rééducation. Les techniques mises en œuvre, la fréquence de prise en charge, la durée de prise en charge.
Expert 30	Il manque une place à la prévention primaire et secondaire comme souvent dans les recommandations françaises. Une partie des recommandations dans le résumé ne reprennent pas les rédactions issues de l'argumentaire ou ne sont pas le reflet de ce qui y est exposé (exemple des pessaires moins précis ou des nouvelles technologies comme RF laser LEDs)
Expert 31	Beaucoup trop d'accord professionnels qui transforment cette RPC en conférence d'expert de valeur limitée. Par ailleurs il n'est pas nécessaire de tout détailler. Par exemple beaucoup d'information sont communes à tout acte de chirurgie fonctionnelle Par ailleurs si l'on utilise la formulation GRADE on peut grader un certain nombre de recommandations Par exemple la kinésithérapie ou la chirurgie
Expert 32	Il y a trop d'avis d'expert qui limite la portée de cette recommandation. L'absence d'étude doit justement amener à en faire et de ne pas avoir un discours bloquant sur les stratégies chirurgicales. Il faut donc peut être considérer que les patientes opérées soient protocolisées ce qui peut être le rôle des réunions de concertation telles qu'elles sont mises en avant dans le texte
Expert 36	L'axe de vision de ces recommandations semble essentiellement orienté sur les étages antérieurs et moyen. L'analyse des symptômes digestifs est très limitée. La complexité du lien entre recto-cèle, élytrocèle, procidence interne et les troubles fonctionnels n'est pas abordée. Le prolapsus rectal n'est pas traité
Expert 39	Très clair, la formulation globale sera à revoir afin d'harmoniser le discours.

Expert 40	<p>Pour les prothèses vaginales, les indications doivent être il me semble très limitées et je rajouterai :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. en cas de prolapsus récidivé (afin d'encadrer les indications) 2. chez une patiente informée et volontaire comme la stipulé le NICE
Expert 41	<p>Je souhaiterai rappeler la place de la kinésithérapie dans la promotion et la prévention (Article L4321-1 du code de la santé publique) : " La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement ". Que ce soit dans le traitement conservateur aussi bien que dans le traitement des facteurs de risques.</p> <p>Je suis consciente du manque de niveau de preuve de ce commentaire et souhaiterai que des études viennent appuyer mes propos.</p>
Expert 42	<p>3 remarques générales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ordre des recommandations est perfectible, notamment dans l'évaluation initiale du POP - Il n'est pas indiqué que les prothèses vaginales ne peuvent être utilisées que dans le cadre d'une étude clinique à ce jour en France, - Si le document est destiné à un public plus large que les spécialistes des POP, le vocabulaire médical employé n'est pas toujours à la portée d'autres professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, sages-femmes, kiné <p>D'autres remarques ponctuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - juste avant la reco 19 "Les pessaires en latex semblent moins bien tolérés, et du fait de leur caractère poreux, leur durée de vie est plus limitée que les modèles en silicone (matériau plus inerte) . Il semble préférable de choisir des modèles en silicone plutôt qu'en latex." Concernant la tolérance, est-ce au sens de la matériovigilance ou de l'acceptation du pessaire par la femme (abandon précoce) ? De plus, enlever la mention "matériau plus inerte" car il ne semble pas s'agir de biocompatibilité. Prendre en compte ces remarques aussi dans l'argumentaire. - dans la partie 4.3.3 "La promontofixation donne les meilleurs résultats anatomiques dans les situations (apical et cystocèle), cependant les résultats fonctionnels et subjectifs sont similaires à la voie vaginale." : préciser si c'est la voie vaginale avec ou sans prothèse, ainsi que la durée moyenne d'efficacité depuis la chirurgie. Prendre en compte ces remarques aussi dans l'argumentaire. - dans la partie 4.3.4 "La voie vaginale avec prothèse donne des résultats anatomiques comparables à la promontofixation avec prothèse synthétique mais expose à un risque de complications et de réinterventions accrues notamment exposition de prothèse et douleurs." En dire plus sur les douleurs (chronicité et localisation).
Expert 44	<p>Fidèle à l'esprit des recommandations de la HAS, celles-ci m'ont paru claires et applicables. J'ai apporté quelques commentaires me paraissant importants.</p> <p>Il faudrait citer dans le texte long une référence que j'ai mise en pj relative à un article français que j'ai co-rédigé et qui se veut une revue actualisée de la littérature au sujet du recours au pessaire :</p> <p>Nohuz E, Jouve E, Clement G, Jacquetin B.</p>

	<p>Le pessaire gynécologique: est-ce vraiment un dispositif d'un autre âge, un cache-mi-sère?</p> <p>Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018 Jun;46(6):540-549. doi: 10.1016/j.gofs.2018.05.003</p>
Expert 45	<p>Rester simple dans les recommandations, Les MG sont les premiers recours et les premiers à évoquer ce diagnostic, ils doivent adapter leurs explications, conseils messages rassurants, en utilisant des mots et dessins simples compréhensibles par leurs patientes et ou les couples qui, consultent</p>
Expert 46	<p>Il était nécessaire de faire des reco sur ce sujet</p>
Expert 49	<p>Bravo au groupe de travail pour la biblio et la qualité scientifique</p> <p>Multiples fautes d'orthographe, fautes de frappe, anglicisme etc</p> <p>Ci joint, un document avec toutes les fautes vues corrigées ainsi que mes commentaires joints avec références pour argumentation</p> <p>Toutes ces corrections et l'ensemble des commentaires s'appliquent au texte des recommandations (puisque'elles sont issues du texte argumentaire, je n'ai pas relu le texte)</p>
Expert 50	<p>Je suggérerais une recommandation forte : il n'est pas recommandé d'utiliser des prothèses par voie basse ou par voie haute non homologuées/évaluée/certifiées</p> <p>Une seconde recommandation : La prise en charge d'un prolapsus récidivé doit être réalisée dans un centre expert (en plus de la RCP)</p>
Expert 52	<p>On ne parle pas du cout et du temps opératoire !</p> <p>Certains chirurgiens passent beaucoup de temps au bloc pour de belles reconstructions et d'autres posent quelques bandelettes avec de moins bons résultats parfois et une certaine rentabilité pour la clinique !</p>
Expert 53	<p>Y a-t-il eu des radiologues associés à ce travail ?</p> <p>La place de l'imagerie aurait pu être mieux discutée, les radiologues ne sont même pas cités comme participants à la prise en charge des patientes en cas de POP (cf préambule) alors que nous prenons en charge ces patientes et que nous participons aux RCP de périnéologie pour relire les IRM de statique pour une confrontation radio-clinique indispensable pour une prise en charge la plus adaptée possible ...</p> <p>Merci de nous avoir fait relire le document en espérant que l'IRM de statique aura toute sa place.</p>
Expert 58	<p>En ce qui concerne la reprise des activités sportives, il vaut mieux conseiller a une femme d'éviter des courses à pied.</p> <p>Il existe plein d'autres activités sportives.</p>
Expert 59	<p>Vos commentaires en bas de page ne sont pas toujours en rapport avec les questions posées au-dessus, et on ne peut donner son avis sur des propositions parfois fausses.</p>
Expert 61	<p>Les recommandations ne sont pas forcément en corrélation avec l'argumentaire</p>
Expert 64	<p>Très bonne analyse des recommandations des sociétés savantes</p> <p>Les données de Vigimesh pourront compléter la bibliographie</p>

<p>CNAM</p>	<p>Le document transmis constitue la réponse à une saisine du ministère de la solidarité et de la santé du 6 décembre 2018 en vue d'élaborer des recommandations sur l'incontinence urinaire complétée dans un second temps par une demande visant l'élaboration de recommandations sur le thème de l'incontinence urinaire et sur le thème du prolapsus des organes pelviens (POP) de la femme.</p> <p>Parti a été pris d'élaborer dans un premier temps une RBP sur le thème de la prise en charge thérapeutique du POP de la femme, l'incontinence urinaire devant faire l'objet d'un travail dans la continuité.</p> <p>L'articulation entre ces deux travaux (renvois, éventuels arbres de décision communs, choix d'interventions chirurgicales etc.) devra constituer un point d'attention particulier tant les intersections des 2 sujets sont nombreuses. Le choix d'autres institutions s'est d'ailleurs porté sur l'élaboration d'une recommandation unique, c'était aussi le choix de la HAS dans son évaluation de 2007 sur les implants de renfort. Le paragraphe sur le traitement du syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM) en partie 2.4, ou encore les points en rapport avec le choix des conduites chirurgicales en partie 4 illustrent, s'il en était besoin, la nécessité d'une approche globale de ces désordres pour les femmes qui en sont atteintes et par les professionnels concernés.</p> <p>De façon générale ce document s'adresse de façon privilégiée aux spécialistes et pourrait éclairer davantage la conduite à tenir pratique par les acteurs de premiers recours dans la mesure où ils sont mentionnés comme cibles : rôle précis dans l'évaluation initiale, mise à disposition d'outils d'évaluation et aide pour l'adressage au spécialiste de second recours. Il conviendrait de séparer plus finement les messages en fonction des cibles envisagées afin d'en favoriser l'appropriation par ceux à qui ils sont destinés.</p> <p>Commentaires à la lecture du document :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préambule <p>Il serait souhaitable de proposer quelques données de prévalence (même si celles-ci sont imprécises) pour quantifier la problématique et intéresser les publics visés.</p> <p>Le lien avec le sujet de l'incontinence devrait être évoqué.</p> <p>Une brève définition du prolapsus pourrait trouver sa place dans cette partie ou en partie 1, on ne la trouve pas dans ce document.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chapitre 1 Evaluation <p>La place du premier encadré p8 en 1.1 est discutable puisque le POP n'est pas encore confirmé. Il pourrait ainsi s'insérer en 1.2 ou mieux en 1.3 (exploration des symptômes y compris des symptômes associés)</p> <p>Même si cette précaution est décrite en 1.5 un message en 1.1 sur la nécessité de bien considérer les saignements et les douleurs pelviennes chroniques en vue d'une recherche étiologique dédiée paraît indiqué. Ce point est d'ailleurs précisé dans l'argumentaire.</p>
-------------	---

Les outils POP Q ou classification de Baden devraient être proposés au moins en annexe. Le test au pessaire n'est pas décrit.

Les termes « dépistages pelviens » ne sont pas d'utilisation courante, autant préciser ce qu'ils recouvrent (CCU, CCR).

Les auto-questionnaires de symptômes ou de qualité de vie mentionnés devraient être proposés, au moins en annexe.

- Chapitre 2 Prises en charge non chirurgicales

Les facteurs de risque modifiables ne sont pas si nombreux et pourraient être rappelés sans nécessairement renvoyer le lecteur vers un autre chapitre du document.

Il peut être utile de préciser qu'il faut favoriser une activité physique adaptée.

Le dispositif pessaire pourrait utilement faire l'objet d'une définition avec description sommaire de ses principaux types.

L'encadré sur le remboursement du pessaire n'a pas sa place dans un tel document et ne repose sur aucun élément de l'argumentaire.

En 2.3, Il conviendrait de préciser davantage, afin de guider praticiens et patientes, la nature de la rééducation envisagée. En effet la rééducation périnéale figure bien avec les dimensions cognitivo-comportementales et les suggestions pour une auto rééducation mais que sont les techniques rééducatives complémentaires plus globales visant à favoriser le retour vers les activités de la vie quotidienne ?

En outre il peut être utile de préciser les professionnels de santé potentiellement impliqués dont sages-femmes ou MK, le stade au-delà duquel celle-ci n'est plus indiquée (classification POP Q ou Baden Walker).

Place de l'encadré consacré au traitement du SGUM déjà abordée dans les commentaires généraux.

- Chapitre 3 Bilan clinique et paraclinique pré chirurgical

Il s'agit là de bilan clinique spécialisé autant le préciser, il est différent ou complémentaire du bilan abordé au chapitre 1 (cf. remarque générale sur les messages)

- Chapitre 4 Indications de la prise en charge chirurgicale

Pourquoi ne pas reprendre en 4.1 l'encadré de la page 59 de l'argumentaire qui donne clairement les mêmes informations que l'encadré actuellement proposé et ajoute la conduite à tenir en cas de discordance entre les symptômes et les constats cliniques ?

- Chapitre 5 Modalités de surveillance après chirurgie

La recommandation de revoir systématiquement la patiente en post opératoire même en l'absence de symptôme devrait être étayée en indiquant au minimum le délai et son (ses) objectif(s).

Les enjeux, objectifs et limites, ainsi que la population cible et les professionnels concernés sont-ils clairement présentés ?

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	Oui	Non
Nombre de réponses	56	9

Expert	Commentaires
Expert 3	il manque le coté postérieur
Expert 4	Les radiologues en sont absents
Expert 7	Si on restreint la prise en charge thérapeutique aux prolapsus symptomatiques, cela devrait figurer dans le titre. "Prolapsus symptomatiques
Expert 10	Problème de population cible à redéfinir
Expert 11	Enjeux, objectifs et limites bien décrits Pas de données épidémiologiques sur la population cible
Expert 29	Les prolapsus étant courant en post-partum, un paragraphe sur ceux-ci n'aurait-il pas pu être intégré ? Je pense à certaines patientes paniquées après l'accouchement qui nous contactent car elles sont stressées.
Expert 36	La prise en charge du prolapsus rectal ne semble pas faire partie de ces recommandations mais cela n'est pas spécifié d'emblée
Expert 42	Les professionnels de santé considérés sont essentiellement les chirurgiens et les professionnels de rééducation. Il aurait été opportun de plus impliquer le médecin traitant ou d'autres professionnels de santé dans ces recommandations, notamment pour qu'il soit destinataires des informations de spécialistes comme les patientes.
Expert 52	Pas assez de définition simple comme celle du POP ou du Pessaire Pas de chapitre sur les exclusions de la chirurgie compte tenu d'un contexte psychiatrique
Expert 59	L'intervention du proctologue médical, physiologiste, comme son examen avec anoscopie, la place de la manométrie ... ne sont pas assez représentés. Le proctologue doit faire partie des RCP
Expert 62	Cependant, les sages-femmes étant professionnel.le.s de premiers recours dans le cadre du suivi gynécologique de prévention, ces professionnel.le.s peuvent être celles ou ceux qui poseront le diagnostic (pour ensuite orienter la patiente vers son ou sa généraliste, dans le respect du parcours de soin). Il conviendrait donc de les intégrer aussi à cette catégorie dans les cibles des recommandations, et pas seulement dans les "professionnels de santé participant à la prise en charge (sages-femmes, masseurs kinésithérapeutes)" même si effectivement, sur prescription, nous réalisons aussi les actes de rééducation.

Expert 64	Même si on ne peut pas répondre à toutes les questions par des arguments scientifiques forts : mais l'appréciation clinique est essentielle
Expert 65	Citer peut être aussi les gynécologues médicaux dans les médecins de premier recours

Recommandation 68

La présentation des recommandations est-elle claire et adaptée aux pratiques professionnelles ?

(Si non, proposer une formulation plus adaptée).

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	Oui	Non
Nombre de réponses	52	11

Expert	Commentaires
Expert 3	Déjà fait dans les différents commentaires
Expert 7	Oui mais pour aider les professionnels à améliorer leur pratique, envisager la mise à disposition des questionnaires de référence, le POPQ simplifié Un lien ressource pour les outils est-il possible ?
Expert 10	Peu ciblées et peu claires dans certain domaine Sous-estimation de l'étage postérieur
Expert 14	Je n'ai pas vu le détail de la classification POP Q ni Baden Walker or cette recommandation peut être utilisée par des non spécialistes Il faudrait en annexe des exemples d'auto-questionnaires d'évaluation des symptômes et de la qualité de vie
Expert 19	cf commentaire ci-dessus
Expert 24	Quelques confusions NP/Recommandations(Grades)
Expert 25	Sauf en ce qui concerne les techniques de rééducation
Expert 29	Un arbre décisionnel qui synthétise la prise en charge thérapeutique pourrait aider les professionnels à voir les possibilités thérapeutiques de manière plus schématique
Expert 30	Arbre décisionnel ? Grille d'aide au choix de pessaire ?
Expert 31	Trop de reco et trop d'AE, il faut beaucoup élaguer pour se concentrer sur des points essentiels
Expert 32	Mais sous réserve des discussions qui vont surgir à la suite des relectures. Je pense donc que l'on ne peut pas répondre si facilement à cette question

Expert 39	Il s'agira également d'indiquer d'autres recommandations (en termes de rééducation ou mise en place de pessaire) avec des grades de recommandation + importants que ceux énoncés
Expert 42	Je ne peux pas répondre
Expert 49	Les titres sont trop longs et détaillés pour une bonne lisibilité Le graphisme de mise en page doit être amélioré (la lecture donne l'impression d'un copié collé de suite de textes, interligne variable, etc etc etc) Les fautes d'orthographe sont multiples Les termes "entrailles", "bénéficiaire", "récurrence" etc sont à exclure (cf mes corrections)
Expert 51	cf rares remarques
Expert 52	Globalement oui, j'aurais modifié quelques phrases ... comme je l'ai écrit plus haut
Expert 53	On ne ressent pas assez le caractère multidisciplinaire du document L'ensemble des acteurs s'occupant de la périnéologie ont ils étaient consultés : gynécologues, obstétriciens, chirurgiens gynécologues, urologues, chirurgiens digestifs, gastro-entérologues, kinésithérapeutes, radiologues, sages-femmes, ... ?
Expert 59	La place de la prothèse rectovaginale par voie basse est à revoir, bien décrite d'abord puis la même reco se contre dit après. Idem pour l'intervention par double bandelette pour traiter prolapsus antérieur et postérieur, il y a des contradictions entre la reco et l'argumentaire. Le choix entre voie haute ou basse pour la rectocèle n'est pas défini : En cas de rectocèle à l'origine de la sensation de boule vaginale, l'intervention chirurgicale doit être précédée d'une évaluation anatomique précise pour définir le type de rectocèle (haute, moyenne ou basse), l'insuffisance sphinctérienne éventuelle ou l'altération du noyau fibreux central, l'existence ou non d'une entéroccèle ou sigmoïdocèle. De ces anomalies Anatomiques, dépend le type d'intervention à proposer, donc opérer sans bilan anatomique et physiologique une rectocèle n'est pas envisageable. D'où d'ailleurs vos recommandations en 3.2 qui contredisent celles du 3.1. On ne peut pas écrire que la sensation de boule vaginale autorise une chirurgie de rectocèle sans aucun bilan avant. Il faut aussi expliquer ce qui relève de la chirurgie de rectocèle par voie basse et les indications de la promontofixation?
Expert 63	Certains points nécessitent une prise de position plus franche des experts : - questionnaires à utiliser pour l'évaluation préopératoire et postopératoire - classification clinique (POPQ ou BW) à adopter - type d'intervention à privilégier chez une femme en bon état général, en mauvais état général en cas d'échec du pessaire (sans faire des sous-groupes de patientes)

Recommandation 69

Avez-vous des commentaires généraux à formuler concernant l'argumentaire ?

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	Oui	Non
Nombre de réponses	18	47

Expert	Commentaires
Expert 1	p25. score pgii et score pikq à redéfinir car peu utilisés en pratique courante (pikq est défini plus loin dans l'argumentaire).
Expert 3	Il manque un argumentaire sur les débats concernant la prise en charge postérieure (voie basse, promonto, robotique...)
Expert 4	QS supra
Expert 5	Clair, exhaustif et bien rédigé A noter Faute de frappe page 54 dernière ligne dans au lieu de dans Page 56 ligne 10 "du de " Page 71 avant dernière ligne "de la risque"
Expert 7	Le non nécessité de certains examens complémentaires est clairement formulé. Pour autant, la valorisation de l'interrogatoire et de l'examen clinique pourrait être améliorée. Une femme bien interrogée et minutieusement examinée garantit la qualité de la prise en charge.
Expert 10	L'argumentaire est faible
Expert 19	La littérature est extrêmement faible, la plupart des recommandations des recommandations d'expert donc argumentaires et conclusions doivent être nuancées
Expert 24	Dans le texte de l'argumentaire il est indiqué de faire de la rééducation pour les prolapsus non extériorisés (1 à 3). Mais si c'est 3 c'est extériorisé.
Expert 40	Très bien renseignée, bibliographie complète, attention aux fautes de frappes dans le texte
Expert 42	3 remarques générales : - Si l'argumentaire avait suivi le même plan que celui des recommandations, il aurait été plus facile de faire le lien entre chaque reco et les références bibliographiques spécifiques - Il n'est pas indiqué que les prothèses vaginales ne peuvent être utilisées que dans le cadre d'une étude clinique à ce jour en France, - Si le document est destiné à un public plus large que les spécialistes des POP, le vocabulaire médical employé n'est pas toujours à la portée d'autres professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, sages-femmes, kiné)
Expert 46	Comment envisager vs la création de RCP ?

	Régional ? Envisagez vs de réserver la cure chir aux seuls chir qui participent à ces RCP? Aurez vs un listing de chir qui participent à ces RCP pour nos patientes ? Réseau régional?
Expert 47	Commentaires sous forme de notes dans le texte de l'argumentaire envoyé séparément par mail car trop volumineux J'ai souligné quelques incohérences d'un chapitre à l'autre
Expert 49	Cf tous mes commentaires ci-dessus
Expert 53	Le but étant de bien prendre en charge les patientes, il serait intéressant de mieux préciser le bilan clinique et paraclinique dans le cadre des POP pour optimiser la décision thérapeutique. Pour la prise en charge thérapeutique : la prise en charge médicale et de rééducation n'est pas très développée alors que le pessaire semble "la solution". Ce n'est pas évident de comprendre quelle chirurgie réalisée en cas de POP.
Expert 54	Dans la mesure où il y a médecins et non médecins Bien préciser des éléments de vocabulaires concernant la chirurgie (ex promontofixation) Par ailleurs des exemples de questions pour le retentissement du prolapsus, des signes cliniques plus détaillé pourraient être une aide (cf les commentaires)
Expert 59	Voir mon commentaire sur l'argumentaire dans le document ci joint, il est trop long et ne tient pas dans ce cadre
Expert 60	cf commentaire 50
Expert 63	cf 66
Expert 65	Le numéro des références biblio dans le texte ne correspondent pas à la liste des références finales

Recommandation 70

Les informations scientifiques pertinentes sont-elles présentées ?

(Si non, merci de nous envoyer les articles manquants ou de nous mentionner les références de ces articles).

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	Oui	Non
Nombre de réponses	54	10

Expert	Commentaires
--------	--------------

Expert 3	Les autres articles nécessitent un temps de recherche plus important
Expert 4	Je suis excessivement surpris par l'utilisation quasi-constante des "Accords d'experts" qui normalement doivent être utilisés avec parcimonie pour dans ce type de document.
Expert 10	Aucune référence dans le document fourni
Expert 32	Mais il y en a tellement peu sinon il n'aurait pas eu autant d'avis d'expert. Donc la question n'a pas de valeur
Expert 39	(cf commentaire dans la PJ pour les commentaires spécifiques)
Expert 42	Je ne peux répondre. Difficulté de faire le lien entre chaque recommandation et les références bibliographiques spécifiques.
Expert 44	cf pièce-jointe
Expert 49	Argumentaire sur hystérectomie (cf les références dans la pièce jointe ci-dessus) Argumentaire sur les prothèses vaginales (cf les références dans la pièce jointe ci-dessus) (p65-66 de l'argumentaire)
Expert 53	Sur l'imagerie quelques références transmises au cours des questions
Expert 54	Mais pas de biblio vue
Expert 59	Voir texte ci-dessus, les références sont dedans (Tjandra et al Dis Colon Rectum 1999 Dec ;42(12) :1544-50, puis en effet Rao et al Gut Liver 2018 Jul ;12(4) :375-384. Rao et al Gut Liver 2018 Jul ;12(4) :375-384. Van Dam et al, Fecal continence after rectocele repair : a prospective study. Int J Colorectal Dis 2000 Feb ;15(1) :54-7 P55
Expert 60	cf commentaire 50

Recommandation 71

D'autres informations seraient-elles utiles ?

(Si oui, préciser lesquelles).

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	Oui	Non
Nombre de réponses	32	33

Expert	Commentaires
Expert 4	Prendre en compte la littérature radiologique des dysfonctions pelvi périnéales

Expert 10	Préciser pour les différents étages les prises en charges qui sont différentes en des différents prolapsus
Expert 11	Modèle de document de traçabilité
Expert 12	- Faire un livret d'information patiente - centre de recours dans chaque région pour cas très difficile
Expert 14	Manque de détails sur l'utilisation du pessaire, le choix de la taille du pessaire, la prise en charge des complications Comment choisir le rééducateur ? Quid des problèmes touchant l'éventuel retrait du marché des matériels prothétiques? quelles alternatives?
Expert 17	Mieux faire la liaison entre l'activité physique à risque pour le plancher pelvien chez la femme jeune (l'AFU l'a bien défini) et faire comprendre le degré de fatigabilité du plancher pelvien chez la femme plus âgée qui multiplie les activités physiques peu contraignantes chaque jour mais qui épuisent le plancher pelvien en fin de semaine avec pesanteur fuites urinaires et ou anales
Expert 19	Par exemple les arbres décisionnels du NICE
Expert 22	l'electrostimulation <...
Expert 23	Il est indispensable qu'il y ait une recommandation sur la formation du chirurgien. Les complications et échecs son le plus souvent opérateur dépendant.
Expert 26	Il serait souhaitable de lister les complications à présenter aux patientes en pré-opératoire pour aider les intervenants et homogénéiser le discours
Expert 29	Un tableau récapitulatif de la reprise des activités en fonctions des chirurgies serait peut-être pratique pour aider le professionnel et la patiente. De la même manière, un tableau récapitulatif des signes et symptômes à surveiller pour le professionnel et la patiente suite aux différentes chirurgies aiderait également.
Expert 30	Aide plus pratico pratique au choix d'un pessaire. Vous présentez l'utilisation de l'anneau dans sa mise en place- quid des autres modèles ?
Expert 33	Questionnaires de qualité de vie conseillés
Expert 36	Oui , voir au-dessus
Expert 37	Recommandations sur les matériaux prothétiques
Expert 38	Il faudrait recommander l'utilisation d'un document dédié à l'information sur le matériel prothétique implanté quelque soit la voie d'abord (promonto ou voie vaginale) dans lequel une surveillance au long cours doit être recommandée
Expert 39	L'utilisation du BFB, la rééducation ano-rectal dans le cadre de constipation ou dyschésie associée, l'utilisation de l'électrostimulation, ... Concernant les pessaires, bien que peu utilisé en France, peut être revoir l'utilisation du pessaire Gellhorn

Expert 40	- Type de fixation dans la promontofixation - Bibliographie et évaluation des techniques autologues de colposuspension de la vessie pour le traitement des cystocèles latérales et apicales de stade 3
Expert 42	Certains documents, spécifiques à la France, auraient pu être pris en compte (ajoutés en fichiers joints): - circulaire DGOS sur l'utilisation des prothèses vaginales, - arrêté disant qu'il n'y a plus de prothèses vaginales dans la classe intraGHS - compte-rendu de la réunion d'échanges ANSM sur les mesh (POP et IUE) de 2019
Expert 44	Un guide relatif au pessaire cf pj
Expert 46	Comment proposer ET choisir les pessaires ? envisagez vs des formations pratiques ? Qui financera? qui peut mettre des pessaires? médecins ET sage femmes Place des KINE? Pourrez vs préciser ?
Expert 47	- préciser les PS habilités à gérer (pose et révision) les pessaires - préciser les possibilités pour ces PS de coter les actes en regard
Expert 49	cf mes commentaires ci-dessus
Expert 52	Une référence de visuel explicatif pour les patientes
Expert 53	Ce serait intéressant que le document soit plus "multidisciplinaire" si possible. Merci d'avoir sollicité un radiologue à ce travail. L'IRM de statique est une réelle avancée pour le bilan pré-opératoire des patientes : "les yeux du chirurgien". Ceux qui l'utilisent dans les RCP de périnéologie vous le diront.
Expert 54	Comme je disais des tableaux avec les pessaires Quelques schémas anatomiques pour les praticiens médicaux ou non en annexe
Expert 57	Y a t il des sports formellement contre indiqués en post opératoire, ou pas, chez une patiente suffisamment jeune pour faire encore une activité physique ?
Expert 58	Les complications neurologiques au niveau du périnée, au niveau des jambes ne sont pas notées dans la pose des prothèses vaginales par voie basse.
Expert 59	Rajouter l'aspect examen proctologique qui doit être décrit, la place du proctologue.
Expert 63	Développer l'utilisation de l'outil robotique (cf manuscrit 66)
Expert 65	Données sur la déclaration et la prise en charge des complications chirurgicales (centre expert/vigimesh/RCP/etc...)

Annexe 4. Tableau 1. Satisfaction et efficacité du pessaire chez les patientes porteuses d'un pessaire dans les études utilisant des questionnaires validés

Auteur, année, références Lieu	Type d'étude	Taille de l'échantillon	Caractéristiques des patientes incluses	Type de pessaire	Critères de jugement	Résultats	Commentaires
Jones Obstet Gynecol 2008 (245) EU	Prospective observationnelle NP3	90 femmes	Femmes souhaitant une prise en charge non chirurgicale Âge moyen : 62,8 ± 13,2 ans Stade POP-Q : 1-2 : 28 femmes (31 %) 3-4 : 62 femmes (69 %)	Anneau ou ring si IU associée Si échec : autre essai possible, pessaire non précisé	Avant et à 3 mois de pose : mesure hiatus génital (gh, cm) mesure <i>perineal body</i> (pb, cm) PFDI-20* et Sous-scores UDI6*, POPDI6* et CRADI8*	Poursuite à 3 mois : 47 % gh au repos 3 mois 2,9 ± 1,0 cm vs 3,4 ± 1,2 cm avant pose, p = 0,019) différence également significative à l'effort (p = 0,001) Différence pb significative à l'effort (3,8 ± 0,8 cm contre 3,4 ± 0,8 cm ; p = 0,025) mais pas au repos PFDI : 209 ± 140 à 138 ± 141, p < 0,002 UDI et POPDI : 72 ± 46 et 75 ± 49 à 45 ± 50 et 42 ± 47, p < 0,002 CRADI8 : diff NS	16 femmes PDV (18 %)

<p>Patel AJOG 2010 (246)</p> <p>EU</p>	<p>Prospective observationnelle</p> <p>NP2</p>	<p>54 femmes</p>	<p>Femmes adressées pour POP</p> <p>Âge moyen : 62,5 (± 14,7) ans</p> <p>Stade POP-Q :</p> <p>1 : 2 %</p> <p>2-3 : 94 %</p> <p>4 : 4 %</p>	<p>Anneau avec ou sans support, Gellhorn</p>	<p>Avant et à 3 mois :</p> <p>PFDI-20*</p> <p>PFIQ-7*</p> <p>BIS* (adapté de Hopwood <i>et al.</i>)</p>	<p>Poursuite à 3 mois : 72 %</p> <p>PFDI-20 : 81,3 +/- 56,8 à 45,83 +/- 37,81 (p < 0,001)</p> <p>PFIQ-7 : 50,32 +/- 69,9 à 18,0 +/- 25,48 (p = 0,001)</p> <p>BIS : 6,1 +/- 4,8 à 3,5 +/- 3,8 (p < 0,001)</p>	
<p>Mao Maturitas 2018 (247)</p> <p>Chine</p>	<p>Prospective observationnelle</p>	<p>131 femmes</p> <p>Délai suivi mini = 12 mois (13-24 mois)</p>	<p>POP symptomatique</p> <p>Âge Moyen : 68,1 (± 9,5) ans</p> <p>POP-Q stade 2 : 2 (1,5 %)</p> <p>POP-Q stade 3 : 114 (87 %)</p> <p>POP-Q stade 4 : 15 (11,5 %)</p>	<p>Pessaire anneau</p>	<p>Avant et après au moins 12 mois :</p> <p>PFDI-20*</p> <p>PFIQ-7*</p>	<p>Poursuite à au moins 12 mois : 74,8 %</p> <p>88 % capables de manipuler seules</p> <p>PFDI-20 : 83,8 (± 51,2) à 32,4 (34,8, p < 0,001)</p> <p>PFIQ-7 : 52,2 (± 59,3) à 10,1 (24,4, p < 0,001)</p> <p>UDi et POPDI : diff Signif</p> <p>CRADI8 : diff NS</p> <p>27,1 % IUE <i>de novo</i> dysurie améliorée dans 94,9 % des cas</p>	

<p>Mao Ménopause 2019 (248)</p> <p>Chine</p>	<p>Prospective observationnelle</p>	<p>91 femmes</p> <p>Délai suivi médian : 23,5 mois</p>	<p>POP symptomatique</p> <p>Stade 3 ou 4</p>	<p>Pessaire Gellhorn (mis en place après échec anneau)</p>	<p>Avant, à 3 et 6 mois. Puis tous les 6 mois :</p> <p>PFDI-20</p> <p>PFIQ-7</p> <p>amélioration des symptômes considérée comme cliniquement significative si l'<i>effect size</i> (score divisé par la déviation standard à l'inclusion, ES) était supérieur à 0,5</p>	<p>Au terme du délai : poursuite : 58,3 %</p> <p>PFDI-20 : 88,4 (48,0) à 46,6 (47,3)</p> <p>PFIQ-7 : 77,3 (66,4) à 13,2 (23,5)</p> <p>Changements signif :</p> <p>UIQ-7 (ES = 0,75)</p> <p>POPIQ-7 (ES = 1,10)</p> <p>POPDI-6 (ES = 1,62)</p> <p>l'UDI-6 (ES = 0,66)</p> <p>CRADI8 et CRAIQ7 signif amélioré mais ES < 0,5</p>	
<p>Radnia, J Med Life 2019 (249)</p> <p>Iran</p>	<p>Prospective observationnelle</p>	<p>68 femmes</p>	<p>POP ≥ 2 (POP-Q)</p> <p>Âge moyen : 68,9 ans (34-89) ans</p>	<p>Non précisé</p>	<p>À 6 mois :</p> <p>PFDI-20*</p> <p>PGII*</p>	<p>Poursuite à 6 mois : 88 %</p> <p>PFDI-20 amélioré significativement (p < 0,001)</p> <p>Sensation boule vaginale améliorée dans 98 % des cas</p> <p>PGII = 1 ou 2 pour 86,9 % des femmes</p>	<p>Score PFDI-20 non précisé</p>

Annexe 5. Tableau 2. Facteurs associés à la poursuite du pessaire

Auteur, année, références Lieu d'étude	Type d'étude	Caractéristiques des patientes incluses	Type de pessaire	Critères de jugement	Résultats	Commentaires
Wu Obstet Gynecol 1997 (250) Canada	Prospective Jusque 54 mois	110 femmes POP symptomatique	Anneau Cube	Succès de pose Facteurs associés à l'échec	Taux succès : 74 % Échec de poursuite : stade POP plus élevé (Baden-Walker) ATCD de chir pelvienne antérieure Âge plus jeune Parité plus faible IU associées	Majorité des échecs survenus dans les 12 premiers mois
Bai, IUJ 2005 (136) Corée	Prospectif	104 femmes Femmes ayant eu une pose de pessaire pour POP ≥ 2 dont 84 (80,7 %) pas candidates à la chirurgie (mauvais état de santé ou âge) Âge moy : $70 \pm 7,4$ ans	Pessaire anneau	Satisfaction (très insatisfaites à très satisfaites – 4 points) Motifs d'échec (%)	19,1 % ont retiré leur pessaire (dont 80 % ont arrêté car inconfortable ou expulsion répétée) 70,2 % satisfaites ou plutôt satisfaites 73 ont eu complications comme érosion ou saignements	Pas de délai de suivi Pas de questionnaire validé

<p>Komesu AJOG 2007 (128)</p> <p>US</p>	<p>Prospective</p> <p>Suivi 2, 6 et 12 mois</p>	<p>80 femmes</p> <p>POP symptomatique</p>	<p>Ring</p> <p>Shaatz</p> <p>Gellhorn</p> <p>Cubes Gehrung</p>	<p>Succès de pose</p> <p>Poursuite du port entre 6 et 12 mois</p> <p>PFDI-20</p>	<p>Facteur de poursuite :</p> <p>PFDI-20 plus bas, diminution de plus de 50 % du PFDI-20</p> <p>Facteurs d'arrêt : inconfort (22 %), mauvaise tenue (22 %)</p> <p>Facteurs testés, non associés : Plus d'1 essai de pessaire Âge, IMC, activité sexuelle, stade POP</p> <p>À 2 mois, score PFDI-20 < 50 % du PFDI-20 à la pose : AUC = 0,77 (courbes ROC)</p>	<p>Choix du pessaire laissé à l'appréciation du clinicien</p> <p>44 % ont arrêté le port du pessaire sur la période d'étude</p>
<p>Hanson IUJ 2006 (127)</p> <p>Canada</p>	<p>Rétrospective</p> <p>Délai de suivi maxi : 5 ans</p>	<p>1 216 femmes</p> <p>POP symptomatique</p>	<p>Anneau, anneau avec support</p> <p>Gellhorn</p> <p>Dish</p> <p>pessaire incontinence</p>	<p>Succès poursuite pessaire</p>	<p>Facteur poursuite : utilisation œstrogénothérapie locale</p> <p>Facteur échec : antécédent de chirurgie vaginale</p>	<p>Pessaires les plus efficaces : Gellhorn, anneau avec et sans support</p>
<p>Ramsay IUJ 2016 (251)</p> <p>Canada</p>	<p>Rétrospective</p> <p>Suivi jusque 12 ans</p> <p>2 groupes : 65-74 ans (groupe 1) vs 75 ans et plus (groupe 2)</p>	<p>304 femmes</p> <p>Femmes de 65 ans et plus</p> <p>POP symptomatique</p> <p>Probabilités cumulées de poursuite du pessaire :</p>	<p>Anneau</p> <p>Anneau avec support</p> <p>Gellhorn</p> <p>Donut</p> <p>Shaatz</p> <p>Oval</p>	<p>Succès pose</p> <p>Poursuite utilisation du pessaire</p>	<p>Facteur échec de pose : antécédent hystérectomie, chir POP, POP étage postérieur</p> <p>Facteur d'arrêt du port : âge > 75 ans</p> <p>Femmes de plus 75 ans plus susceptibles d'avoir des érosions vaginales (OR = 3,2 ; IC 95 % = 1,6-6,3)</p>	

		<p>- 87, 80,6 et 62,1 % à 1, 2 et 5 ans dans le groupe 1</p> <p>- 80, 70,9 et 37,8 % dans le groupe 2</p>				
<p>Mao</p> <p>Maturitas</p> <p>2018 (247)</p> <p>Chine</p>	<p>Prospective observationnelle</p> <p>Délai suivi mini = 12 mois (13-24 mois)</p>	<p>131 femmes</p> <p>Âge moyen : 68,1 (± 9,5) ans</p> <p>POP-Q stade 2 : 2 (1,5 %)</p> <p>POP-Q stade 3 : 114 (87 %)</p> <p>POP-Q stade 4 : 15 (11,5 %)</p>	Pessaire anneau	Facteurs associés à l'arrêt	<p>Poursuite à au moins 12 mois : 74,8 %</p> <p>Facteurs associés à l'arrêt : introïtus vaginal plus large (≥ 5 cm)</p> <p>Facteurs testés non associés : âge, BMI</p>	Complication la plus courante du pessaire : pertes vaginales chez 40,8 %
<p>Clemons</p> <p>AJOG 2004 (129)</p> <p>US</p>	Prospective	<p>94 femmes ayant accepté pose d'un pessaire :</p> <p>- 73 succès</p> <p>- 27 échecs</p> <p>Âge moyen : 70 ans</p> <p>Stade majoritaire 2 et 3</p>	Anneaux ou Gellhorn si échec anneau	Facteurs associés au succès de la pose à 1 semaine	<p>Échec de pose si :</p> <p>- longueur vaginale courte (≤ 6 cm), p = 0,02</p> <p>- hiatus génital plus large (4 largeurs de doigt), p = 0,04</p>	
<p>Clemons</p> <p>AJOG 2004 (252)</p> <p>US</p>	Prospective	59 femmes		Facteurs associés à la poursuite à 1 an	<p>Taux poursuite : 73 %</p> <p>Poursuite associée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - âge plus élevé, demande de chirurgie moins élevée - activité sexuelle moindre - taux de POP de l'étage postérieur moindre 	

<p>Brincat, AJOG 2004 (253)</p> <p>US</p>	<p>Rétrospective</p> <p>Suivi max 2 ans</p>	<p>136 femmes</p> <p>Adressées pour POP ou IU ayant eu un pessaire</p> <p>Âge médian 69 ans</p> <p>Durée moyenne de port 33 jours</p>	<p>Pessaire Dish incontinence avec ou sans support</p> <p>Anneau incontinence avec ou sans support</p> <p>Anneau avec ou sans support</p>	<p>Facteurs associés à la poursuite du pessaire</p>	<p>Taux poursuite : 60 %</p> <p>Durée moyenne d'utilisation : 4,5 mois (4 jours à 2 ans)</p> <p>Poursuite associée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - femmes sexuellement actives - pessaire posé pour POP par rapport à IU <p>Facteurs testés non associés : âge, parité, statut ménopausique et antécédents de chirurgie</p>
<p>Fernando, Obstet Gynecol 2006 (120)</p> <p>UK</p>	<p>Prospective</p>	<p>203 femmes</p> <p>Âge moyen : 69 (± 1,5) ans</p>	<p>Anneau</p> <p>Si échec : Gellhorn ou Donut</p>	<p>Facteurs associés à la poursuite du pessaire à 4 mois</p>	<p>Taux poursuite : 75 %</p> <p>Échec associé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - augmentation de la parité (OR = 1,52 [IC 95 = 1,14-2,02], p = 0,004 - antécédent d'hystérectomie (OR = 4,57 [IC 95 = 1,71-12,25], p = 0,002)
<p>Markle, Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery 2011 (254)</p> <p>US</p>	<p>Rétrospective</p> <p>Suivi max 2 ans</p>	<p>158 femmes</p> <p>Âge moyen : 68,4 ans</p> <p>Moyenne de 3,8 essais de pessaire par patiente sur 1,8 visite en moyenne</p>	<p>Gellhorn (46 %), Shaatz (18 %), incontinence Dish (14 %), et incontinence anneau (10 %)</p>	<p>Facteurs associés à l'échec à 1 semaine</p>	<p>Taux poursuite : 59 %</p> <p>Échec associé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ATCD d'hystérectomie (p = 0,008 ; OR = 0,41 [0,22-0,8]) - tvl < 8 cm (OR = 0,1 [0,02-0,46]) - (gh)/tvl < 0,9 (OR, 12,5 ; 95 % IC, 1,5-102) <p>Facteurs testés non associés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - âge, IMC, parité vaginale, statut ménopausique, activité sexuelle

					<ul style="list-style-type: none"> - utilisation d'un THM - stade du POP (POP-Q) - ATCD de chirurgie du prolapsus ou de l'incontinence 	
Mutone, AJOG 2005 (255) US	Rétrospective Suivi max 42 mois	407 femmes Âge médian : 67 (23-93) ans	Anneau avec support, Gellhorn, cube, Donut, Marland, Gehring, Shaatz, Hodge, continence Dish, Regula et Inflatoball	Facteurs associés à l'échec à 3 semaines	Poursuite à 3 semaines : 41 % Échec associé à : <ul style="list-style-type: none"> - antécédents d'hystérectomie (p = 0,001) ou de chirurgie du POP (p = 0,01) Facteurs testés non associés : stade du prolapsus et étage principalement atteint	
Geoffrion IUJ 2013 (256) Canada	Rétrospective	101 femmes Âge moyen : 64 ans mean number of different pessaries tried at fitting was 3.5 (range, 1-7 for unsuccessfully fitted patients) and 2.2 (range, 1-6 for successfully fitted patients).	Anneau ou anneau avec support, suivi par un Gellhorn Sinon : anneau avec support et bouton, anneau avec bouton, Shaatz, Donut, Gehring	Facteurs associés à l'échec à 4 semaines	Taux poursuite à 4 semaines : 74 % Échec associé à : <ul style="list-style-type: none"> - âge ≥ 65 ans (OR = 3,13 ; p = 0,042) - tabagisme (OR = 3,42 ; p = 0,049) - rapport hiatus génital/longueur totale du vagin > 0,8 (OR = 6,70 ; p = 0,042) - stade du POP plus bas (OR = 2,84 ; p = 0,017) 	Principale raison de l'échec : inconfort
Panman IUJ 2017 (257) Netherlands	Prospective	78 femmes âgées de 55 ans ou plus	Pessaire anneau, suivi par un pessaire anneau avec support	Facteurs associés à l'échec à 15 jours	Taux échec : 58 % Échec associé à : <ul style="list-style-type: none"> - âge (OR = 0,93 [95 % IC 0,87-1,00]) - IMC (OR = 1,14 [95 % IC 1,00-1,30]) 	

			Si échec : Shaatz ou Gellhorn		- testing musculaire faible (selon ICS) : OR 2,60 [0,81-8,36] Facteurs testés non associés : - poids fœtal, parité - antécédents de chirurgie pelvienne - stade du POP - tabac	
Deng Ménopause 2017 (117) Chine	Prospective	65 femmes ayant un POP de stade 3 ou 4 avec pose de pessaire Gellhorn (après échec de pessaire anneau)	Pessaire Gellhorn	Facteurs associés au succès ou à l'échec à 3 mois	Taux poursuite pessaire : 70,8 % Succès associé à : POP prédominant sur l'étage antérieur au succès du pessaire (p < 0,01) Échec associé à : - IMC élevé (p < 0,01) - antécédent d'hystérectomie ou de chirurgie du prolapsus était associé à un risque d'échec (p < 0,01)	
Yang Archives of Gynecology and Obstetrics 2018 (258) Chine	Rétrospective Durée de suivi jusqu'à 8 ans	249 femmes Âge moyen : 67,8 ± 10,7 ans	Anneau et Gellhorn	Facteurs associés à l'échec (sur la période d'étude → 5 ans)	Taux poursuite pessaire : 86,1 % à 1 an, 77,2 % à 2 ans et 49,4 % (43/87) à 5 ans Facteurs testés mais non associés : - scores de symptômes (PFDI-20, PFIQ-7) - IMC, parité - antécédents médico-chirurgicaux	79 % étaient satisfaites à long terme Les difficultés à insérer ou à retirer le pessaire (30,4 %) et les érosions (22,8 %) ont été les plus souvent citées comme facteurs ayant affecté le degré de satisfaction

<p>Friedman IUJ 2010 (259)</p> <p>USA</p>	<p>Rétrospective</p> <p>Durée moyenne de suivi : 5,8 ans (médiane 5,2)</p>	<p>150 femmes</p> <p>Âge moyen : 72,5 ans</p>	<p>Pessaires anneau, Gellhorn, Donut et cube</p>	<p>Facteurs associés au succès ou échec</p>	<p>Taux poursuite au terme de l'étude : 77 %</p> <p>Poursuite associée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - âge avancé (OR = 1,08 [1,033-1,136]) <p>Arrêt associé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - antécédents de chirurgie de réparation du prolapsus (OR = 3,52 [1,24-9,98], p = 0,012) ou d'hystérectomie (2,34 [0,98-5,57], p = 0,055)
<p>Wolff IUJ 2017 (260)</p> <p>USA</p>	<p>Rétrospective</p> <p>Suivi jusque 7 ans</p>	<p>311 femmes</p> <p>Âge moyen : 71 ans</p>	<p>Gellhorn, anneau ouvert, anneau avec support, pessaires cube et Donut</p>	<p>Facteurs associés à la poursuite à 1 an</p>	<p>Taux poursuite : 76 % à 1 an, 67 % à 2 ans et 59 % à 3 ans</p> <p>Poursuite associée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - âge > 65 ans (p = 0,004) - utilisation d'œstrogènes (p = 0,048)
<p>Mao 2019 (248)</p>	<p>Prospective</p> <p>Délai suivi médian : 23,5 mois</p>	<p>91 femmes</p>	<p>Gellhorn</p>	<p>Facteurs associés à la poursuite à 1 an : fin de l'étude</p>	<p>Taux poursuite : 58,3 %</p> <p>Échec associé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - longueur vaginale (tvL) < 7,5 cm (p < 0,01) <p>Facteurs testés non associés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IMC - parité vaginale - stade du POP - antécédent d'hystérectomie

Références bibliographiques

1. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2013;24(11):1783-90.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-013-2169-9>
2. Association française d'urologie, Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Société interdisciplinaire d'urodynamique et de pelvi-périnéologie, Société nationale française de colo-proctologie, Société de chirurgie gynécologique et pelvienne, le Normand L, *et al.* Synthèse des recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: CNGOF; 2016.
<http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2016%2BProlapsus%252FRPC%2016%20Prolapsus%20g%C3%94nital%20VF.pdf&i=7801>
3. Lousquy R, Costa P, Delmas V, Haab F. État des lieux de l'épidémiologie des prolapsus génitaux. *Prog Urol* 2009;19(13):907-15.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.purol.2009.09.011>
4. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89(4):501-6.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844\(97\)00058-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844(97)00058-6)
5. Friedman T, Eslick GD, Dietz HP. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2018;29(1):13-21.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-017-3475-4>
6. Denman MA, Gregory WT, Boyles SH, Smith V, Edwards SR, Clark AL. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(5):555.e1-5.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2008.01.051>
7. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185(6):1332-7; discussion 7-8.
<http://dx.doi.org/10.1067/mob.2001.119078>
8. Mouritsen L, Larsen JP. Symptoms, bother and POPQ in women referred with pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14(2):122-7.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-002-1024-1>
9. Adjoussou SA, Bohoussou E, Bastide S, Letouzey V, Fatton B, de Tayrac R. Prévalence des troubles fonctionnels et associations anatomo-fonctionnelles chez les femmes présentant un prolapsus génital. *Prog Urol* 2014;24(8):511-7.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.11.015>
10. National Institute for Health and Care Excellence. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. Guideline. London: NICE; 2019.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/resources/urinary-incontinence-and-pelvic-organ-prolapse-in-women-management-pdf-66141657205189>
11. Ai F, Deng M, Mao M, Xu T, Zhu L. Depressive symptoms screening in postmenopausal women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Menopause* 2018;25(3):314-9.
<http://dx.doi.org/10.1097/gme.0000000000001006>
12. Lowenstein L, Gamble T, Sanses TV, van Raalte H, Carberry C, Jakus S, *et al.* Sexual function is related to body image perception in women with pelvic organ prolapse. *J Sex Med* 2009;6(8):2286-91.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01329.x>
13. de Tayrac R, Deval B, Fernandez H, Mares P. Validation linguistique en français des versions courtes des questionnaires de symptômes (PFDI-20) et de qualité de vie (PFIQ-7) chez les patientes présentant un trouble de la statique pelvienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007;36(8):738-48.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2007.08.002>
14. Fatton B, Letouzey V, Lagrange E, Mares P, Jacquetin B, de Tayrac R. Validation linguistique en français de la version courte du questionnaire sur la sexualité (PISQ-12) chez les patientes présentant un prolapsus génital et/ou une incontinence urinaire. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2009;38(8):662-7.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2009.02.008>
15. Deparis J, Bonniaud V, Desseauve D, Guilhot J, Masanovic M, de Tayrac R, *et al.* Cultural adaptation of the female pelvic floor questionnaire (FPFQ) into French. *Neurourol Urodyn* 2017;36(2):253-8.
<http://dx.doi.org/10.1002/nau.22932>
16. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996;37(1):53-72.
[http://dx.doi.org/10.1016/0168-8510\(96\)00822-6](http://dx.doi.org/10.1016/0168-8510(96)00822-6)
17. Yalcin I, Bump RC. Validation of two global impression questionnaires for incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(1):98-101.
<http://dx.doi.org/10.1067/mob.2003.379>
18. Zielinski RE, Kane-Low L, Miller JM, Sampsel C. Validity and reliability of a scale to measure genital body image. *J Sex Marital Ther* 2012;38(4):309-24.
<http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2011.569639>
19. Handelzalts JE, Yaakobi T, Levy S, Peled Y, Wiznitzer A, Krissi H. The impact of genital self-image on sexual function in women with pelvic floor disorders. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;211:164-8.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.02.028>
20. Lowder JL, Ghetti C, Oliphant SS, Skoczylas LC, Swift S, Switzer GE. Body image in the Pelvic Organ Prolapse Questionnaire: development and validation. *Am J Obstet Gynecol* 2014;211(2):174.e1-.e1749.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.03.019>
21. Hullfish KL, Bovbjerg VE, Steers WD. Patient-centered goals for pelvic floor dysfunction surgery: long-term follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(1):201-5.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2004.03.086>
22. Elkadry EA, Kenton KS, FitzGerald MP, Shott S, Brubaker L. Patient-selected goals: a new perspective on surgical outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(6):1551-8.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9378\(03\)00932-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9378(03)00932-3)

23. Komesu YM, Rogers RG, Rode MA, Craig EC, Schrader RM, Gallegos KA, *et al.* Patient-selected goal attainment for pessary wearers: what is the clinical relevance? *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(5):577 e1-5.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2007.12.033>
24. Chattot C, Deffieux X, Lucot JP, Fritel X, Fauconnier A. Preoperative predictors and a prediction score for perception of improvement after mesh prolapse surgery. *Int Urogynecol J* 2020;31(7):1393-400.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-019-03953-6>
25. Kiresuk TJ, Sherman RE. Goal attainment scaling: a general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Ment Health J* 1968;4(6):443-53.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF01530764>
26. Mamik MM, Rogers RG, Qualls CR, Komesu YM. Goal attainment after treatment in patients with symptomatic pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2013;209(5):488 e1-5.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.06.011>
27. Donon L, Warembourg S, Lapray JF, Cortesse A, Hermieu JF, Fatton B, *et al.* Bilan avant le traitement chirurgical d'un prolapsus génital : recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol* 2016;26 Suppl 1:S8-S26.
[http://dx.doi.org/10.1016/s1166-7087\(16\)30425-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1166-7087(16)30425-0)
28. American Urogynecologic Society. American Urogynecologic Society best practice statement: evaluation and counseling of patients with pelvic organ prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2017;23(5):281-7.
<http://dx.doi.org/10.1097/spv.0000000000000424>
29. Guralnick ML, Fritel X, Tarcan T, Espuna-Pons M, Rosier P. ICS Educational Module: cough stress test in the evaluation of female urinary incontinence: Introducing the ICS-Uniform Cough Stress Test. *Neurourol Urodyn* 2018;37(5):1849-55.
<http://dx.doi.org/10.1002/nau.23519>
30. Stuge B, Sætre K, Ingeborg Hoff B. The automatic pelvic floor muscle response to the active straight leg raise in cases with pelvic girdle pain and matched controls. *Man Ther* 2013;18(4):327-32.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2012.12.004>
31. Sjødahl J, Gutke A, Ghaffari G, Stromberg T, Oberg B. Response of the muscles in the pelvic floor and the lower lateral abdominal wall during the Active Straight Leg Raise in women with and without pelvic girdle pain: an experimental study. *Clin Biomech* 2016;35:49-55.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2016.04.007>
32. Berghmans B. W20: from pelvic floor muscle training to functional training in women with urinary incontinence; bottom line solution for adherence? . Tokyo: ICS; 2016.
<https://www.ics.org/Workshops/HandoutFiles/000637.pdf>
33. Baden WF, Walker TA. Genesis of the vaginal profile: a correlated classification of vaginal relaxation. *Clin Obstet Gynecol* 1972;15(4):1048-54.
<http://dx.doi.org/10.1097/00003081-197212000-00020>
34. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, *et al.* The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175(1):10-7.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9378\(96\)70243-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9378(96)70243-0)
35. Hall AF, Theofrastous JP, Cundiff GW, Harris RL, Hamilton LF, Swift SE, *et al.* Interobserver and intraobserver reliability of the proposed International Continence Society, Society of Gynecologic Surgeons, and American Urogynecologic Society pelvic organ prolapse classification system. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175(6):1467-70; discussion 70-1.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9378\(96\)70091-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9378(96)70091-1)
36. Swift S, Morris S, McKinnie V, Freeman R, Petri E, Scotti RJ, *et al.* Validation of a simplified technique for using the POPQ pelvic organ prolapse classification system. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(6):615-20.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-006-0076-z>
37. Romanzi LJ, Chaikin DC, Blaivas JG. The effect of genital prolapse on voiding. *J Urol* 1999;161(2):581-6.
38. Digesu GA, Chaliha C, Salvatore S, Hutchings A, Khullar V. The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life. *BJOG* 2005;112(7):971-6.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00568.x>
39. Karjalainen PK, Mattsson NK, Nieminen K, Tolppanen AM, Jalkanen JT. The relationship of defecation symptoms and posterior vaginal wall prolapse in women undergoing pelvic organ prolapse surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2019;221(5):480 e1- e10.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2019.05.027>
40. Groenendijk AG, van der Hulst VP, Birnie E, Bonsel GJ. Correlation between posterior vaginal wall defects assessed by clinical examination and by defecography. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19(9):1291-7.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-008-0632-9>
41. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, *et al.* Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(3):795-806.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2004.10.602>
42. Gutman RE, Ford DE, Quiroz LH, Shippey SH, Handa VL. Is there a pelvic organ prolapse threshold that predicts pelvic floor symptoms? *Am J Obstet Gynecol* 2008;199(6):683 e1-7.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2008.07.028>
43. Bradley CS, Zimmerman MB, Wang Q, Nygaard IE. Vaginal descent and pelvic floor symptoms in postmenopausal women: a longitudinal study. *Obstet Gynecol* 2008;111(5):1148-53.
<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31816a3b96>
44. Frick AC, Walters MD, Larkin KS, Barber MD. Risk of unanticipated abnormal gynecologic pathology at the time of hysterectomy for uterovaginal prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(5):507 e1-4.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.01.077>
45. Pizzoferrato AC, Fritel X. Preoperative functional explorations of genital prolapse (urodynamics, dynamic MRI). *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;46(7-8):593-7.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.06.005>
46. Weber AM, Walters MD. Cost-effectiveness of urodynamic testing before surgery for women with pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(6):1338-47.
<http://dx.doi.org/10.1067/mob.2000.111251>

47. Le Normand L, Cosson M, Cour F, Deffieux X, Donon L, Ferry P, *et al.* Clinical practice guidelines: synthesis of the guidelines for the surgical treatment of primary pelvic organ prolapse in women by the AFU, CNGOF, SIFUD-PP, SNFCP, and SCGP. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2017;46(5):387-91.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2017.05.001>
48. Broekhuis SR, Futterer JJ, Hendriks JC, Barentsz JO, Vierhout ME, Kluivers KB. Symptoms of pelvic floor dysfunction are poorly correlated with findings on clinical examination and dynamic MR imaging of the pelvic floor. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(10):1169-74.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-009-0938-2>
49. Lakeman MM, Zijta FM, Peringa J, Nederveen AJ, Stoker J, Roovers JP. Dynamic magnetic resonance imaging to quantify pelvic organ prolapse: reliability of assessment and correlation with clinical findings and pelvic floor symptoms. *Int Urogynecol J* 2012;23(11):1547-54.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-012-1772-5>
50. El Sayed RF, Alt CD, Maccioni F, Meissnitzer M, Masselli G, Manganaro L, *et al.* Magnetic resonance imaging of pelvic floor dysfunction - joint recommendations of the ESUR and ESGAR Pelvic Floor Working Group. *Eur Radiol* 2017;27(5):2067-85.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00330-016-4471-7>
51. Vergeldt TF, Weemhoff M, IntHout J, Kluivers KB. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecol J* 2015;26(11):1559-73.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-015-2695-8>
52. Akter F, Gartoulla P, Oldroyd J, Islam RM. Prevalence of, and risk factors for, symptomatic pelvic organ prolapse in rural Bangladesh: a cross-sectional survey study. *Int Urogynecol J* 2016;27(11):1753-9.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-016-3038-0>
53. Swift SE. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(2):277-85.
<http://dx.doi.org/10.1067/mob.2000.107583>
54. Forsman M, Iliadou A, Magnusson P, Falconer C, Altman D. Diabetes and obesity-related risks for pelvic reconstructive surgery in a cohort of Swedish twins. *Diabetes Care* 2008;31(10):1997-9.
<http://dx.doi.org/10.2337/dc08-0988>
55. Kudish BI, Iglesia CB, Sokol RJ, Cochrane B, Richter HE, Larson J, *et al.* Effect of weight change on natural history of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2009;113(1):81-8.
<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e318190a0dd>
56. Lawrence JM, Lukacz ES, Nager CW, Hsu J-WY, Luber KM. Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. *Obstet Gynecol* 2008;111(3):678-85.
<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181660c1b>
57. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, *et al.* Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 2008;300(11):1311-6.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.300.11.1311>
58. Whitcomb EL, Lukacz ES, Lawrence JM, Nager CW, Luber KM. Prevalence and degree of bother from pelvic floor disorders in obese women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(3):289-94.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-008-0765-x>
59. Jelovsek JE, Barber MD, Paraiso MFR, Walters MD. Functional bowel and anorectal disorders in patients with pelvic organ prolapse and incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(6):2105-11.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.07.016>
60. Kahn MA, Breitkopf CR, Valley MT, Woodman PJ, O'Boyle AL, Bland DI, *et al.* Pelvic Organ Support Study (POSST) and bowel symptoms: straining at stool is associated with perineal and anterior vaginal descent in a general gynecologic population. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(5):1516-22.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2004.11.040>
61. Morgan DM, DeLancey JOL, Guire KE, Fenner DE. Symptoms of anal incontinence and difficult defecation among women with prolapse and a matched control cohort. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197(5):509.e1-.e5096.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2007.03.074>
62. Gólfier F, Sesques A, Benayoun D, Krauth JS, Lunel Potencier A, Benchaib M, *et al.* Promontofixation par coelioscopie : évaluation de la morbidité précoce par une méthode standardisée. *Gynecol Obstet Fertil* 2014;42(6):378-82.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2014.04.002>
63. Rivoire C, Botchorishvili R, Canis M, Jardon K, Rabischong B, Wattiez A, *et al.* Complete laparoscopic treatment of genital prolapse with meshes including vaginal promontofixation and anterior repair: a series of 138 patients. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14(6):712-8.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2007.06.017>
64. Pizzoferrato AC, Fermat M, Varas C, Fauconnier A, Bader G. Medium-term outcomes of laparoscopic sacropexy on symptoms and quality of life. Predictive factors for postoperative dissatisfaction. *Int Urogynecol J* 2019;30(12):2085-92.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-019-03923-y>
65. Bø K, Nygaard IE. Is physical activity good or bad for the female pelvic floor? A narrative review. *Sports Med* 2020;50(3):471-84.
<http://dx.doi.org/10.1007/s40279-019-01243-1>
66. Devkota HR, Sijali TR, Harris C, Ghimire DJ, Prata N, Bates MN. Bio-mechanical risk factors for uterine prolapse among women living in the hills of west Nepal: a case-control study. *Womens Health* 2020;16:1-9.
<http://dx.doi.org/10.1177/1745506519895175>
67. Gonçalves MLC, Fernandes S, Batista de Sousa J. Do moderate aerobic exercise and strength training influence electromyographic biofeedback of the pelvic floor muscles in female non-athletes? *J Phys Ther Sci* 2018;30(2):313-9.
<http://dx.doi.org/10.1589/jpts.30.313>
68. Steenstrup B, Le Rumeur E, Moreau S, Cornu JN. Sédentarité et incontinence urinaire chez la femme : une revue de littérature. *Prog Urol* 2018;28(17):973-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2018.07.006>
69. Ali-Ross NS, Smith AR, Hosker G. The effect of physical activity on pelvic organ prolapse. *BJOG* 2009;116(6):824-8.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02112.x>
70. Brækken IH, Majida M, Ellström Engh M, Holme IM, Bø K. Pelvic floor function is independently associated with pelvic organ prolapse. *BJOG* 2009;116(13):1706-14.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02379.x>

71. Nygaard IE, Shaw JM, Bardsley T, Egger MJ. Lifetime physical activity and pelvic organ prolapse in middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210(5):477.e1-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.01.035>
72. Forner LB, Beckman EM, Smith MD. Symptoms of pelvic organ prolapse in women who lift heavy weights for exercise: a cross-sectional survey. *Int Urogynecol J* 2020;31(8):1551-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-019-04163-w>
73. Lonnée-Hoffmann RA, Salvesen Ø, Mørkved S, Schei B. Self-reported pelvic organ prolapse surgery, prevalence, and nonobstetric risk factors: findings from the Nord Trøndelag Health Study. *Int Urogynecol J* 2015;26(3):407-14. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-014-2509-4>
74. Woodman PJ, Swift SE, O'Boyle AL, Valley MT, Bland DR, Kahn MA, *et al.* Prevalence of severe pelvic organ prolapse in relation to job description and socioeconomic status: a multicenter cross-sectional study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(4):340-5. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-005-0009-2>
75. Capson AC, Nashed J, McLean L. The role of lumbopelvic posture in pelvic floor muscle activation in continent women. *J Electromyogr Kinesiol* 2011;21(1):166-77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jelekin.2010.07.017>
76. Coleman TJ, Hamad NM, Shaw JM, Egger MJ, Hsu Y, Hitchcock R, *et al.* Effects of walking speeds and carrying techniques on intra-abdominal pressure in women. *Int Urogynecol J* 2015;26(7):967-74. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-014-2593-5>
77. Due U, Brostrøm S, Lose G. Lifestyle advice with or without pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J* 2016;27(4):555-63. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-015-2852-0>
78. Blanchard V, Nyangoh Timoh K, Bruyere F, Fritel X, Pizzoferrato AC. Intérêt de l'éducation périnéale en rééducation périnéale chez la femme. *Prog Urol* 2020;30(4):190-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2020.01.004>
79. Berzuk K, Shay B. Effect of increasing awareness of pelvic floor muscle function on pelvic floor dysfunction: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J* 2015;26(6):837-44. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-014-2599-z>
80. Samuelsson EC, Victor FT, Tibblin G, Svärdsudd KF. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180(2 Pt 1):299-305. [http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9378\(99\)70203-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9378(99)70203-6)
81. DeLancey JO, Morgan DM, Fenner DE, Kearney R, Guire K, Miller JM, *et al.* Comparison of levator ani muscle defects and function in women with and without pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2007;109(2 Pt 1):295-302. <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000250901.57095.ba>
82. DeLancey JO. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(5):1488-95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.02.028>
83. Chen L, Ashton-Miller JA, Hsu Y, DeLancey JO. Interaction among apical support, levator ani impairment, and anterior vaginal wall prolapse. *Obstet Gynecol* 2006;108(2):324-32. <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000227786.69257.a8>
84. Borello-France DF, Handa VL, Brown MB, Goode P, Kreder K, Scheufele LL, *et al.* Pelvic-floor muscle function in women with pelvic organ prolapse. *Phys Ther* 2007;87(4):399-407. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20060160>
85. Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bø K. Morphological changes after pelvic floor muscle training measured by 3-dimensional ultrasonography: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2010;115(2 Pt 1):317-24. <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181cbd35f>
86. Hagen S, Stark D, Glazener C, Dickson S, Barry S, Elders A, *et al.* Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet* 2014;383(9919):796-806. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61977-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61977-7)
87. Ghroubi S, Kharrat O, Chaari M, Ben Ayed B, Guermazi M, Elleuch MH. Apport du traitement conservateur dans la prise en charge du prolapsus urogénital de bas grade. Le devenir après deux ans. *Ann Readapt Med Phys* 2008;51(2):96-102. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annrmp.2007.11.002>
88. Stüpp L, Resende AP, Oliveira E, Castro RA, Girão MJ, Sartori MG. Pelvic floor muscle training for treatment of pelvic organ prolapse: an assessor-blinded randomized controlled trial. *Int Urogynecol J* 2011;22(10):1233-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-011-1428-x>
89. Kashyap R, Jain V, Singh A. Comparative effect of 2 packages of pelvic floor muscle training on the clinical course of stage I-III pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;121(1):69-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.11.012>
90. Wiegersma M, Panman CM, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-Van Leeuwen Y, Dekker JH. Effect of pelvic floor muscle training compared with watchful waiting in older women with symptomatic mild pelvic organ prolapse: randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2014;349:g7378. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g7378>
91. Cheung RYK, Lee JHS, Lee LL, Chung TKH, Chan SSC. Vaginal pessary in women with symptomatic pelvic organ prolapse: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2016;128(1):73-80. <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000001489>
92. Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bo K. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203(2):170 e1-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.02.037>
93. Piya-Anant M, Therasakvichya S, Leelaphatanadit C, Techatrissak K. Integrated health research program for the Thai elderly: prevalence of genital prolapse and effectiveness of pelvic floor exercise to prevent worsening of genital prolapse in elderly women. *J Med Assoc Thai* 2003;86(6):509-15.
94. Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2016;27(7):981-92.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-015-2846-y>

95. Brandt C, van Vuuren ECJ. An International Classification of Function, Disability and Health (ICF)-based investigation of movement impairment in women with pelvic organ prolapse. *S Afr J Physiother* 2019;75(1):472. <http://dx.doi.org/10.4102/sajp.v75i1.472>

96. Özengin N, Ün Yıldırım N, Duran B. A comparison between stabilization exercises and pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse. *Turk J Obstet Gynecol* 2015;12(1):11-7. <http://dx.doi.org/10.4274/tjod.74317>

97. Gorji Z, Pourmomeny AA, Hajhashemy M. Evaluation of the effect of a new method on the pelvic organ prolapse symptoms. *Low Urin Tract Symptoms* 2020;12(1):20-4. <http://dx.doi.org/10.1111/luts.12277>

98. Bø K, Sherburn M, Allen T. Transabdominal ultrasound measurement of pelvic floor muscle activity when activated directly or via a transversus abdominis muscle contraction. *Neurourol Urodyn* 2003;22(6):582-8. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.10139>

99. Resende APM, Bernardes BT, Stüpp L, Oliveira E, Castro RA, Girão MJBC, *et al.* Pelvic floor muscle training is better than hypopressive exercises in pelvic organ prolapse treatment: An assessor-blinded randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn* 2019;38(1):171-9. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.23819>

100. Resende APM, Stüpp L, Bernardes BT, Oliveira E, Castro RA, Girão MJBC, *et al.* Can hypopressive exercises provide additional benefits to pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse? *Neurourol Urodyn* 2012;31(1):121-5. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.21149>

101. Bernardes BT, Resende AP, Stüpp L, Oliveira E, Castro RA, Bella ZI, *et al.* Efficacy of pelvic floor muscle training and hypopressive exercises for treating pelvic organ prolapse in women: randomized controlled trial. *Sao Paulo Med J* 2012;130(1):5-9. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-31802012000100002>

102. Tjandra JJ, Chan MK. Follow-up after curative resection of colorectal cancer: a meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 2007;50(11):1783-99. <http://dx.doi.org/10.1007/s10350-007-9030-5>

103. Rao SS, Benninga MA, Bharucha AE, Chiarioni G, Di Lorenzo C, Whitehead WE. ANMS-ESNM position paper and consensus guidelines on biofeedback therapy for anorectal disorders. *Neurogastroenterol Motil* 2015;27(5):594-609. <http://dx.doi.org/10.1111/nmo.12520>

104. Patcharatrakul T, Rao SSC. Update on the pathophysiology and management of anorectal disorders. *Gut and liver* 2018;12(4):375-84. <http://dx.doi.org/10.5009/gnl17172>

105. Rao SS, Valesin J, Brown CK, Zimmerman B, Schulze K. Long-term efficacy of biofeedback therapy for dyssynergic defecation: randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2010;105(4):890-6. <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2010.53>

106. Conquy S, Costa P, Haab F, Delmas V. Traitement non chirurgical du prolapsus. *Prog Urol* 2009;19(13):984-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2009.09.028>

107. Brown LK, Fenner DE, DeLancey JOL, Schimpf MO. Defining patient knowledge and perceptions of vaginal pessaries for prolapse and incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2016;22(2):93-7. <http://dx.doi.org/10.1097/SPV.0000000000000252>

108. Heit M, Rosenquist C, Culligan P, Graham C, Murphy M, Shott S. Predicting treatment choice for patients with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2003;101(6):1279-84. [http://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844\(03\)00359-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844(03)00359-4)

109. Bodner-Adler B, Bodner K, Stinglmeier A, Kimberger O, Halpern K, Koelbl H, *et al.* Prolapse surgery versus vaginal pessary in women with symptomatic pelvic organ prolapse: which factors influence the choice of treatment? *Arch Gynecol Obstet* 2019;299(3):773-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-019-05046-7>

110. Kapoor DS, Thakar R, Sultan AH, Oliver R. Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(10):1157-61. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-009-0930-x>

111. Powers K, Lazarou G, Wang A, LaCombe J, Bensinger G, Greston WM, *et al.* Pessary use in advanced pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(2):160-4. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-005-1311-8>

112. Rantell A. Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse and their impact on sexual function. *Sex Med Rev* 2019;7(4):597-603. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.06.002>

113. Storey S, Aston M, Price S, Irving L, Hemmens E. Women's experiences with vaginal pessary use. *J Adv Nurs* 2009;65(11):2350-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05095.x>

114. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Reid F. Pessaries (mechanical devices) for pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; Issue 2:CD004010. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004010.pub3>

115. Cundiff GW, Weidner AC, Visco AG, Bump RC, Addison WA. A survey of pessary use by members of the American urogynecologic society. *Obstet Gynecol* 2000;95(6 Pt 1):931-5. [http://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844\(00\)00788-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844(00)00788-2)

116. Ding J, Song X-C, Deng M, Zhu L. Which factors should be considered in choosing pessary type and size for pelvic organ prolapse patients in a fitting trial? *Int Urogynecol J* 2016;27(12):1867-71. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-016-3051-3>

117. Deng M, Ding J, Ai F, Zhu L. Successful use of the Gellhorn pessary as a second-line pessary in women with advanced pelvic organ prolapse. *Menopause* 2017;24(11):1277-81. <http://dx.doi.org/10.1097/GME.0000000000000909>

118. Barsky M, Kelley R, Bhora FY, Hardart A. Customized pessary fabrication using three-dimensional printing technology. *Obstet Gynecol* 2018;131(3):493-7. <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002461>

119. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(4):1025-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2003.10.711>

120. Fernando RJ, Thakar R, Sultan AH, Shah SM, Jones PW. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2006;108(1):93-9.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000222903.38684.cc>
121. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH, Oliver RS. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2011;22(3):273-8.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-010-1340-9>
122. Lone F, Thakar R, Sultan AH. One-year prospective comparison of vaginal pessaries and surgery for pelvic organ prolapse using the validated ICIQ-VS and ICIQ-UI (SF) questionnaires. *Int Urogynecol J* 2015;26(9):1305-12.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-015-2686-9>
123. Kuhn A, Bapst D, Stadlmayr W, Vits K, Mueller MD. Sexual and organ function in patients with symptomatic prolapse: are pessaries helpful? *Fertil Steril* 2009;91(5):1914-8.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.02.142>
124. Lowenstein L, Gamble T, Sanses TVD, van Raalte H, Carberry C, Jakus S, *et al.* Changes in sexual function after treatment for prolapse are related to the improvement in body image perception. *J Sex Med* 2010;7(2 Pt 2):1023-8.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01586.x>
125. Lough K, Hagen S, McClurg D, Pollock A, Group JLAPPS. Shared research priorities for pessary use in women with prolapse: results from a James Lind Alliance Priority Setting Partnership. *BMJ Open* 2018;8(4):e021276.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021276>
126. Lone F, Thakar R, Sultan AH, Karamalis G. A 5-year prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;114(1):56-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.02.006>
127. Hanson L-AM, Schulz JA, Flood CG, Cooley B, Tam F. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(2):155-9.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-005-1362-x>
128. Komesu YM, Rogers RG, Rode MA, Craig EC, Gallegos KA, Montoya AR, *et al.* Pelvic floor symptom changes in pessary users. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197(6):620 e1-6.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2007.08.013>
129. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(2):345-50.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2003.08.034>
130. Cheung RYK, Lee JHS, Lee LL, Chung TKH, Chan SSC. Levator ani muscle avulsion is a risk factor for expulsion within 1 year of vaginal pessary placed for pelvic organ prolapse. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017;50(6):776-80.
<http://dx.doi.org/10.1002/uog.17407>
131. Manonai J, Sarit-Apirak S, Udomsubpayakul U. Vaginal ring pessary use for pelvic organ prolapse: continuation rates and predictors of continued use. *Menopause* 2018;26(6):665-9.
<http://dx.doi.org/10.1097/gme.0000000000001277>
132. Pott-Grinstein E, Newcomer JR. Gynecologists' patterns of prescribing pessaries. *J Reprod Med* 2001;46(3):205-8.
133. Gorti M, Hudelist G, Simons A. Evaluation of vaginal pessary management: a UK-based survey. *J Obstet Gynaecol* 2009;29(2):129-31.
<http://dx.doi.org/10.1080/01443610902719813>
134. O'Dell K, Atnip S, Hooper G, Leung K. Pessary practices of nurse-providers in the United States. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2016;22(4):261-6.
<http://dx.doi.org/10.1097/spv.0000000000000268>
135. Propst K, Mellen C, O'Sullivan DM, Tulikangas PK. Timing of office-based pessary care: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2020;135(1):100-5.
<http://dx.doi.org/10.1097/aog.00000000000003580>
136. Bai SW, Yoon BS, Kwon JY, Shin JS, Kim SK, Park KH. Survey of the characteristics and satisfaction degree of the patients using a pessary. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16(3):182-6.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-004-1226-9>
137. Sarma S, Ying T, Moore KH. Long-term vaginal ring pessary use: discontinuation rates and adverse events. *BJOG* 2009;116(13):1715-21.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02380.x>
138. Collins S, Beigi R, Mellen C, O'Sullivan D, Tulikangas P. The effect of pessaries on the vaginal microenvironment. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212(1):60 e1-6.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.07.024>
139. Alnaif B, Drutz HP. Bacterial vaginosis increases in pessary users. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2000;11(4):219-22; discussion 22-3.
<http://dx.doi.org/10.1007/pl00004026>
140. Dessie SG, Armstrong K, Modest AM, Hacker MR, Hota LS. Effect of vaginal estrogen on pessary use. *Int Urogynecol J* 2016;27(9):1423-9.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-016-3000-1>
141. Bulchandani S, Toozs-Hobson P, Verghese T, Latthe P. Does vaginal estrogen treatment with support pessaries in vaginal prolapse reduce complications? *Post Reprod Health* 2015;21(4):141-5.
<http://dx.doi.org/10.1177/2053369115614704>
142. Robert M, Schulz JA, Harvey MA. Technical update on pessary use. *JOGC* 2013;35(7):664-74.
[http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163\(15\)30888-4](http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163(15)30888-4)
143. Abdulaziz M, Stothers L, Lazare D, Macnab A. An integrative review and severity classification of complications related to pessary use in the treatment of female pelvic organ prolapse. *Can Urol Assoc J* 2015;9(5-6):E400-6.
<http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.2783>
144. Alperin M, Khan A, Dubina E, Tarnay C, Wu N, Pashos CL, *et al.* Patterns of pessary care and outcomes for medicare beneficiaries with pelvic organ prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2013;19(3):142-7.
<http://dx.doi.org/10.1097/SPV.0b013e31827e857c>
145. Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;Issue 4:CD001500.
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001500.pub2>

146. Weber MA, Kleijn MH, Langendam M, Limpens J, Heineman MJ, Roovers JP. Local oestrogen for pelvic floor disorders: a systematic review. *PLoS ONE* 2015;10(9):e0136265.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0136265>
147. Mackova K, Van Daele L, Page AS, Geraerts I, Krofta L, Deprest J. Laser therapy for urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a systematic review. *BJOG* 2020;127(11):1338-46.
<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.16273>
148. Ogrinc U, Senčar S. Non-ablative vaginal erbium YAG laser for the treatment of cystocele. *Italian JOG* 2017;29:19-25.
<http://dx.doi.org/10.14660/2385-0868-59>
149. Athanasiou S, Pitsouni E, Cardozo L, Zacharakis D, Petrakis E, Loutradis D, *et al.* Can pelvic organ prolapse in postmenopausal women be treated with laser therapy? *Climacteric* 2020:1-6.
<http://dx.doi.org/10.1080/13697137.2020.1789092>
150. Basu M, Duckett JR. Barriers to seeking treatment for women with persistent or recurrent symptoms in urogynaecology. *BJOG* 2009;116(5):726-30.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02098.x>
151. Chen CCG, Cox JT, Yuan C, Thomaier L, Dutta S. Knowledge of pelvic floor disorders in women seeking primary care: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2019;20(1):70.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12875-019-0958-z>
152. Mandimika CL, Murk W, Muhlhauser McPencow A, Lake A, Wedderburn T, Collier CH, *et al.* Knowledge of pelvic floor disorders in a population of community-dwelling women. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210(2):165 e1-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.10.011>
153. Fante JF, Silva TD, Mateus-Vasconcelos ECL, Ferreira CHJ, Brito LGO. Do women have adequate knowledge about pelvic floor dysfunctions? A systematic review. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2019;41(8):508-19.
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0039-1695002>
154. Murray C, Thomas E, Pollock W. Vaginal pessaries: can an educational brochure help patients to better understand their care? *J Clin Nurs* 2017;26(1-2):140-7.
<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13408>
155. Abhyankar P, Uny I, Semple K, Wane S, Hagen S, Wilkinson J, *et al.* Women's experiences of receiving care for pelvic organ prolapse: a qualitative study. *BMC Womens Health* 2019;19(1):45.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12905-019-0741-2>
156. Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(1):27-32.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2003.07.017>
157. Gilchrist AS, Campbell W, Steele H, Brazell H, Foote J, Swift S. Outcomes of observation as therapy for pelvic organ prolapse: a study in the natural history of pelvic organ prolapse. *Neurourol Urodyn* 2013;32(4):383-6.
<http://dx.doi.org/10.1002/nau.22298>
158. Pizarro-Berdichevsky J, Borazjani A, Pattillo A, Arellano M, Li J, Goldman HB. Natural history of pelvic organ prolapse in symptomatic patients actively seeking treatment. *Int Urogynecol J* 2018;29(6):873-80.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-017-3450-0>
159. Dancz CE, Walker D, Thomas D, Özel B. Prevalence of hydronephrosis in women with advanced pelvic organ prolapse. *Urology* 2015;86(2):250-4.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2015.05.005>
160. Barber MD, Brubaker L, Nygaard I, Wheeler TL, 2nd, Schaffer J, Chen Z, *et al.* Defining success after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2009;114(3):600-9.
<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181b2b1ae>
161. Ramage L, Simillis C, Yen C, Lutterodt C, Qiu S, Tan E, *et al.* Magnetic resonance defecography versus clinical examination and fluoroscopy: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol* 2017;21(12):915-27.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10151-017-1704-y>
162. Digesu GA, Hutchings A, Salvatore S, Selvaggi L, Milani R, Khullar V. Pressure flow study: a useful diagnostic test of female lower urinary tract symptoms. *Neurourol Urodyn* 2004;23(2):104-8.
<http://dx.doi.org/10.1002/nau.20016>
163. Haessler AL, Lin LL, Ho MH, Betson LH, Bhatia NN. Reevaluating occult incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005;17(5):535-40.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.qco.0000183530.03481.64>
164. Liang CC, Chang YL, Chang SD, Lo TS, Soong YK. Pessary test to predict postoperative urinary incontinence in women undergoing hysterectomy for prolapse. *Obstet Gynecol* 2004;104(4):795-800.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.Aog.0000140689.90131.01>
165. 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(5):607-14.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-007-0498-2>
166. Borstad E, Abdelnoor M, Staff AC, Kulseng-Hanssen S. Surgical strategies for women with pelvic organ prolapse and urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J* 2010;21(2):179-86.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-009-1007-6>
167. Pizzoferrato AC, Nyangoh Timoh K, Fritel X, Zareski E, Bader G, Fauconnier A. Dynamic magnetic resonance imaging and pelvic floor disorders: how and when? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;181:259-66.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.07.025>
168. Ridgeway BM, Weinstein MM, Tunitsky-Bitton E. American Urogynecologic Society best-practice statement on evaluation of obstructed defecation. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2018;24(6):383-91.
<http://dx.doi.org/10.1097/spv.0000000000000635>
169. Minguez M, Herreros B, Sanchiz V, Hernandez V, Almela P, Añon R, *et al.* Predictive value of the balloon expulsion test for excluding the diagnosis of pelvic floor dyssynergia in constipation. *Gastroenterology* 2004;126(1):57-62.
<http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2003.10.044>
170. Dvorkin LS, Hetzer F, Scott SM, Williams NS, Gedroyc W, Lunniss PJ. Open-magnet MR defaecography compared with evacuation proctography in the diagnosis and management of patients with rectal intussusception. *Colorectal Dis* 2004;6(1):45-53.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1463-1318.2004.00577.x>

171. Doumouchtsis SK, Raheem AA, Milhem Haddad J, Betschart C, Contreras Ortiz O, Nygaard CC, *et al.* An update of a former FIGO working group report on management of posterior compartment prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2020;148(2):135-44.
<http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13006>
172. Bounovas A, Polychronidis A, Laftsidis P, Simopoulos C. Sigmoid colon cancer presenting as complete rectal prolapse. *Colorectal Dis* 2007;9:665-6.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1463-1318.2007.01234.x>
173. Dällenbach P, Jungo Nancoz C, Eperon I, Dubuisson JB, Boulvain M. Incidence and risk factors for reoperation of surgically treated pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2012;23(1):35-41.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-011-1483-3>
174. Joueidi Y, Gueudry P, Cardaillac C, Vaucel E, Lopes P, Winer N, *et al.* Préserver ou non l'utérus en cas de chirurgie du prolapsus : revue de la littérature. *Prog Urol* 2019;29(17):1021-34.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2019.05.001>
175. Meriwether KV, Antosh DD, Olivera CK, Kim-Fine S, Balk EM, Murphy M, *et al.* Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *Am J Obstet Gynecol* 2018;219(2):129-46 e2.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2018.01.018>
176. Gutman R, Maher C. Uterine-preserving POP surgery. *Int Urogynecol J* 2013;24(11):1803-13.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-013-2171-2>
177. 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(2):205-12.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-010-1265-3>
178. Hoke TP, Tan-Kim J, Richter HE. Evidence-based review of vaginal native tissue hysteropexy for uterovaginal prolapse. *Obstet Gynecol Surv* 2019;74(7):429-35.
<http://dx.doi.org/10.1097/ogx.0000000000000686>
179. de Oliveira SA, Fonseca MCM, Bortolini MAT, Girão M, Roque MT, Castro RA. Hysteropreservation versus hysterectomy in the surgical treatment of uterine prolapse: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2017;28(11):1617-30.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-017-3433-1>
180. Husby KR, Larsen MD, Lose G, Klarskov N. Surgical treatment of primary uterine prolapse: a comparison of vaginal native tissue surgical techniques. *Int Urogynecol J* 2019;30(11):1887-93.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-019-03950-9>
181. Costantini E, Porena M, Lazzeri M, Mearini L, Bini V, Zucchi A. Changes in female sexual function after pelvic organ prolapse repair: role of hysterectomy. *Int Urogynecol J* 2013;24(9):1481-7.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-012-2041-3>
182. Schouwink MH, van de Molengraft FJ, Roex AJ. Little clinical relevance in routine pathological examination of uteri removed in women with prolapse symptoms. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141(14):678-81.
183. Sherman ME, Carreon JD, Lacey JV, Jr., Devesa SS. Impact of hysterectomy on endometrial carcinoma rates in the United States. *J Natl Cancer Inst* 2005;97(22):1700-2.
<http://dx.doi.org/10.1093/jnci/dji378>
184. Fatton B, Wagner L, Delmas V, Haab F, Costa P. Place de l'hystérectomie lors de la cure de prolapsus par promontofixation. *Prog Urol* 2009;19(13):1006-13.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2009.09.012>
185. Halpern-Elenskaia K, Umek W, Bodner-Adler B, Hanzal E. Anterior colporrhaphy: a standard operation? Systematic review of the technical aspects of a common procedure in randomized controlled trials. *Int Urogynecol J* 2018;29(6):781-8.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-017-3510-5>
186. Siddiqui NY, Grimes CL, Casiano ER, Abed HT, Jeppson PC, Olivera CK, *et al.* Mesh sacrocolpopexy compared with native tissue vaginal repair: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2015;125(1):44-55.
<http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000000570>
187. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. Surgery for women with anterior compartment prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;Issue 11:CD004014.
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004014.pub6>
188. Buchsbaum GM, Lee TG. Vaginal obliterative procedures for pelvic organ prolapse: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv* 2017;72(3):175-83.
<http://dx.doi.org/10.1097/ogx.0000000000000406>
189. Krissi H, Aviram A, Ram E, Eitan R, Wiznitzer A, Peled Y. Colpocleisis surgery in women over 80 years old with severe triple compartment pelvic organ prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015;195:206-9.
190. Zebede S, Smith AL, Plowright LN, Hegde A, Aguilar VC, Davila GW. Obliterative LeFort colpocleisis in a large group of elderly women. *Obstet Gynecol* 2013;121(2 Pt 1):279-84.
<http://dx.doi.org/10.1097/aog.0b013e31827d8fdb>
191. Fitzgerald MP, Richter HE, Siddique S, Thompson P, Zyczynski H. Colpocleisis: a review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(3):261-71.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-005-1339-9>
192. Hullfish KL, Bovbjerg VE, Steers WD. Colpocleisis for pelvic organ prolapse: patient goals, quality of life, and satisfaction. *Obstet Gynecol* 2007;110(2 Pt 1):341-5.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000270156.71320.de>
193. Deffieux X, Thubert T, Donon L, Hermieu JF, Le Normand L, Trichot C. Chirurgie d'occlusion vaginale (colpocléisis) pour prolapsus génital : recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol* 2016;26 Suppl 1:S61-72.
[http://dx.doi.org/10.1016/s1166-7087\(16\)30429-8](http://dx.doi.org/10.1016/s1166-7087(16)30429-8)
194. Mahajan ST, Elkadry EA, Kenton KS, Shott S, Brubaker L. Patient-centered surgical outcomes: the impact of goal achievement and urge incontinence on patient satisfaction one year after surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194(3):722-8.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.08.043>
195. Wagner L, Meurette G, Vidart A, Warembourg S, Terassa JB, Berrogain N, *et al.* Traitement du prolapsus génital par promontofixation laparoscopique : recommandations pour la pratique clinique. *Prog Urol* 2016;26 Suppl 1:S27-37.
[http://dx.doi.org/10.1016/s1166-7087\(16\)30426-2](http://dx.doi.org/10.1016/s1166-7087(16)30426-2)

196. Costantini E, Brubaker L, Cervigni M, Matthews CA, O'Reilly BA, Rizk D, *et al.* Sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse: evidence-based review and recommendations. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;205:60-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.07.503>
197. Ganatra AM, Rozet F, Sanchez-Salas R, Barret E, Galiano M, Cathelineau X, *et al.* The current status of laparoscopic sacrocolpopexy: a review. *Eur Urol* 2009;55(5):1089-103. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2009.01.048>
198. Campbell P, Cloney L, Jha S. Abdominal versus laparoscopic sacrocolpopexy: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol Surv* 2016;71(7):435-42. <http://dx.doi.org/10.1097/ogx.0000000000000335>
199. Nair R, Nikolopoulos KI, Claydon LS. Clinical outcomes in women undergoing laparoscopic hysteropexy: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;208:71-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.019>
200. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. Surgery for women with apical vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;Issue 10:CD012376. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.Cd012376>
201. Lucot JP, Cosson M, Bader G, Debodinance P, Akladios C, Salet-Lizee D, *et al.* Safety of vaginal mesh surgery versus laparoscopic mesh sacropexy for cystocele repair: results of the prosthetic pelvic floor repair randomized controlled trial. *Eur Urol* 2018;74(2):167-76. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2018.01.044>
202. Juliato CR, Santos Junior LC, Haddad JM, Castro RA, Lima M, Castro EB. Mesh surgery for anterior vaginal wall prolapse: a meta-analysis. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2016;38(7):356-64. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1585074>
203. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Marjoribanks J. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;Issue 2:CD012079. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.Cd012079>
204. Deffieux X, Sentilhes L, Savary D, Letouzey V, Marcelli M, Mares P, *et al.* Indications de la cure du prolapsus genital par voie vaginale avec prothese : consensus d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2013;42(7):628-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyyn.2013.08.018>
205. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Enquête de matériovigilance relative aux complications faisant suite à l'utilisation des dispositifs médicaux pour le traitement du prolapsus et de l'incontinence urinaire (du 1er octobre 2016 au 31 décembre 2016). Saint Denis: ANSM; 2018. https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/8289ce95d7cf57d717c57477c111e647.pdf
206. Fritel X, Campagne-Loiseau S, Cosson M, Ferry P, Saussine C, Lucot JP, *et al.* Complications after pelvic floor repair surgery (with and without mesh): short-term incidence after 1873 inclusions in the French VIGI-MESH registry. *BJOG* 2020;127(1):88-97. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.15956>
207. Antiphon P, Elard S, Benyoussef A, Fofana M, You R, Gettman M, *et al.* Laparoscopic promontory sacral colpopexy: is the posterior, recto-vaginal, mesh mandatory? *Eur Urol* 2004;45(5):655-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2004.01.004>
208. Gadonneix P, Ercoli A, Salet-Lizée D, Cotellet O, Bolner B, Van Den Akker M, *et al.* Laparoscopic sacrocolpopexy with two separate meshes along the anterior and posterior vaginal walls for multicompartement pelvic organ prolapse. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004;11(1):29-35. [http://dx.doi.org/10.1016/s1074-3804\(05\)60006-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1074-3804(05)60006-0)
209. Gluck O, Blaganje M, Veit-Rubin N, Phillips C, Deprest J, O'Reilly B, *et al.* Laparoscopic sacrocolpopexy: a comprehensive literature review on current practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020;245:94-101. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.12.029>
210. Kaser DJ, Kinsler EL, Mackenzie TA, Hanissian P, Strohbehk K, Whiteside JL. Anatomic and functional outcomes of sacrocolpopexy with or without posterior colporrhaphy. *Int Urogynecol J* 2012;23(9):1215-20. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-012-1695-1>
211. Ramanah R, Ballester M, Chereau E, Bui C, Rouzier R, Daraï E. Anorectal symptoms before and after laparoscopic sacrocolpoperineopexy for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2012;23(6):779-83. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-011-1657-z>
212. Grimes CL, Schimpf MO, Wieslander CK, Sleemi A, Doyle P, Wu YM, *et al.* Surgical interventions for posterior compartment prolapse and obstructed defecation symptoms: a systematic review with clinical practice recommendations. *Int Urogynecol J* 2019;30(9):1433-54. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-019-04001-z>
213. Nygaard IE, McCreery R, Brubaker L, Connolly A, Cundiff G, Weber AM, *et al.* Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. *Obstet Gynecol* 2004;104(4):805-23. <http://dx.doi.org/10.1097/01.Aog.0000139514.90897.07>
214. Mowat A, Maher D, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Maher C. Surgery for women with posterior compartment prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;Issue 3:CD012975. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.Cd012975>
215. 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 Suppl 1:S89-97. [http://dx.doi.org/10.1016/s1166-7087\(16\)30431-6](http://dx.doi.org/10.1016/s1166-7087(16)30431-6)
216. Costantini E, Lazzeri M, Bini V, Del Zingaro M, Zucchi A, Porena M. Burch colposuspension does not provide any additional benefit to pelvic organ prolapse repair in patients with urinary incontinence: a randomized surgical trial. *J Urol* 2008;180(3):1007-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2008.05.023>
217. Costantini E, Lazzeri M, Bini V, Del Zingaro M, Frumenzio E, Porena M. Pelvic Organ Prolapse Repair with and without concomitant Burch colposuspension in incontinent women: a randomised controlled trial with at least 5-year followup. *Obstet Gynecol Int* 2012;2012:967923. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/967923>
218. van der Ploeg JM, Oude Rengerink K, van der Steen A, van Leeuwen JH, Stekelenburg J, Bongers MY, *et al.* Transvaginal prolapse repair with or without the addition of a midurethral sling in women with genital prolapse and stress urinary incontinence: a randomised trial. *BJOG* 2015;122(7):1022-30. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13325>

219. van der Ploeg JM, van der Steen A, Zwolsman S, van der Vaart CH, Roovers J. Prolapse surgery with or without incontinence procedure: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2018;125(3):289-97.
<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.14943>
220. Withagen MI, Milani AL, den Boon J, Vervest HA, Vierhout ME. Trocar-guided mesh compared with conventional vaginal repair in recurrent prolapse: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2011;117(2 Pt 1):242-50.
<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e318203e6a5>
221. Azaïs H, Charles CJ, Delporte P, Deboinance P. Prolapse repair using the Elevate™ kit: prospective study on 70 patients. *Int Urogynecol J* 2012;23(10):1421-8.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-012-1673-7>
222. Carey M, Higgs P, Goh J, Lim J, Leong A, Krause H, *et al.* Vaginal repair with mesh versus colporrhaphy for prolapse: a randomised controlled trial. *BJOG* 2009;116(10):1380-6.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02254.x>
223. de Tayrac R, Picone O, Chauveaud-Lambling A, Fernandez H. A 2-year anatomical and functional assessment of transvaginal rectocele repair using a polypropylene mesh. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(2):100-5.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-005-1317-2>
224. Milani R, Salvatore S, Soligo M, Pifarotti P, Meschia M, Cortese M. Functional and anatomical outcome of anterior and posterior vaginal prolapse repair with prolene mesh. *BJOG* 2005;112(1):107-11.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00332.x>
225. 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.
[http://dx.doi.org/10.1016/s1166-7087\(16\)30428-6](http://dx.doi.org/10.1016/s1166-7087(16)30428-6)
226. Deffieux X, Thubert T, de Tayrac R, Fernandez H, Amarenco G, Jousse M, *et al.* Recommandations concernant la convalescence après chirurgie de l'incontinence ou du prolapsus génital : une enquête chez des chirurgiens français. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2011;40(1):29-35.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2010.11.002>
227. Shah HN, Badlani GH. Mesh complications in female pelvic floor reconstructive surgery and their management: A systematic review. *IJU* 2012;28(2):129-53.
<http://dx.doi.org/10.4103/0970-1591.98453>
228. Diwadkar GB, Barber MD, Feiner B, Maher C, Jelovsek JE. Complication and reoperation rates after apical vaginal prolapse surgical repair: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2009;113(2 Pt 1):367-73.
<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e318195888d>
229. Muller PC, Berchtold C, Kuemmerli C, Ruzza C, Z'Graggen K, Steinemann DC. Spondylodiscitis after minimally invasive recto- and colpo-sacropexy: report of a case and systematic review of the literature. *J Minim Access Surg* 2018.
http://dx.doi.org/10.4103/jmas.JMAS_235_18
230. Cohen SA, Carberry CL, Smilen SW. American Urogynecologic Society consensus statement: cystoscopy at the time of prolapse repair. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2018;24(4):258-9.
<http://dx.doi.org/10.1097/spv.0000000000000529>
231. Alas AN, Chinthakanan O, Espaillet L, Plowright L, Davila GW, Aguilar VC. De novo stress urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery in women without occult incontinence. *Int Urogynecol J* 2017;28(4):583-90.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-016-3149-7>
232. Abed H, Rahn DD, Lowenstein L, Balk EM, Clemons JL, Rogers RG. Incidence and management of graft erosion, wound granulation, and dyspareunia following vaginal prolapse repair with graft materials: a systematic review. *Int Urogynecol J* 2011;22(7):789-98.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-011-1384-5>
233. Boons P, Collinson R, Cunningham C, Lindsey I. Laparoscopic ventral rectopexy for external rectal prolapse improves constipation and avoids de novo constipation. *Colorectal Dis* 2010;12(6):526-32.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1463-1318.2009.01859.x>
234. Jia X, Glazener C, Mowatt G, Jenkinson D, Fraser C, Bain C, *et al.* Systematic review of the efficacy and safety of using mesh in surgery for uterine or vaginal vault prolapse. *Int Urogynecol J* 2010;21(11):1413-31.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-010-1156-7>
235. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of mesh and graft complications in gynecologic surgery. Committee opinion n°694 summary. *Obstet Gynecol* 2017;129(4):773-4.
<http://dx.doi.org/10.1097/aoq.0000000000002012>
236. Cundiff GW, Quinlan DJ, van Rensburg JA, Slack M. Foundation for an evidence-informed algorithm for treating pelvic floor mesh complications: a review. *BJOG* 2018;125(8):1026-37.
<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.15148>
237. Carter P, Fou L, Whiter F, Delgado Nunes V, Hasler E, Austin C, *et al.* Management of mesh complications following surgery for stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse: a systematic review. *BJOG* 2019;127(1):28-35.
<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.15958>
238. Vonk Noordegraaf A, Huirne JAF, Brölmann HAM, van Mechelen W, Anema JR. Multidisciplinary convalescence recommendations after gynaecological surgery: a modified Delphi method among experts. *BJOG* 2011;118(13):1557-67.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03091.x>
239. van Vliet DCR, van der Meij E, Bouwsma EVA, Vonk Noordegraaf A, van den Heuvel B, Meijerink WJHJ, *et al.* A modified Delphi method toward multidisciplinary consensus on functional convalescence recommendations after abdominal surgery. *Surg Endosc* 2016;30(12):5583-95.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00464-016-4931-9>
240. Ottesen M, Møller C, Kehlet H, Ottesen B. Substantial variability in postoperative treatment, and convalescence recommendations following vaginal repair. A nationwide questionnaire study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80(11):1062-8.
241. Ottesen M, Sørensen M, Kehlet H, Ottesen B. Short convalescence after vaginal prolapse surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(4):359-66.
242. Zhang FW, Wei F, Wang HL, Pan YQ, Zhen JY, Zhang JX, *et al.* Does pelvic floor muscle training augment the effect of surgery in women with pelvic organ prolapse? A

systematic review of randomized controlled trials. *NeuroUrol Urodyn* 2016;35(6):666-74.

<http://dx.doi.org/10.1002/nau.22784>

243. Haya N, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Maher C. Perioperative interventions in pelvic organ prolapse surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;Issue 8:CD013105.

<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.Cd013105>

244. Duarte TB, Bø K, Brito LGO, Bueno SM, Barcelos TM, Bonacin MA, *et al*. Perioperative pelvic floor muscle training did not improve outcomes in women undergoing pelvic organ prolapse surgery: a randomised trial. *J Physiother* 2020;66(1):27-32.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2019.11.013>

245. Jones K, Yang L, Lowder JL, Meyn L, Ellison R, Zyczynski HM, *et al*. Effect of pessary use on genital hiatus measurements in women with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2008;112(3):630-6.

<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e318181879f>

246. Patel M, Mellen C, O'Sullivan DM, LaSala CA. Impact of pessary use on prolapse symptoms, quality of life, and body image. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(5):499.e1-.e4994.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.01.019>

247. Mao M, Ai F, Zhang Y, Kang J, Liang S, Xu T, *et al*. Changes in the symptoms and quality of life of women with symptomatic pelvic organ prolapse fitted with a ring with support pessary. *Maturitas* 2018;117:51-6.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.09.003>

248. Mao M, Ai F, Kang J, Zhang Y, Liang S, Zhou Y, *et al*. Successful long-term use of Gellhorn pessary and the effect on symptoms and quality of life in women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Menopause* 2019;26(2):145-51.

<http://dx.doi.org/10.1097/GME.0000000000001197>

249. Radnia N, Hajhashemi M, Eftekhari T, Deldar M, Mohajeri T, Sohbati S, *et al*. Patient Satisfaction and Symptoms Improvement in Women Using a Vaginal Pessary for The Treatment of Pelvic Organ Prolapse. *J Med Life* 2019;12(3):271-5.

<http://dx.doi.org/10.25122/jml-2019-0042>

250. Wu V, Farrell SA, Baskett TF, Flowerdew G. A simplified protocol for pessary management. *Obstet Gynecol* 1997;90(6):990-4.

[http://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844\(97\)00481-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844(97)00481-x)

251. Ramsay S, Tu LM, Tannenbaum C. Natural history of pessary use in women aged 65 – 74 versus 75 years and

older with pelvic organ prolapse: a 12-year study. *Int Urogynecol J* 2016;27(8):1201-7.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-016-2970-3>

252. Clemons JL, Aguilar VC, Sokol ER, Jackson ND, Myers DL. Patient characteristics that are associated with continued pessary use versus surgery after 1 year. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(1):159-64.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2004.04.048>

253. Brincat C, Kenton K, Pat Fitzgerald M, Brubaker L. Sexual activity predicts continued pessary use. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(1):198-200.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2004.03.083>

254. Markle D, Skoczylas L, Goldsmith C, Noblett K. Patient characteristics associated with a successful pessary fitting. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2011;17(5):249-52.

<http://dx.doi.org/10.1097/SPV.0b013e31822f00ae>

255. Mutone MF, Terry C, Hale DS, Benson JT. Factors which influence the short-term success of pessary management of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(1):89-94.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2004.12.012>

256. Geoffrion R, Zhang T, Lee T, Cundiff GW. Clinical characteristics associated with unsuccessful pessary fitting outcomes. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2013;19(6):339-45.

<http://dx.doi.org/10.1097/SPV.0b013e3182a26174>

257. Panman CM, Wiegersma M, Kollen BJ, Burger H, Berger MY, Dekker JH. Predictors of unsuccessful pessary fitting in women with prolapse: a cross-sectional study in general practice. *Int Urogynecol J* 2017;28(2):307-13.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-016-3107-4>

258. Yang J, Han J, Zhu F, Wang Y. Ring and Gellhorn pessaries used in patients with pelvic organ prolapse: a retrospective study of 8 years. *Arch Gynecol Obstet* 2018;298(3):623-9.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00404-018-4844-z>

259. Friedman S, Sandhu KS, Wang C, Mikhail MS, Banks E. Factors influencing long-term pessary use. *Int Urogynecol J* 2010;21(6):673-8.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-009-1080-x>

260. Wolff B, Williams K, Winkler A, Lind L, Shalom D. Pessary types and discontinuation rates in patients with advanced pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2017;28(7):993-7.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00192-016-3228-9>

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)*	Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation
Association française d'urologie (AFU)*	Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation
Association nationale des sages-femmes libérales*	Conseil national professionnel de radiologie et imagerie médicale (G4)
Collectif « des bandelettes périnéales »*	Conseil national professionnel de neurologie (Fédération française de neurologie)*
Collège de la masso-kinésithérapie (CMK)*	Conseil national professionnel de radiologie et imagerie médicale*
Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière (CPOPH)*	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale*
Collège de médecine générale*	France Assos Santé
Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)*	Le Lien
Collège national des sages-femmes de France*	Société de chirurgie gynécologique et pelvienne (SCGP)*
Conseil national professionnel d'urologie (CNPU)	Société française de chirurgie digestive
Conseil national professionnel de chirurgie viscérale et digestive (CNPCVD)	Société interdisciplinaire d'urodynamique et de pelvi-péri-neurologie (SIFUD-PP)
Conseil national professionnel de gériatrie	Société nationale française de colo-proctologie (SNFCP)
Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique et gynécologie médicale (CNPGO et GM)	Union nationale des associations familiales (Unaf)

* Organismes ayant proposé des noms d'experts

Groupe de travail

Pr Xavier Fritel, co-président du groupe de travail, gynécologue-obstétricien, Poitiers

Dr Loïc Le Normand, co-président du groupe de travail, urologue, Nantes

Dr Anne-Cécile Pizzoferrato, chargée de projet, gynécologue-obstétricien, Saint-Aubin-d'Arquenay

Dr Caroline Thuillier, chargée de projet, urologue, Grenoble

Dr Aurélien Venara, chirurgien viscérale, chargé de projet, Saint-Sébastien-sur-Loire

Dr Christine Revel-Delhom, chef de projet HAS, Saint-Denis

Dr Nicole Bornsztein, médecin généraliste, Évry

Dr Sylvain Bouquet, médecin généraliste, Lamastre

Dr Mélanie Cayrac, gynécologue-obstétricien, Montpellier

Mme Martine Cornillet-Bernard, masseur-kinésithérapeute, Évry

Dr Odile Cotelle, médecin généraliste, Paris

Dr Florence Cour, urologue, Suresnes

Dr Pia De Reilhac, gynécologue-obstétricien, Nantes

Mme Sophie Flandin-Cretinon, sage-femme, Suresnes

Dr Jérôme Loriau, chirurgien digestif, Paris

Mme Françoise Pellet, représentante d'usagers, Ostwald

Dr Marie-Aimée Perrouin-Verbe, urologue, Nantes

Dr Anne-Gaëlle Pourcelot, gynécologue-obstétricien, Le Kremlin-Bicêtre

M. Benoit Steenstrup, masseur-kinésithérapeute, Rouen

Pr Thomas Vogel, gériatre, Strasbourg

Groupe de lecture

- Mme Alizée Aigon, masseur-kinésithérapeute, Nantes
- Mme Aude Barnéoud-Chapelier, masseur-kinésithérapeute, Laloubère
- Dr Marie-Line Barussaud, chirurgien digestif, Poitiers
- Pr Marc Bazot, radiologue, Paris
- Dr Bertrand Martin, chirurgien digestif, Nîmes
- Dr Xavier Biardeau, urologue, Lille
- Mme Sylvie Billecocq, masseur-kinésithérapeute, Paris
- Mme Aurélie Blaugy, masseur-kinésithérapeute, Paris
- Dr Anouch Bonnefoi, gynécologue médical, Bordeaux
- Pr Frédéric Borie, chirurgien digestif, Nîmes
- Mme Delphine Bourin, pharmacien hospitalier, Nîmes
- Dr Aude Brams, chirurgien digestif, Lyon
- Dr Thierry Brillac, médecin généraliste, Toulouse
- Dr Sandrine Brugere, gynécologue médical, Bordeaux
- Dr Sandrine Campagne-Loiseau, gynécologue-obstétricien, Clermont-Ferrand
- Mme Émilie Cérutti, masseur-kinésithérapeute, Besançon
- Mme Sylvie Chauveau, masseur-kinésithérapeute, Montluçon
- Dr Jean Coiffic, gynécologue-obstétricien, Rennes
- Dr Michel Cosson, gynécologue-obstétricien, Lille
- Dr Christophe Courtieu, gynécologue-obstétricien, Montpellier
- Dr Sandra Curinier, gynécologue-obstétricien, Clermont-Ferrand
- Dr Suzanne Dat, gynécologue médical, Toulouse
- Dr Philippe Debodinance, gynécologue-obstétricien, Dunkerque
- Pr Xavier Deffieux, gynécologue-obstétricien, Clamart
- Dr Annette Delabar, médecin généraliste, Évreux
- Pr Renaud De Tayrac, gynécologue-obstétricien, Nîmes
- Dr Jean-Michel Didelot, proctologue, Montpellier
- Mme Fabienne Dumas, masseur-kinésithérapeute, Montferrier sur lez
- Mme Marie-Josée Duque-Ribeiro, masseur-kinésithérapeute, Paris
- M. Nicolas Dutriaux, sage-femme, Herblay
- Dr Arnaud Fauconnier, gynécologue-obstétricien, Poissy
- Dr Hervé Fernandez, gynécologue-obstétricien, Le Kremlin-Bicêtre
- Dr Philippe Ferry, gynécologue-obstétricien, La Rochelle
- Mme Yasmine Gaborieau, sage-femme, Montbazin
- Dr Olivier Garbin, gynécologue-obstétricien, Schiltigheim
- Dr Françoise Guillon, chirurgien digestif, Montpellier
- Dr Brice Gurriet, gynécologue-obstétricien, Marseille
- Dr David Hamid, gynécologue-obstétricien, Strasbourg
- Mme Florence Happillon, masseur-kinésithérapeute, Anthy-sur-Léman
- Pr Gery Lamblin, gynécologue-obstétricien, Lyon
- Mme Delphine Lelong, masseur-kinésithérapeute, Paris
- Mme Véronique Lemanissier, ANSM, Saint-Denis
- Dr Léon Maggiori, chirurgien digestif, Paris
- Pr Erdogan Nohuz, gynécologue-obstétricien, Lyon
- Dr Patrick Ouvrard, médecin généraliste, Angers
- Dr Élisabeth Paganelli, gynécologue médical, Saint-Cyr-sur-Loire
- Dr Laure Panel, gynécologue-obstétricien, Montpellier
- Mme Evodie Paul, masseur-kinésithérapeute, Paris
- Dr Caroline Pettenati, urologue, Suresnes
- Dr Véronique Phe, urologue, Paris
- Dr François Pigot, proctologue, Talence
- Dr Michel Poirieux, médecin généraliste, Paris
- Dr Édouard Poncet, radiologue, Valenciennes
- Mme Céline Puill, sage-femme, Fontenay-sous-Bois
- Dr Rajeev Ramanah, gynécologue-obstétricien, Besançon
- Dr Denis Savary, gynécologue-obstétricien, La Teste-de-Buch
- Mme Sophie Sergent, pharmacien, Rambouillet
- Mme Marie-Christine Siaudeau, représentante patiente, Luçon
- Dr Anne-Laure Tarrerias, proctologue, Paris
- Mme Valérie Thieuzard, SED Has, Saint-Denis
- Dr Thibault Thubert, gynécologue-obstétricien, Nantes
- Mme Mylène Tortajada, sage-femme, Melun
- Dr Thibault Tricard, urologue, Strasbourg
- Dr Adrien Vidart, urologue, Suresnes
- Dr Estelle Wafo, gynécologue-obstétricien, Jossigny
- Dr Sophie Warembourg, gynécologue-obstétricien, Lyon

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

BSU	Bandelettes sous-urétrales
CDD	Colpocystodéfécographie
ECR	Essai randomisé contrôlé
EVA	Échelle visuelle analogique
GAS	<i>Goal Attainment Scalling</i>
HAD	Hyperactivité du détrusor
HAS	Haute Autorité de santé
HAV	Hyperactivité vésicale
ICS	<i>International Continence Society</i>
IMC	Indice de masse corporelle
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IRMd	IRM défécatoire
IU	Incontinence urinaire
IUE	Incontinence urinaire d'effort
IUU	Incontinence urinaire par urgenturie
LPC	Ligne pubo-coccygienne
MEA	Muscles élévateurs de l'anus
MHU	Mesure du handicap urinaire
MLA	Muscle levator ani
MPP	Muscles du plancher pelvien
NP	Niveau de preuve
OR	<i>Odds Ratio</i>
PFDI	<i>Pelvic Floor Distress Inventory</i>
PFIQ	<i>Pelvic Floor Impact Questionnaire</i>
PGI-I	<i>Patient Global Impression of Improvement</i>
PHQ	<i>Patient Health Questionnaire</i>
POP	Prolapsus des organes pelviens
POP-Q	<i>Pelvic Organ Prolapse Quantification</i>
RCT	<i>Randomized Controlled Trial</i>
RHA	Rééducation hypopressive abdominale
ROC	<i>Receiver Operating Characteristic</i>
RMPP	Renforcement des muscles du plancher pelvien
RPP	Rééducation pelvi-périnéale
RR	Risque relatif
TVT	<i>Tension-Free-Vaginal Tape</i>

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

