



PHILIPPE JUDLIN

PROFESSOR

Department of Obstetrics & Gynecology

Regional Nancy

France

VIETNAM - FRANCE - ASIA - PACIFIC
CONFERENCE ON OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
Ho Chi Minh City, May 19th - 20th, 2016

16th

Chirurgie des Prolapsus Génitaux Quelle Place pour la Voie Vaginale en 2016?

Prof Philippe Judlin
CHU de Nancy France

Introduction

- Prolapsus génitaux (PG) sont une pathologie fréquente
- Conduite à tenir est assez simple et dépend de la gêne entraînée par PG:
 - Pas/peu de gêne = abstention
 - Gêne= prise en charge (essentiellement chir)

Introduction -2

- Prise en charge chirurgicale a évolué avec le temps et a beaucoup varié selon habitudes des chirurgiens: voie vaginale, laparotomie, voie mixte
- Actuellement on note une simplification dans le choix des techniques chirurgicales, avec une prépondérance de la promontofixation coelioscopique (PFC)

PFC Pourquoi?

- 3 catégories de raisons expliquent le choix actuel pour PFC:
- **Raisons / patientes:**
 - Plus jeunes: importance solidité montage
 - Crainte dyspareunies postop
 - Tolérance du matériel prothétique

PFC Pourquoi?-2

- **Raisons / procédure:**
 - PF est maintenant faite par laparoscopie
 - Dissection plus précise et meilleure pose bandelettes
 - Conservation utérine est à présent habituelle, facilitant PFC
 - Solidité montage (s/réserve qualité sutures)
- **Raisons / chirurgiens:**
 - Formés actuellement surtout à coelio
 - Manque d'habitude de la voie vaginale

Avantages PFC

- Bonne correction de:
 - Hystéroptose
 - Cystocèle médiane
 - Elytro-rectocèle haute
- Bonne solidité
- Matériel prothétique de petite surface => moins de complications

Prévenir les complications de la chirurgie prothétique du prolapsus

Recommandations pour la pratique clinique

Définition - Prévalence – Facteurs de Risque

• Expositions prothétiques vaginales

→ après mise en place par voie basse

Auteur	Effectif groupe prothèse	Suivi (mois)	Exposition prothétique vaginale
Altman	186	12	3%
Maher	55	24	9%
Withagen	93	12	17%
Iglesia	32	10	15%
Lopes	14	12	35%
Nieminen	105	24	19%
Nguyen	37	12	5%
Sivaslogliu	45	12	7%
Hiltunen	104	12	11%
Total (PP)	671	-	11.9%

NP ≠

→ après promontofixation (cœlioscopie & laparotomie)

Auteur, année	N (prothèse)	Suivi (mois)	Exposition prothétique vaginale
Jeon, 2009	57	66	4/57
Hilger, 2003	37	164	1/37
Lefranc, 2002	85	126	0/126
Culligan, 2005	100	12	2/100
Elneil, 2005	128	19	3/128
Wu, 2006	313	15	17/313
-	-	-	27/761 (3.5%)
Stepanian, 2008	402	12	5/402
Cheret, 2001	44	18	0/44
Cosson, 2002	83	11	1/83
Gadonneix, 2004	46	24	0/46
Antiphon, 2004	108	16	0/108
Paraiso, 2005	56	13	2/56
Rozet, 2005	363	14	3/363
Ross, 2005	51	60	4/51
Agarwala, 2007	74	24	1/74
Rivoire, 2007	133	33	7/133
Sabbagh, 2010	186	60	5/132
Granese, 2009	138	43	0/138
Sarlos, 2008	101	12	1/101
Maher, 2011	53	24	1/53
Deprest, 2009	39	32 (DP)	2/39 (DP)
	65	33 (PP)	7/65 (11%)
-	-	-	39/188 (2%)

Mais PFC n'est pas adaptée à tous les prolapsus

- Femme âgée/très âgée ou obèse
- Contre-indication anesthésie générale
- Prolapsus stade 4
- Grosse cystocèle avec *lateral defect*
- Grosse rectocèle basse



Mais PFC n'est pas adaptée à tous les prolapsus

- Femme âgée/très âgée ou obèse
- Contre-indication anesthésie générale
- Prolapsus stade 4
- Grosse cystocèle avec *lateral defect*
- Grosse rectocèle basse

→ Voie Vaginale plus adaptée

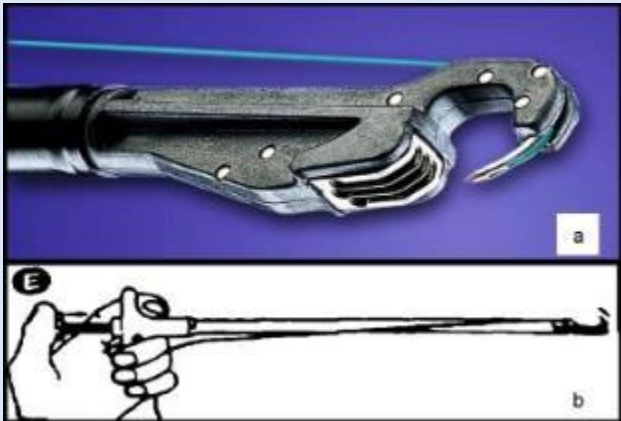
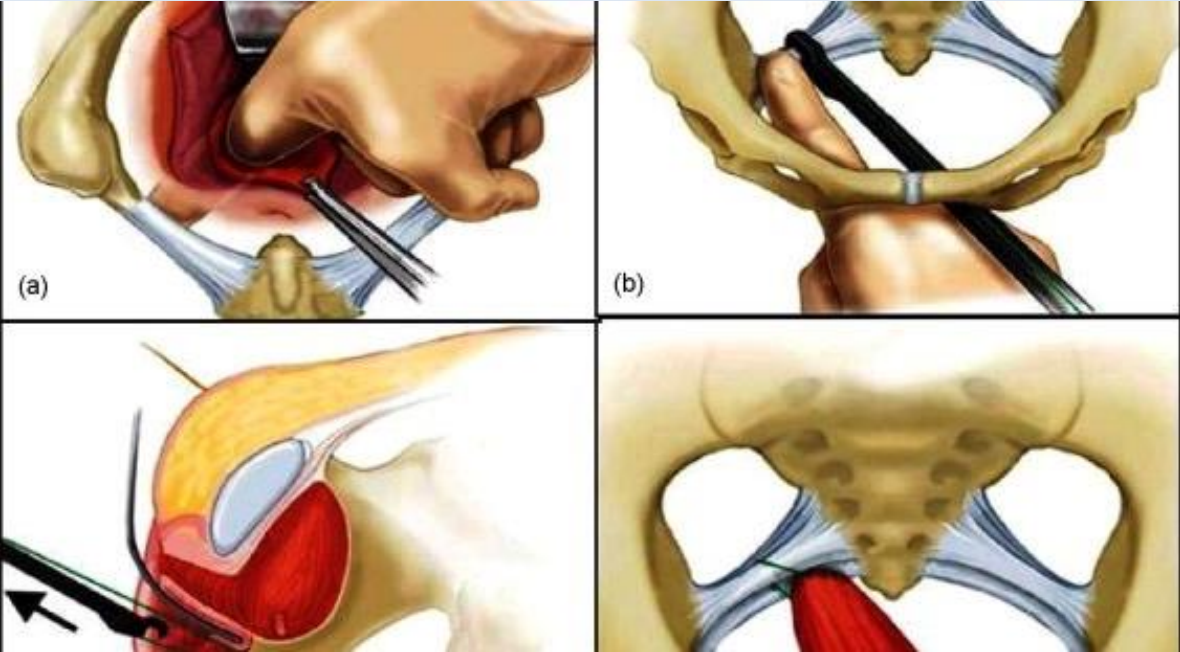
Points Faibles Voie Basse

- Moindre solidité (matériel autologue) => risque récidives
- Alternative: utilisation implants (surtout antérieurs):
 - Risque érosion prothétique
 - Dyspareunies
- Démasquage incontinence urinaire (en cas de grosse cystocèle)

Voie Basse: Quels Gestes?

- Cure de cystocèle avec/sans utilisation fascia de Halban
- Cure de rectocèle
- Myorrhaphie Muscles Releveurs
- Sacrospinofixation: fixation fond vaginal ou col utérin (++) au Lgt sacrospineux
 - Procédure essentielle pour assurer solidité
 - Uni ou bilatérale
 - Avec sutures ou Capiro©
- TVT si incontinence (en 1 ou 2 temps)

Sacrospinofixation (Richter)



Hystérectomie?

- Pendant longtemps, hystérectomie était préconisée lors cure prolapsus
- Attitude actuelle est inverse (PFC comme voie basse): il est préférable de conserver utérus ou au moins le col (hystérectomie subtotale)
- Col donne solidité à la procédure (PFC ou Richter)

Implant Prothétique?

- Implants sont très contestés en raison risque réel ou supposés de complications
- Industrie pharmaceutique se retire progressivement de ce marché (Ethicon, AMS...)
- Avantage: assure bonne solidité étages ant et moyen
- Mais risque de complications:
 - Infections
 - Érosions ou non cicatrisation
 - Dyspareunie si trop tendu / rétrécissement vaginal

Prévenir les complications de la chirurgie prothétique du prolapsus

Recommandations pour la pratique clinique

Définition - Prévalence - Facteurs de Risque

• **Obésité (>30KG/m²)**

X 10 VB

• **Tabagisme (>7 PA)**

X 3,7 VB

X 5 VH

• **Rapports sexuels**

• **Diabète**

• **Corticothérapie**

• **Immunosupresseur**

• ...

Exposition
Prothétique
Vaginale

(NP3) *Araco et al, Acta Obstet Gynecol Scand, 2009*

(NP4) *Cundiff et al, AJOG, 2008*

(NP3) *Guillibert et al, GOF, 2009*
Kaufman et al, IUJ, 2010

Letouzey et al, Eur J Obstet Gynecol, 2010

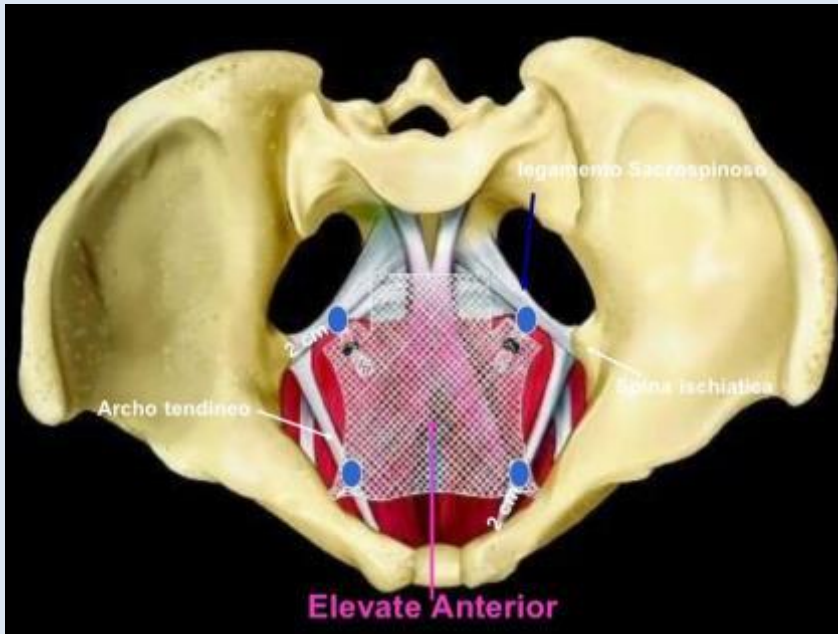
• **Informer les patientes fumeuses qu' elle ont un risque accru d' exposition prothétique**
(Accord d' experts)

• **Proposer un sevrage tabagique avant une intervention prothétique** (Accord d' experts).

Implant Prothétique?-2

- Prix ++
- Choix implants:
 - ELEVATE©
 - - UPHOLD© ou PINNACLE©

Implants



UPHOLD© Boston Scientific



Implant Prothétique?-3

- Au total:
 - Richter remplace souvent implant
 - Limiter usage implants aux grosses cystocèles
 - Ou au récurrences (post)
- Chirurgie par voie basse de qualité est possible sans implant

Conclusions

- Chirurgie du prolapsus par voie vaginale garde une place évidente
- Pour la qualité de prise en charge des patientes une équipe chirurgicale doit être en mesure de proposer PFC et voie basse pour s'adapter au mieux à chaque cas

Conclusions-2

- Voie vaginale est intéressante:
 - Pour petits et très gros prolapsus
 - Pour femmes âgées
- Chirurgiens doivent être formés à la voie vaginale (HTV, prolapsus..) même à l'époque de la laparoscopie