Actualités sur la prise en charge des prolapsus : Les prothèses, les voies d'abord

Pr Michel COSSON
Université médecine Lille 2
Hopital Jeanne de Flandres,
CHRU Lille

Ne pas opérer

- Les prolapsus ou IUE bien tolérées
- Les prolapsus ou IUE minimes
- Les patientes désirant encore une grossesse sauf si gêne +++
- Les patientes avec un risque chirurgical trop important
- Les patientes hésitantes

Traitement chirurgical des troubles de la statique pelvienne

- Réaliser une information détaillée des échecs et complications possibles ++
  - une conservation de l'utérus est toujours possible
  - Une abstention est toujours possible
  - prendre le temps +++
    - du bilan
    - de la réflexion

Traitement chirurgical des prolapsus s'adapter aux réalités

- Les réalités de la patiente
  - obésité
  - antécédents chirurgicaux
  - prothèses de hanche
  - défects masqués
  - qualité des tissus disponibles
  - Volume du prolapsus

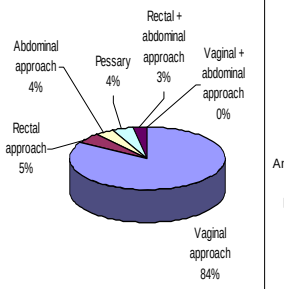
Actualités traitement chirurgical des prolapsus

- Voies hautes
  - cœlioscopie ++
- Voies basses +++
  - intervention de Richter
  - cure IUE : TVT, TOT, TVT O
  - Kits prothetiques

Pas d'indications standardisées mais prédominance voie vaginale

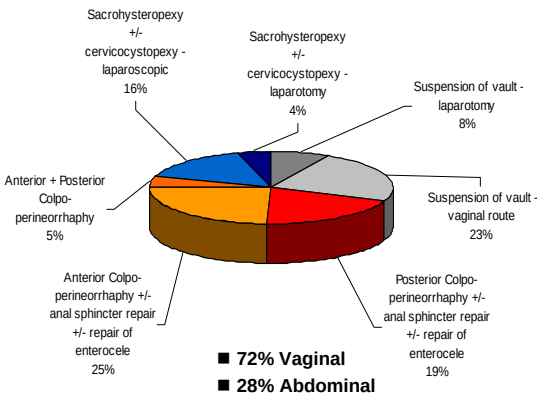
Surgical Approaches for POP – NHS England and France

Procedures for POP in NHS England: 2004 / 05



- **84% Vaginal**
- **7% Abdominal**
- **5% Rectal**

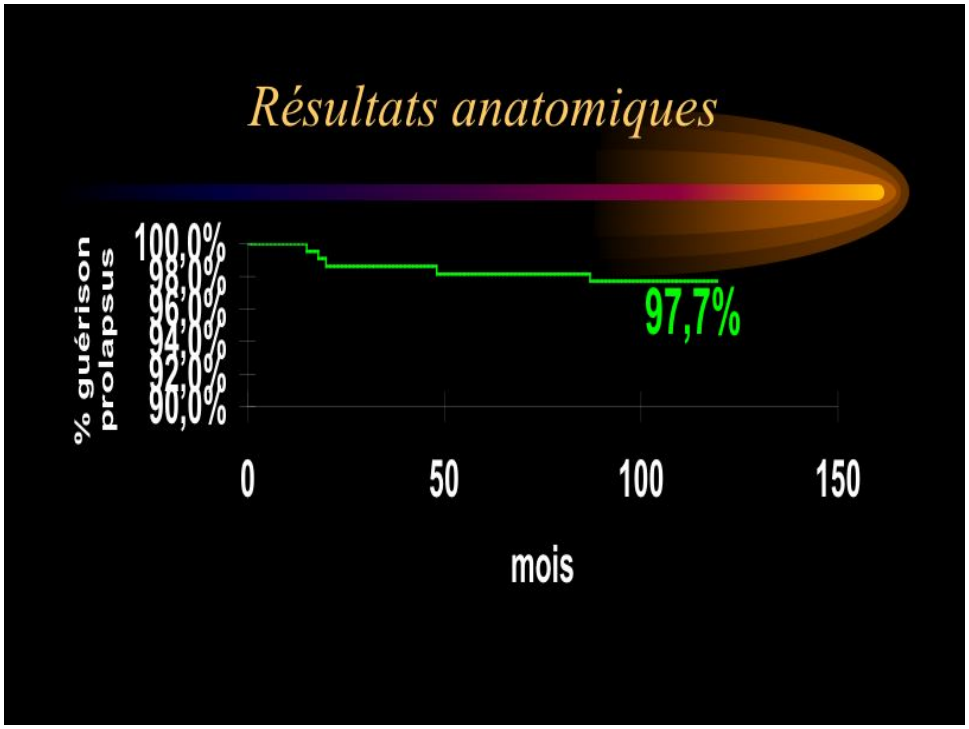
Surgical approaches for POP in France: 2004



- **72% Vaginal**
- **28% Abdominal**

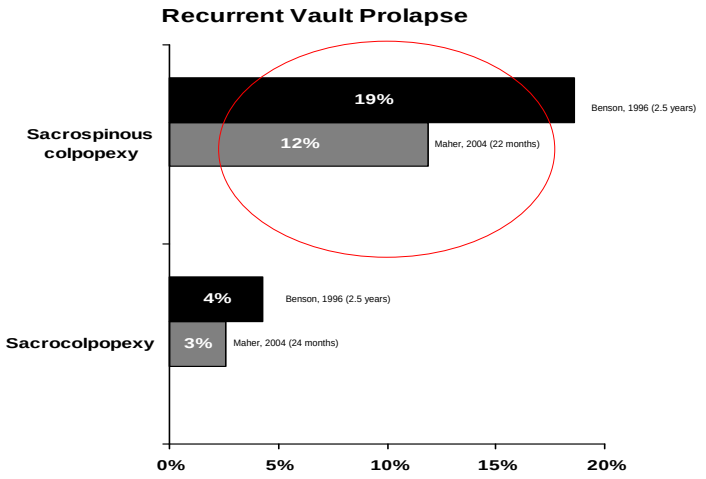
Traitement chirurgical des prolapsus Voie Haute

- Voie haute avant 60 ans **Cœlioscopie** possible 90%
  - prothèse antérieure et postérieure
  - promontofixation
  - douglassectomie
  - association possible :
    - hystérectomie subtotale, myorraphie des élévateurs, rectopexie, geste urinaire



I. Prolapsus du fond vaginal : plus de récidives pour la voie vaginale

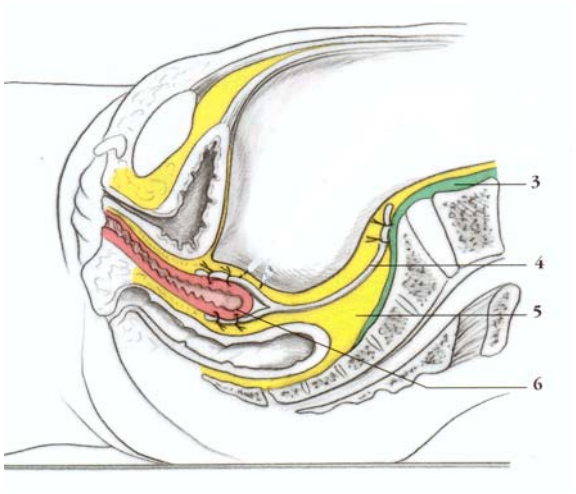
Récidives de prolapsus du fond vaginal (Durée suivi)



Traitement chirurgical des prolapsus Voie Haute

- 10-20 % échecs, 30% IUE secondaire
- Difficultés Coelioscopie ++ Complications laparotomie
- Utilisation de prothèses : prix, asepsie, risques infectieux
- fréquence troubles digestifs postop
- douleurs périnéales associées en cas de myorraphie

Promontofixation coelioscopique:



Kamina

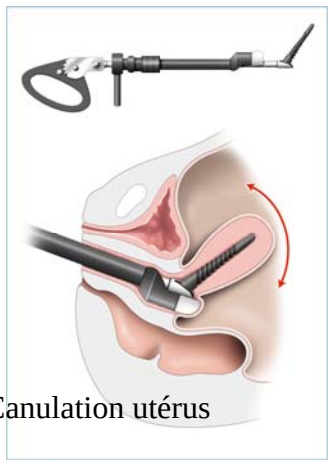
Promontofixation coelioscopique

- Challenge pour les équipes de bloc opératoire +++
  - Matériel ++ colonne coelio, manipulateur utérin, coagulation section, morcellateur, porte aiguilles, agrafes
  - Changement instruments ++
  - Durée opératoire, apprentissage ++
  - Notion de check liste et évènements indésirables +++

Promontofixation coelioscopique

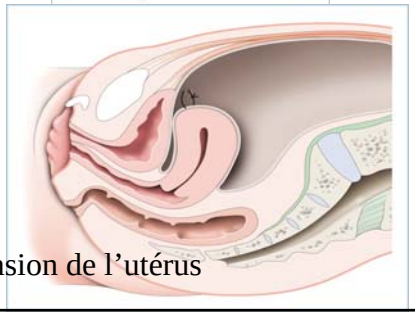
- Prise en charge multidisciplinaire +++
  - Anesthésistes
  - Opérateur, aide opératoire
  - Instrumentiste
  - Matériel, maintenance

Assistance à l'accès coelio



Canulation utérus

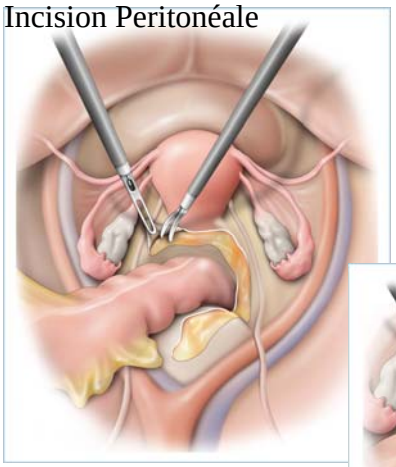
Suspension du sigmoide

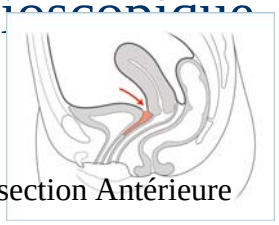


Suspension de l'utérus

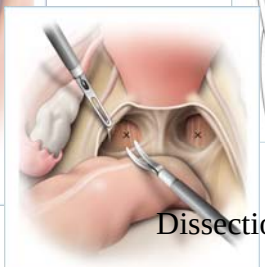
Technique de la promontofixation coelioscopique

Incision Peritonéale



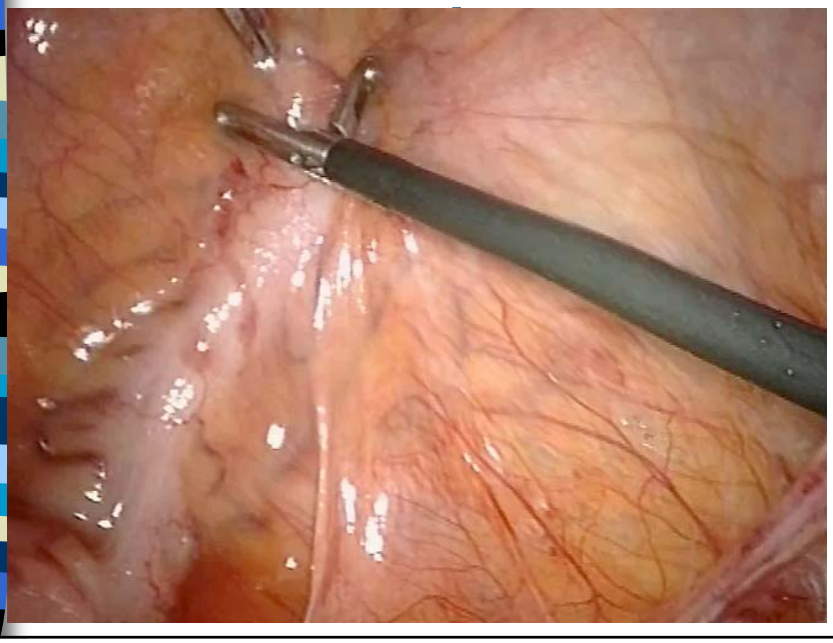


Dissection Antérieure

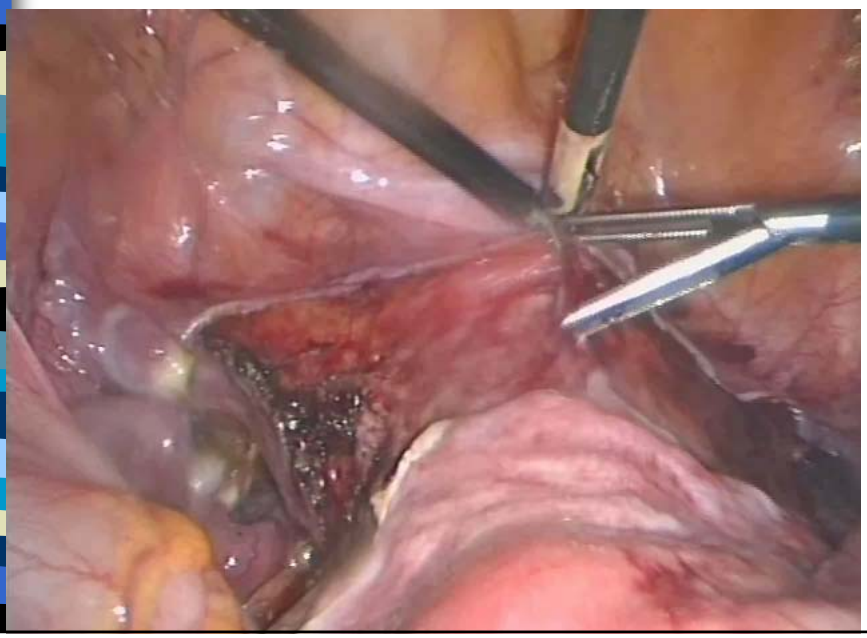


Dissection postérieure

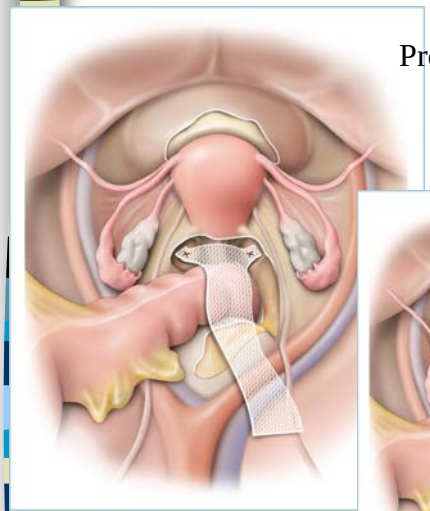
Laparoscopic recto vaginal dissection



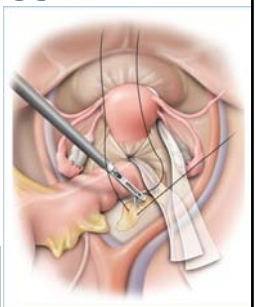
Laparoscopic vesico vaginal dissection



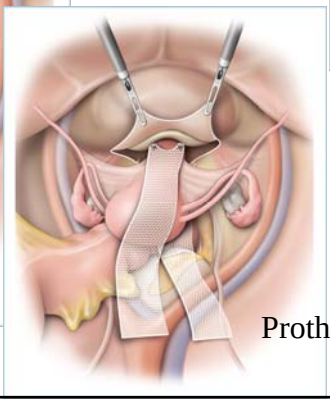
Mise en place des prothèses



Prothèse postérieure

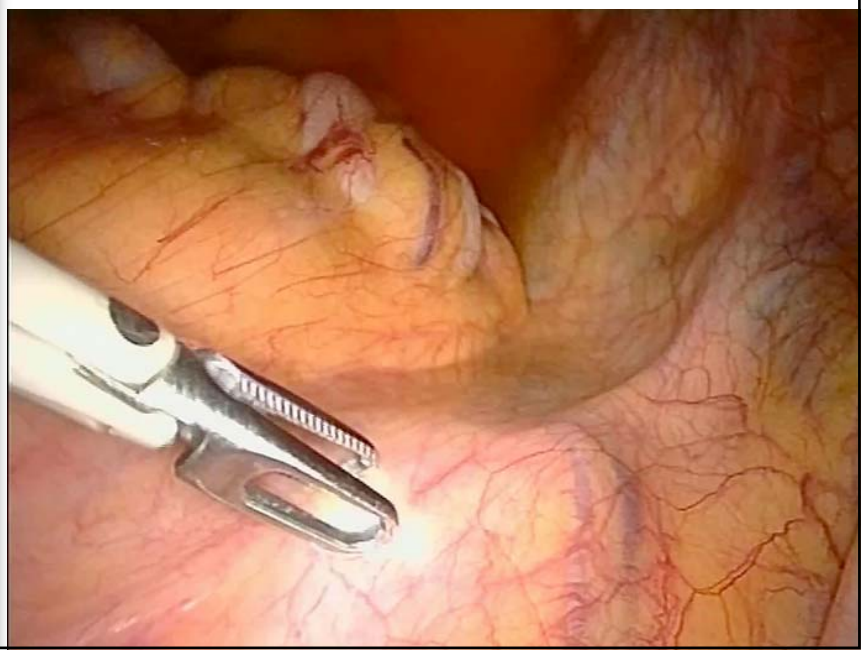


Péritonisation



Prothèse antérieure

Dissection du promontoire coelio



Promontofixation = facile techniquement ? Reproductible ?

Courbe apprentissage ++

Reproductibilité ? Très nb variations techniques:
1 prothèse/2 prothèses, sutures/tackers, localisation des sutures, taille et forme des prothèses

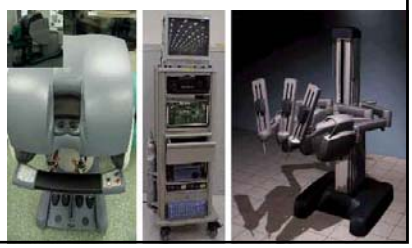
Durée opératoire ++

269 min *[Paraiso, Am J Obstet Gynecol, 2005]*
171 min *[Gadonneix, J Am Assoc Gyn Laparosc, 2004]*
97 min *[Rozet, Eur Urol, 2005]*

Système DA VINCI® ?

MAYO Clinic *[Di Marco, 2004]*

…pas utilisé en routine



Efficacité à court terme de la promontofixation coelioscopique ?

Suivi 14 mois **pf coelio** *[Rozet, 2005]*

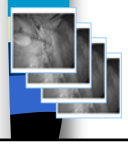
Satisfaction	96%
Récidive	4%

2 ans suivi **pf coelio** *[Gadonneix, 2004]*

Récidive cystocèle stade 2 ou plus	8%
Récidive hysterocèle stade 2 ou plus	8%
Récidive rectocèle stade 2 ou plus	(Burch associé)

2 ans suivi prothèse voie vaginale *[de Tayrac, 2005]*

Récidive rectocèle stade 2 ou plus	3%

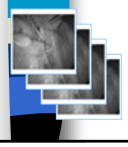


Efficacité de la PF Coelio à long terme ?

5 ans suivi

Promontofixation pour prolapsus apex *[Higgs, 2005] (Ross, 2005]*

Récidive apex	6%
Rectocèle/cystocèle avec 50% stade 2 ou plus	40%
Satisfaction patientes *[Higgs, 2005]*	65%



Complications : PF moins risquée ? NON !

Complications Per Opératoire *[Gadonneix, 2004]*

Laparotomie 10%

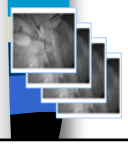
Plaie vessie 7%

Occlusion Intestinale

2/51 (4%) occlusion + résection intestinale *[Ross, 2005]*

1/363 (0.2%) occlusion + résection intestinale *[Rozet, 2005]*

1/56 (1.8%) occlusion + ileostomie *[Paraiso, 2005]*



Complications: PF évite le risque d'exposition de prothèses ? NON !

Exposition vaginale

Gynemesh or TVM-PROLIFT accès vaginal

avec HV 12-20% *[de Tayrac, 2005] [Deffieux, 2006]*

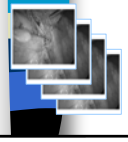
sans HV 7% *[Cosson, Debodinance 2004]*

Sacropexie laparscopie/laparotomie

8% *[Begley, 2005] [Higgs, 2005] [Ross, 2005]*

+ risque spondylodiscite *[Rozet, Eur Urol,, 2005]*

1/363 (0.2%)



La persistence de symptomes préop et l'apparition de symptomes post op explique ces chiffres élevés

Symptômes de novo après chirurgie du prolapsus

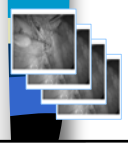
	Incidence of de novo symptoms [Maher 2004]		
	Symptomatic SUI	Urge / Detrusor overactivity	Dyspareunia
Abdominal Sacrocolpopexy	9%	33%	11%
Sacrospinous colpopexy	33%	21%	18%

Conclusion

Promontofixation laparo = gold standard en France

Pas de preuve scientifique validant la voie coelioscopique

Promontofixation coelioscopique avant 50 ans
Voie vaginale après 60 ans avec prothèses le plus souvent…



Avantages de la voie vaginale

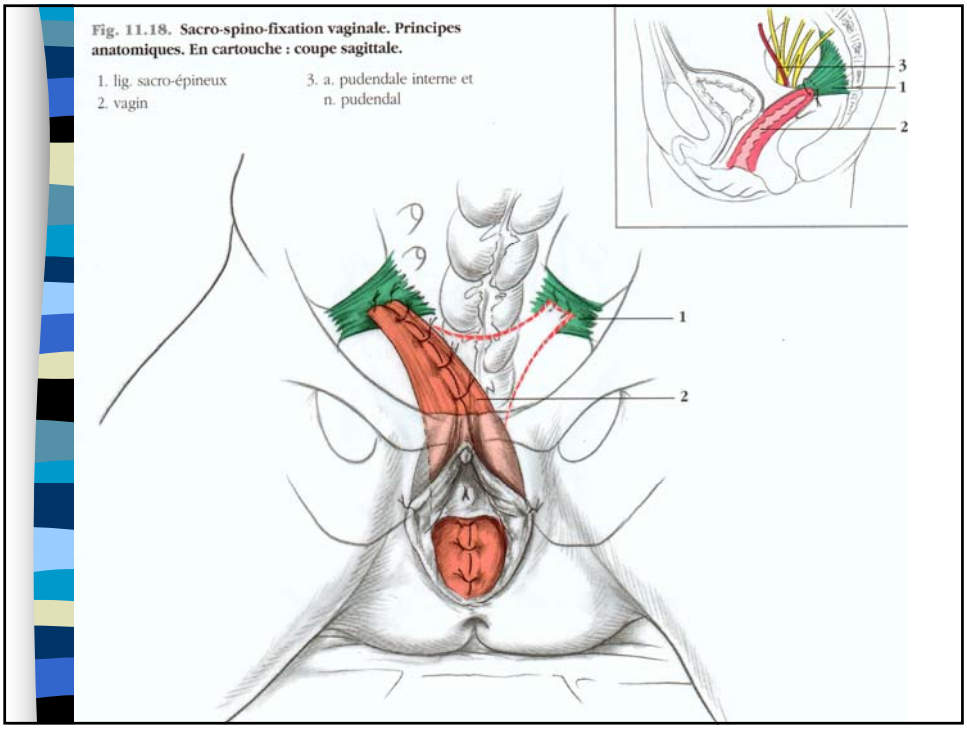
- Accès direct aux défects, ligaments pelviens ATFP, Lig Sacro Epineux
- Mortalité et morbidité 3 trois fois moindres / laparotomie (VH) = Coelio
- Resultats / Incontinence urianaire : TVT, TOT, TVT O

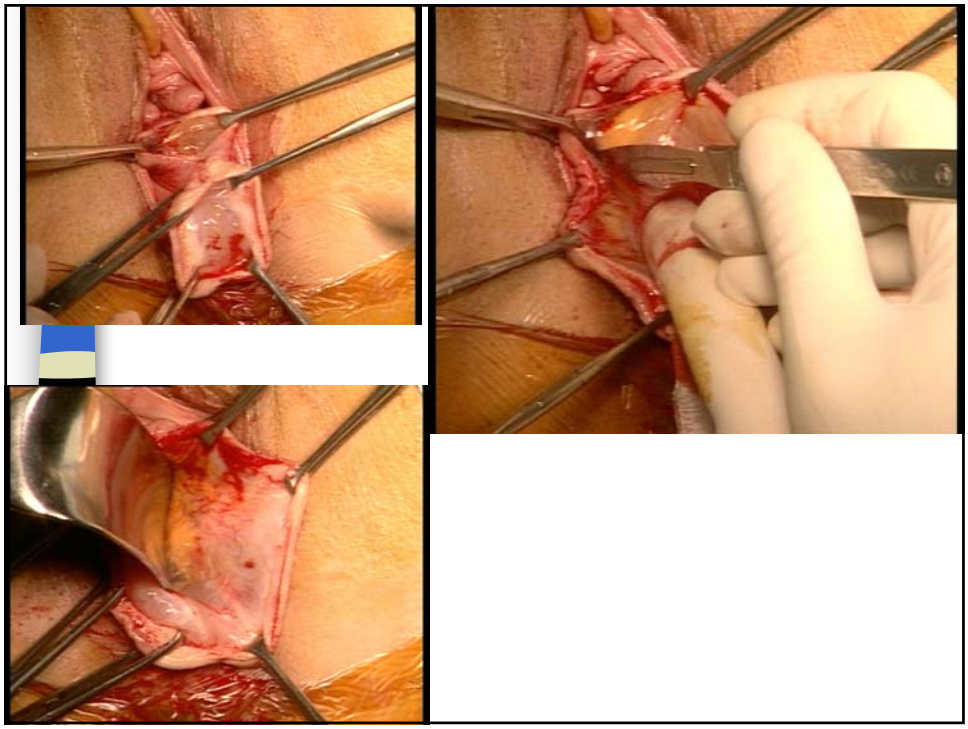
Limites de la chirurgie vaginale

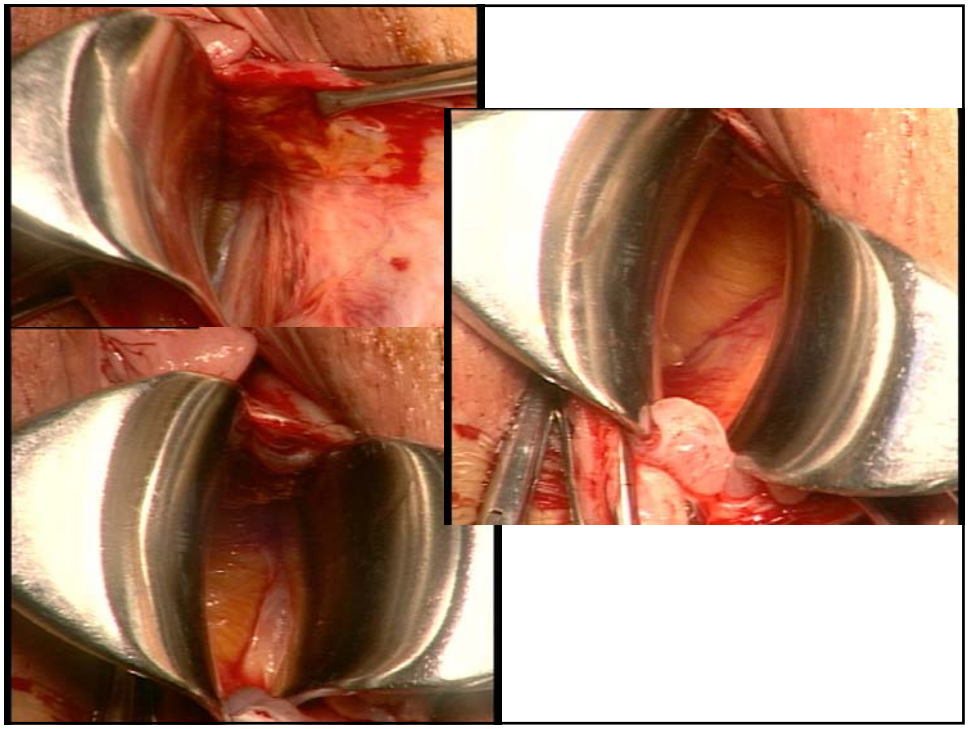
- Installation : 2 assistants
- Large dissections : hémorragies
- Difficultés de la suspension par aiguilles : Richter, Suspension paravaginale
- Douleurs périnéales après myorraphies
- Cicatrices vaginales chez les femmes jeunes
- Difficultés en cas de prolapsus de petit volume

Traitement chirurgical des prolapsus : Voie basse

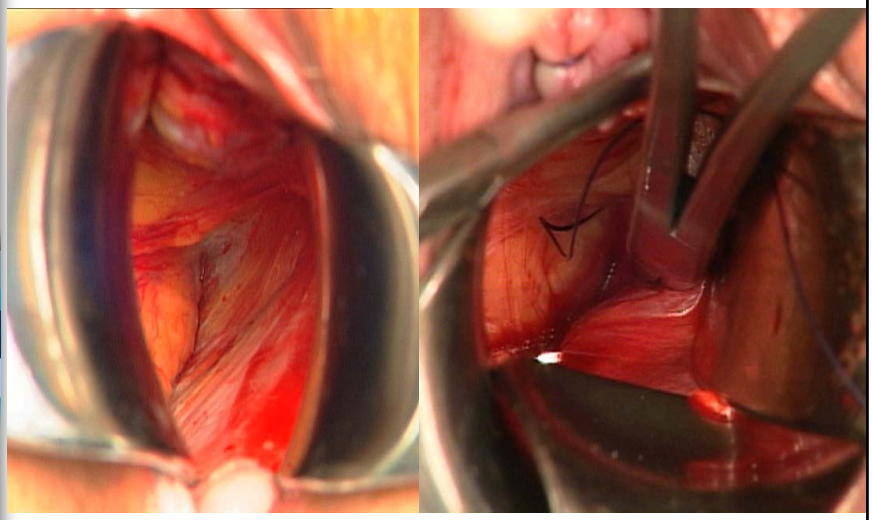
- Voie basse après 60 ans
  anesthésie locorégionale
  - Suspension sous vésicale
  - Richter, Richardson
  - Myorraphie des élévateurs
  - association possible :
    - hystérectomie totale
    - rectopexie
    - geste urinaire +++

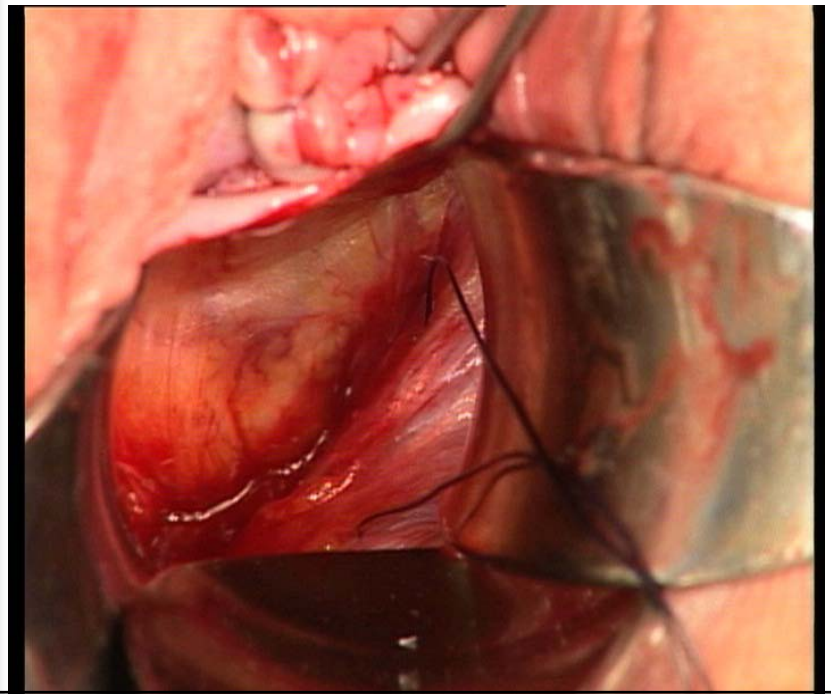




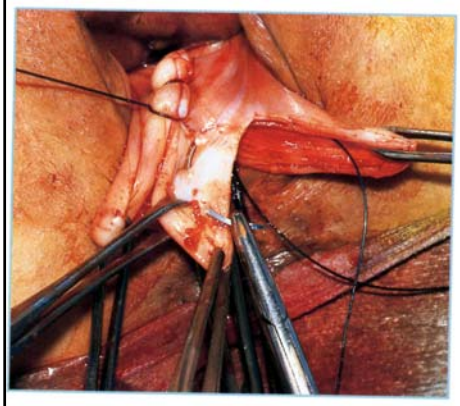


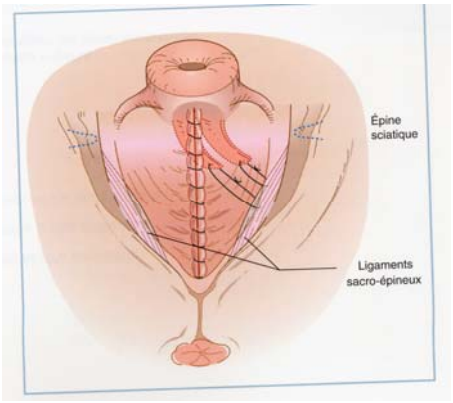
Suspension au ligament sacroépineux selon Richter





Suspension du fond vaginal par une bandelette vaginale





Traitement chirurgical des prolapsus Voie vaginale

- Voie basse
  - 3 jours hospitalisation
  - Deux mois précautions efforts, sport
    - douleurs périnéales
    - sondage urinaire 24 h
    - leucorrhées 3 semaines

    - 20% échec / prolapsus et IUE

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) and Aberdeen University review

NHS
National Institute for Health and Clinical Excellence

Systematic review of the efficacy and safety of using mesh or grafts in surgery for anterior and/or posterior vaginal wall prolapse

Xueli Jia, Cathryn Glazener, Graham Mowatt, Graeme MacLennan, Cynthia Fraser, Jennifer Burr

October 2007

49 studies
4569 patients treated with vaginal mesh/graft

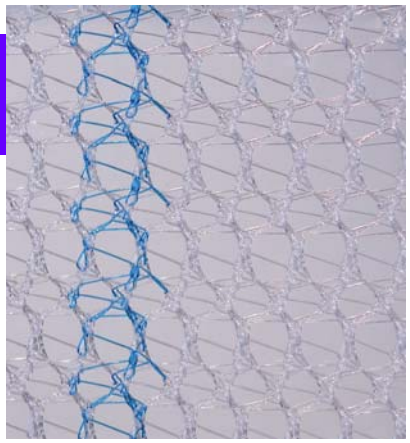
6 RCT's (full text)
11 RCT's (abstracts)
7 NR comparative
1 prospect. registry
24 case series

Objective failure rate:
-abs.mesh : 23%
-biol. graft : 18%
-non abs. Mesh : 9%

Marché 2009 des MIS KITS
(Minimal Invasive Surgical Kits)

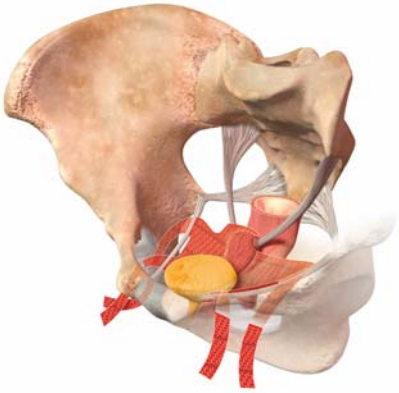
- **Ethicon, Women's Health & Urology**
  - Prolift Ant™, Prolift Post™ et Prolift Total™
- **AMS**
  - Apogee, Perigee (IntePro™, InteXen LP™)
- **BARD**
  - Avaulta™Antérieur, Avauta™Post (synthétique ou Hybride)
- **COUSIN BIOTECH**
  - Biomesh Soft
- **PROMEDON**
  - Nazca TC, Nazca R

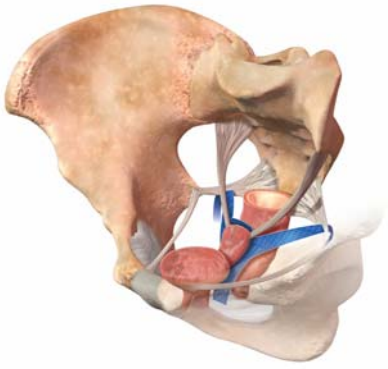
Prolift™



Prothèse en polypropylène Gynemesh Soft™ (monofilament larges pores) prédécoupée au laser.

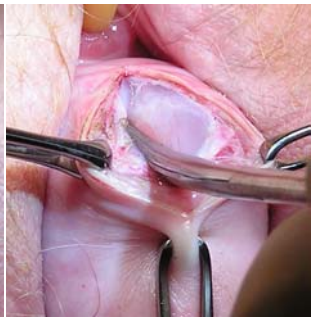
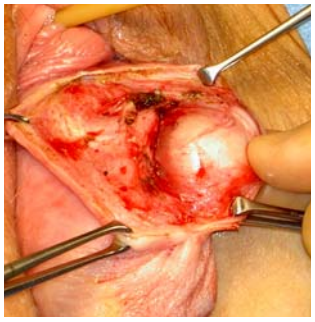
Prolift antérieur





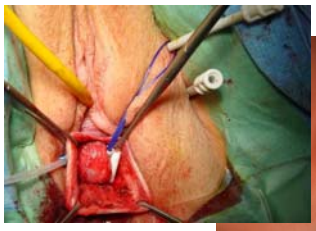
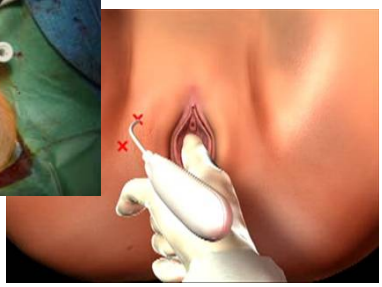
Prolift postérieur

Incision de toute l'épaisseur vaginale

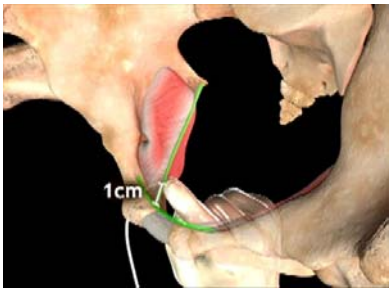



- Garder le fascia avec la muqueuse
- Pas de résection vaginale
- Pas d'incision antérieure en T
- Pas de suspension du vagin à la prothèse
- Suspension de l'utérus au fil non résorbable si conservation utérine

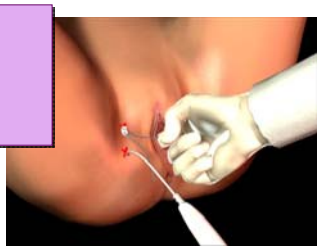
Prolift Antérieur

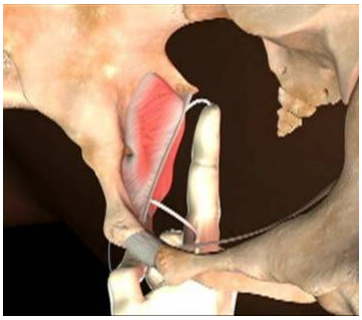
- Large dissection de l'espace paravésical
- Passage du bras proximal



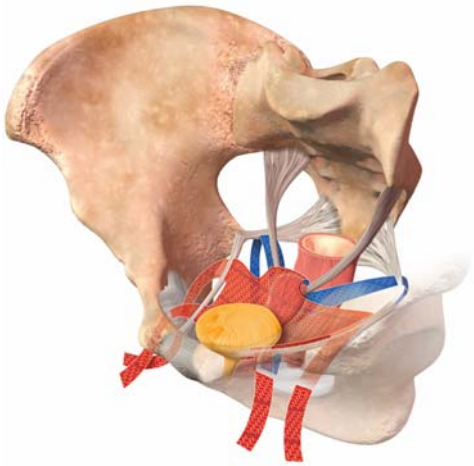
Prolift Antérieur



- Bras distal
  - Plus difficile
  - Passage vertical ++
  - Aveugle deux cm puis sous contrôle du doigt
  - Un cm en avant de l'épine sciatique

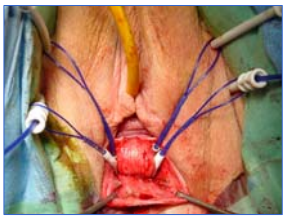


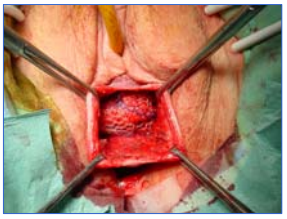
Prolift Total



Conclusion: rôle des kits ?

- Amélioration de la sécurité des procédures
- Peu de complication per op (% à l' expérience)
- Procédure peu douloureuse
- Peu de cas d'événements post op sérieux
- Diminution de la durée d'hospitalisation
- Diminution des expositions (infiltration, sutures non ischémiantes, éviter HV et colpectomies, procédure plus rapide)
- Peu d'études comparatives
- De + en + de produits sans étude





Actualités prothèses

- Matériaux résorbables

Abandonnés actuellement

- Matériaux sur le marché :

  PP mono filaments tricotés

  Variations densité

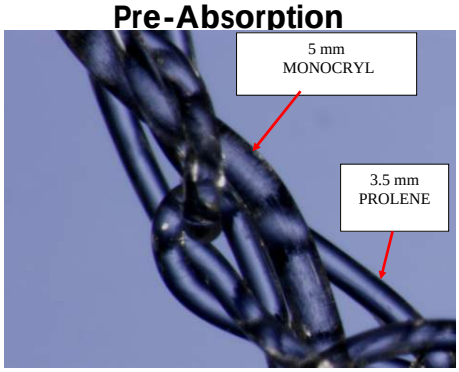
- Matériaux composites ? :

  Prolift +M

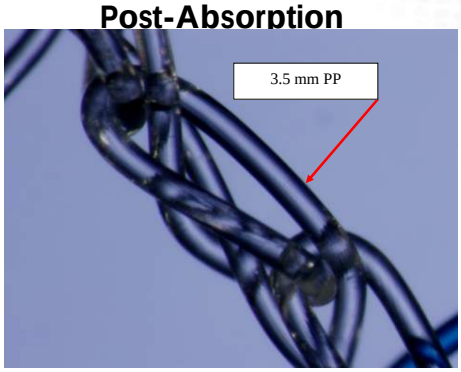
GYNECARE GYNEMESH M™ PS

GYNECARE GYNEMESH M™ : PROLENE* Polypropylene Suture & MONOCRYL* (poliglecaprone 25)

Pre-Absorption



Post-Absorption



Pre-Absorption:
- **57** g/cm² density
- **2.5** mm pore size

Flexibility:
- **454** g /cm lateral
- **139** g/cm longitudinal

Impact de dégradation
Augmente taille pore
Augmente Flexibilité
Diminution densité

Post Absorption:
- **28** g/cm² density
- **4.0** mm pore size

Flexibility:
- **179** g /cm lateral
- **18** g/cm longitudinal

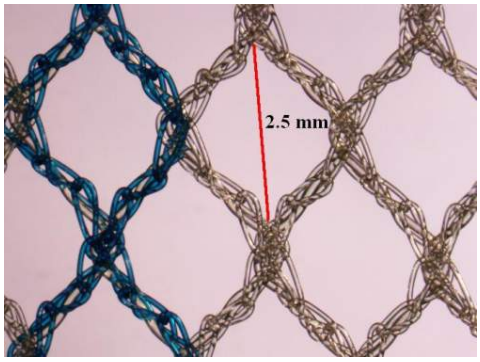
1. Cobb W et al. Textile Analysis of Heavy-weight, middle-weight and light-weight Polypropylene in Porcine Ventral Hernia Repair. Journal of Surgical Research. 2006, 136: 1-7.

Analyse des propriétés matériaux

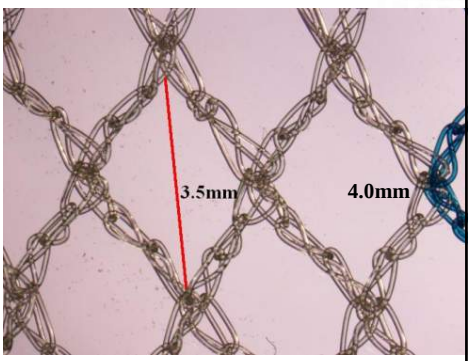
			ETHICON	ETHICON	ETHICON	AMS	AMS	BARD	BOSTON SCI.
Characteristic	Otherwise known as	Units	GYNEMESH™ PS	GYNEMESH M™ Pre-Absorption	GYNEMESH M™ Post Absorption	Apogee/ Intepro Lite	Perigee / Intepro Lite	Avaulta	Pinnacle/ Polyform
Area Weight	Lightness	g/m2	43 (n=10)	57 (n=10)	28 (n=10)	Arm 104 Body 26	Arm 104 Body 26	98 (n=5)	41 (n=10)
Largest Pore Size (n=5)	Tissue Integration	mm	2.4	2.5	4.0	Arm 1.3 Body 2.4	Arm 1.3 Body 2.4	1.5	1.5
Porosity	% air	%	66.5 (n=6)	68.3 (n=5)	72.3 (n=3)	68.1 (n=3)	68.1 (n=3)	46.2 (n=2)	61 (n=3)
Bending Stiffness-Body	Lateral Flexibility	mg-cm	106	454	179	24.2	19.6	663	278
	Longitudinal Flexibility		200 (n=10)	139 (n=10)	18 (n=5)	24.2	19.6	663 (n=5)	125 (n=5)

Data on file: ETHICON, INC.

Taille des pores avant et après cicatrisation



Non dégradée



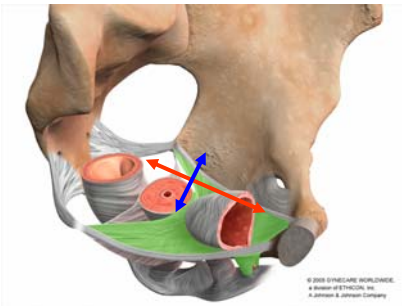
Dégradée

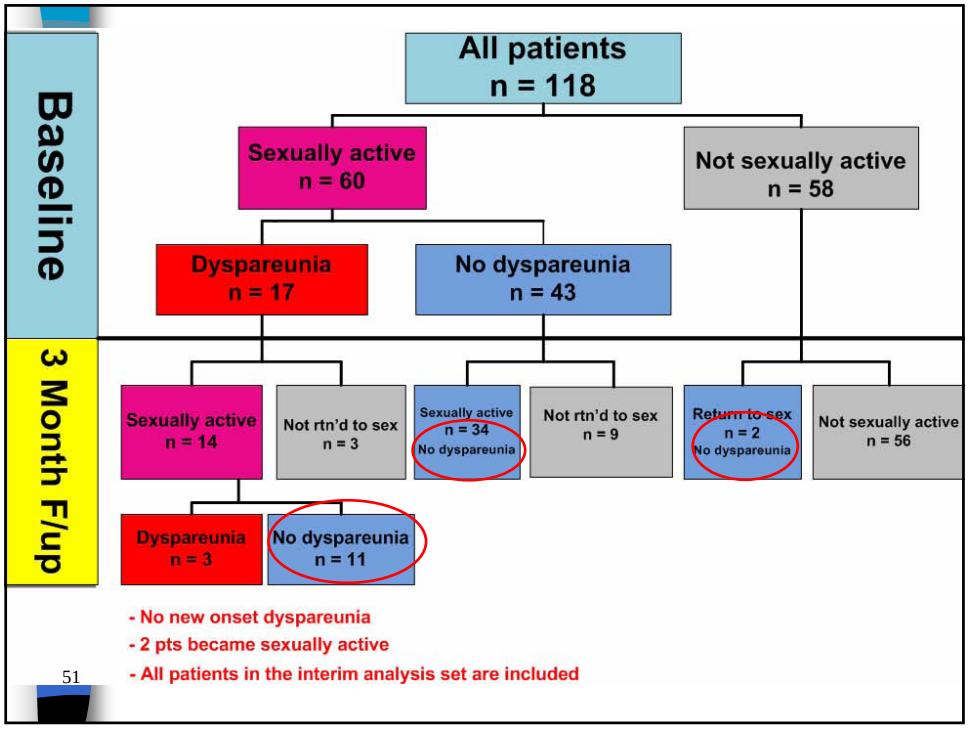
ETHICON Women's Health & Urology

Meilleure biocompatibilité avec le vagin et élasticité longitudinale

- Avantage concernant la force latérale, meilleur support
- Propriétés mécaniques permettant de retrouver l'élasticité physiologique du vagin

Resistance
Elongation





Les critères de sélection opératoire

- Le choix de la méthode
  - voie abdominale : jeunes femmes moins 50 ans
  - voie vaginale : plus de 60 ans
  - Techniques prothétiques voie basse : en évaluation risque de récidive élevé ou première intention ?
- Avantage voie basse
  - Cystocèle volumineuse, atcd chirurgie voie haute, obèses
  - anesthésie locorégionale