

Le prolapsus génital avec ou sans incontinence

Isabelle Girard, M.D., FRCSC
Obstétricienne-gynécologue
Urogynécologie et chirurgie de
reconstruction du plancher pelvien

1



Divulgation de conflits d'intérêts potentiels

(Principe de divulgation - «disclosure»)

*Afin de respecter les règles d'éthique en vigueur, je déclare que
je n'ai aucun conflit d'intérêt potentiel avec une société commerciale.*

Isabelle Girard, M.D.



Engagement moral

- Je m'engage auprès de l'auditoire à :
 - Lui signaler toute indication non approuvée;
 - Utiliser les noms génériques;
 - Utiliser les NNT, les NNH et les niveaux de preuves lorsqu'ils sont disponibles;
 - Indiquer les améliorations en valeur absolue (et non uniquement en valeur relative).



Objectifs

- Évaluer ses patientes, leur prescrire un traitement et savoir quand les référer au gynécologue.
- Identifier la place des pessaires et de la physiothérapie dans la prise en charge de ses patientes.
- Identifier les différentes options chirurgicales pour ce problème.



Plan

- Définition
- Terminologie
- Physiopathologie

- Évaluation
- Traitement



Définition

- Prolapsus :
 - Latin *prolapsus*, de *prolabi*, « glisser en avant »
 - Chute (ptôse) d'un organe, d'une partie d'un organe ou d'un tissu par suite du relâchement de ses moyens de fixation

Dictionnaire Larousse

- Prolapsus pelvien
 - Protrusion d'un ou plusieurs organes pelviens dans le canal vaginal ou à l'extérieur de celui-ci

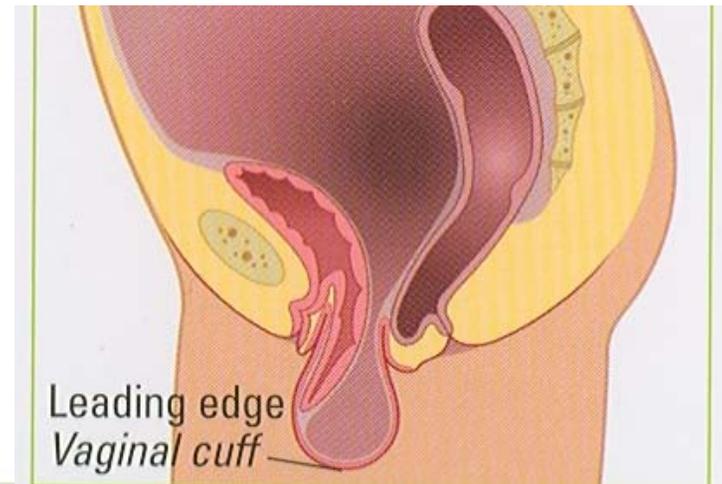
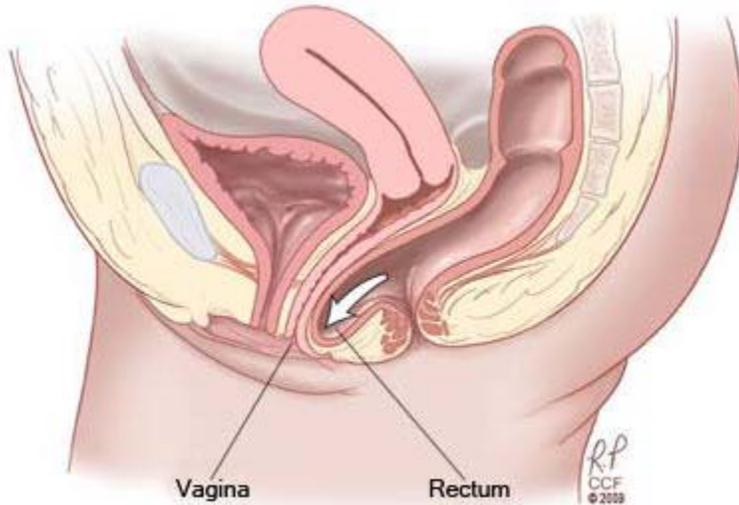
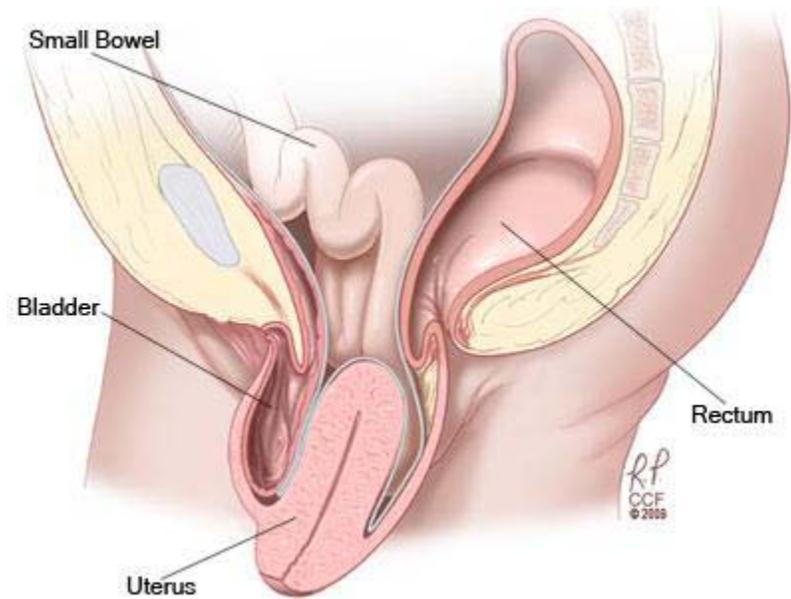
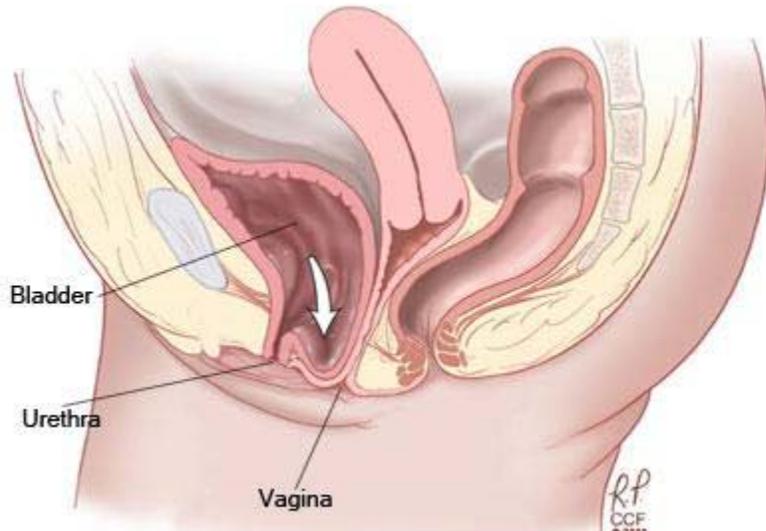
ACOG technical bulletin 214, 1995



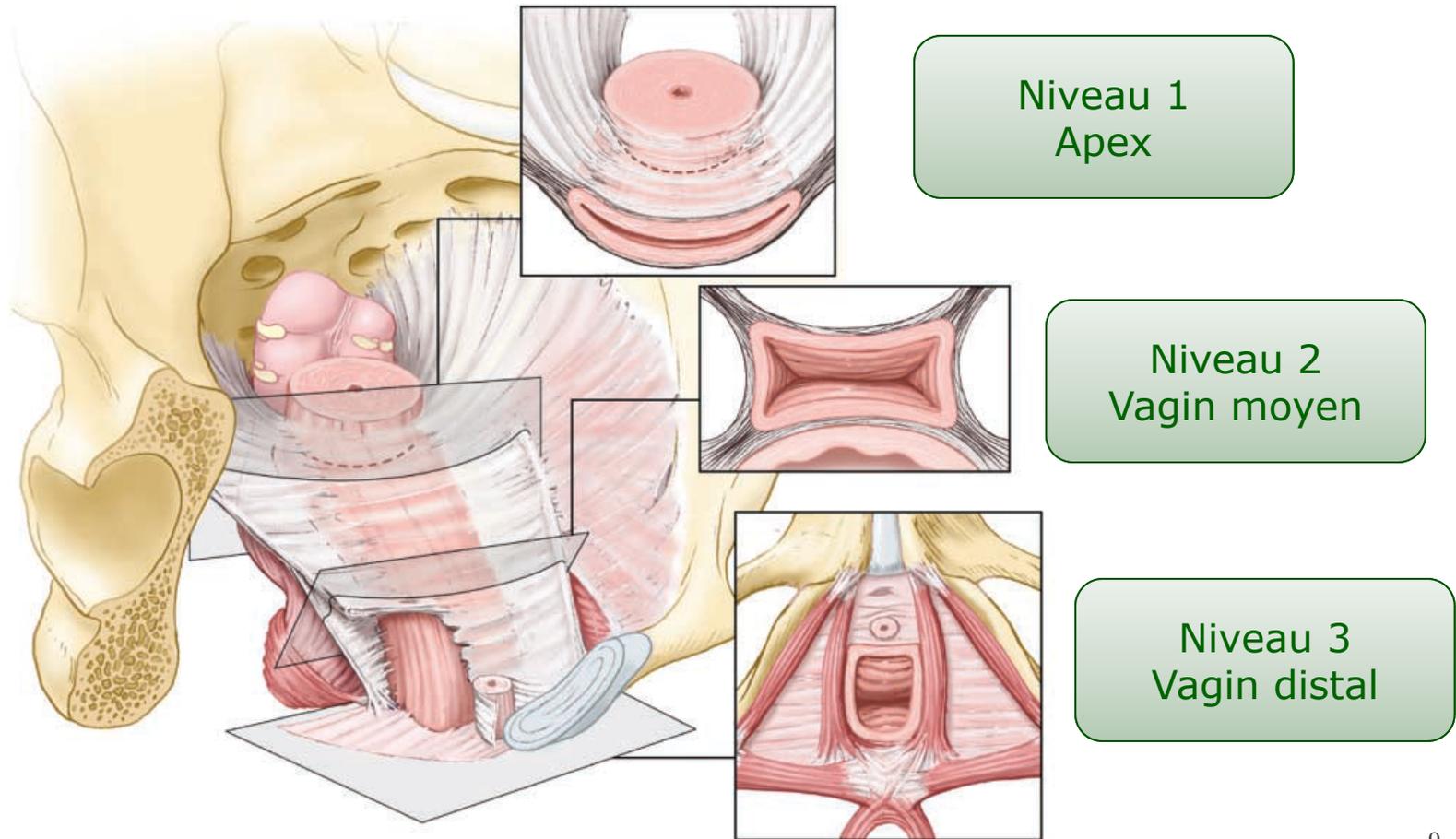
Question 1



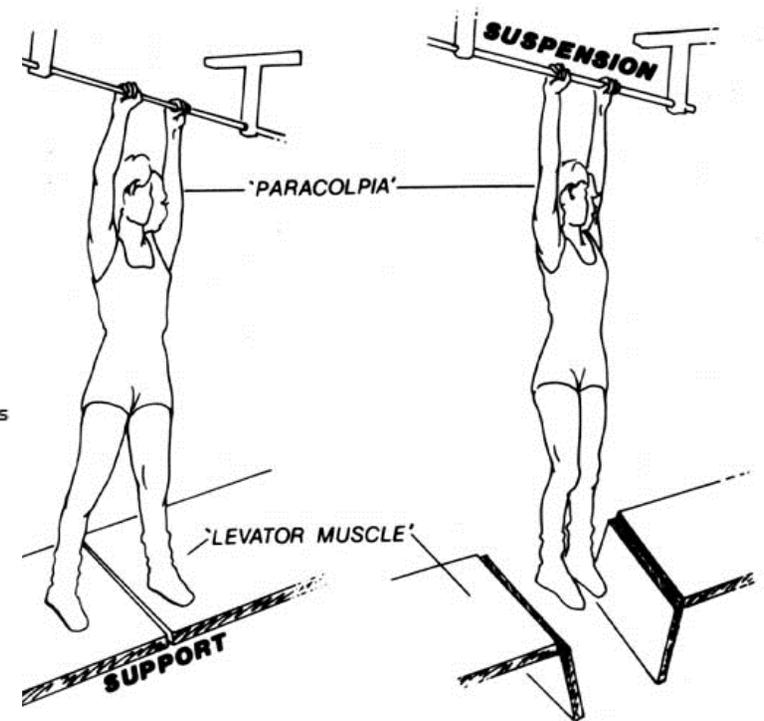
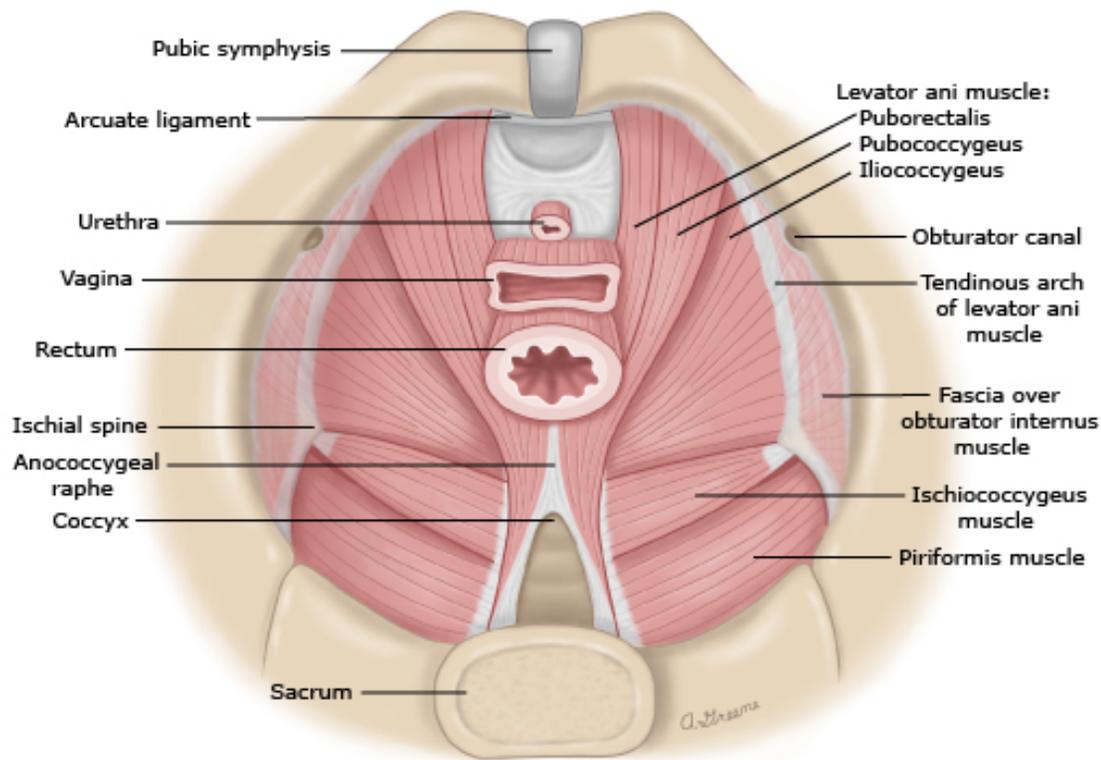
Terminologie



Niveaux de support pelvien DeLancey



Importance des releveurs de l'anus



Facteurs de risque

- Parité
- Vieillesse, atrophie
- Collagène
- Chirurgie pour prolapsus
- Hystérectomie
- Obésité
- Augmentation chronique de la p intra-abdominale
- Histoire familiale
- Ethnicité



Cas clinique

- Louise, 65 ans
- Examen annuel



Cas clinique

- Louise, 65 ans
- Examen annuel



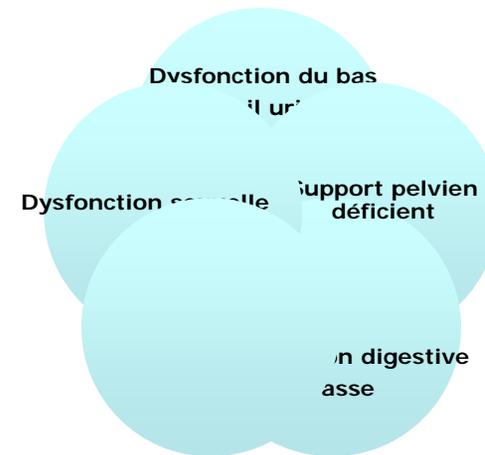
!!??



Évaluation

Quoi demander?

- Brève histoire gynécologique
 - Âge reproducteur vs ménopause
 - Parité
 - Chirurgies pelviennes antérieures
 - PAP test
- Comorbidités médicales
- Symptômes



Symptômes pelviens/vaginaux

- Probablement dû au prolapsus
 - Sensation de bosse vaginale*
 - Sensation que quelque chose sort du vagin*
- Possiblement dû au prolapsus
 - Irritation vaginale
 - Pesanteur, pression vaginale ou pelvienne
- Probablement pas dû au prolapsus
 - Saignement vaginal
 - Dyspareunie
 - Douleur pelvienne

15

Tan et al. Int Urogynecol J 2005

Ellerkman et al. Am J Obstet Gynecol 2001



Question 2



Symptômes urinaires

- Probablement dû au prolapsus
 - Réduction manuelle*
 - Symptômes urinaires obstructifs
- Possiblement dû au prolapsus
 - Cystite à répétition
 - Symptômes d'hyperactivité vésicale
- Pas dû au prolapsus
 - IUE
 - Hématurie

Tan et al. Int Urogynecol J 2005
Ellerkman et al. Am J Obstet Gynecol 2001



	IUE	IUU	IUM	IU par vidange incomplète
<u>Mécanisme présumé</u>	-Hypermobilité urétrale -ISI	-Hyperactivité détrusorienne		-Obstruction sous-vésicale -Hypocontractilité détrusorienne
<u>Description des épisodes</u>	Fuite lors de toux, éternuement ou activités	Besoin impérieux soudain ne permettant pas de se rendre aux toilettes		Fuite lente et continue
<u>Facteurs déclencheurs</u>	Toux, exercice physique, effort	Vessie pleine, stimuli sensoriels		Imprécis
<u>Fréquence des mictions</u>	Habituellement normale	Habituellement accrue		Variable
<u>Nycturie</u>	0-1	≥ 2		Variable, énurésie nocturne
<u>Volume de la fuite d'urine</u>	Petites quantités	Abondante		Variable Fuite continue



Symptômes digestifs bas

- Probablement dû au prolapsus
 - Digitation*
 - Sensation de vidange rectale incomplète
- Possiblement dû au prolapsus
 - Constipation
- Probablement pas dû au prolapsus
 - Incontinence anale

Tan et al. Int Urogynecol J 2005
Ellerkman et al. Am J Obstet Gynecol 2001



Évaluation

Quoi demander?

Le degré de
dysfonction
« viscérale » n'est
pas corrélé au
degré du défaut
anatomique

- Symptômes
 - Depuis combien de temps?
- Impact sur qualité de vie
 - Est-ce que ces symptômes vous dérangent?
 - Est-ce que ces symptômes vous empêchent de faire certaines choses?
- Attentes



Évaluation

L'examen physique en 5 minutes

- Position gynécologique puis debout PRN
- Regarder
 - Atrophie vulvovaginale?
 - Prolapsus au repos? Érosions?
 - Prolapsus maximal au valsalva*
- Examen au spéculum
- Test d'effort
- Toucher vaginal
- Toucher rectal



Évaluation

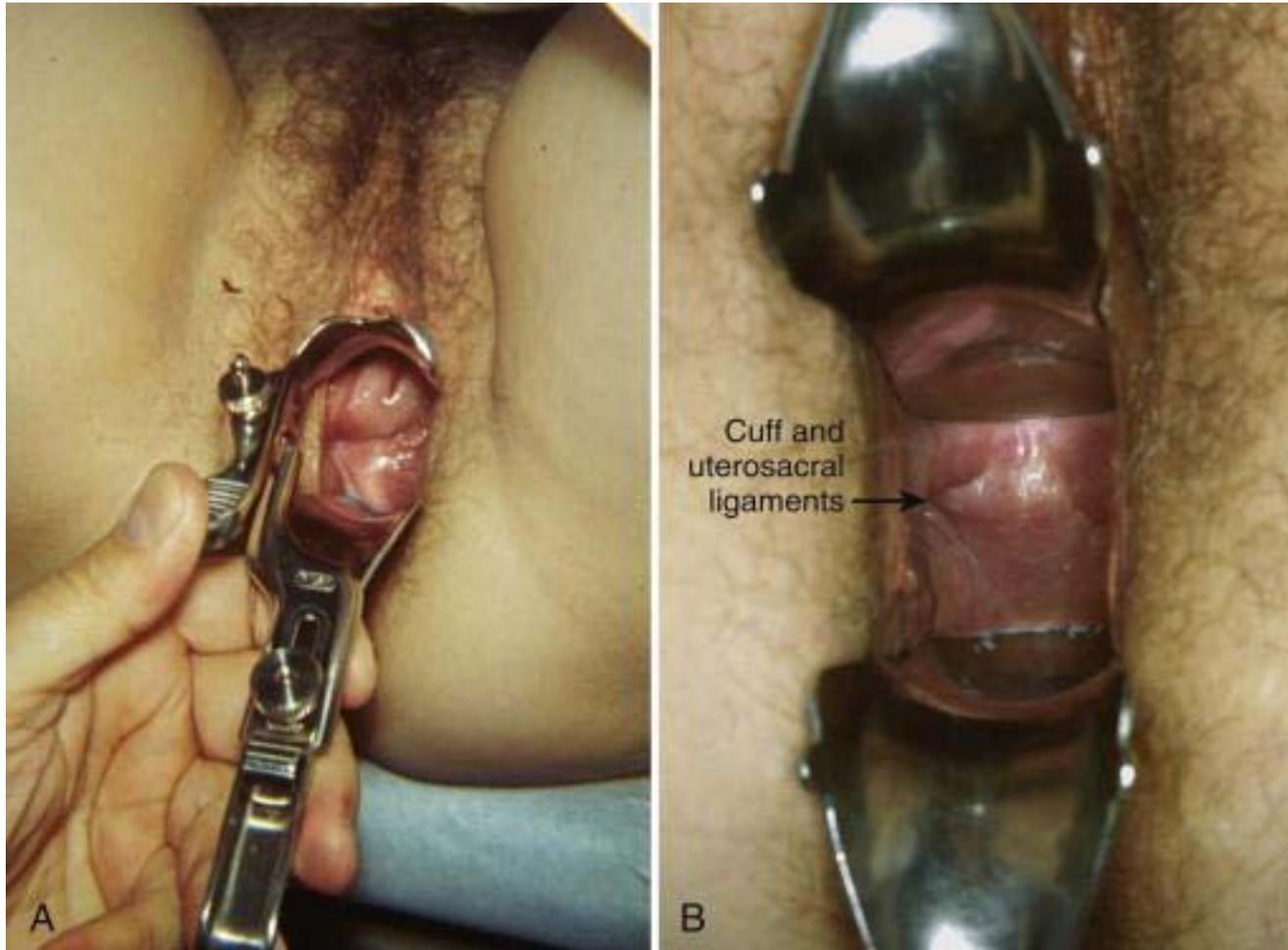
L'examen physique en 5 minutes

- Position gynécologique puis debout PRN
- Regarder
 - Atrophie vulvovaginale?
 - Prolapsus au repos? Érosions?
 - Prolapsus maximal au valsalva*
- Examen au spéculum
- Test d'effort
- Toucher vaginal
- Toucher rectal

Éliminer une pathologie pelvienne qui pourrait donner symptomatologie semblable



1: Compartiment apical



Souvent le plus difficile à évaluer
Col utérin ou voûte vaginale



1: Compartiment apical



1: Compartiment apical



Source: Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG: *Williams Gynecology, 2nd Edition*: www.accessmedicine.com
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.



2: Compartiment antérieur



Source: Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG: *Williams Gynecology*: <http://www.accessmedicine.com>

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.



Paroi vaginale antérieure



3: Compartiment postérieur



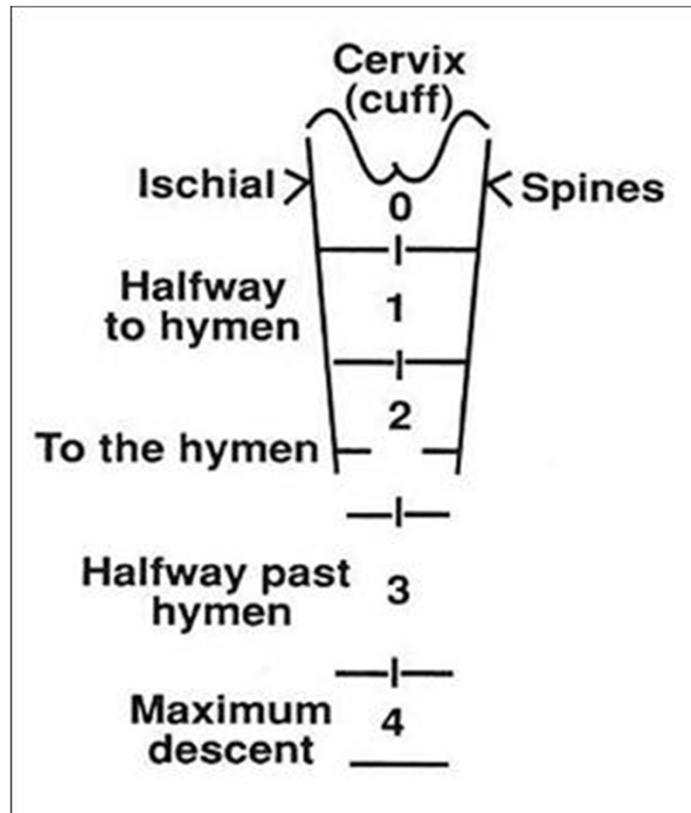
Source: Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG: *Williams Gynecology, 2nd Edition*; www.accessmedicine.com
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Paroi vaginale
postérieure

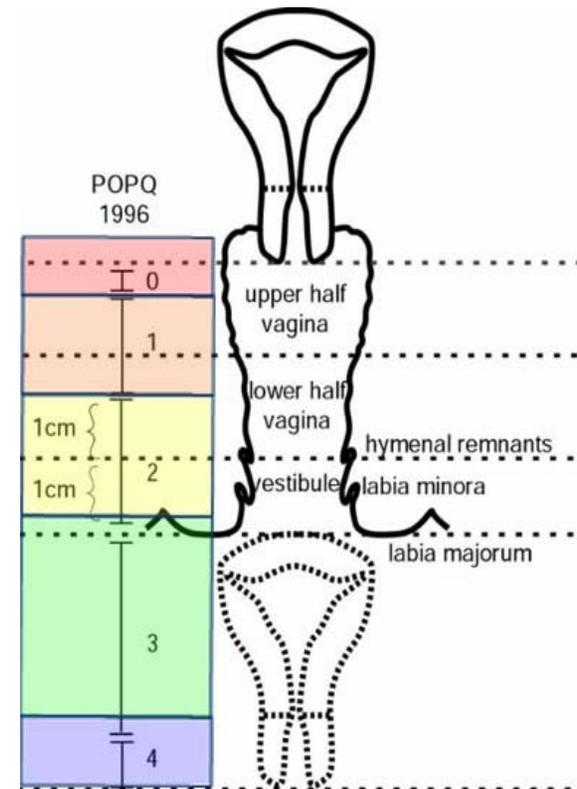


Quantification du prolapsus

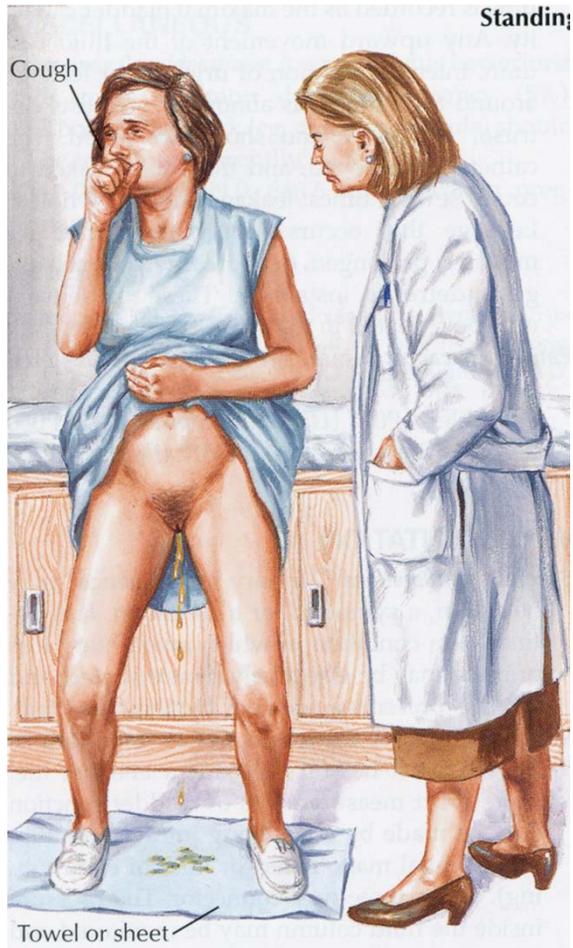
Baden-Walker



POP-Q



Test d'effort

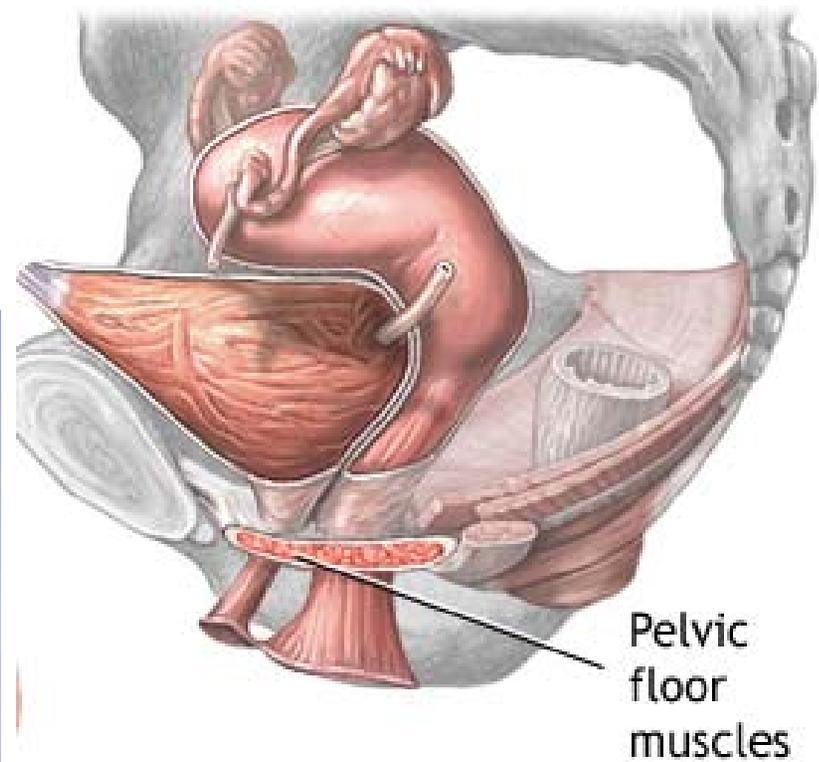
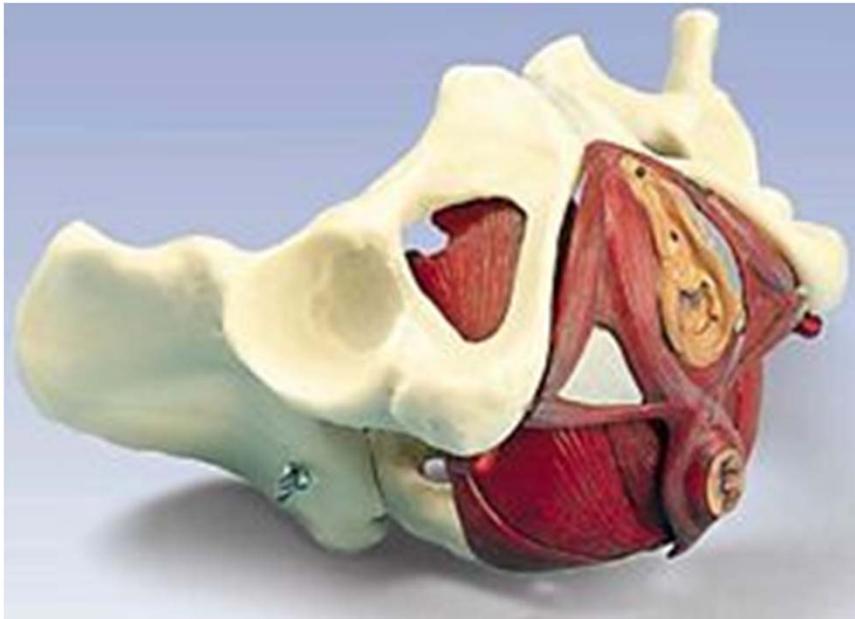


- Prolapsus et IUE coexistent fréquemment



Toucher vaginal

- Examen bimanuel
- Contraction du plancher pelvien



Principes de traitement

- D'abord, rassurer et informer
- Décision d'offrir un traitement ou non
 - Présence et sévérité des symptômes*
 - Sauf exceptions un traitement n'est généralement pas indiqué chez les patientes asymptomatiques



Modification des habitudes de vie

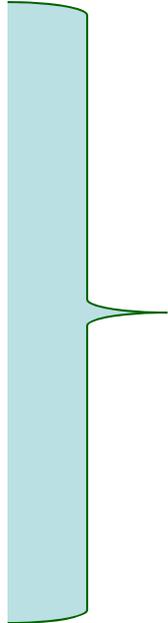
- Contrôler la constipation
 - Apport liquidien, exercice, diète, métamucil...
- Perdre du poids
- Éviter de soulever poids lourds
- Éviter exercices à impact élevé
- Contrôler toux chronique
 - Arrêter de fumer
 - Contrôler l'asthme...

Hagen et al. Obstet Gynecol & Reproductive medicine 2012



Options de traitement

- Observation
- Traitement conservateur
 - Physiothérapie
 - Pessaire
- Traitement chirurgical
- Autant les options de traitement conservateur que de traitement chirurgical doivent être offertes

- 
- Désir de fertilité
 - Préférences de la patiente
 - Compliance au suivi
 - Risque chirurgical



Patientes asymptomatiques

- Observation
- Modification des habitudes de vie
- Offrir un suivi*
- Maximiser fonction plancher pelvien
- Estrogènes vaginaux PRN



Observation

- Patiente asymptomatique ou peu symptomatique
- Patiente qui préfère éviter tout traitement
- Prudence : prolapsus antérieur ou apical important
 - Mesure du RPM
 - Échographie rénale
 - Créatinine sérique
- Contre-indiquée si
 - Obstruction urinaire
 - Obstruction digestive basse
 - Érosions réfractaires au traitement conservateur
 - Hydronéphrose
- Estrogènes vaginaux PRN
- Réévaluer périodiquement*



Physiothérapie périnéale

- Bénéfices
 - Réduire les symptômes de prolapsus
 - Améliorer le stade du prolapsus
 - Chez patientes avec prolapsus \leq hymen

Braekken et al AJOG 2010

Hagen et al Cochrane Database Syst Rev 2011

Hagen et al abstract # 129 ICS 2011

- Prévenir/ralentir la progression
- Traitement efficace de l'IU
- Patiente avec prolapsus, surtout si \leq hymen
- Patiente avec IU associée

36



Quand référer?

- Prolapsus symptomatique qui affecte la qualité de vie
- Présence d'érosions ou d'ulcérations sur le prolapsus
- Difficultés mictionnelles importantes
- Difficultés défécatoires importantes
- Cystite à répétition
- ...

37



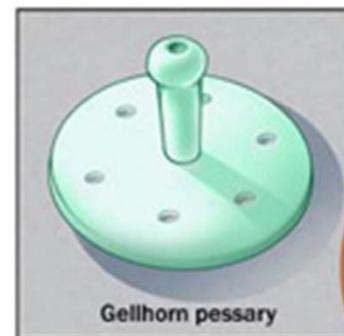
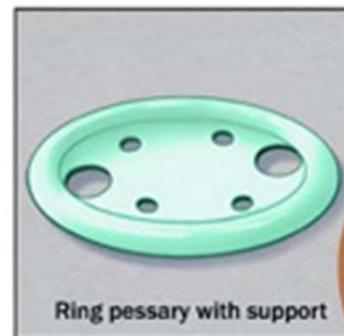
Lorsque vous référez

- Débutez estrogènes vaginaux chez les patientes ménopausées en l'absence de contre-indication



Pessaires

- Patiente symptomatique
 - qui est une pauvre candidate chirurgicale
 - qui n'a pas complété sa famille
 - qui préfère un traitement non chirurgical
 - qui souhaite un soulagement en attendant la chirurgie
- Counselling & encouragements favorisent acceptation
- Essai réussi chez 80 % des patientes



Pessaires

Pessaires de support

Pessaires qui occupent de l'espace



Peut aussi traiter IUE
au besoin



Pessaires

Effets indésirables

- Expulsion
- Inconfort
- IUE de novo
- Saignement vaginal
- Érosions vaginales
- Leucorrhée malodorante
- Difficulté évacuation de selles

Mise à jour technique SOGC 2013

Effets bénéfiques

- Soulagement de la protrusion de tissu
- Amélioration des symptômes urinaires, digestifs et sexuels associés
- Amélioration de la QoL
 - Comparable à une chirurgie

Abdool et al. Int Urogynecol J 2011



Pessaires

- Avantages
 - Non invasif
 - Complètement réversible
 - Soulagement immédiat des symptômes
 - Sécuritaire avec suivi adéquat
 - Satisfaction élevée (II-2)
 - Rapport coût-efficacité
- Désavantages
 - Entretien et suivi
 - Peut interférer lors des relations sexuelles

Mise à jour technique SOGC 2013

UptoDate

Hullfish et al. Int Urogynecol J 2011

42



Traitement chirurgical

- Patiente chez qui le traitement conservateur a échoué
- Patiente qui refuse le traitement conservateur
- Patiente qui n'a plus de désir de fertilité
- Buts
 - Soulager les symptômes
 - Maintenir ou améliorer fonction urinaire et digestive
 - Préserver la fonction sexuelle*
 - ... le tout de façon durable
 - ... et avec le moins de complications possible

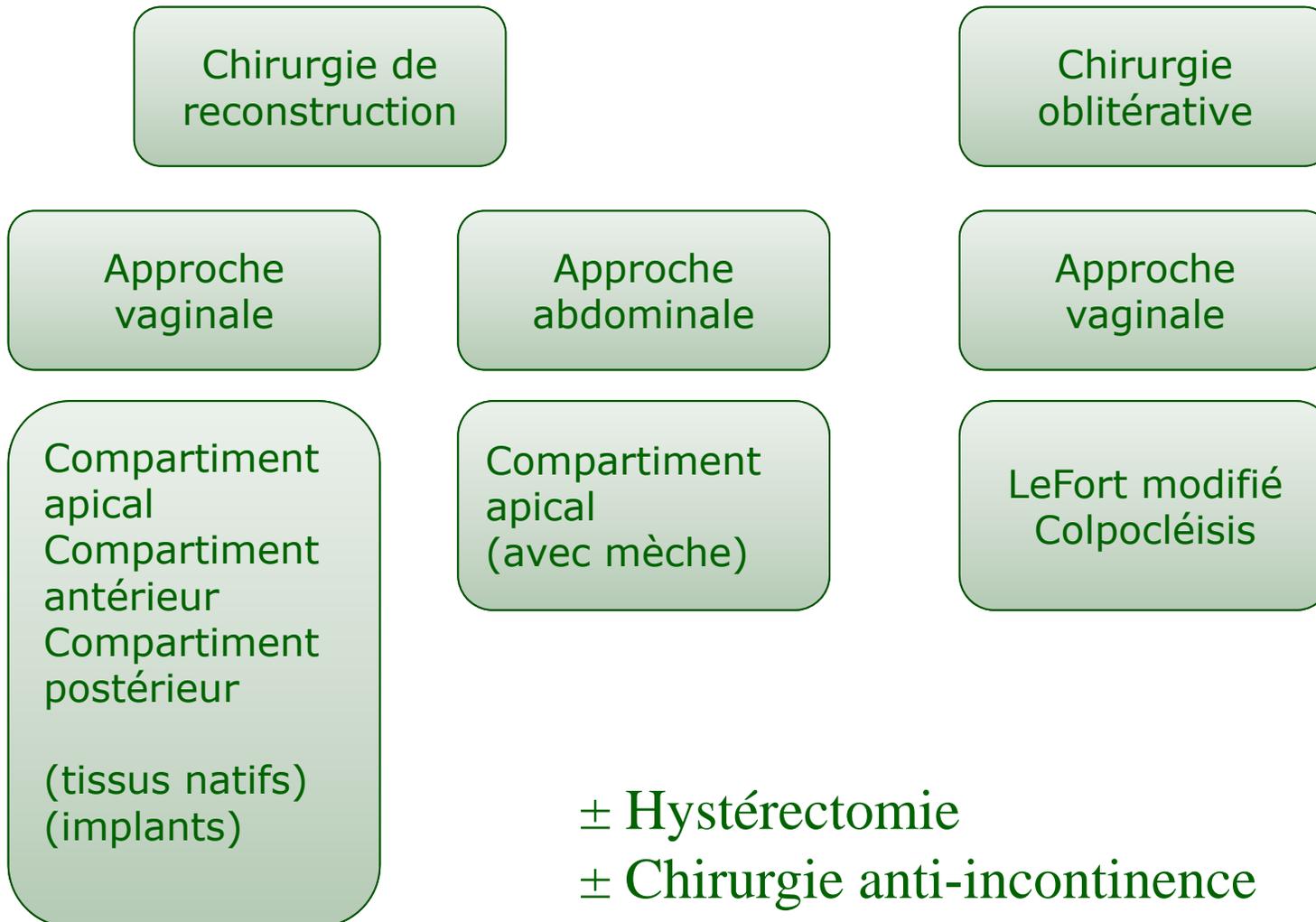
43



Question 3



Traitement chirurgical



Traitement chirurgical



Chirurgie
oblitérative

Approche
vaginale

LeFort modifié
Colpocléisis

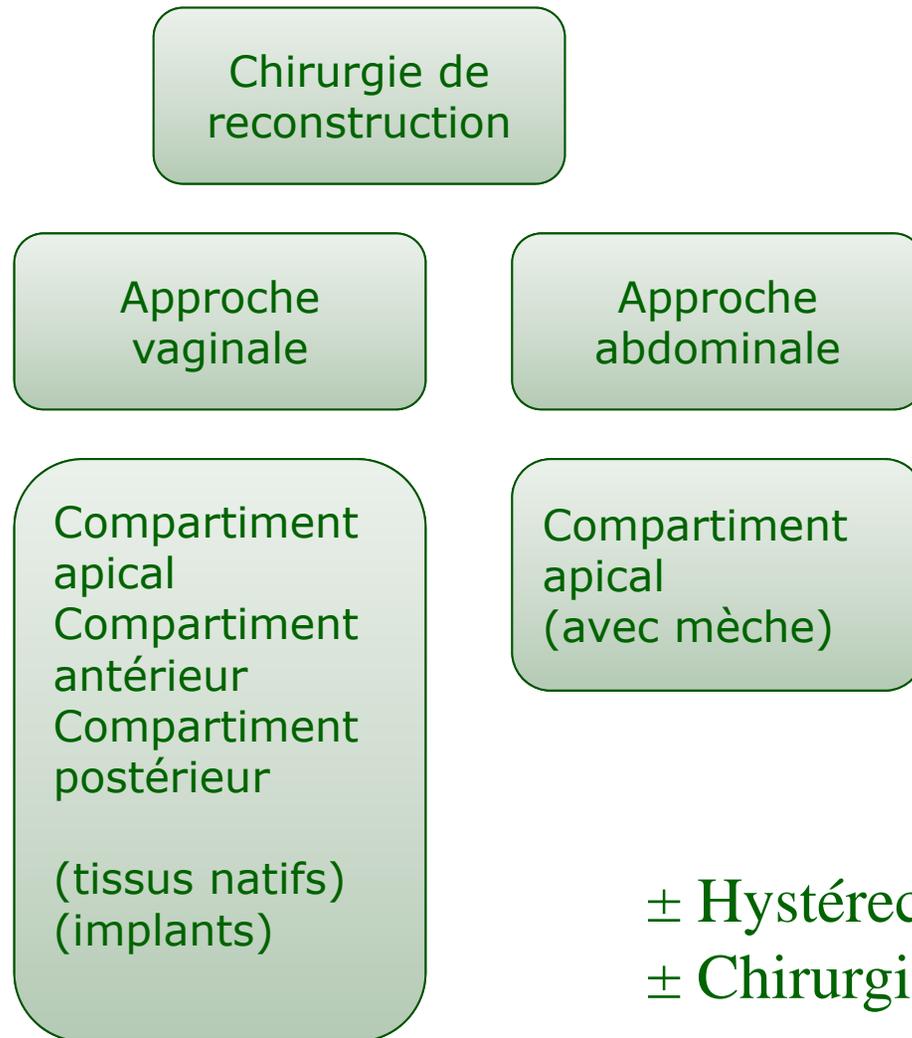
- ↓↓ Récidives (succès > 90%)
- ↓ Morbidité périopératoire
- ↓ Temps opératoire
- Très peu de douleur postop



46



Traitement chirurgical



- Combinaison de procédures souvent nécessaire

± Hystérectomie
± Chirurgie anti-incontinence



Traitement chirurgical

« Gold Standard »

Chirurgie de reconstruction

Approche abdominale

Compartiment apical

Colposacropexie
avec mèche synthétique:
Succès 90%



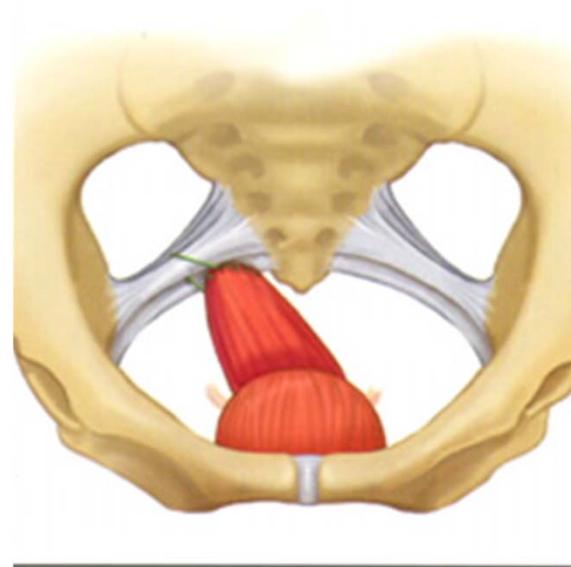
Traitement chirurgical

Chirurgie de reconstruction

Approche vaginale

Compartiment apical

Suspension sacroépineuse**
Suspension haute des utéro-sacrés*
Suspension ilio-coccygienne
Réparation vaginale avec kits de mèche
(mèches)



Traitement chirurgical

Chirurgie de reconstruction

Approche vaginale

Compartiment apical

Réparation vaginale avec kits de mèche

Succès objectif à court terme 87-95%
Complications 7-18%
érosion
dyspareunie



Feiner et al. BJOG 2008

Maher et al. Cochrane Database of Systematic Review 2013

50



Traitement chirurgical

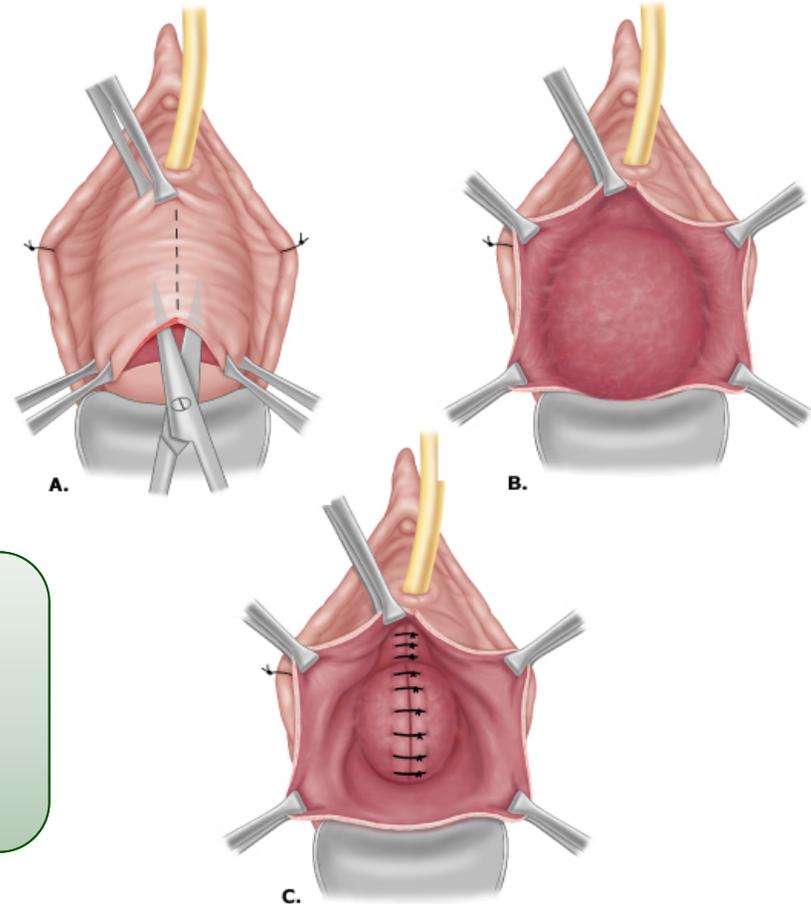
Chirurgie de reconstruction

Approche vaginale

Compartiment antérieur

Tissus natifs

Colporraphie antérieure:
40-60% succès



Weber et al. Am J Obstet Gynecol 2001
Sand et al. Am J Obstet Gynecol 2001
Altman et al. NEJM 2011



Traitement chirurgical

Chirurgie de reconstruction

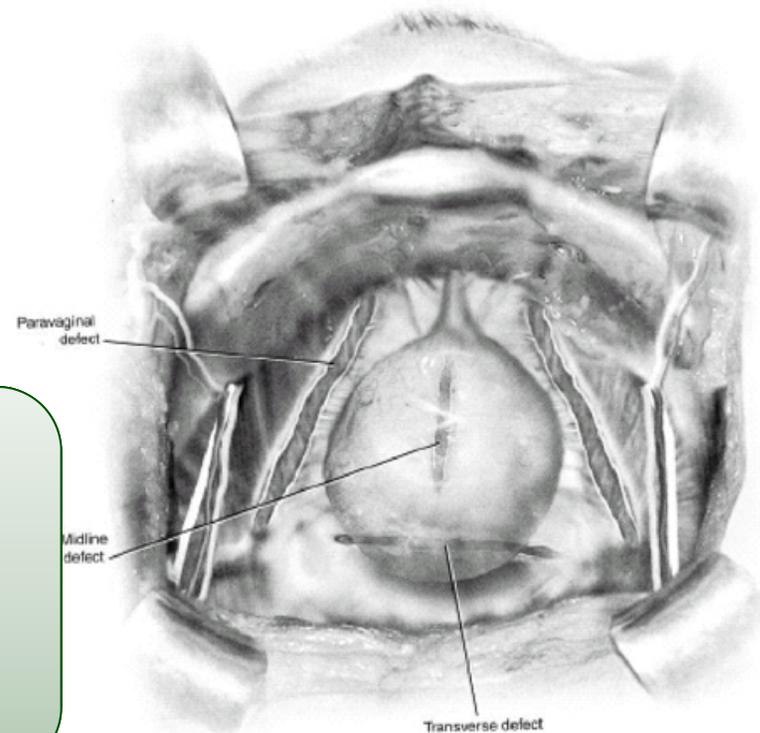
Approche vaginale

Compartiment antérieur

Tissus natifs

Réparation paravaginale:
67-100% succès

complications



Mallipeddi et al. Int Urogynecol J 2001
Young et al. Am J Obstet Gynecol 2001



Traitement chirurgical

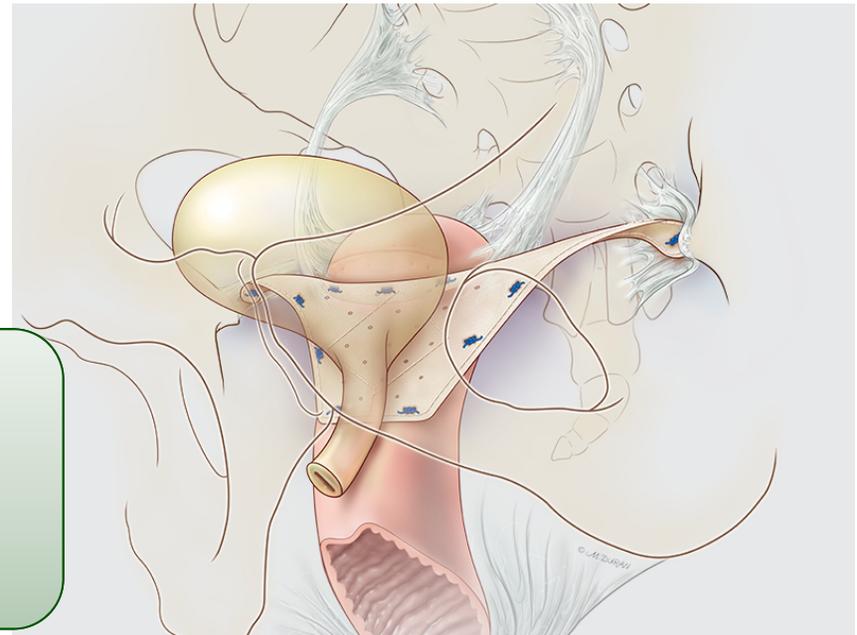
Chirurgie de reconstruction

Approche vaginale

Compartiment antérieur

Greffes biologiques

- ↓ récidives
- Succès subjectif idem
- QoL idem



Maher et al. Cochrane Database of Systematic Review 2013



Traitement chirurgical

Chirurgie de reconstruction

Approche vaginale

Compartiment antérieur

Mèches synthétiques permanentes

- ↑ succès anatomique
- ↓ récurrences
- ↑ succès subjectif
- QoL idem

- ↑ temps opératoire
- ↑ PS
- ↑ Prolapsus de novo compartiments non traités
- ↑ IUE de novo
- Complications mèches



Maher et al. Cochrane Database of Systematic Review 2013



Traitement chirurgical

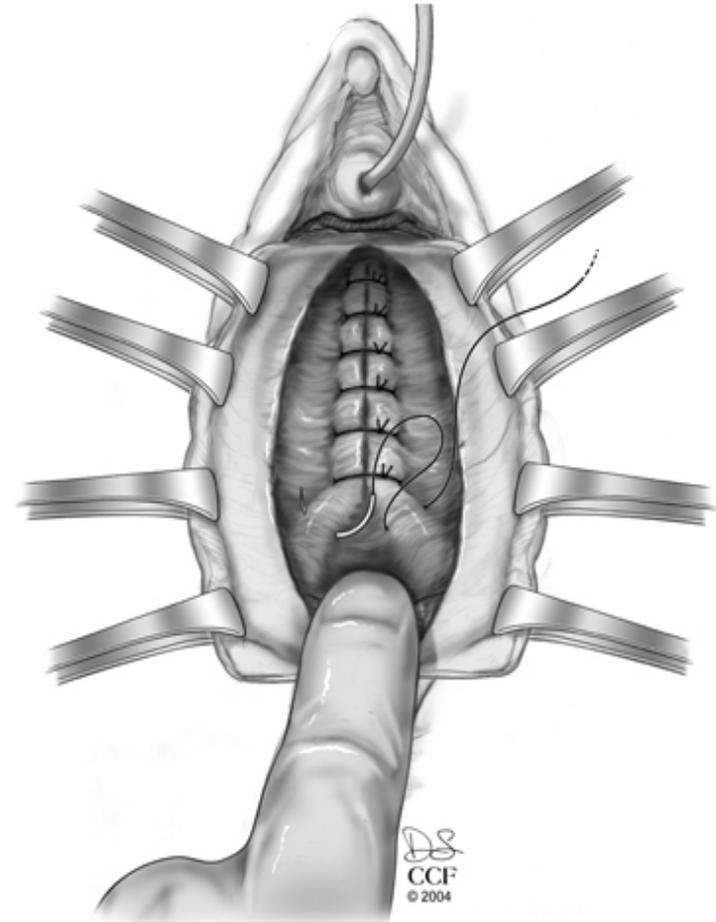
Chirurgie de reconstruction

Approche vaginale

Compartiment postérieur

Tissus natifs

Colporraphie postérieure:
76-96% de succès



Walters, M; Karram, M. *Urogynecology and reconstructive pelvic surgery, third edition*
UptoDate

55



Traitement chirurgical

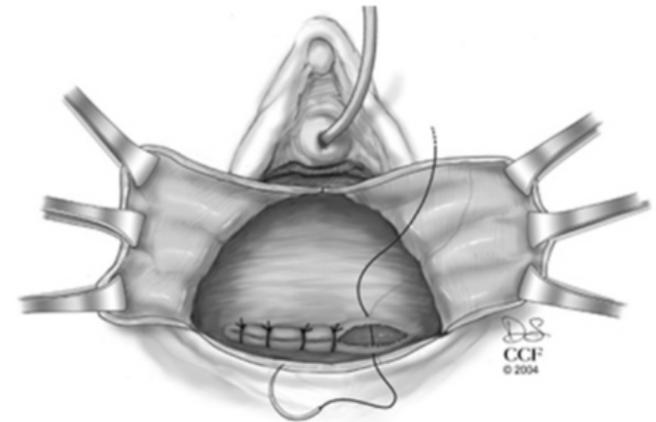
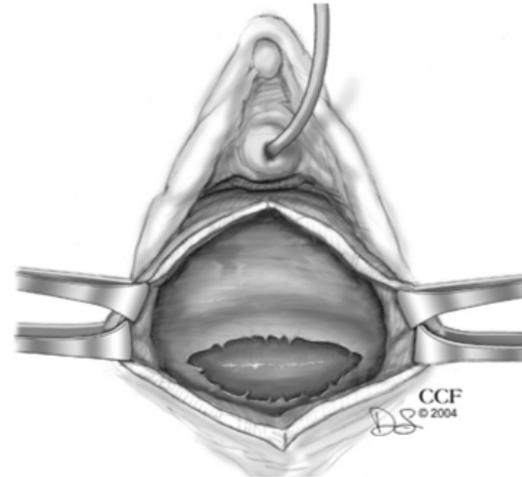
Chirurgie de reconstruction

Approche vaginale

Compartiment postérieur

Tissus natifs

Réparation site spécifique:
56-100% succès



Walters, M; Karram, M. *Urogynecology and reconstructive pelvic surgery, third edition*
UptoDate

56



Traitement chirurgical

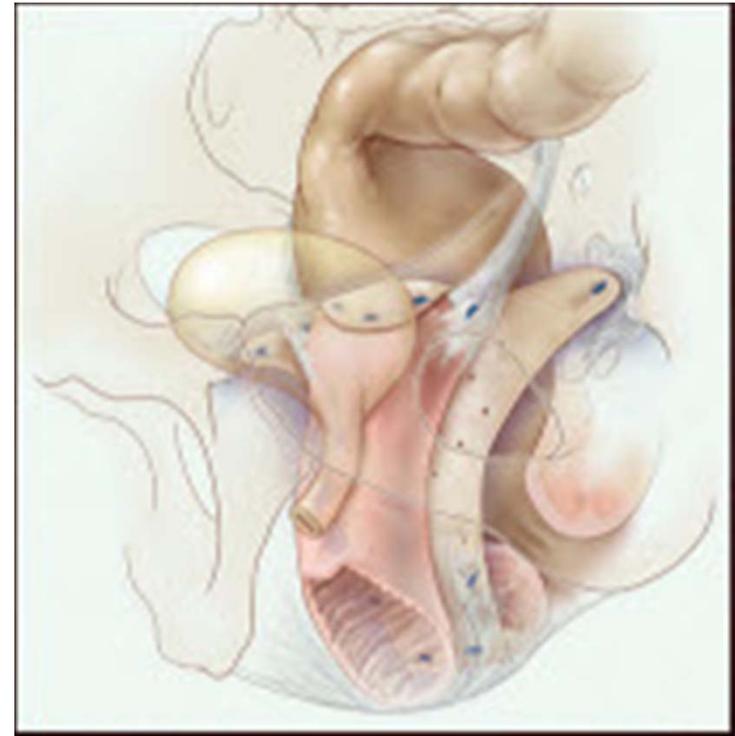
Chirurgie de reconstruction

Approche vaginale

Compartiment postérieur

Greffes biologiques

↑ récurrences



Paraiso et al. Am J Obstet Gynecol 2006
Sung et al. Obstet Gynecol 2012

57



Traitement chirurgical

Chirurgie de reconstruction

Approche vaginale

Compartiment postérieur

Mèches synthétiques permanentes

78-100% succès



Traitement chirurgical

Chirurgie de reconstruction

Approche vaginale

Réparation vaginale totale avec kits de mèche

Peu ERC...

- ↑ Succès objectif
- Succès subjectif idem
- QoL idem

- 18% érosion
- ↑ réopération

Maher et al. Cochrane Database of Systematic Review 2013



Traitement chirurgical

Approche vaginale

- Avantages :
 - Récupération plus facile
- Désavantages
 - Récidives ($\geq 30\%$)
 - Vagin plus court
 - Dyspareunie
- Implants (mèches et greffes biologiques):
 - ↻ ↑ succès pour le compartiment antérieur
 - controversé

Approche abdominale

- Avantages :
 - Efficacité supérieure (90 %)
 - Longueur vaginale préservée
 - Axe vaginal préservé
- Désavantages
 - Récupération plus longue
- Avec mèche



Traitement chirurgical

Chirurgie de reconstruction

Chirurgie oblitérative

Approche vaginale

Approche abdominale

Approche vaginale

Compartiment apical
Compartiment antérieur
Compartiment postérieur

(tissus natifs)
(implants)

Compartiment apical
(avec mèche)

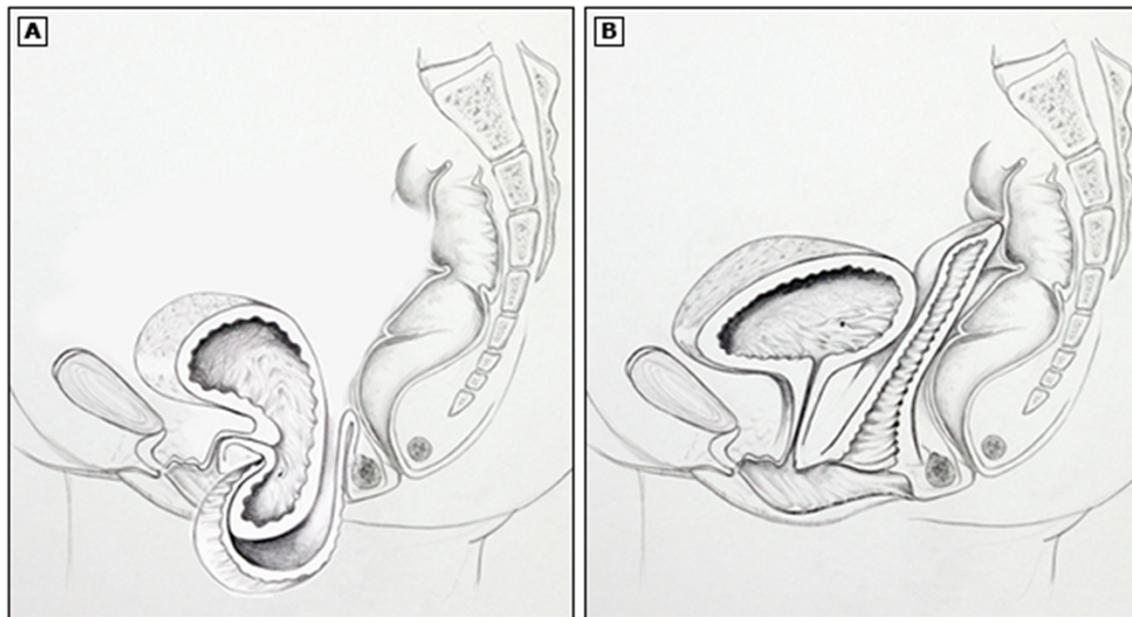
LeFort modifié
Colpocléisis

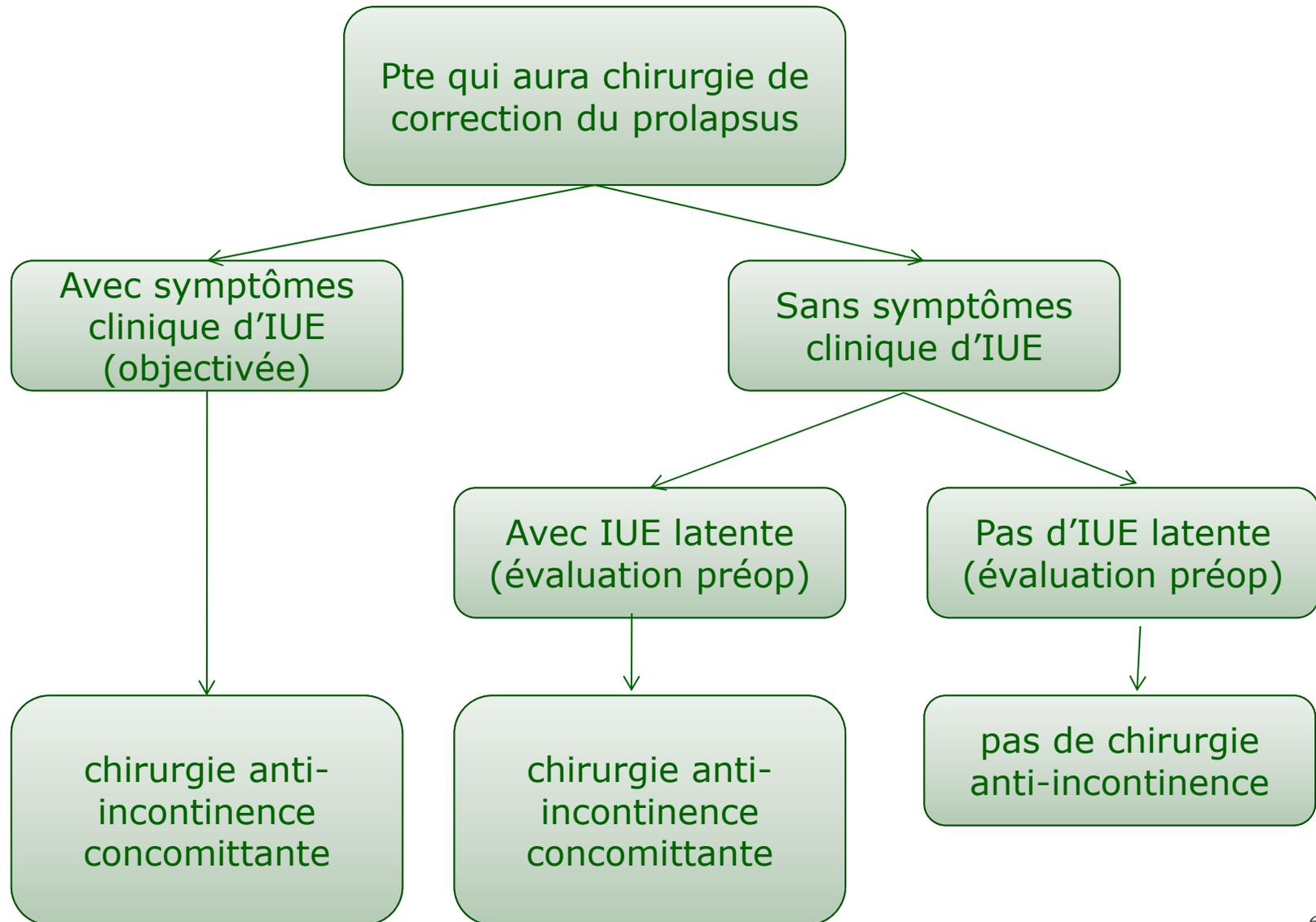
± Chirurgie anti-incontinence



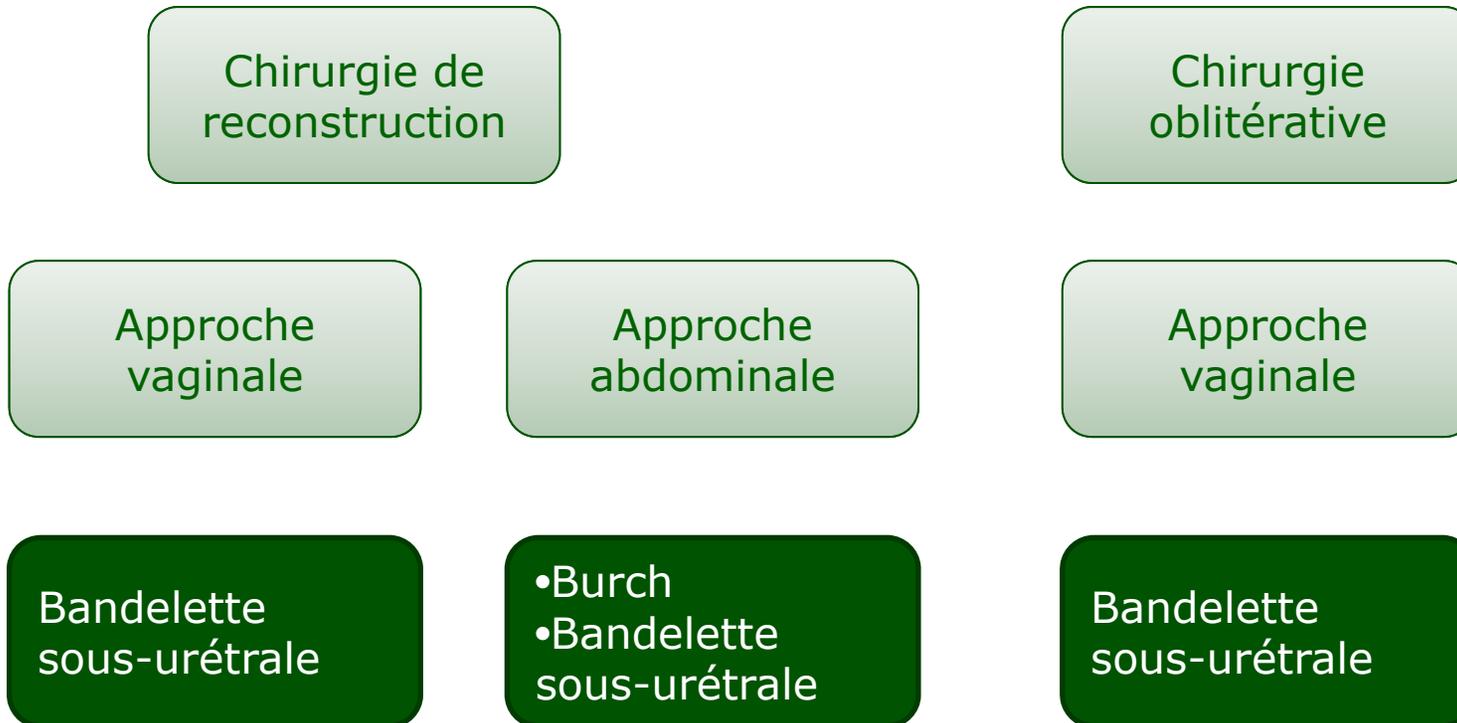
Présentation clinique

- Femmes avec prolapsus symptomatique et IUE symptomatique
- Femmes avec prolapsus symptomatique sans IUE symptomatique : IUE latente?

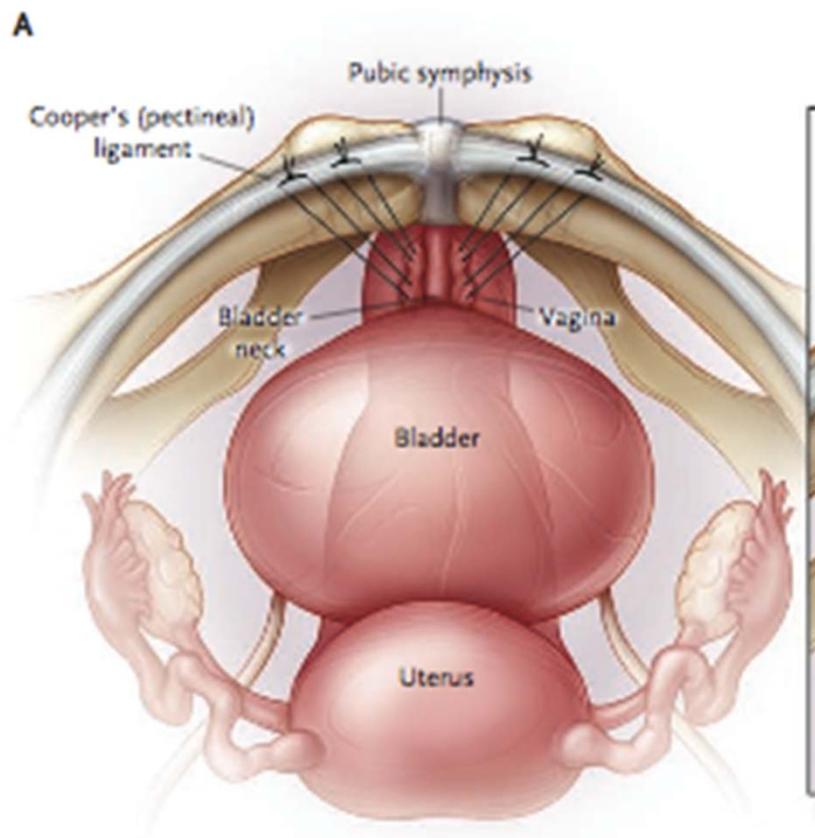




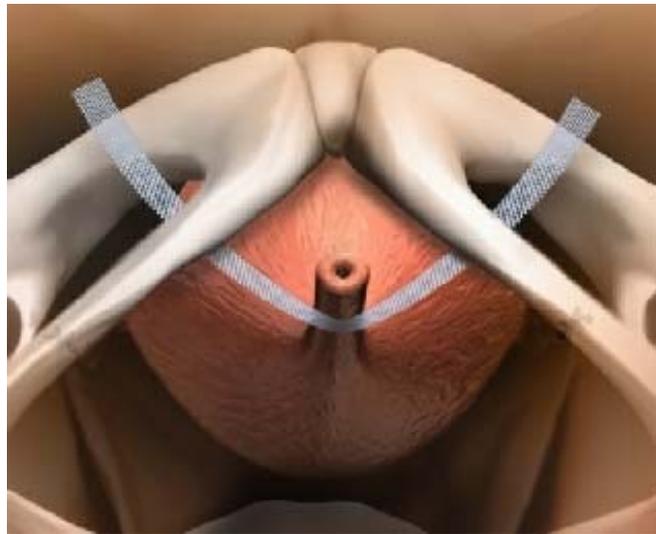
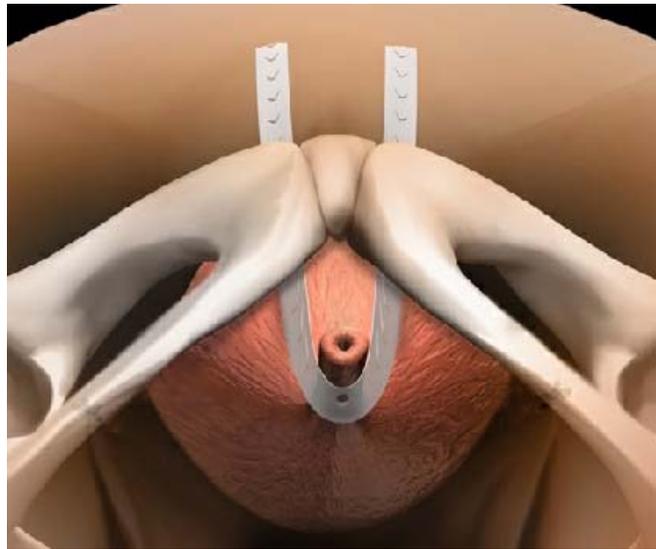
Traitement chirurgical



Burch



TVT



65

TOT



Complications mèches insérées par voie vaginale

- Plus fréquentes
 - Érosions vaginales (5-19 %)
 - Dyspareunie de novo (8-30 %)
- Moins fréquentes
 - Erosion vessie/rectum
 - Douleurs chroniques (0-10 %)
 - Pelvis, vagin, fesse, membre inférieur
 - Racourcissement du vagin

ACOG Committee Opinion 2011



Érosions vaginales

- Peuvent survenir des années après la chirurgie
- Importance des estrogènes locaux
- Symptômes suggestifs
 - Leucorrhée
 - Saignements
 - Dyspareunie



Diagnostic: visualisation,
palpation

Traitement: estrogènes
locaux, exérèse chirurgicale

67



Quand référer...

- Suspicion de complication liées à l'insertion de matériel synthétique (incluant les sutures)



Messages clés

- Environ 50 % des femmes ont un certain degré de prolapsus à l'examen physique
 - La vaste majorité sont asymptomatiques
- À l'exception de la sensation de masse vaginale, aucun symptôme n'est spécifique au prolapsus pelvien.
- Sauf exception, l'observation est privilégiée chez les patientes asymptomatiques

69



Messages clés

- La physiothérapie périnéale améliore les symptômes de prolapsus et est un traitement efficace de l'IU.
- L'utilisation d'un pessaire devrait être considéré chez toutes les femmes avec prolapsus symptomatique et ou IUE (II-1A).
- Le traitement chirurgical du prolapsus pelvien peut être adapté selon la situation
 - mais il ne peut pas être considéré comme définitif



Merci de votre attention

