



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

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, sage-femmes.
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 2009 à 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	L'argumentaire et la synthèse 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 –

Sommaire

Préambule	6
1. Évaluation initiale d'un prolapsus génital	8
1.1. Principaux symptômes associés au prolapsus génital	8
1.2. Examen clinique initial	8
1.3. Principaux facteurs de risque et/ou aggravants d'un prolapsus génital	9
1.4. Informations à transmettre à la patiente	10
1.5. Examens complémentaires en première intention à visée diagnostique	11
1.6. Types de prolapsus génital nécessitant un traitement	11
2. Prise en charge conservatrice (non chirurgicale)	12
2.1. Mesures hygiéno-diététiques	12
2.2. Place du pessaire : modalités et surveillance	12
2.3. Prise en charge rééducative du prolapsus génital	13
2.4. Autres mesures conservatrices (laser/radiofréquence, hormonothérapie, etc.)	14
3. Bilan clinique et paraclinique préchirurgical	15
3.1. Classifications des prolapsus	15
3.2. Examens complémentaires préchirurgie	15
3.3. Examens dynamiques	16
3.4. Indications de la prise de décision en concertation par une équipe pluridisciplinaire	17
4. Indications de la prise en charge chirurgicale	18
4.1. Critères d'éligibilité à la chirurgie	18
4.2. Place de l'hystérectomie	18
4.3. Critères de choix de la technique chirurgicale, voie d'abord vaginale et voie haute	18
4.3.1. Voie vaginale autologue	18
4.3.2. Colpocléisis	19
4.3.3. Voie haute, promontofixation avec prothèse synthétique	19
4.3.4. Voie vaginale avec prothèse synthétique	20
4.3.5. Voie vaginale avec prothèse biologique	20
4.3.6. Orientations pour le choix de la technique chirurgicale pour un prolapsus génital non récidivé	20
4.4. Orientations pour la stratégie chirurgicale en cas d'incontinence urinaire préopératoire patente ou masquée	20
4.5. Informations à transmettre à la patiente en préopératoire	21
4.6. Prise en charge du prolapsus pour les patientes en âge de procréer	21
5. Modalités de surveillance des patientes en postchirurgie	22
5.1. Consultation postopératoire systématique	22

5.2. Mesures pour améliorer le pronostic postchirurgical	22
Table des annexes	23
Participants	35
Abréviations et acronymes	38

Préambule

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.

À la suite d'un arrêté ministériel du 22 février 2019, l'ensemble des implants de renfort pelvien sont évalués afin d'obtenir une autorisation de prise en charge au titre des prestations d'hospitalisation et d'utilisation par les établissements de santé.

À ce jour, tous les implants pour le traitement du prolapsus par voie basse soumis à cette évaluation ont fait l'objet d'un avis défavorable. Concernant les implants pour le traitement chirurgical du prolapsus par voie haute, l'évaluation est en cours.

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.

Cette recommandation sera complétée par une recommandation de bonne pratique sur la prise en charge des complications chirurgicales avec prothèse.

La HAS recommande une adaptation de la classification commune des actes médicaux (CCAM) à la pratique actuelle de ces actes chirurgicaux.

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 ou professionnels de premier recours (médecin généraliste, gériatre, gynécologue médical, sage-femme) ainsi qu'aux professionnels de santé participant à la prise en charge (masseur-kinésithérapeute, infirmière...).

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

Définitions

Prolapsus génital

Le prolapsus génital de la femme peut se définir comme une hernie dans la cavité vaginale (colpocèle) dans laquelle s'engagent un ou plusieurs éléments du contenu pelvien. Les organes des trois compartiments du pelvis peuvent être concernés :

- en avant, colpocèle antérieure (dite cystocèle car contient la vessie) ;
- compartiment moyen ou apical : l'utérus (hystéroptose) ou le fond vaginal (prolapsus du fond vaginal) si la patiente a eu une ablation de l'utérus ;
- en arrière, colpocèle postérieure qui peut contenir le rectum (rectocèle) ou le cul-de-sac péritonéal (élytrocèle) avec le contenu abdominal (intestin, épiploon).

Prolapsus rectal

Le prolapsus rectal est à différencier de la rectocèle : il correspond à l'extériorisation d'une partie du rectum par l'orifice anal.

Syndrome d'hyperactivité vésicale

L'hyperactivité vésicale (HAV) est un syndrome clinique dont le symptôme principal est l'urgenterie, habituellement associé à une pollakiurie, des fuites sur impériosité, une nycturie.

Dysurie

Difficulté à vider la vessie au cours de la miction ou nécessité de pousser, de faire des ajustements posturaux.

Syndrome d'obstruction défécatoire ou dyschésie

Une dyschésie, appelée encore constipation terminale, est une difficulté à l'évacuation des selles. On la différencie de la constipation de transit qui est un trouble de la progression des selles dans le côlon, entraînant des selles rares.

Dispositif pessaire

Le pessaire est un dispositif introduit dans le vagin en vue de réduire un prolapsus et de soulager les symptômes associés.

Promontofixation

Cette technique chirurgicale consiste à fixer une ou deux prothèses non résorbables sur le vagin en avant et sur les releveurs en arrière pour les empêcher de faire hernie. La fixation de ces prothèses se fait sur le ligament prévertébral en avant du promontoire (angle lombo-sacré).

1. Évaluation initiale d'un prolapsus génital

L'évaluation initiale d'un prolapsus génital porte sur l'appréciation du stade du prolapsus en fonction de la gêne rapportée, des symptômes associés, de l'impact sur la qualité de vie, de l'état de santé général, ainsi que sur les attentes et préférences de la femme.

1.1. Principaux symptômes 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.

La sensation de pesanteur pelvienne et les symptômes urinaires sont fréquemment associés au prolapsus génital.

Les symptômes urinaires les plus fréquemment rapportés sont le syndrome d'hyperactivité vésicale, la dysurie et l'incontinence urinaire d'effort (IUE), en sachant qu'ils ne sont pas spécifiques du prolapsus et qu'un prolapsus de stade élevé peut masquer une IUE.

Des troubles ano-rectaux peuvent aussi être associés, de type constipation terminale (dyschésie) parfois accompagnée de manœuvres digitales d'exonération ou d'incontinence anale. Ces 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 symptômes associés au prolapsus génital sont plus gênants et plus fréquents lorsque le prolapsus génital descend à l'hymen ou au-delà.

La symptomatologie liée au prolapsus génital peut avoir des conséquences sur les activités physiques (diminution, voire arrêt de l'activité physique, professionnelle ou de loisirs) et la fonction sexuelle. Elle peut aussi avoir comme conséquence des symptômes de dépression, de l'anxiété et des troubles de l'humeur.

Les symptômes ou le retentissement sur la qualité de vie peuvent être objectivés en utilisant des auto-questionnaires validés en français ([voir chapitre 1.2](#)).

Chez une femme qui se présente en consultation pour des symptômes évocateurs d'un prolapsus génital, il est recommandé (AE) :

- de préciser les symptômes pelviens : boule vaginale perçue, pesanteur pelvienne, troubles fonctionnels urinaires ou ano-rectaux ;
- d'évaluer l'importance de la gêne ressentie par la patiente en lui faisant préciser le symptôme dominant (le plus gênant) ;
- d'évaluer l'impact sur la qualité de vie ;
- d'évaluer le retentissement du prolapsus sur la vie quotidienne (impact sur l'activité physique ou sexuelle, handicap fonctionnel, psychologique ou social) ;
- de faire préciser à la femme ses attentes vis-à-vis de sa prise en charge.

1.2. Examen clinique initial

L'examen clinique initial a pour objectif de confirmer le diagnostic et d'éliminer une autre pathologie pelvienne. L'objectif suivant de l'examen clinique est de décrire le prolapsus observé et de confronter cet examen aux symptômes et à leur retentissement psycho-social décrits par la patiente.

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 (AE).

Il est recommandé de s'assurer que les dépistages pelviens recommandés (Recommandations dépistages¹) sont à jour (AE).

Lors de l'examen clinique, il est recommandé d'examiner la patiente en position couchée ou gynécologique, puis debout si le prolapsus génital n'est pas visualisé en position couchée ou gynécologique (AE).

Lors de l'examen clinique, il est recommandé de demander à la patiente de faire des efforts de poussée et de toux pour évaluer l'importance du prolapsus (AE). Afin de caractériser les différents compartiments du prolapsus, l'examen clinique avec effort peut être réalisé avec l'aide de valves (ou hémispéculum).

Il est recommandé que la description du prolapsus génital soit faite compartiment par compartiment en indiquant à chaque fois l'importance de l'extériorisation ainsi que la béance vulvaire (AE).

Cette description du prolapsus génital peut être gradée en utilisant une classification ([voir chapitre 3.1](#)). La gradation du prolapsus et sa description par compartiment sont utiles pour suivre l'évolution, partager les informations avec les autres professionnels de santé et préciser les effets du traitement.

Si la patiente présente ou ressent des symptômes qui ne sont pas concordants avec les résultats de l'examen clinique initial, il est recommandé de répéter l'examen avec effort en position debout et en fin de journée (AE). Un test au pessaire peut également être proposé.

Lors de l'examen clinique, il est recommandé d'évaluer également les éléments suivants qui peuvent contribuer au choix du traitement : la trophicité vaginale, la qualité fonctionnelle des muscles du plancher pelvien, une recherche de fuite urinaire à la toux² (AE).

Une évaluation du handicap et des symptômes associés au prolapsus génital est recommandée car elle permet d'orienter la prise en charge et d'en suivre l'évolution (AE).

Cette évaluation des symptômes peut s'appuyer sur le PFDI-20 (*Pelvic Floor Distress Inventory*) ou l'APFQ (*Australian Pelvic Floor Questionnaire*), tous les deux validés en langue française.

Le questionnaire PFDI-20 (*Pelvic Floor Distress Inventory*) est un auto-questionnaire explorant, en 20 questions, les symptômes dans les trois compartiments pelviens. L'APFQ explore les trois compartiments et la fonction sexuelle.

L'utilisation d'un auto-questionnaire de symptômes et de qualité de vie est utile initialement et au cours du suivi afin d'évaluer l'ensemble des symptômes associés au prolapsus génital et leur retentissement. Ces auto-questionnaires permettent d'évaluer de manière standardisée et reproductible les symptômes associés au prolapsus génital et d'évaluer l'impact des traitements proposés (annexe 1).

1.3. Principaux facteurs de risque et/ou aggravants d'un prolapsus génital

Les facteurs de risque de survenue, d'aggravation et de récurrence postchirurgicale peuvent être difficiles à identifier en raison du caractère multifactoriel du prolapsus génital. Certains facteurs modifiables pourraient participer à la survenue ou à l'évolution d'un prolapsus génital 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 chapitre 2.1](#)).

¹ <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>

² Un « test de fuite à la toux » vessie pleine permet de rechercher une IUE associée (prolapsus non refoulé) ou masquée (prolapsus refoulé).

D'autres facteurs non modifiables comme l'âge physiologique, les antécédents gynéco-obstétricaux, le statut hormonal, une maladie affectant le collagène (par exemple le syndrome d'Ehlers-Danlos), des atteintes neurologiques périphériques entraînant la dénervation du plancher pelvien (spina bifida, syndrome de la queue de cheval...) sont à prendre en compte pour le choix thérapeutique.

Il est recommandé de rechercher les facteurs de risque potentiels ou aggravants lors du bilan clinique initial et au cours du suivi, en particulier en cas de récurrence (AE).

Il est recommandé de proposer une prise en charge spécifique des facteurs modifiables identifiés, dans la mesure du possible (AE).

1.4. Informations à transmettre à la patiente

Les patientes ont besoin d'informations à propos du prolapsus génital. Une information détaillée, idéalement illustrée par des brochures d'information, des dessins, des planches anatomiques, permet à la patiente de participer au choix de sa prise en charge dans le cadre d'une décision médicale partagée et d'améliorer sa satisfaction et sa confiance dans la prise en charge.

Il est recommandé que les professionnels de santé qui participent à la prise en charge d'un prolapsus génital transmettent une information claire et adaptée à la patiente sur la pathologie, les facteurs de risque et l'évolution possible du prolapsus génital (AE).

Il est recommandé de rassurer la patiente en cas de crainte ou d'incertitude vis-à-vis du prolapsus ou de son évolution (AE).

Afin de répondre au mieux aux attentes de la patiente, il est recommandé de discuter avec elle de l'ensemble des options thérapeutiques disponibles pour la prise en charge de ses symptômes et du prolapsus génital en précisant les modalités et les limites de ces options thérapeutiques (AE).

Il est recommandé de préciser à la patiente qui consulte pour un prolapsus génital que (AE) :

- l'évolution naturelle d'un prolapsus est le plus souvent lente ;
- un traitement n'est nécessaire qu'en cas de gêne avérée, en lien avec le prolapsus, ou en cas 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 ;
- un traitement rééducatif peut améliorer la gêne et les symptômes associés au prolapsus ;
- l'utilisation d'un pessaire peut améliorer la gêne et les symptômes associés au prolapsus et n'altère pas la qualité de vie sexuelle ;
- en cas d'indication chirurgicale, celle-ci est très rarement une urgence.

Seul le prolapsus extériorisé en permanence expose à un risque d'obstruction urinaire compliqué d'urétéro-hydronephrose qui se dépiste par une échographie rénale et peut nécessiter une prise en charge plus urgente.

L'évolution des symptômes du prolapsus génital est le plus souvent lente ; cependant, la patiente peut rapporter la perception d'un épisode brutal à l'occasion d'un effort intense, d'un accident, d'une chute. Cette situation ne préjuge pas de la sévérité du prolapsus génital et ne requiert pas systématiquement un traitement chirurgical.

1.5. Examens complémentaires en première intention à visée diagnostique

Le diagnostic du prolapsus génital est un diagnostic clinique, aucun examen complémentaire n'est recommandé pour porter le diagnostic de prolapsus génital (AE).

L'IRM pelvienne dynamique n'est pas recommandée à visée diagnostique en première intention (AE).

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...).

1.6. Types de prolapsus génital nécessitant un traitement

Il est recommandé de ne proposer une prise en charge thérapeutique que pour les prolapsus génitaux symptomatiques ou compliqués (AE).

2. Prise en charge conservatrice (non chirurgicale)

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.

La rééducation (pour les prolapsus de stade < 3) et l'utilisation d'un pessaire sont les deux prises en charge conservatrices non chirurgicales recommandées en première intention (AE).

2.1. Mesures hygiéno-diététiques

Certains facteurs de risque pourraient participer à la survenue ou à l'aggravation d'un prolapsus génital ([voir chapitre 1.3](#)).

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 (AE) :

- une perte de poids associée à une bonne hygiène alimentaire ;
- la prise en charge d'une constipation chronique ;
- une éducation thérapeutique au comportement mictionnel et défécatoire ;
- une éducation thérapeutique au port de charges ;
- une éducation thérapeutique à la toux ;
- des conseils visant à limiter la sédentarité et favoriser l'activité physique.

2.2. Place du pessaire : modalités et surveillance

Les pessaires sont des traitements efficaces sur les symptômes associés au prolapsus génital et améliorent la qualité de vie. Leur efficacité sur les symptômes est immédiate et semble équivalente à celle du traitement chirurgical.

Il est recommandé de proposer la pose d'un pessaire en première intention à toutes les patientes présentant un prolapsus génital symptomatique, quels que soient leur âge et le stade du prolapsus (grade C).

En cas de rectocèle prédominante ou isolée, le recours à un pessaire est possible tout en sachant que l'efficacité est moindre.

En cas d'échec d'un premier type de pessaire, d'autres types de pessaires peuvent être essayés et se révéler efficaces.

Un test par pessaire peut être envisagé à visée diagnostique et thérapeutique, dans les cas où le lien entre symptômes rapportés et prolapsus n'est pas certain, par exemple en cas de troubles à type de dysurie, d'hyperactivité vésicale (ou urgenturie), de douleurs abdomino-pelviennes perçues par la patiente comme étant en relation avec le prolapsus génital ou de gêne importante malgré un prolapsus non extériorisé.

De nombreux pessaires existent, le type et la taille utilisés seront fonction du prolapsus, des symptômes, de la morphologie génitale de la patiente et de sa capacité à le manipuler seule (annexe 3).

Le pessaire cube peut être proposé aux femmes capables de le manipuler elles-mêmes régulièrement, par exemple de manière temporaire lors des activités physiques sportives ou professionnelles. Étant donné qu'il adhère à la paroi vaginale, il est nécessaire de le retirer avant de se coucher.

Les autres pessaires peuvent être proposés de manière continue ou discontinue selon le choix de la patiente et de sa capacité à le manipuler. Les pessaires utilisés de manière continue peuvent favoriser des pertes vaginales, des érosions, voire des complications en l'absence de suivi régulier. Les rapports sexuels avec pénétration vaginale sont possibles avec un pessaire anneau en place.

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 stable). Il est préférable de choisir des modèles en silicone plutôt qu'en latex.

Une utilisation occasionnelle 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 œstrogénothérapie vaginale pourrait améliorer la tolérance du pessaire chez les femmes ménopausées ou présentant une atrophie vaginale.

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

Il est recommandé d'informer la patiente qu'il est nécessaire de consulter le professionnel de santé qui assure le suivi de la pose de pessaire, en cas de survenue de pertes vaginales anormales, de métrorragies, de troubles de vidange vésicale ou rectale, de fuites urinaires, d'inconfort ou de douleurs (AE).

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 portés en continu qui ne sont pas retirés régulièrement par la patiente nécessitent une consultation, au moins tous les 6 mois, pour enlever le pessaire, le nettoyer et vérifier son intégrité avant de le reposer. Cette consultation permet aussi de vérifier l'état de la muqueuse vaginale et du col avec un spéculum.

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 médecin prescripteur pour leur prise en charge (AE).

En cas de pose d'un pessaire, il est recommandé d'informer la patiente et le médecin traitant des modalités d'utilisation, du suivi conseillé et des symptômes anormaux qui nécessitent de consulter (AE).

À ce jour, l'absence de prise en charge par l'assurance maladie de ces dispositifs, dont la place au sein de l'arsenal thérapeutique du prolapsus génital est croissante, peut constituer un frein à leur utilisation et la HAS recommande cette prise en charge par l'assurance maladie.

2.3. Prise en charge rééducative du prolapsus génital

La rééducation améliore les symptômes du prolapsus génital (sensation de pesanteur pelvienne) et les symptômes associés au prolapsus génital (incontinence urinaire ou anale, besoins urgents urinaires ou anaux, 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.

La rééducation fait partie des prises en charge conservatrices non chirurgicales recommandées en première intention pour le prolapsus génital modéré (grade C).

La rééducation peut être proposée en association avec la pose d'un pessaire.

Le rééducateur (masseur-kinésithérapeute, sage-femme) procède à un bilan diagnostique rééducatif initial afin d'adapter la prise en charge rééducative à la situation individuelle de la patiente. Par la suite, il adapte les techniques éducatives et rééducatives en fonction de l'évolution de la situation clinique et fonctionnelle.

Il est recommandé que le rééducateur réévalue régulièrement la situation clinique et fonctionnelle de la patiente afin d'adapter le protocole thérapeutique (AE).

Le nombre de séances est défini par le rééducateur et il n'a pas à figurer sur la prescription médicale. Il est recommandé que les bilans de rééducation soient transmis au prescripteur afin de maintenir la concertation pluridisciplinaire (AE).

Au regard des techniques rééducatives rapportées dans la littérature, la prise en charge pourra comprendre :

- une éducation cognitivo-comportementale visant à limiter l'impact des facteurs de risque reconnus, à acquérir ou maintenir les compétences nécessaires pour gérer au mieux la symptomatologie associée au prolapsus génital ;
- une rééducation spécifique des muscles du plancher pelvien visant à en restaurer les fonctions (coordination motrice, force, endurance, relâchement) ;
- des techniques rééducatives complémentaires visant à favoriser le retour vers les activités de la vie quotidienne ;
- un travail d'auto-rééducation à domicile.

En l'absence de données étayant son efficacité, l'électrostimulation à domicile n'est pas recommandée (AE).

L'absence d'adhésion et d'observance de la patiente au traitement rééducatif peut être un frein à son efficacité. Il est recommandé d'informer la patiente que sa participation active à la rééducation contribuera à la qualité des résultats (AE).

2.4. Autres mesures conservatrices (laser/radiofréquence, hormonothérapie, etc.)

Chez les patientes présentant une atrophie vulvovaginale ou un syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM)³ associé au prolapsus génital, un traitement local (hydratant, lubrifiant ou faibles doses vaginales d'œstrogènes locales) a montré une efficacité sur les symptômes et peut être recommandé (AE).

Il n'existe aucune donnée permettant de recommander l'utilisation du laser ou de la radiofréquence dans la prise en charge du prolapsus génital (AE).

³ 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.

3. Bilan clinique et paraclinique préchirurgical

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 (AE) :

- rechercher systématiquement les symptômes associés au prolapsus génital ;
- évaluer la concordance entre les symptômes et l'examen clinique ;
- évaluer l'importance des symptômes et leur retentissement (urinaires, digestifs et gynécologiques, sexuels, physiques et psychologiques) ;
- grader et décrire par compartiment le prolapsus pelvien ;
- évaluer le profil médical de la patiente (pathologie pelvienne associée, facteurs de risque, comorbidités) ;
- évaluer les traitements déjà effectués, leurs modalités et leur efficacité.

3.1. Classifications des prolapsus

Pour disposer de mesures précises du stade du prolapsus, deux classifications peuvent être utilisées : la classification de l'*International Continence Society* (ICS) (POP-Q) et la classification de Baden-Walker (annexe 1).

La classification de Baden-Walker évalue 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 : descente de l'étage à mi-chemin entre sa position normale et l'hymen ; grade 2 : descente de l'étage jusqu'au niveau de l'hymen ; grade 3 : extériorisation de l'étage au-delà de l'hymen ; grade 4 : extériorisation maximale ou éversion.

La classification POP-Q mesure en centimètres la descente à l'effort de six points dans le vagin, correspondant aux trois compartiments (Aa et Ba en avant, C et D en apical, et Ap et Bp en postérieur). Elle permet également de préciser la profondeur vaginale et la notion de « béance vulvaire » grâce à 3 mesures supplémentaires (tv1, gh, et pb). Cette classification permet de décrire et hiérarchiser le degré de protrusion en quatre grades assez proches de ceux de la classification de Baden-Walker.

L'utilisation du POP-Q est encouragée car il permet des mesures utiles pour le suivi de la prise en charge.

Il est recommandé que la classification utilisée pour la gradation du prolapsus vaginal soit précisée dans le dossier du patient et dans les échanges (AE).

3.2. Examens complémentaires préchirurgie

En cas de prolapsus isolé et en l'absence d'autres symptômes, aucun examen complémentaire n'a montré son utilité avant la chirurgie du prolapsus des organes pelviens (grade C).

Les examens complémentaires éventuels sont à adapter aux symptômes pelviens associés (grade C).

Il est recommandé que ces examens soient demandés par le spécialiste s'il est nécessaire de 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) (AE).

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.

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 postmictionnel et une dilatation des cavités pyélocalicielles devront alors être recherchés.

3.3. Examens dynamiques

La rectocèle « radiologique » est fréquente chez la femme asymptomatique et ne doit pas être considérée comme une pathologie.

Il est recommandé que l'imagerie dynamique soit 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 (AE).

Lorsqu'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 colpocystodéfécographie), 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.

Lorsque la femme présente un syndrome d'obstruction défécatoire ou une incontinence anale (dyschésie ou incontinence), il est recommandé de prendre l'avis d'un spécialiste (AE).

Le spécialiste pourra éventuellement décider de la réalisation d'examens complémentaires (tels que la manométrie ano-rectale) afin de rechercher une dysfonction ano-rectale qui pourrait avoir des conséquences sur les résultats fonctionnels de la chirurgie.

En l'absence de tout signe urinaire spontané ou masqué, le bilan urodynamique n'est pas recommandé (grade C).

L'évaluation de la vidange vésicale est difficile à apprécier cliniquement et est estimée par la débitmétrie (avec analyse qualitative et quantitative) et la mesure du résidu postmictionnel.

Les symptômes urinaires associés au prolapsus seront évalués par un bilan urodynamique complet (avec phase mictionnelle) qui permettra d'aider à la compréhension des mécanismes de ces symptômes et d'en informer la patiente :

- en cas de dysurie : à la recherche d'un défaut de contraction vésicale qui peut constituer un facteur de persistance du symptôme, voire de récurrence du prolapsus après chirurgie ;
- en cas d'incontinence urinaire et d'hyperactivité vésicale : à la recherche d'une hyperactivité détrusorienne et/ou d'une insuffisance sphinctérienne qui sont des facteurs de risque de persistance des symptômes en postopératoire (AE, vote 16 pour, 2 contre, 1 abstention).

3.4. Indications de la prise de décision en concertation par une équipe pluridisciplinaire

Il est recommandé de discuter les prolapsus génitaux complexes en concertation pluridisciplinaire (AE).

Le prolapsus génital complexe correspond aux situations suivantes : les échecs et les récurrences après chirurgie, les patientes souffrant de douleurs chroniques, les cas de discordance entre la plainte de la patiente et l'examen clinique ou les situations qui associent des troubles importants de plusieurs fonctions pelviennes ou générales et qui nécessitent un avis pluridisciplinaire.

Il est recommandé que cette équipe pluridisciplinaire comprenne plusieurs professionnels⁴ de santé de spécialités différentes dont les compétences sont à adapter à la problématique du cas étudié. L'avis émis lors de cette concertation est mentionné dans le dossier médical de la patiente (AE).

À ce stade, des avis et/ou des explorations complémentaires peuvent être envisagés pour étayer la discussion lors de la concertation pluridisciplinaire.

⁴ Cette équipe pluridisciplinaire doit inclure au minimum un chirurgien spécialisé en urologie et un chirurgien spécialisé en gynéco-obstétrique.

4. Indications de la prise en charge chirurgicale

4.1. Critères d'éligibilité à la chirurgie

Avant de proposer une chirurgie du prolapsus génital, il est recommandé que la patiente soit informée de toutes les options thérapeutiques (abstention, rééducation, pessaire, chirurgie) afin de permettre une décision partagée (AE).

Si les options thérapeutiques conservatrices ne répondent pas aux attentes de la patiente, il est recommandé que la chirurgie soit proposée en cas de symptômes handicapants, en lien avec un prolapsus génital, retrouvé à l'examen clinique et significatif (stade 2 ou plus de la classification POP-Q) (AE).

Certains facteurs de risque ([chapitre 1.3](#)) pourraient participer à la survenue et/ou à la récurrence d'un prolapsus génital. Il est recommandé de rechercher et de prendre en charge les facteurs de risque modifiables du prolapsus avant le traitement chirurgical.

De même, en cas de récurrence d'un prolapsus génital après chirurgie ou en cas d'apparition secondaire d'un prolapsus génital sur un compartiment non traité, il est recommandé d'identifier les facteurs potentiels de récurrence ([chapitre 1.3](#)) avant toute nouvelle intervention (AE).

4.2. Place de l'hystérectomie

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 systématiquement une hystérectomie au cours de la cure chirurgicale d'un prolapsus génital (AE).

En cas de prolapsus génital en permanence extériorisé, une hystérectomie dans le cadre d'une 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 prolapsus génital, du terrain sous-jacent (état de santé, comorbidités) 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.

La voie vaginale autologue donne des résultats fonctionnels et subjectifs similaires à la promontofixation. Cependant la promontofixation donne de meilleurs résultats anatomiques dans les prolapsus antérieurs et apicaux, avec un risque de récurrence moindre.

Pour le traitement chirurgical de la rectocèle isolée moyenne ou basse, 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.

En cas de rectocèle isolée moyenne ou basse, il est recommandé de privilégier une voie vaginale autologue plutôt qu'une voie transrectale ou vaginale avec prothèse (grade C).

Il est recommandé d'avoir recours de préférence à une voie vaginale autologue chez les femmes fragiles⁵ (grade B).

Dans les autres situations, la voie vaginale autologue reste une option chez une patiente informée du risque plus important de récurrence par rapport à la promontofixation.

4.3.2. Colpocléisis

Le colpocléisis consiste à fermer le vagin par voie vaginale. Cette technique est corrélée à un très bon degré de satisfaction et le plus souvent les patientes ne regrettent pas leur choix. Il persiste cependant un risque de récurrence comme pour toute technique chirurgicale.

Il est recommandé de réserver la fermeture du vagin (colpocléisis) pour les patientes très âgées et peu actives, avec des comorbidités pouvant être un obstacle à un autre type de chirurgie et acceptant de ne plus avoir de rapports sexuels avec pénétration vaginale (AE).

Il est recommandé d'expliquer à la patiente la conséquence du choix de cette technique : impossibilité d'une pénétration vaginale et son irréversibilité (AE).

4.3.3. Voie haute, promontofixation avec prothèse synthétique⁶

La promontofixation donne les meilleurs résultats anatomiques dans les prolapsus antérieurs (cystocèle) et apicaux avec un risque de récurrence moindre. Cependant, les résultats fonctionnels et subjectifs sont similaires à la voie vaginale autologue.

La promontofixation avec prothèse synthétique est recommandée pour le traitement des prolapsus apicaux (hystéroptose, trachéoptose et prolapsus du fond vaginal) et la cystocèle (grade B).

Quand la promontofixation est indiquée, il est recommandé qu'elle soit réalisée par coelioscopie (grade B).

À ce jour, aucune donnée ne permet de dire si l'assistance robotique améliore l'efficacité ou la morbidité de l'intervention pour la patiente.

En l'absence d'une colpopcèle postérieure symptomatique, il n'existe pas de données scientifiques permettant de recommander l'utilisation préventive d'une prothèse postérieure.

⁵ Définition de la fragilité selon la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) adoptée en 2011 : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (Rolland 2011).

⁶ Il sera nécessaire à compter du 27 septembre 2021 que ces implants soient inscrits sur la liste intra-GHS pour pouvoir continuer à être utilisés. Ils sont actuellement en cours d'évaluation.

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 accru, notamment exposition de prothèse, douleurs postopératoires, érosion des tissus avoisinants et infections.

Compte tenu de ce risque de complications, les implants de renfort des organes pelviens ont fait l'objet d'évaluations par les autorités sanitaires.

Actuellement, à la suite de l'avis de la Haute Autorité de santé, le ministère des Solidarités et de la Santé a suspendu l'utilisation de ces prothèses. Elles ne peuvent être utilisées que dans le cadre d'une étude clinique.

Actuellement uniquement utilisable dans le cadre de recherche clinique, il est recommandé que la voie vaginale avec prothèse synthétique soit réservée à une chirurgie de dernier recours après avoir considéré les autres options, en cas de prolapsus récidivé et chez une patiente informée.

Il est recommandé que cette intervention soit mise en œuvre par un chirurgien formé et expérimenté dans cette technique, et après avoir présenté le dossier en concertation pluridisciplinaire (AE).

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.

Les données ne permettent pas de recommander l'utilisation d'une prothèse biologique pour le traitement chirurgical de la rectocèle ou pour le traitement chirurgical de la cystocèle (AE).

4.3.6. Orientations pour le choix de la technique chirurgicale pour un prolapsus génital 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 l'évaluation clinique du prolapsus génital et des attentes de la patiente.

Lorsque le résultat anatomique et la durabilité priment pour la patiente, la promontofixation par coelioscopie est recommandée parce qu'elle permet un meilleur résultat anatomique, avec une morbidité faible dans le cas des prolapsus apicaux (hystéroptose, trachéloptose ou prolapsus du fond vaginal) et antérieurs (cystocèle) (grade C).

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 recommandée (grade C).

4.4. Orientations pour la stratégie chirurgicale en cas d'incontinence urinaire préopératoire patente ou masquée

En cas d'IUE patente, la cure concomitante du prolapsus et de l'IUE 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 d'hyperactivité vésicale et de dysurie.

La présence d'une IUE masquée représente un risque d'IUE postopératoire. Le traitement isolé du prolapsus permet de traiter jusqu'à 60 % des IUE masquées. Le traitement concomitant de l'IUE

masquée expose donc là aussi à un surtraitement et à une morbidité spécifique d'hyperactivité vésicale et de dysurie.

Il est donc proposé de ne pas opérer systématiquement une IUE (patente ou masquée) dans le même temps que la chirurgie du prolapsus ; dans ce cas, il est recommandé d'informer la patiente de l'éventualité d'une chirurgie en deux temps et de la prévenir du risque de persistance d'une incontinence postopératoire (AE).

L'hyperactivité vésicale (HAV) avec ou sans incontinence urinaire est une pathologie fréquente dont la prévalence est augmentée significativement en cas de prolapsus génital.

Le traitement du prolapsus génital peut, dans un nombre significatif de cas, faire disparaître les symptômes de l'HAV mais il est difficile de prédire le résultat, il est recommandé d'informer les patientes du risque de persistance de l'HAV après chirurgie (AE).

4.5. Informations à transmettre à la patiente en préopératoire

La patiente doit recevoir une information éclairée concernant les différentes options chirurgicales possibles et être associée au choix de la modalité la plus adaptée à sa situation particulière (AE).

L'information à délivrer aux patientes doit être standardisée avec des items définis.

La patiente doit être notamment informée des bénéfices attendus et des complications spécifiques, fréquentes ou graves de chaque option thérapeutique et du suivi post opératoire à faire. (AE).

La patiente doit également être informée du risque de récurrence du prolapsus avec ou sans symptômes associés (AE).

4.6. Prise en charge du prolapsus pour les patientes en âge de procréer

Les données sur le sujet sont peu nombreuses. La grossesse et l'accouchement sont envisageables après chirurgie du prolapsus.

Il n'existe pas de données permettant de recommander une césarienne dans cette situation (AE).

Il n'y a pas de données suffisantes pour privilégier une technique chirurgicale particulière du prolapsus chez la femme en âge de procréer, ni 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.

5. Modalités de surveillance des patientes en postchirurgie

5.1. Consultation postopératoire systématique

Il est recommandé que la patiente soit réévaluée en consultation postopératoire même en l'absence de symptômes ou de complications et à distance de l'intervention (dans ce dernier cas par un médecin de premier recours ou un médecin spécialiste). (AE)

En complément, il est recommandé de réaliser une consultation postopératoire dès l'apparition de symptômes anormaux (par exemple : fièvre, saignements, douleurs intenses, malaises, vomissements, rétention urinaire...) (AE).

Concernant la chirurgie du prolapsus avec prothèses synthétiques, celles-ci peuvent être responsables de complications pouvant se manifester par des douleurs chroniques, des saignements anormaux (vaginaux, urinaires ou anaux), des pertes vaginales anormales. En présence de ces symptômes, une consultation avec le chirurgien est recommandée (grade C).

Les complications liées aux prothèses – que la chirurgie ait été réalisée par voie vaginale ou abdominale – 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 (AE).

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. Mesures pour améliorer le pronostic postchirurgical

La littérature ne permet pas de conclure sur l'existence de mesures efficaces en postchirurgie pour améliorer le pronostic fonctionnel.

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 au contexte en termes de fréquence, de durée et d'intensité (AE).

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 (AE).

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).

Table des annexes

Annexe 1.	Le questionnaire PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory)	24
Annexe 2.	Le questionnaire FPFQ (Female Pelvic Floor Questionnaire ou Australian Pelvic Floor Questionnaire)	27
Annexe 3.	Classifications POP-Q et Baden-Walker	30
Annexe 4.	Modalités de choix et de surveillance des pessaires	32

Annexe 1. Le questionnaire PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory)

Score PFDI-20 : questionnaire sur les troubles de la statique pelvienne (version courte)

Calcul du score

Le questionnaire PFDI-20 comporte 20 questions couvrant trois échelles.

Toutes les questions utilisent le même format pour les choix de réponse, avec une note comprise entre 0 et 4.

Score pour chacune des échelles : reporter la note de la question correspondante. Calculer le score moyen pour les questions auxquelles la patiente a répondu (valeur entre 0 et 4), puis multiplier cette note par 25 pour obtenir le score pour l'échelle (compris entre 0 et 100). Les réponses manquantes sont sans effet puisque l'on utilise uniquement les questions auxquelles la patiente a répondu pour calculer la note moyenne.

Score total du PFDI-20 : ajouter les scores de chaque échelle afin d'obtenir le score total (compris entre 0 et 300).

Score PFDI-20 =++.....=

Ce questionnaire porte sur certains symptômes intestinaux, urinaires ou pelviens ; il vous sera demandé si vous ressentez ces symptômes et, si oui, s'ils vous gênent.

Merci de répondre à toutes les questions en cochant la ou les cases appropriées. Si vous hésitez sur une réponse, choisissez la réponse correspondant le mieux à votre cas.

En répondant à ce questionnaire, prenez en compte les symptômes que vous avez ressentis au cours des 3 derniers mois.

PFDI-20 *Pelvic Floor Distress Inventory*

Source (avec le questionnaire) : 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 Doi : 10.1016/j.jgyn.2007.08.002

Copyright Elsevier Masson : <https://www.elsevier-masson.fr/droits-copyrights>

Éditions Elsevier Masson SAS
Demande d'autorisation de reproduction 65, rue Camille Desmoulins 92442 Issy-les-Moulineaux, France
Tél. : +33 (0)1 71 16 55 00 Mail : permissionsfrance@elsevier.com

Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____

1. Avez-vous souvent l'impression que quelque chose *appuie* dans le bas du ventre ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

2. Avez-vous souvent une sensation de *pesanteur* ou de *lourdeur* dans la région génitale ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

3. Avez-vous souvent une « boule » ou quelque chose qui dépasse que vous pouvez toucher ou voir au niveau du vagin ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

4. Devez-vous parfois appuyer sur le vagin ou autour de l'anus pour arriver à évacuer des selles ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

5. Avez-vous souvent l'impression de ne pas arriver à vider complètement votre vessie ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

6. Devez-vous parfois repousser avec les doigts une « boule » au niveau du vagin pour uriner ou vider complètement votre vessie ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

7. Avez-vous l'impression de devoir beaucoup forcer pour aller à la selle ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

8. Avez-vous l'impression d'une évacuation incomplète après être allée à la selle ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

9. Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont solides ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

10. Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont très molles ou liquides ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

Mapi Research Institute - Traduction française financée par les Laboratoires Coloplast.

Figure 1 (suite)

Nom : _____ Date : ____/____/____

11. Avez-vous souvent des gaz involontaires (pets) ?

Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**

0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

12. Avez-vous souvent mal lors de l'évacuation des selles ?

Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**

0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

13. Avez-vous des besoins tellement pressants que vous devez vous précipiter aux toilettes pour aller à la selle ?

Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**

0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

14. Arrive-t-il qu'une partie de votre intestin dépasse de l'anus lorsque vous allez à la selle ou après y être allée ?

Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**

0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

15. Allez-vous fréquemment uriner ?

Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**

0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

16. Avez-vous souvent des fuites urinaires involontaires associées à un besoin pressant d'uriner ?

Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**

0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

17. Avez-vous souvent des fuites urinaires lorsque vous tousssez, que vous éternuez ou que vous riez ?

Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**

0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

18. Avez-vous souvent de petites fuites urinaires (quelques gouttes) ?

Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**

0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

19. Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie ?

Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**

0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

20. Avez-vous souvent des douleurs ou une sensation d'inconfort dans le bas du ventre ou dans la région génitale ?

Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**

0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Mapi Research Institute - Traduction française financée par les Laboratoires Coloplast.

Figure 1 (suite)

Annexe 2. Le questionnaire FPFQ (Female Pelvic Floor Questionnaire ou Australian Pelvic Floor Questionnaire)

Le *Female Pelvic Floor Questionnaire* (FPFQ) est un outil auto-administrable qui explore les symptômes périnéaux.

Le FPFQ est un auto-questionnaire qui se décline en 37 questions. Trente-trois d'entre elles évaluent les symptômes dans quatre domaines (urinaire, ano-rectal, prolapsus génital et sexualité) et 4 questions explorent la gêne occasionnée par ces symptômes dans chaque domaine.

Chaque question comporte plusieurs items de réponses de sévérité croissante (le plus souvent : jamais, parfois, souvent, tous les jours).

Il est possible de calculer un sous-score sur 10 points pour chaque domaine. Chaque sous-score correspond à la somme des notes obtenues aux questions du domaine, divisée par le nombre maximal de points du domaine puis multipliée par 10.

L'addition de ces 4 sous-scores permet d'obtenir un score global sur 40. Plus ce score est élevé, plus la femme souffre de troubles de la statique pelvienne.

Source : adaptation culturelle du *Female Pelvic Floor Questionnaire* (FPFQ) en langue française, Progrès en urologie, 2005

Copyright Elsevier Masson : <https://www.elsevier-masson.fr/droits-copyrights>

Éditions Elsevier Masson SAS Demande d'autorisation de reproduction 65, rue Camille Desmoulins 92442 Issy-les-Moulineaux, France

Tél. : +33 (0)1 71 16 55 00 Mail : permissionsfrance@elsevier.com

1. Combien de fois urinez-vous dans la journée ?	Jusqu'à 7 fois	<input type="checkbox"/> 0
	8 à 10 fois	<input type="checkbox"/> 1
	11 à 15 fois	<input type="checkbox"/> 2
	Plus de 15 fois	<input type="checkbox"/> 3
2. Combien de fois vous levez-vous la nuit pour uriner ?	1 fois ou moins	<input type="checkbox"/> 0
	2 fois	<input type="checkbox"/> 1
	3 fois	<input type="checkbox"/> 2
	4 fois ou plus	<input type="checkbox"/> 3
3. Devez-vous vous précipiter (presser) quand vous avez un besoin urgent d'uriner ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
4. Avez-vous des fuites d'urine quand vous avez un besoin urgent d'uriner ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
5. Avez-vous des fuites d'urine à l'effort, à la toux, à l'éternuement ou au rire ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
6. Portez-vous des garnitures (protections) pour ne pas être mouillée ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Par précaution	<input type="checkbox"/> 1
	En cas d'effort	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
7. Limitez-vous vos boissons pour réduire les fuites ?	Jamais	<input type="checkbox"/> 0
	Avant de sortir de chez moi (par précaution)	<input type="checkbox"/> 1
	Si je suis en société (au travail, au sport)	<input type="checkbox"/> 2
	Toujours	<input type="checkbox"/> 3

8. Les fuites d'urine perturbent-elles vos activités habituelles (sorties, courses) ?	Pas du tout	<input type="checkbox"/> 0
	Un peu	<input type="checkbox"/> 1
	Moyennement	<input type="checkbox"/> 2
	Beaucoup	<input type="checkbox"/> 3
9. Votre jet urinaire est-il faible ou ralenti ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
10. Avez-vous la sensation que votre vessie se vide de manière incomplète ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
11. Devez-vous pousser pour terminer de vider complètement votre vessie ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
12. Ces problèmes de vessie sont-ils une gêne pour vous ?	Pas du tout	<input type="checkbox"/> 0
	Un peu	<input type="checkbox"/> 1
	Moyennement	<input type="checkbox"/> 2
	Beaucoup	<input type="checkbox"/> 3
13. Combien de fois allez-vous à la selle ?	Plus d'une fois par jour	<input type="checkbox"/> 1
	Tous les jours ou presque	<input type="checkbox"/> 0
	Moins que tous les 3 jours	<input type="checkbox"/> 1
	Moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/> 2
14. Quelle est la consistance habituelle de vos selles ?	Molle	<input type="checkbox"/> 0
	Ferme	<input type="checkbox"/> 0
	Dure	<input type="checkbox"/> 1
	Liquide	<input type="checkbox"/> 2
	Variable	<input type="checkbox"/> 1
15. Devez-vous pousser beaucoup pour obtenir des selles ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
16. Devez-vous utiliser des laxatifs pour aller à la selle ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
17. Vous sentez-vous constipée ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
18. Avez-vous des fuites involontaires de gaz ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
19. Devez-vous vous précipiter (presser) quand vous avez une envie urgente d'aller à la selle ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
20. Avez-vous des fuites involontaires de selles liquides ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
21. Avez-vous des fuites involontaires de selles normales (molles ou fermes) ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
22. Avez-vous la sensation d'une évacuation incomplète de vos selles ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
23. Devez-vous appuyer avec les doigts pour évacuer vos selles ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3

24. Ces problèmes d'intestins sont-ils une gêne pour vous ?	Pas du tout	<input type="checkbox"/> 0
	Un peu	<input type="checkbox"/> 1
	Moyennement	<input type="checkbox"/> 2
	Beaucoup	<input type="checkbox"/> 3
25. Avez-vous l'impression qu'une grosseur sort par le vagin ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
26. Avez-vous une pesanteur (lourdeur) vaginale ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
27. Cette grosseur ou cette pesanteur sont-elles une gêne pour vous ?	Pas du tout	<input type="checkbox"/> 0
	Un peu	<input type="checkbox"/> 1
	Moyennement	<input type="checkbox"/> 2
	Beaucoup	<input type="checkbox"/> 3
28. Quel a été le niveau de votre envie sexuelle (libido) au cours du dernier mois ?	Absente	<input type="checkbox"/> a
	Basse	<input type="checkbox"/> b
	Moyenne	<input type="checkbox"/> c
	Haute	<input type="checkbox"/> d
29. Avez-vous des rapports sexuels ?	Non	<input type="checkbox"/> a
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> b
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> c
	Tous les jours ou presque	<input type="checkbox"/> d
30. Si non, pour quelle raison ? [si vous répondez Pas de partenaire, Pas d'envie, ou Partenaire non disponible vous n'avez pas à répondre aux questions 31 à 37]	Pas de partenaire [fin]	<input type="checkbox"/> a
	Pas d'envie [fin]	<input type="checkbox"/> b
	Partenaire non disponible [fin]	<input type="checkbox"/> c
	Douleur ou sécheresse vaginale	<input type="checkbox"/> 10
	Gêne liée à l'incontinence ou au prolapsus	<input type="checkbox"/> 10
	Autre raison :	<input type="checkbox"/> d
31. Parvenez-vous à l'orgasme (plaisir sexuel) ?	Rarement	<input type="checkbox"/> 3
	Quelquefois	<input type="checkbox"/> 2
	Généralement	<input type="checkbox"/> 1
	Toujours	<input type="checkbox"/> 0
32. Vous parvenez à l'orgasme avec :	Je n'atteins pas l'orgasme	<input type="checkbox"/> a
	La stimulation du clitoris	<input type="checkbox"/> b
	La pénétration vaginale	<input type="checkbox"/> c
	Les deux	<input type="checkbox"/> d
	Autre :	<input type="checkbox"/> e
33. Lors de la pénétration, la sensation vaginale est :	Absente	<input type="checkbox"/> 3
	Minime	<input type="checkbox"/> 2
	Agréable	<input type="checkbox"/> 1
	Très agréable	<input type="checkbox"/> 0
34. La lubrification vaginale est-elle suffisante lors des rapports ?	Oui	<input type="checkbox"/> 0
	Non	<input type="checkbox"/> 1
35. Les rapports sexuels sont-ils douloureux ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent	<input type="checkbox"/> 2
	Toujours	<input type="checkbox"/> 3
36. La douleur est située :	Pas de douleur	<input type="checkbox"/> 0
	A l'entrée du vagin	<input type="checkbox"/> 1
	Au fond du vagin	<input type="checkbox"/> 1
	Au deux endroits	<input type="checkbox"/> 2
37. Un rapport sexuel est-il agréable pour vous ?	Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3
	Parfois	<input type="checkbox"/> 2
	Souvent	<input type="checkbox"/> 1
	Toujours	<input type="checkbox"/> 0

Annexe 3. Classifications POP-Q et Baden-Walker

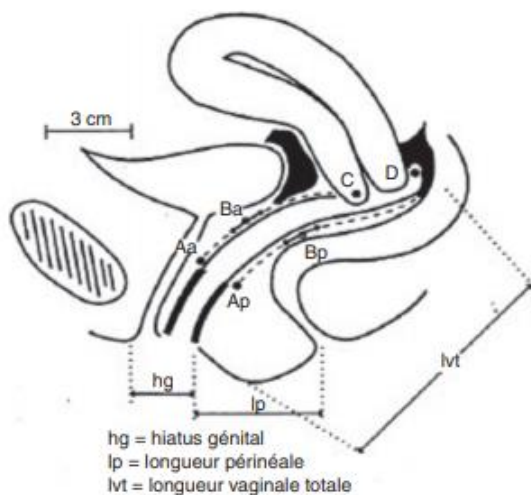
QUANTIFICATION DE BADEN ET WALKER : STADIFICATION DES DIFFÉRENTS ÉTAGES PELVIENS EN POUSSÉE PAR RAPPORT À L'HYMEN Baden et Walker, 1972

Classification de Baden-Walker

Stade	Localisation du prolapsus
1	Intravaginal
2	Affleurant la vulve
3	Dépassant l'orifice vulvaire
4	Prolapsus totalement extériorisé

QUANTIFICATION DE L'INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY (PELVIC ORGAN PROLAPSE QUANTIFICATION SYSTEM – POP-Q)

Classification POP-Q de l'ICS



Aa (à 3 cm de l'entrée du vagin, paroi ant.)	Ba (2/3 supérieurs paroi vaginale ant.)	C (col utérin ou fond vaginal ant.)
Hg (hiatus génital)	Lp (longueur périnée)	Lvt (longueur vaginale totale)
Ap (à 3 cm de l'entrée du vagin, paroi post.)	Bp (2/3 supérieurs paroi vaginale post.)	D (cul-de-sac postérieur)

Progrès en urologie (2016) 26, S105-S109 [l'Annexe 1 : Classification de Baden-Walker et POP-Q de l'ICS](#)

La mesure de ces différents points se fait en cm par rapport à l'hymen, en poussée, négatifs au-dessus de l'hymen et positifs au-dessous.

Classification en stades

À partir de ces neuf mesures, il est possible de classer le prolapsus selon cinq stades.

- Stade 0 : pas de prolapsus observé, tous les points sont à plus de 3 cm au-dessus de l'hymen.
- Stade 1 : le point plus bas du prolapsus reste à 1 cm au-dessus de l'hymen.
- Stade 2 : le point plus bas se situe entre + 1 cm et - 1 cm de part et d'autre de l'hymen.

- Stade 3 : le point le plus bas est situé à plus de 1 cm sous l'hymen, mais la longueur de l'extériorisation reste au moins inférieure de 2 cm par rapport à la longueur vaginale totale.
- Stade 4 : tout point au-delà du stade 3 ; le retournement complet vaginal. La longueur de l'extériorisation vaginale correspond à l'ensemble de la longueur vaginale.

Annexe 4. Modalités de choix et de surveillance des pessaires

Comment choisir un pessaire ?

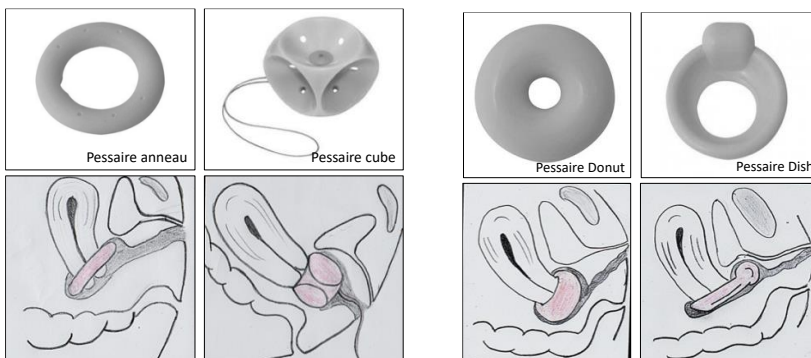
Les pessaires peuvent être proposés à la majorité des patientes présentant un prolapsus génital.

Les pessaires les plus fréquemment proposés sont les pessaires anneau et cube.

Le pessaire anneau est plus facile d'utilisation et sera adapté dans la majorité des cas.

Le pessaire cube sera plutôt proposé aux femmes jeunes, pour une utilisation à la demande.

Le pessaire Donut sera plutôt utilisé en 2^{de} intention car il peut être difficile à insérer dans le vagin. Le pessaire Dish est parfois utilisé en cas de fuites urinaires associées au prolapsus.



Principaux pessaires utilisés

PRÉFÉRER LES PESSAIRES EN SILICONE À CEUX EN LATEX

En règle générale, le pessaire peut être utilisé plusieurs années (2-3 ans). Il doit être changé en cas de modification d'aspect (fissuration, cassure).

Quelle taille choisir ?

Pour un pessaire anneau

Les tailles entre 62/64 mm et 70 mm sont les tailles les plus fréquemment utilisées. Le choix sera fonction de la trophicité et des mensurations vaginales (orifice vulvaire, longueur vaginale).

Il est utile d'informer la patiente que plusieurs essais pourront être nécessaires afin de trouver le pessaire le plus adapté.

Pour un pessaire cube

Un pessaire cube 36 mm (ou un Gyn & Cube taille standard) sera le plus souvent adapté.

Un pessaire ne doit PAS FAIRE MAL, ne doit PAS GÊNER LORS DE LA MICTION ou LA DÉFÉCATION. Il faut toujours essayer la plus petite taille ne gênant pas ou ne tombant pas.

Deux règles simples à expliquer aux patientes.

- Trop petit : il bouge ou il tombe.
- Trop grand : il gêne ou il tombe.

Comment le mettre en place/le retirer ?

Mise en place

- Vessie vide
- En position gynécologique
- Lubrifier le pessaire
- Plier le pessaire entre le pouce et l'index de la main dominante
- Écarter les petites lèvres avec la main non dominante
- Introduire le pessaire dans le vagin
- **LE PESSAIRE DOIT SE BLOQUER EN ARRIÈRE DE LA SYMPHYSE PUBIENNE**
- Le col utérin se positionne au centre de l'anneau dans la plupart des cas

Si le pessaire anneau possède des encoches, plier le pessaire à l'aide des encoches pour l'insérer

Pour le pessaire Dish : positionner le bouton sous l'urètre

À noter que la pose sera plus facile si le rectum est également vide

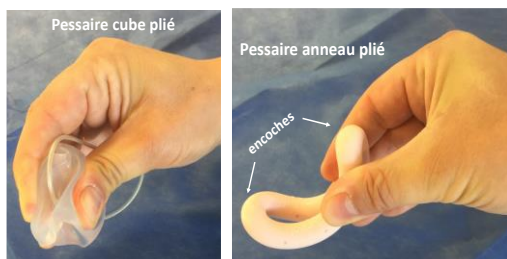
Retrait

En cas de pessaire anneau

- Repérer les encoches du pessaire avec l'index
- Crocheter le pessaire avec l'index
- Faire faire au pessaire une rotation afin de ramener une des encoches dans l'axe du vagin
- Tracter doucement et en continu jusqu'à son retrait complet

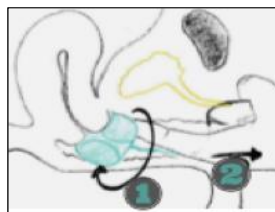
En cas de pessaire cube

- Suivre le cordon avec l'index
- Passer l'index entre le pessaire et la paroi vaginale pour enlever l'effet de succion
- Crocheter le pessaire avec votre index
- Tracter doucement jusqu'à son retrait complet
- **NE PAS TIRER SUR LE CORDON**

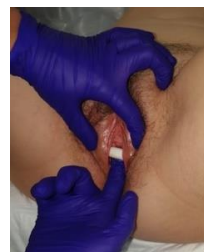


Retrait d'un pessaire cube

Retrait d'un pessaire anneau



Insertion d'un pessaire



Une fois le pessaire posé

- Il ne doit pas faire mal
- Passer une pulpe de doigt entre le pessaire et la paroi vaginale pour vérifier l'absence de tension tissulaire
- Tester la tolérance et la stabilité : en position debout et accroupie, faire tousser et marcher

Une vidange vésicale peut se faire lors de l'insertion du pessaire. Il faut alors rassurer la patiente et insister sur l'intérêt du pessaire qui permettra une meilleure vidange de la vessie.

Nettoyage du pessaire

Laver le pessaire à l'eau savonneuse

Pessaire cube

Dans l'idéal nettoyage tous les jours

Pessaire anneau

Nettoyage minimum tous les 4-6 mois, idéalement tous les 15 jours à 1 mois (si nettoyé par la patiente)

Il peut être utile d'avoir une boîte de pessaire test. Ainsi, la patiente pourra acheter directement le pessaire adapté.

TOUS LES PESSAIRES PEUVENT ÊTRE AUTOGÉRÉS PAR LA PATIENTE

Quels effets indésirables ?

Inconvénients

Il est normal qu'il y ait des pertes vaginales avec un pessaire

Le pessaire peut :

- descendre à l'orifice vaginal, lors des activités quotidiennes ou du sport
- tomber, notamment lors de la défécation

Il est important de veiller à la bonne vidange du rectum

Complications

Saignements dus à des érosions (abrasions) vaginales (à surveiller si prise d'anticoagulants)

Infections vaginales ou urinaires, pertes malodorantes

Douleurs

Incarcération vaginale (en cas de pessaire négligé)

L'application d'œstrogènes par voie locale ou de crème à base d'acide hyaluronique permet d'améliorer la tolérance d'un pessaire au long cours et pourra vous être proposée par votre praticien, en particulier si vous êtes ménopausée.

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-périnéologie (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 Bornshtein, médecin généraliste, Évry

Dr Sylvain Bouquet, médecin généraliste, Lamastre

Dr Mélanie Cayrac, gynécologue-obstétricien, Montpellier

Mme Martine Cornillet-Bernard, masseur-kinésithérapeute, Évry

Dr Odile Cotelte, 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

