

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

N° 132

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Chirurgie Générale

Par

LEVEAU Emmanuelle

née le 4 mai 1977 à Fécamp

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 2009

PROMONTOFIXATION PAR COELIOSCOPIE :

Résultats anatomiques et fonctionnels

En fonction de la position des prothèses

Président du jury :	Monsieur le Professeur Olivier BOUCHOT
Directeur de thèse :	Monsieur le Docteur Jérôme RIGAUD
Membres du jury :	Monsieur le Professeur Paul-Antoine LEHUR
	Monsieur le Professeur Georges KARAM
	Monsieur le Docteur Jean-Jacques LABAT
	Monsieur le Docteur François-Xavier LAURENT
	Monsieur le Docteur Loïc LE NORMAND
	Monsieur le Docteur Guillaume MEURETTE

TABLES DES MATIERES

1	INTRODUCTION :	- 6 -
2	MATERIEL ET METHODE :	- 12 -
2.1	MODE DE RECUEIL DES DONNEES :	- 12 -
2.2	LA POPULATION :	- 13 -
2.2.1	REPARTITION DES PROTHESES :	- 13 -
2.2.2	SERVICE D'ORIGINE :	- 14 -
2.2.3	AGE :	- 14 -
2.2.4	INDEX DE MASSE CORPORELLE OU BODY MASS INDEX :	- 15 -
2.2.5	SCORE ASA:	- 16 -
2.2.6	ANTECEDENTS :	- 16 -
2.2.6.1	ANTECEDENTS OBSTETRICAUX :	- 16 -
2.2.6.2	ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :	- 17 -
2.2.6.2.1	ANTECEDENTS DE CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE :	- 17 -
2.2.6.2.2	ANTECEDENTS DE CHIRURGIE DIGESTIVE :	- 19 -
2.2.6.2.3	ANTECEDENTS DE CHIRURGIE UROLOGIQUE :	- 19 -
2.2.6.2.4	ANTECEDENTS DE CURE CHIRURGICALE DE PROLAPSUS :	- 20 -
2.3	EXAMEN CLINIQUE PREOPERATOIRE :	- 21 -
2.3.1	PROLAPSUS POSTERIEURS PREOPERATOIRES :	- 22 -
2.3.2	PROLAPSUS ANTERIEURS PREOPERATOIRES :	- 22 -
2.3.3	PROLAPSUS MOYENS PREOPERATOIRES :	- 23 -
2.3.4	PROLAPSUS COMBINES PREOPERATOIRES :	- 24 -
2.4	SIGNES FONCTIONNELS ASSOCIES AU PROLAPSUS :	- 26 -
2.4.1	SYMPTOMES UROLOGIQUES PREOPERATOIRES :	- 26 -
2.4.2	SYMPTOMES DIGESTIFS PREOPERATOIRES :	- 27 -
2.4.3	SYMPTOMES GYNECOLOGIQUES PREOPERATOIRES :	- 28 -
2.5	TABEAU RECAPITULATIF DES DONNEES PREOPERATOIRES :	- 29 -
2.6	BILAN PARA-CLINIQUE PREOPERATOIRE :	- 30 -
2.6.1	BILAN UROLOGIQUE PREOPERATOIRE :	- 30 -
2.6.1.1	CYSTOMANOMETRIE :	- 30 -
2.6.1.2	PROFIL URETRAL :	- 30 -
2.6.1.3	DEBIMETRIE ET RESIDU POST-MICTIONNEL :	- 31 -
2.6.2	BILAN DIGESTIF PREOPERATOIRE :	- 32 -
2.6.2.1	DEFECOGRAPHIE :	- 32 -
2.6.2.2	MANOMETRIE ANO-RECTALE :	- 33 -
2.6.2.3	TEMPS DE TRANSIT COLIQUE :	- 34 -
2.6.3	BILAN GYNECOLOGIQUE PREOPERATOIRE :	- 34 -
2.7	PARAMETRES PERIOPERATOIRES :	- 34 -

2.7.1	<i>CARACTERISTIQUES PER-OPERATOIRES :</i>	- 34 -
2.7.1.1	LES OPERATEURS :	- 34 -
2.7.1.2	ANTIBIOPROPHYLAXIE :	- 35 -
2.7.1.3	DONNEES OPERATOIRES :	- 35 -
2.7.1.3.1	GENERALITES :	- 35 -
2.7.1.3.2	TEMPS OPERATOIRES :	- 36 -
2.7.1.3.3	GESTES ASSOCIES :	- 39 -
2.7.1.4	LE MATERIEL PROTHETIQUE :	- 40 -
2.7.2	<i>COMPLICATIONS PER-OPERATOIRES :</i>	- 41 -
2.7.3	<i>DUREES D'HOSPITALISATION ET OPERATOIRE :</i>	- 43 -
2.7.4	<i>DONNEES POST-OPERATOIRES IMMEDIATES :</i>	- 43 -
2.7.4.1	COMPLICATIONS IMMEDIATES :	- 44 -
2.7.4.2	COMPLICATIONS TARDIVES :	- 45 -
2.8	TABLEAU RECAPITULATIF DES DONNEES OPERATOIRES :	- 46 -
2.9	SUIVI POSTOPERATOIRE :	- 46 -
2.9.1	<i>SUIVI POSTOPERATOIRE A MOYEN TERME :</i>	- 46 -
2.9.2	<i>SUIVI POSTOPERATOIRE A LONG TERME : QUESTIONNAIRE ET CONSULTATION SUPPLEMENTAIRES :</i>	- 47 -
2.9.2.1	LE QUESTIONNAIRE :	- 47 -
2.9.2.2	LA CONSULTATION :	- 49 -
2.10	ANALYSE STATISTIQUE :	- 50 -
3	RESULTATS :	- 52 -
3.1	LA RECIDIVE :	- 52 -
3.1.1	<i>CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION :</i>	- 52 -
3.1.2	<i>DATE DE LA RECIDIVE :</i>	- 53 -
3.1.3	<i>CARACTERISTIQUES DES RECIDIVES :</i>	- 55 -
3.1.3.1	TYPES ANATOMIQUES :	- 55 -
3.1.3.2	GRADE RECIDIVE :	- 55 -
3.1.3.3	CARACTERISTIQUES PREOPERATOIRES DES RECIDIVES:	- 56 -
3.1.3.3.1	TYPE ANATOMIQUE ET GRADE :	- 56 -
3.1.3.3.2	ANTECEDENTS, TROUBLES FONCTIONNELS :	- 58 -
3.1.4	<i>ANALYSE UNIVARIEE : FACTEURS DE RISQUE DE RECIDIVE :</i>	- 59 -
3.1.5	<i>TRAITEMENT DE LA RECIDIVE :</i>	- 61 -
3.1.6	<i>TABLEAU RECAPITULATIF DES RECIDIVES :</i>	- 63 -
3.2	TROUBLES FONCTIONNELS POSTOPERATOIRES :	- 64 -
3.2.1	<i>TROUBLES FONCTIONNELS DIGESTIFS POSTOPERATOIRES :</i>	- 64 -
3.2.1.1	CONSTIPATION :	- 64 -
3.2.1.2	INCONTINENCE ANALE :	- 66 -
3.2.1.3	ANALYSE UNIVARIEE : TROUBLES DIGESTIFS :	- 67 -
3.2.1.4	TRAITEMENTS DES TROUBLES FONCTIONNELS DIGESTIFS :	- 68 -
3.2.2	<i>TROUBLES FONCTIONNELS URINAIRES POSTOPERATOIRES :</i>	- 68 -
3.2.2.1	CARACTERISTIQUES DES TROUBLES FONCTIONNELS URINAIRES :	- 68 -
3.2.2.2	ANALYSE UNIVARIEE : TROUBLES URINAIRES :	- 71 -
3.2.2.3	TRAITEMENTS DES TROUBLES FONCTIONNELS URINAIRES :	- 71 -

3.2.3	TRoubles FONctionNELS GYNecOLOGiques POSTOPERATOIRES.....	- 72 -
3.2.4	DOULEURS POSTOPERATOIRES :.....	- 72 -
3.2.5	TABLEAU RECAPITULATIF DES TROUBLES FONctionNELS POSTOPERATOIRES :.....	- 73 -
3.3	QUESTIONNAIRE ET CONSULTATION SUPPLEMENTAIRES: EVALUATION TARDIVE :	- 73 -
3.3.1	LE QUESTIONNAIRE :.....	- 74 -
3.3.1.1	RECIDIVES :.....	- 74 -
3.3.1.2	TROUBLES URINAIRES :	- 75 -
3.3.1.3	TROUBLES DIGESTIFS :.....	- 76 -
3.3.1.4	TROUBLES GYNecOLOGiques :.....	- 78 -
3.3.1.5	EVALUATION FONctionNELLE :.....	- 79 -
3.3.1.6	TABLEAU RECAPITULATIF : LE QUESTIONNAIRE :	- 80 -
3.3.2	LA CONSULTATION SUPPLEMENTAIRE :.....	- 81 -
3.3.2.1	GENERALITES :.....	- 81 -
3.3.2.2	EVALUATION FONctionNELLE PAR LA CONSULTATION :	- 84 -
4	DISCUSSION :	- 87 -
4.1	LA POPULATION ETUDIEE :	- 89 -
4.2	LA RECIDIVE :	- 89 -
4.2.1	DEFINITION :.....	- 89 -
4.2.2	RECUl POSTOPERATOIRE :.....	- 92 -
4.2.3	ANTECEDENTS MEDICAUX :.....	- 94 -
4.2.4	TOPOGRAPHIE DE LA RECIDIVE :.....	- 94 -
4.2.5	RECIDIVE ETAGE POSTERIEUR :.....	- 95 -
4.2.6	RECIDIVE ETAGE ANTERIEUR :.....	- 98 -
4.2.7	RECIVIVE ETAGE MOYEN :.....	- 100 -
4.3	TROUBLES FONctionNELS :.....	- 101 -
4.3.1	TROUBLES URINAIRES :.....	- 101 -
4.3.2	TROUBLES DIGESTIFS :.....	- 104 -
4.3.3	TROUBLES GENITO-SEXUELS :.....	- 108 -
4.3.4	QUESTIONNAIRE ET CONSULTATION SUPPLEMENTAIRES :	- 109 -
5	CONCLUSION :	- 114 -
6	ANNEXE :	- 116 -
7	BIBLIOGRAPHIE :	- 118 -

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION :

Le prolapsus est défini, généralement, comme la chute ou l'abaissement d'un organe ou d'une partie d'un organe, suite au relâchement de ses moyens de fixité.

Le prolapsus génital est secondaire à l'altération des moyens de fixité des organes pelviens permettant normalement le maintien d'une statique pelvi-périnéale normale.

Le prolapsus génital est une pathologie fréquente dans la population féminine. Sa prévalence varie respectivement de 2-2,6%, si l'on considère uniquement ceux atteignant au moins l'introït, à plus de 30% si tous les stades cliniques sont confondus. (1)

Sa fréquence augmente avec l'âge, en particulier à partir de la ménopause. L'âge moyen des femmes consultant pour un trouble de la statique pelvienne est de 61 +/- 5 ans. (2)

Une grande partie de ces femmes vont nécessiter une prise en charge chirurgicale de ce trouble. En effet, à l'âge de 80 ans, 11% des femmes ont déjà été opérées d'une cure de prolapsus ou d'incontinence urinaire. Parmi elles, 30% auront des interventions à répétition, pour des troubles de la statique pelvienne. (3)

Le plancher pelvien est une structure musculo-aponévrotique, principalement destiné au soutien des organes pelviens. Ce rôle est assuré grâce à l'intégrité, d'une part des rapports anatomiques entre les différents organes pelviens, notamment le vagin qui constitue la clé de voûte, et d'autre part des composants des différents tissus pelviens (fascias et ligaments). (1)

Les troubles de la statique pelvienne ne se limitent pas aux prolapsus génitaux. Ils englobent également les troubles fonctionnels urinaires, fécaux et

sexuels. Ils peuvent être associés ou non à un prolapsus génital, dont le stade n'influence ni leur existence ni leur importance. (1, 4)

Le traitement des troubles du plancher pelvien a pour objectif, la correction du prolapsus mais aussi des troubles fonctionnels associés.

Il existe deux grandes catégories thérapeutiques : les traitements médicaux, actifs sur les troubles fonctionnels (les traitements oraux, la rééducation périnéale) et les traitements chirurgicaux.

La chirurgie du prolapsus est particulièrement efficace sur la correction anatomique de l'extériorisation vaginale, mais les résultats fonctionnels ne sont pas toujours aussi satisfaisants. (1)

De plus, les résultats postopératoires peuvent se dégrader avec le temps. Par conséquent, l'évaluation à moyen ou à long terme est nécessaire, afin de déterminer les résultats postopératoires anatomiques et fonctionnels de ces techniques.

Deux grandes écoles se distinguent dans la prise en charge chirurgicale du prolapsus : la voie basse et la voie haute (par laparotomie ou par coelioscopie) utilisant des techniques reconstructives ou palliatives (prothèses).

La voie vaginale, est l'apanage des chirurgiens gynécologues. On distingue deux grandes catégories : avec ou sans prothèse.

La voie basse classique est employée depuis de nombreuses années. Les techniques sont très nombreuses, plus ou moins efficaces. Elles réalisent une correction des lésions de chaque étage pelvien en utilisant les tissus natifs.

L'intervention standard, selon DARGENT associe une triple opération périnéale : une hystérectomie avec fixation du dôme vaginal aux ligaments suspenseurs, un temps antérieur (plastie vaginale antérieure et plicature en paletot du fascia de Halban) et un temps postérieur (myorraphie des muscles releveurs). (5)

D'autres interventions, moins fréquentes peuvent être réalisées, comme :

La spinofixation selon RICHTER, fixation uni ou bilatéralement du dôme vaginal au ligament sacro-épineux. (6)

L'intervention de MANCHESTER, combinaison d'une colporraphie antérieure, d'une colpopérinéoplastie avec amputation de la partie vaginale du col et d'une fixation supplémentaire des ligaments cardinaux. (7)

Plus récemment, sont apparues les cures de prolapsus par voie basse utilisant des matériaux prothétiques et permettant ainsi de renforcer les structures déficientes (PROLIFT * antérieur, postérieur ou complet).

Les symptômes fonctionnels, notamment l'incontinence urinaire d'effort, peuvent également être traités par voie vaginale. Comme par exemple, l'intervention de RAZ qui réalise une colpopexie vaginale (8) ou la colpopexie selon BURCH suspendant le vagin para-cervico-urétral aux ligaments de COOPER.(9) Plus récemment sont apparues les techniques de soutènement sous-urétral type TVT (Tension-free Vaginal Tape) ou TOT (Trans-Obturator Tape).

La promontofixation est une technique par voie haute, initialement par laparotomie, initiée par l'école de l'hôpital BROCA en 1957 et développée par SCALI à partir de 1974. Elle constitue le traitement de référence du prolapsus génital dont la fiabilité n'est plus à démontrer.

Son principal objectif consiste à rétablir les axes et les caps viscéraux, en remplaçant les ligaments et les fascias défailants, par un matériel prothétique. (10)

Les résultats des différentes séries de promontofixation par laparotomie ont des taux objectifs de réussite variant de 99% pour TIMMONS à 88% pour VALAITIS.(4) Les durées de suivi postopératoire sont très variables, mais

plusieurs ont un recul postopératoire moyen de 5 ans à 10 ans voir plus, comme celles de LEFRANC, OCELLI, DEVAL ou VALAITIS. (11-13)

La promontofixation par cœlioscopique est technique plus récente. Ses modalités opératoires restent globalement les mêmes. Elle offre en plus les avantages de la voie endoscopique (une douleur postopératoire diminuée, une durée d'hospitalisation plus courte et une dégradation pariétale moindre) et un meilleur confort chirurgical, grâce à une meilleure vision de la cavité pelvienne notamment de l'espace recto-vaginal dont l'accès se trouve ainsi facilité. (14)

Les taux de réussite par coelioscopie sont comparables à ceux de la laparotomie, entre 90 et 100% pour COSSON, NEHZAT ou CHERET (12, 15, 16). Mais le recul postopératoire est limité à quelques mois, 36 mois pour NEZHAT (36 mois), 18 mois pour CHERET voir 4 mois pour COSSON.(12) L'évaluation à court ou moyen terme ne sont pas suffisants pour évaluer les caractéristiques précises, quant à la stabilité de la réparation dans le temps et la tolérance du matériel prothétique implanté. (17)

En revanche, dans les séries de promontofixation avec une seule prothèse, le taux de récurrence semble plus élevé, allant jusqu'à 32%. (3) C'est pourquoi, MANDRON et de nombreuses équipes placent systématiquement deux prothèses, l'une postérieure et l'autre antérieure. Cette association constitue un des éléments de stabilité mécanique de la réparation chirurgicale, allant contrer les forces de pression intra-abdominale sur les trois points d'attache, que sont les muscles élévateurs, les ligaments utéro-sacrés et le promontoire. Elle est nécessaire pour prévenir une récurrence postérieure, complication fréquente dans le traitement isolé des colpocèles antérieures. (18)

En effet, d'une façon générale, la correction d'un seul compartiment peut favoriser, au cours des années, la décompensation des autres compartiments pelviens. Le prolapsus génital même isolé, fait partie d'un problème plus complexe, qui mérite une prise en charge et un traitement global. (19)

A l'inverse, la correction préventive systématique d'un étage pelvien asymptomatique et stable avec un matériel prothétique, expose aux risques de complications secondaires, comme les plaies rectales ou les érosions sur

prothèse, à l'apparition ou l'aggravation d'autres troubles pelviens anatomiques ou fonctionnels. (20)

Le but de cette étude a été d'évaluer à distance, sur une série de 90 patientes, les résultats anatomiques et fonctionnels des cures de prolapsus par coelioscopie, mais aussi d'observer l'influence sur eux du nombre et de la position des prothèses. Cette étude a été réalisée à partir des dossiers médicaux, d'un questionnaire de suivi et d'une consultation de contrôle à distance de l'intervention.

MATERIEL ET METHODES

2 MATERIEL ET METHODE :

2.1 MODE DE RECUEIL DES DONNEES :

Cette thèse est basée sur l'étude rétrospective des dossiers de patientes opérées d'un prolapsus vaginal, par promontofixation coelioscopique, au CHU de NANTES, dans les services d'urologie et de chirurgie viscérale, entre janvier 1998 et janvier 2007, soit sur une période de 9 ans.

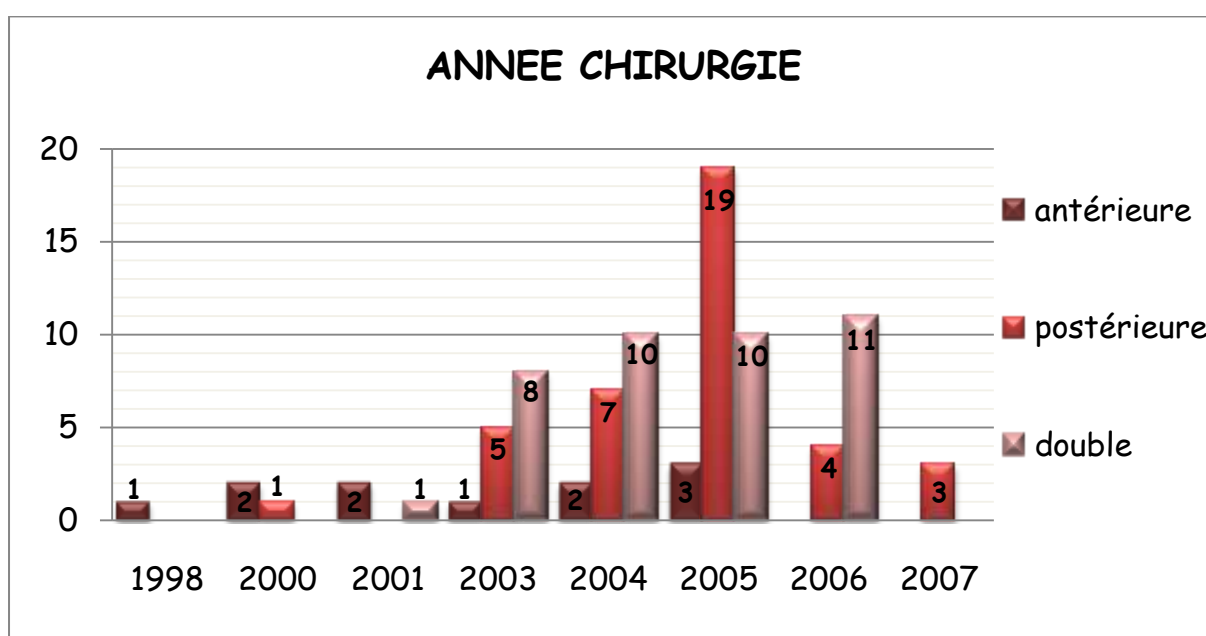


Tableau 1 : Répartition des interventions par année en fonction de la position des prothèses.

Le recueil initial a été effectué à partir des codages PMSI des deux services et des cahiers d'archives du bloc opératoire.

Au total, 169 dossiers de prolapsus ont été analysés.

Soixante dix neuf dossiers sur les 169, n'ont pas pu être exploités pour les raisons suivantes : 7 dossiers incomplets (absence de compte-rendu opératoire ou de consultation postopératoire), 43 interventions par voie chirurgicale et 29 prolapsus rectaux isolés.

Finalement, 90 patientes ont été retenues, réunissant l'ensemble des critères de cette étude.

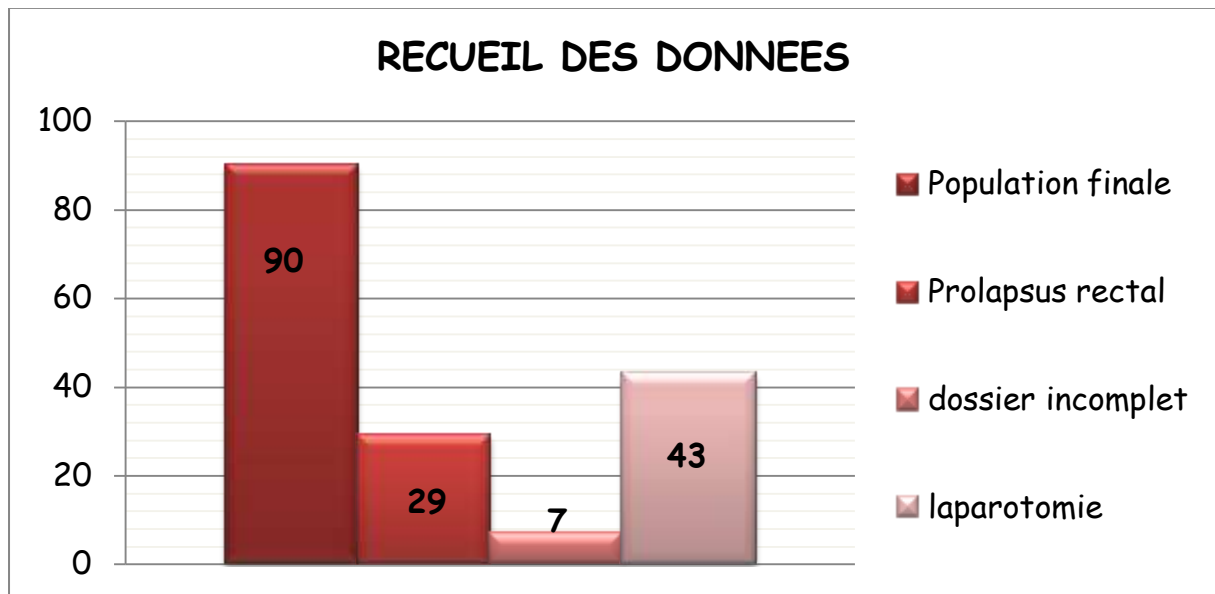


Tableau 2 : Récapitulatif de l'ensemble des dossiers étudiés.

Les documents étudiés dans les dossiers médicaux, ont été : les comptes-rendus de consultations pré et postopératoires, les comptes-rendus opératoires, les consultations anesthésiques, les dossiers infirmiers, biologiques et les comptes-rendus d'examen complémentaires (bilan urodynamique, manométrie ano-rectale, défécographie voire déféco-IRM).

2.2 LA POPULATION :

2.2.1 REPARTITION DES PROTHESES :

La position et le nombre de prothèse ont varié au cours des promontofixations cœlioscopiques.

Sur les 90 patientes, 11 ont eu une prothèse antérieure unique (12%), 36 une prothèse postérieure unique (40%) et 43 deux prothèses, antérieure et postérieure (48%).

2.2.2 SERVICE D'ORIGINE :

La répartition en fonction du service d'origine a été : 50 femmes issues d'urologie, 40 de chirurgie viscérale, dont 5 traitées en double équipe pour la mise en place de deux prothèses.

Les patientes ayant une prothèse unique ont été opérées par un chirurgien de l'étage correspondant, sauf en début d'expérience où une prothèse postérieure a été placée par un urologue.

De plus, deux patientes, ayant une indication initiale de prothèses doubles, ont eu une prothèse unique. Dans un cas, des difficultés techniques ont conduit à placer une prothèse postérieure unique et dans l'autre cas seule une prothèse antérieure a été utilisée suite à une plaie vaginale postérieure.

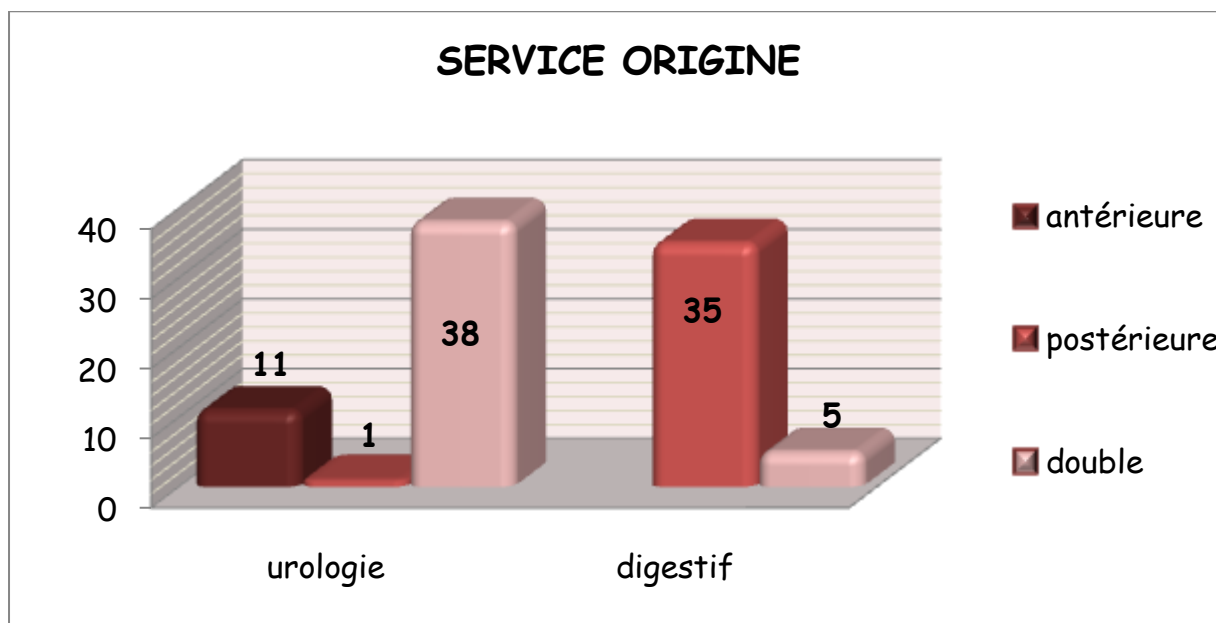


Tableau 3 : Service d'origine en fonction de la position des prothèses.

2.2.3 AGE :

L'âge moyen de la population totale au moment de l'intervention a été de 63 +/- 9,5 ans (37-84 ans), pour le groupe prothèse antérieure de 65 +/- 8,8 ans

(49-78 ans), pour celui ayant une prothèse postérieure de 62 +/- 8,7 ans (49-78 ans) et celui avec deux prothèses de 63 +/- 10,4 ans (37-84 ans).

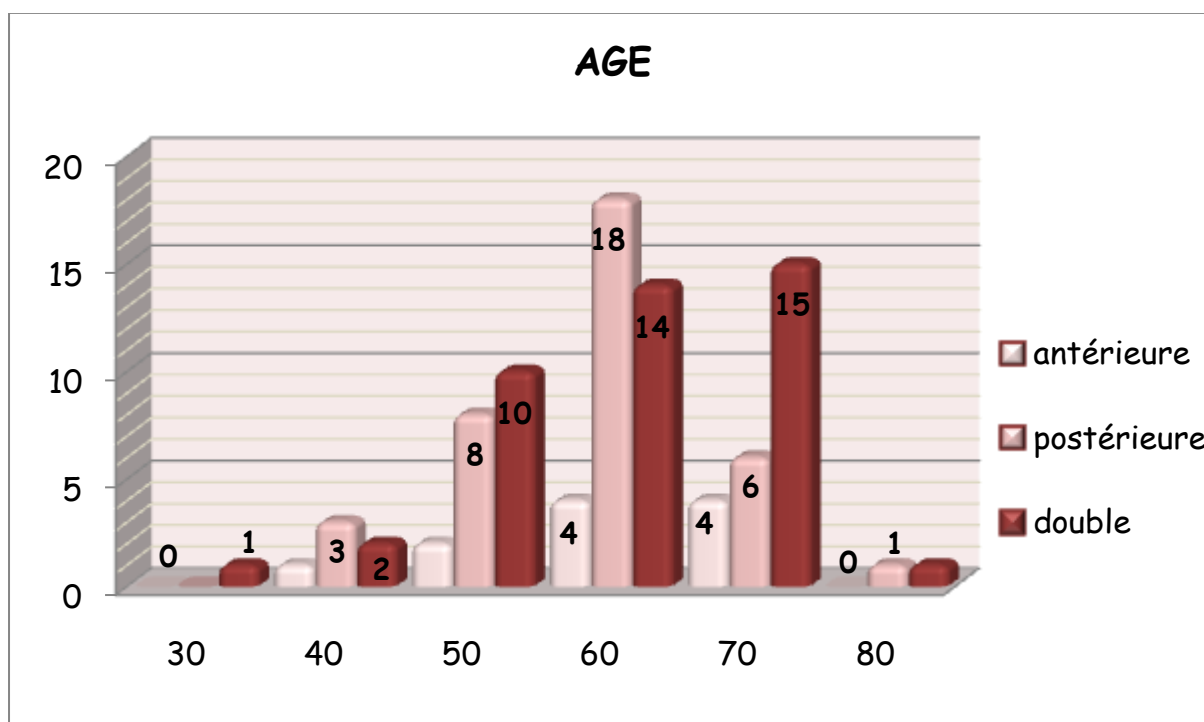


Tableau 4 : Catégorie d'âge de la population en fonction de la position des prothèses.

2.2.4 INDEX DE MASSE CORPORELLE OU BODY MASS INDEX :

L'indice de masse corporelle ou Body Mass Index (BMI) a été calculé à partir du poids et de la taille recueillis lors de la consultation d'anesthésie. Il correspond au rapport du poids sur la taille au carré et détermine plusieurs catégories : < 18 = maigreur, 18-25 = normal, 25-30 = surpoids, ≥ 30 = obèse.

Dans cette série, le BMI moyen a été de 24 Kg/m² +/- 3 (17-34).

Les patientes présentant un surpoids ont représenté 38% de la population et une obésité pour 9 %.

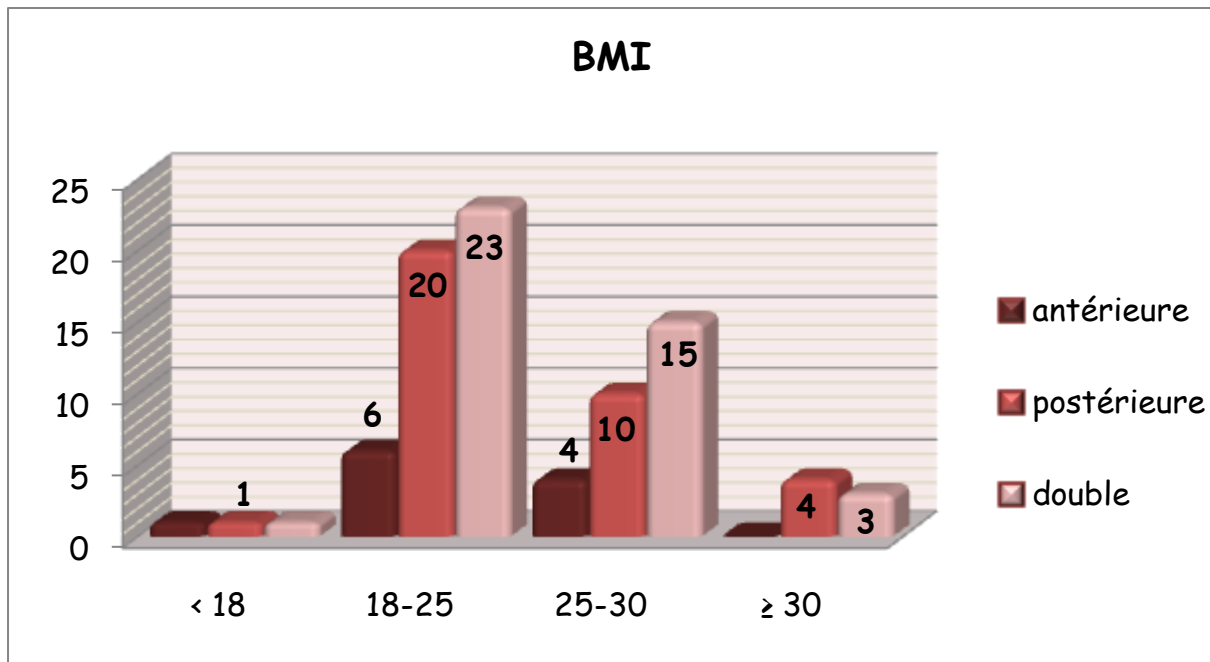


Tableau 5 : BMI en fonction de la position des prothèses.

2.2.5 SCORE ASA:

Pour le score ASA (American Society of Anesthesiology) relevé dans les dossiers anesthésiques, une grande majorité de scores 1 ou 2 a été retrouvée (74%) et un seul score 4.

2.2.6 ANTECEDENTS :

2.2.6.1 ANTECEDENTS OBSTETRICAUX :

Le nombre moyen d'enfants dans la population globale a été de 2,44 +/- 1,59 enfant par femme (0-7), de 2,27 +/- 1 (1-4) pour le groupe avec une prothèse antérieure, 2,6 +/- 1,64 (0-7) pour celui ayant une prothèse postérieure et 2,36 +/- 1,69 (0-7) pour celui avec deux prothèses.

Cette donnée manquait dans 3 dossiers.

Le mode d'accouchement a été la voie basse dans 98% des cas. Quatre naissances ont nécessité une césarienne

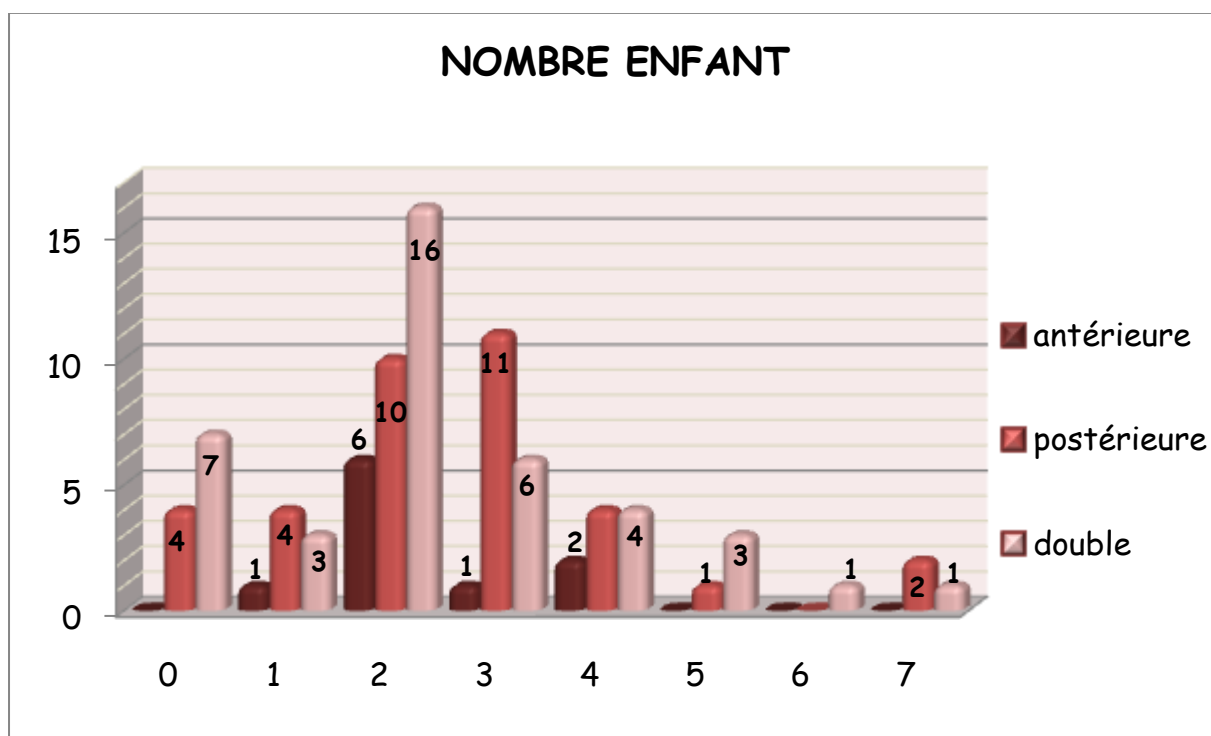


Tableau 6 : Nombre d'enfant / femme en fonction de la position des prothèses.

2.2.6.2 ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

Des antécédents de chirurgie abdomino-pelvienne ont été signalés à de nombreuses reprises et en particulier des cures chirurgicales de prolapsus ou d'incontinence urinaire.

2.2.6.2.1 ANTECEDENTS DE CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE :

Une hystérectomie a été notée 45 fois, soit 50% de la population, dont 25 par voie basse, 19 par voie haute et une donnée manquante.

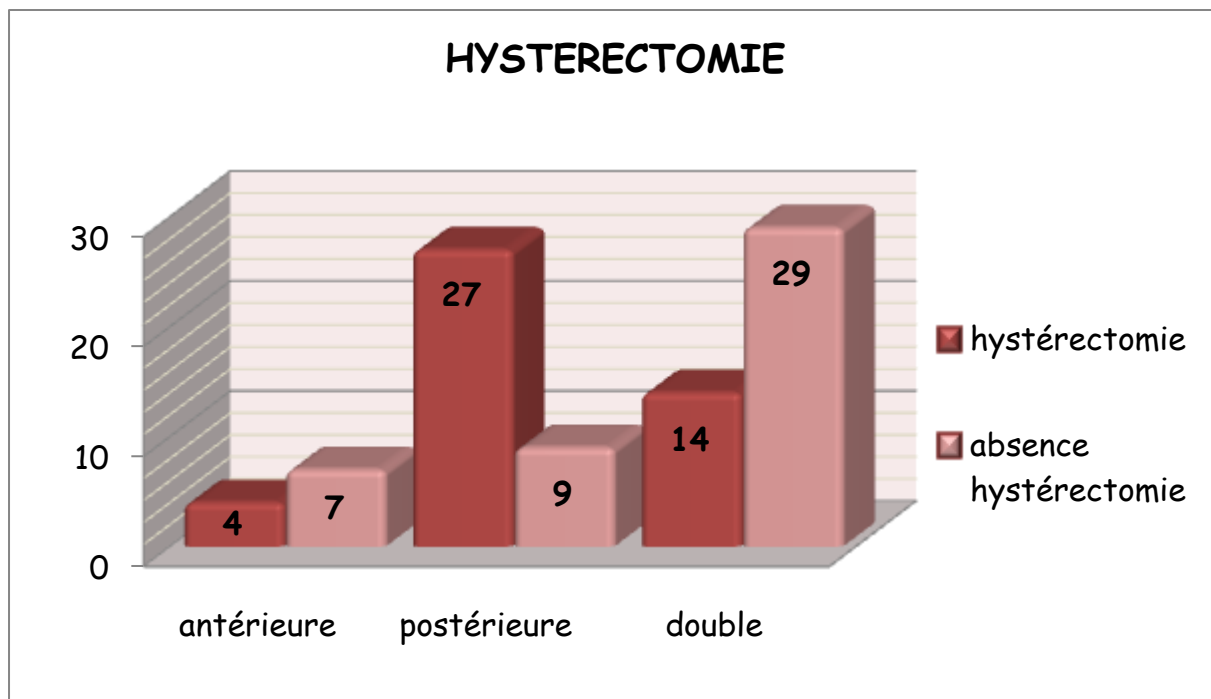


Tableau 7 : Antécédents d'hystérectomie en fonction de la position des prothèses.

Le taux de prolapsus du dôme, chez les patientes ayant eut une hystérectomie, a été de 4,5% (2/45).

Interventions	Nombre de patientes
Hystérectomie	45
Césarienne	4
Kyste ovaire	3
Ligature tubaire	3
Cœlioscopie exploratrice / GEU	5
<i>Total N = 90</i>	<i>60</i>

Tableau 8 : Antécédents de chirurgie gynécologique

2.2.6.2.2 ANTECEDENTS DE CHIRURGIE DIGESTIVE :

Deux types d'interventions ont été répertoriés : 4 cholécystectomies et 2 colectomies gauches par cœlioscopie.

2.2.6.2.3 ANTECEDENTS DE CHIRURGIE UROLOGIQUE :

Deux patientes ont été opérées d'une néphrectomie élargie.

Un antécédent de cure chirurgicale d'incontinence urinaire a été retrouvé dans 20 cas (22%).

Interventions	Nombre de patientes
BURCH	12
MARION-KELLY	1
MARSHALL-MARCHETTI	1
RAZ	1
TVT	1
Donnée manquante	4
<i>Total N = 90</i>	<i>20 (22%)</i>

Tableau 9 : Techniques de cure d'incontinence urinaire.

Dans 14 cas sur 20 (70 %) une cure chirurgicale de prolapsus a été associée à ce geste, dans le même temps opératoire ou en décalé.

De plus, la position des prothèses dans cette population a été la suivante : antérieure : 1, postérieure : 9, et double : 10.

2.2.6.2.4 ANTECEDENTS DE CURE CHIRURGICALE DE PROLAPSUS :

Un antécédent de cure chirurgicale de prolapsus a été relevé dans 32 cas, (35%). Une seule avait déjà eu deux cures chirurgicales de prolapsus.

Les modalités opératoires ont été 19 voies basses isolées, 10 voies hautes isolées et 3 associations. Dans 13 cas, le type d'intervention n'a pu être spécifié.

Ces interventions ont souvent associé plusieurs gestes techniques. Par exemple, une promontofixation coelioscopique a été combinée dans un cas à une myorraphie des releveurs et dans un autre cas à une colporraphie antérieure et postérieure.

En ce qui concerne, les cures prothétiques de prolapsus par coelioscopie ou par voie basse, le nombre de prothèses mises en place, leur position (antérieure ou postérieure par rapport au vagin) et le type de matériel utilisé n'ont pas été retrouvés.

Interventions	Voie basse	Voie haute
Promontofixation laparotomie		4
Promontofixation coelioscopique		2
Myorraphie releveurs	2	
RICHTER + myorraphie	4	
RICHTER	3	
Prothèse vaginale	2	
MANCHESTER	2	
Colporraphie antérieure + postérieure	1	
CAMPBELL	1	

Tableau 10 : Interventions de cure de prolapsus. VH = Voie Haute VB = Voie Basse.

Parmi ces 32 patientes, aucune n'a eu une prothèse antérieure unique, par contre 19 (60%) ont eu une prothèse postérieure seule.

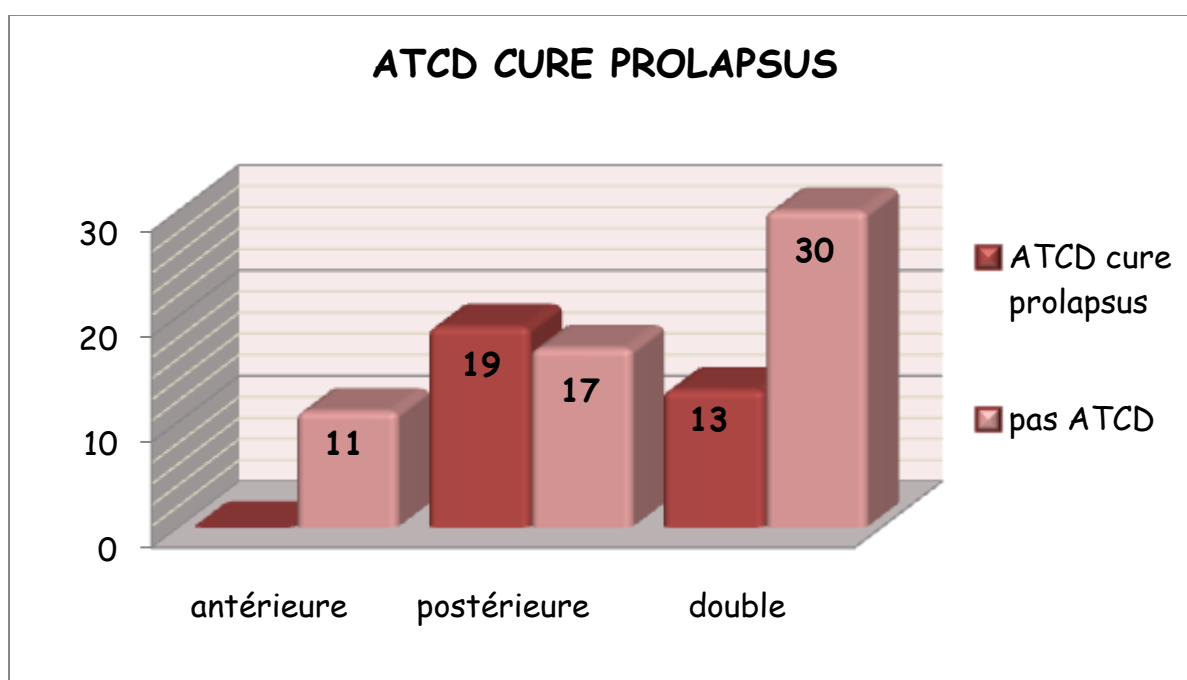


Tableau 11 : Antécédents (ATCD) de cure de prolapsus et positions des prothèses.

2.3 EXAMEN CLINIQUE PREOPERATOIRE :

Dans cette étude, les prolapsus ont été cotés au cours d'un examen gynécologique initial, selon la classification de BADEN et WALKER. (21)

Stade	Localisation clinique du prolapsus
I	intra-vaginal
II	affleurant la vulve
III	dépassant l'orifice vulvaire
IV	totalement extériorisé

Tableau 12 : Classification de BADEN et WALKER.

Le testing des releveurs a été retrouvé dans 80 dossiers. La cotation a été faite de 0 à 5. Dix-huit patientes ont présenté un score inférieur à 5.

2.3.1 PROLAPSUS POSTERIEURS PREOPERATOIRES :

Parmi les 90 patientes de cette étude, 18 (20%) n'avaient aucune atteinte postérieure. Soixante-douze patientes (80%) présentaient une rectoélytrocèle, dont 47 de stade II minimum (65 %).

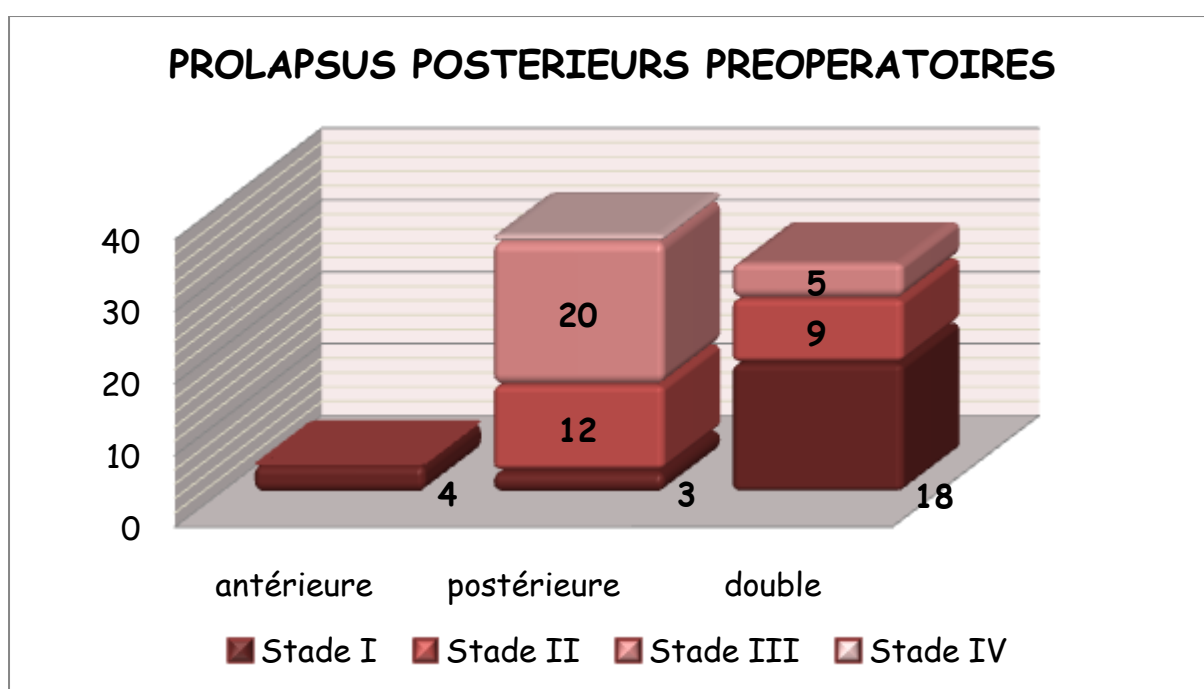


Tableau 13 : Grades de prolapsus postérieurs en fonction de la position des prothèses.

2.3.2 PROLAPSUS ANTERIEURS PREOPERATOIRES :

Trente trois patientes (37%) n'avaient aucun prolapsus antérieur. Cinquante-sept (63%) présentaient un prolapsus antérieur, isolé ou associé à une atteinte d'un autre étage pelvien. Cinquante et un avaient un grade supérieur ou égal à II.

Deux patientes présentant une composante antérieure ont eu une prothèse postérieure unique. Dans un cas, le prolapsus était de grade I. Dans l'autre cas, l'intervention initiale était une promontofixation avec double prothèses, mais du fait de difficultés techniques, seule la prothèse postérieure a été mise en place.

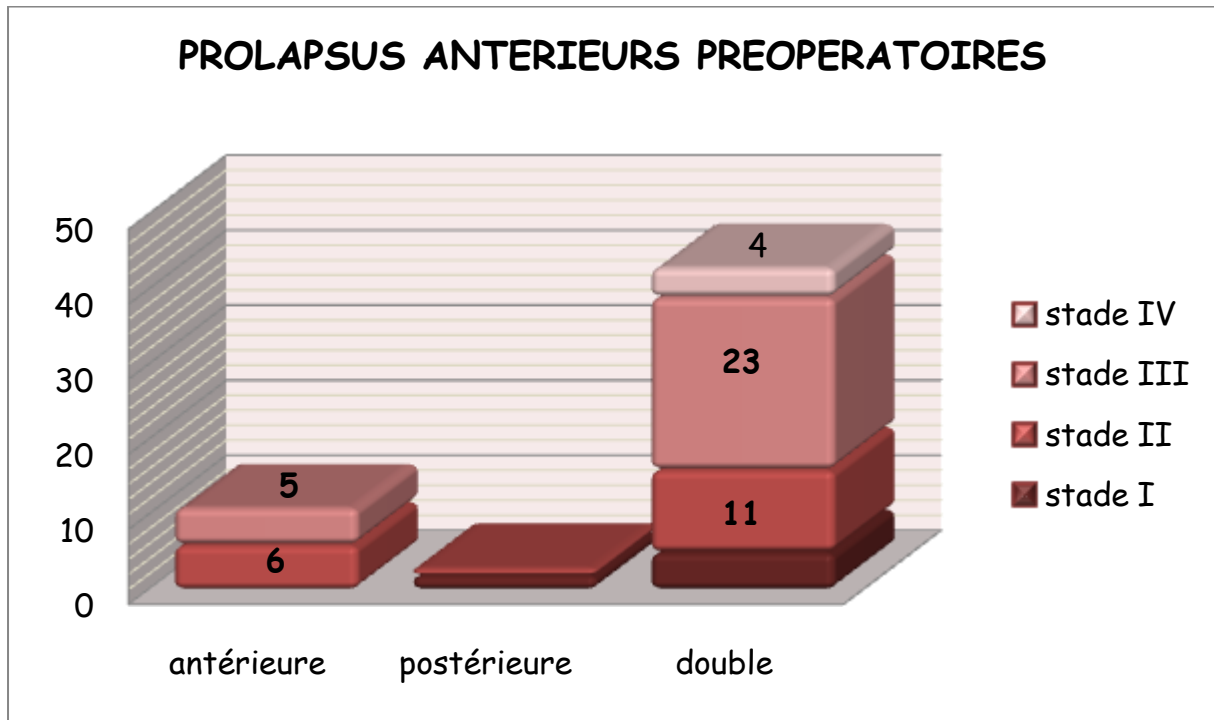


Tableau 14 : Grade des prolapsus antérieurs en fonction de la position des prothèses.

2.3.3 PROLAPSUS MOYENS PREOPERATOIRES :

L'atteinte de l'étage moyen a été moins fréquente que celle les autres étages pelviens. Soixante dix huit patientes n'avaient aucune atteinte de cet étage. Aucun stade III ou IV n'a été diagnostiqué.

Parmi, les 12 patientes ayant un prolapsus de l'étage moyen, 2 avaient un antécédent d'hystérectomie.

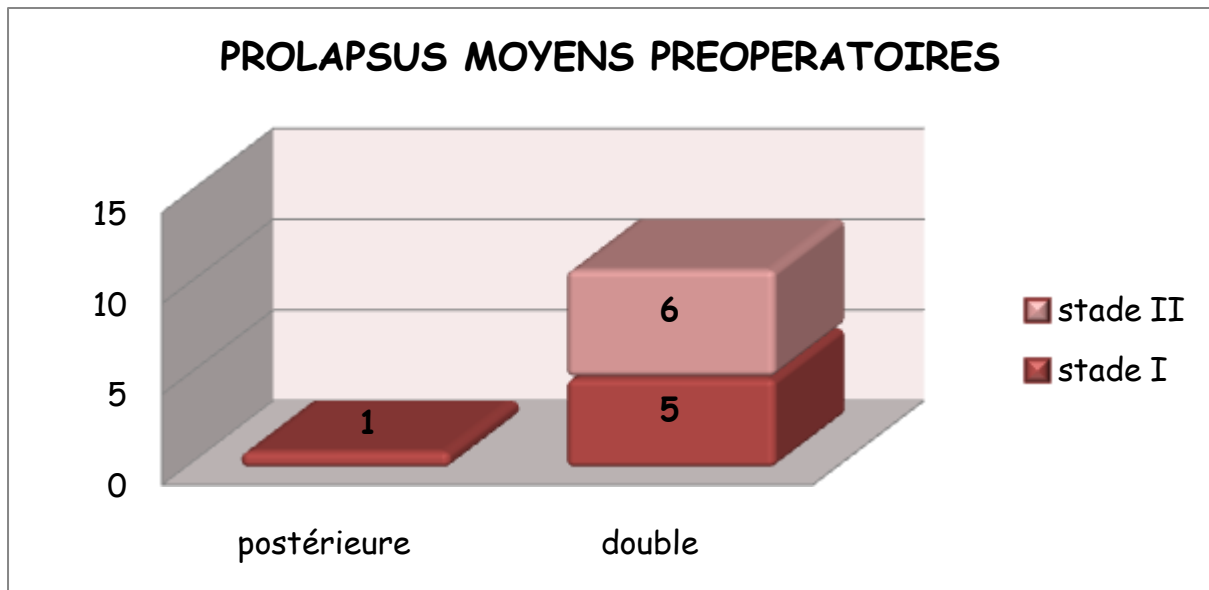


Tableau 15 : Grade des prolapsus de l'étage moyen en fonction de la position des prothèses.

2.3.4 PROLAPSUS COMBINES PREOPERATOIRES :

Dans cette étude, 47 patientes (52%) présentaient un prolapsus unicompartmental et seul le prolapsus de l'étage moyen était dans tous les cas combiné à une atteinte d'un autre étage.

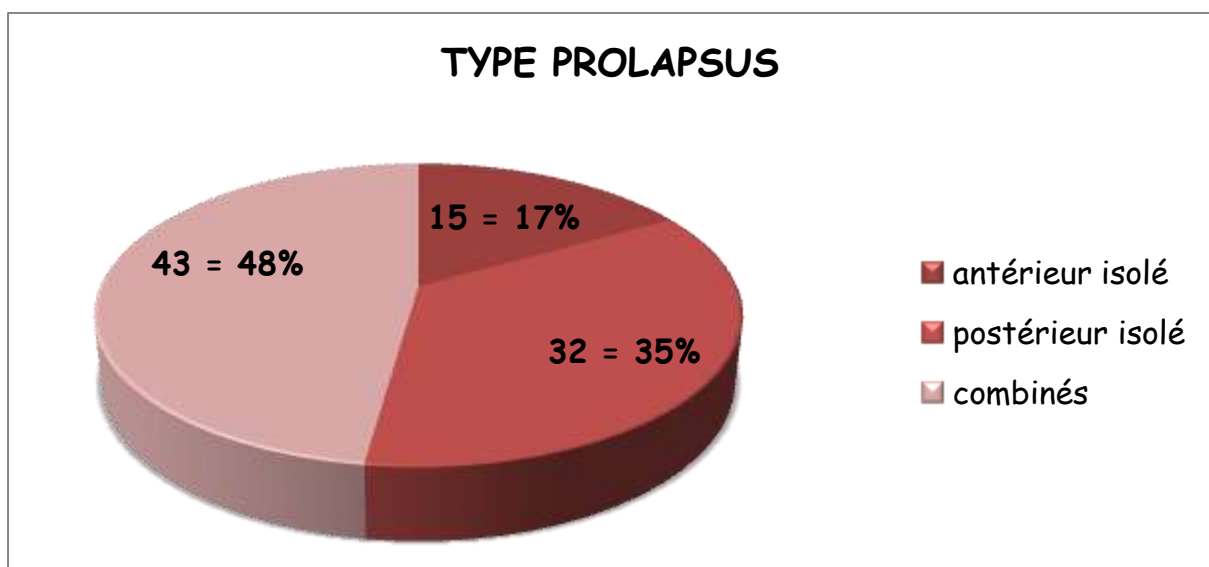


Tableau 16 : Type anatomique des prolapsus : isolé ou combiné.

Parmi les 72 prolapsus postérieurs, 32 étaient isolés et 40 combinés. L'atteinte a été combinée à une atteinte antérieure dans 31 cas, moyenne dans 1 cas et triple dans 8 cas.

Parmi les 57 atteintes antérieures, 15 étaient isolées et 42 combinées. L'atteinte a été combinée à une atteinte moyenne dans 3 cas, une postérieure qu'elle soit double ou triple, dans les autres cas.

La répartition des stades de prolapsus a été variable, homogène ou prédominant sur un ou plusieurs étages.

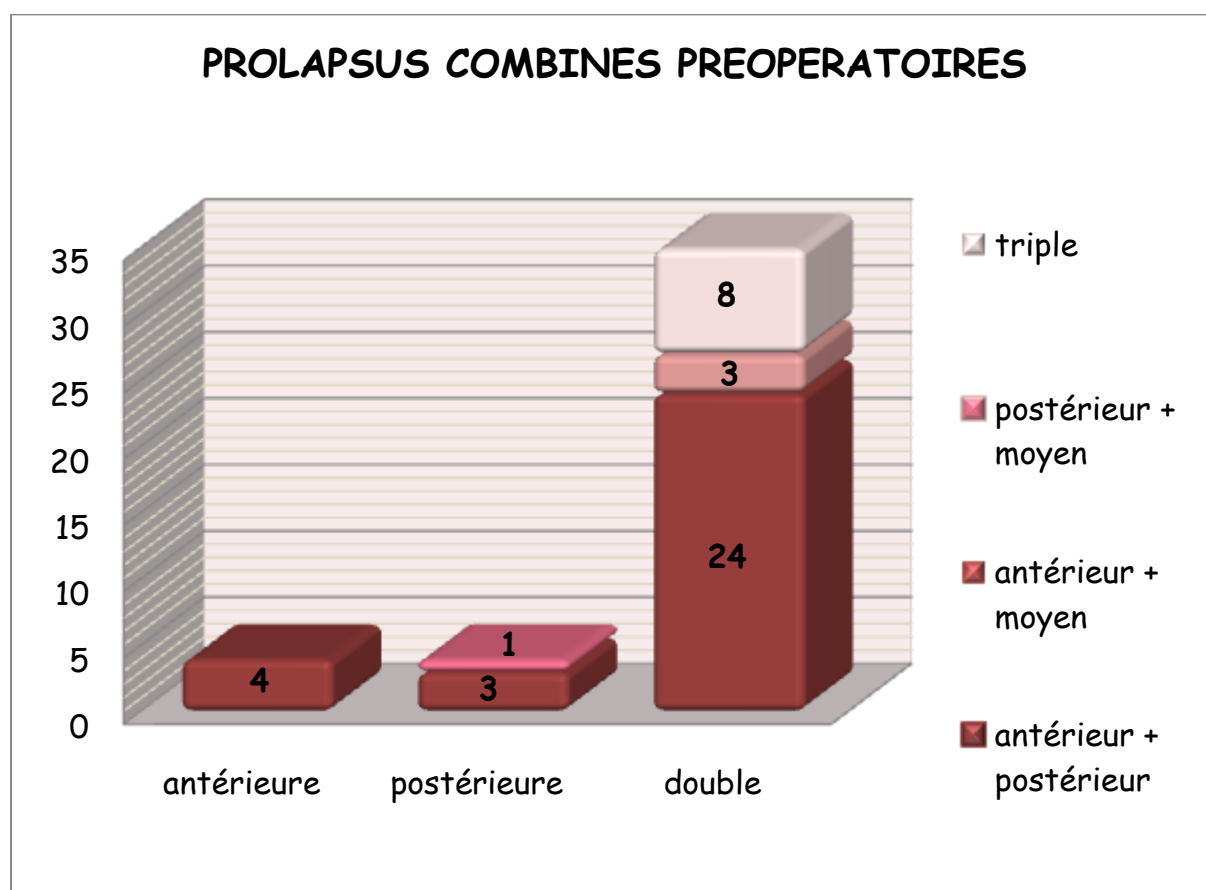


Tableau 17 : Répartition des types anatomiques des 43 prolapsus combinés

2.4 SIGNES FONCTIONNELS ASSOCIES AU PROLAPSUS :

Les troubles fonctionnels pelviens associés au prolapsus génital ont été séparés en 3 catégories : urologiques, digestifs et gynécologiques.

2.4.1 SYMPTOMES UROLOGIQUES PREOPERATOIRES :

Le nombre total d'incontinence urinaire préopératoire a été de 23 cas (25 %). Le type a été : 10 incontinences urinaires d'effort, 8 incontinences mixtes, 1 incontinence par hyperactivité vésicale pure et 4 non spécifiés.

L'incontinence urinaire d'effort a été confirmée par un examen en position gynécologique. Les fuites ont été diagnostiquées soit spontanément soit lors de la réduction du prolapsus, mais cette donnée n'a pas clairement été décrite dans les comptes-rendus de consultation.

Onze patientes ont décrit des symptômes d'hyperactivité vésicale, dont 2 ne s'accompagnaient pas de fuites urinaires.

De plus, 15 de ces 23 patientes, soit 65%, avaient un prolapsus antérieur associé à cette incontinence.

Enfin, parmi les patientes incontinentes, 8 avaient déjà été opérées d'une cure d'incontinence urinaire.

Deux patientes ont signalé une dysurie, l'une d'entre elle avait eu une intervention de BURCH quelques années auparavant et l'autre présentait une cystocèle de grade III.

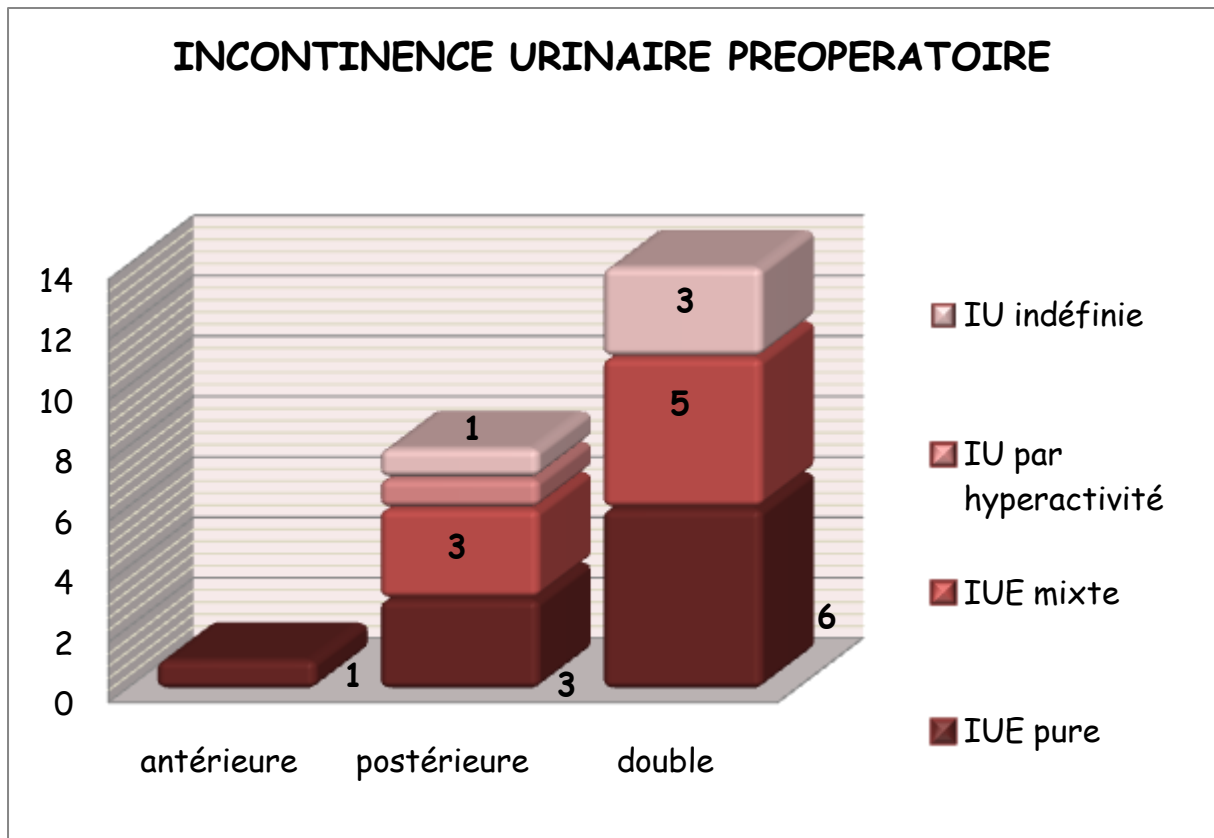


Tableau 18 : Statut mictionnel en fonction de la position des prothèses. (IU = Incontinence Urinaire, IUE = Incontinence Urinaire d'Effort)

2.4.2 SYMPTOMES DIGESTIFS PREOPERATOIRES :

La constipation a été signalée par 33 patientes, soit 36% de la population.

Parmi ces patientes, 32 avaient un prolapsus postérieur, de stade supérieur ou égal à III, dans la moitié des cas.

De plus, 14 de ces patientes avaient déjà eu une cure chirurgicale de prolapsus.

Enfin, une incontinence anale préopératoire a été signalée par 12 patientes, (13%), dans 8 cas associée à une constipation.

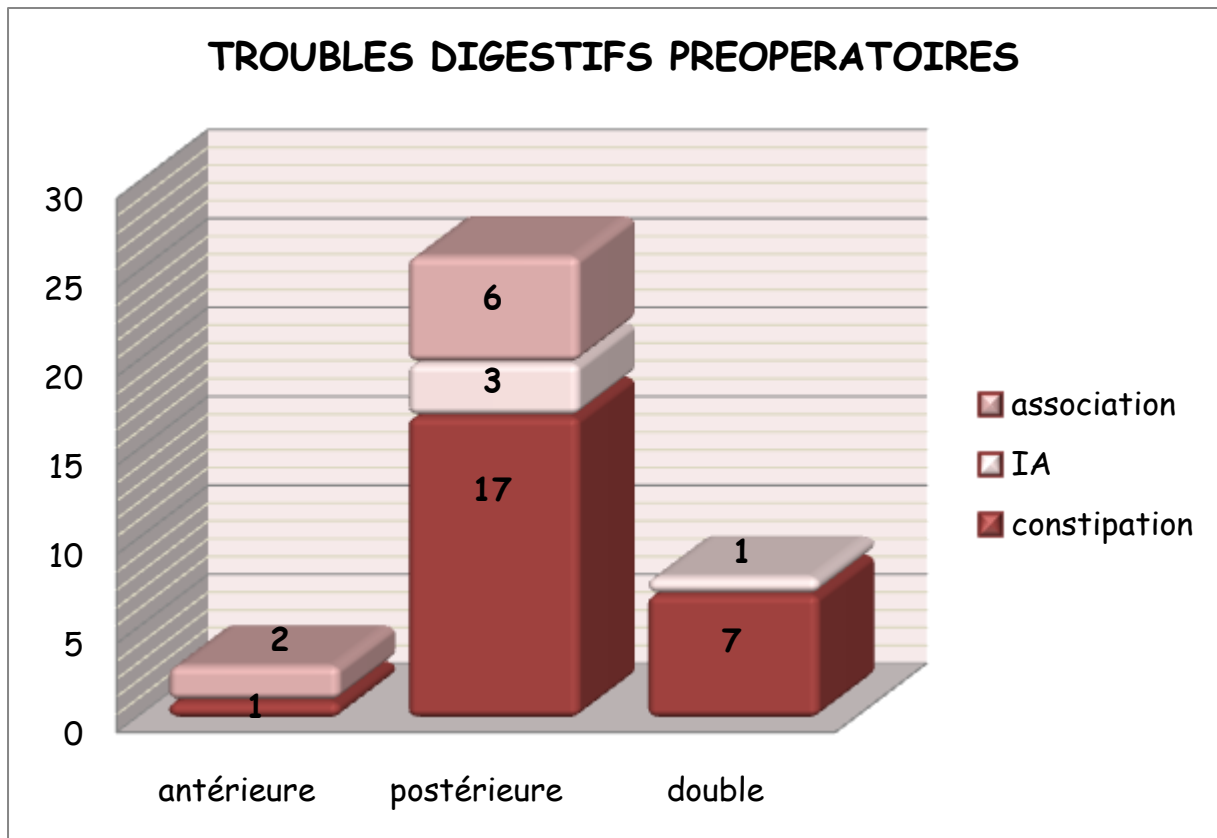


Tableau 19 : *Troubles fonctionnels digestifs préopératoires en fonction de la position des prothèses. IA = Incontinence Anale*

2.4.3 SYMPTOMES GYNECOLOGIQUES PREOPERATOIRES :

L'évaluation gynécologique a rarement été rapportée dans les comptes-rendus de consultation. Six patientes (7%) ont signalé une dyspareunie préopératoire.

De même, l'existence d'une activité sexuelle n'a été rapportée que dans 4 cas (5%).

2.5 TABLEAU RECAPITULATIF DES DONNEES PREOPERATOIRES :

		Total N = 90 (%)	Promontofixation avec prothèse antérieure N = 11 (12%)	Promontofixation avec prothèse postérieure N = 36 (40%)	Promontofixation avec double prothèses N = 43 (48%)
Prolapsus préopératoires antérieurs isolés N = 15 (16%)	I	0	0	0	0
	II	7	4	0	3
	III	7	3	0	4
	IV	1	0	0	1
Prolapsus préopératoires postérieurs isolés N = 32 (35%)	I	3	0	3	0
	II	10		10	
	III	19		19	
	IV	0		0	
Prolapsus préopératoires combinés		43	4	4	35
ATCD hystérectomie		45	4	27	14
ATCD cure de prolapsus		32	0	19	13
ATCD de cure d'incontinence urinaire		20	1	9	10
Incontinence urinaire préopératoire		23	1	8	14
Constipation préopératoire		33	3	23	7
Incontinence anale préopératoire		12	2	9	1

Tableau 20 : Données cliniques préopératoires. ATCD = antécédent

2.6 BILAN PARA-CLINIQUE PREOPERATOIRE :

2.6.1 BILAN UROLOGIQUE PREOPERATOIRE :

Au total, 69 bilans urodynamiques (78%) ont été comptabilisés.

Quarante-neuf ont été réalisés, chez des patientes issues d'urologie, soit 98% de ce groupe (49/50), versus 50% (20/40) chez celles issues du service de chirurgie digestive.

Le bilan urodynamique incluait : une débitmétrie, un profil urétral et une cystomanométrie.

2.6.1.1 CYSTOMANOMETRIE :

La cystomanométrie a dépisté 7 cas d'hyperactivité détrusorienne.

Les 7 patientes présentant une hyperactivité détrusorienne ont été opérées d'une prothèse antérieure, seule ou associée à une prothèse postérieure.

Parmi les 7 patientes présentant une hyperactivité détrusorienne, trois ont signalé des symptômes cliniques d'hyperactivité vésicale.

La mesure de la contraction vésicale mictionnelle maximale a été identifiée dans 59 cas. La moyenne a été de 57 +/- 20 cm d'H₂O (12-127) dans la population globale, de 65 +/- 6 cm d'H₂O (55-74) pour celle ayant une prothèse antérieure, de 52 +/- 22 cm d'H₂O (11-82) pour celle ayant une prothèse postérieure et de 57 +/- 22 cm d'H₂O (12-127) celle ayant une double prothèse.

2.6.1.2 PROFIL URETRAL :

Dans un seul cas, le résultat du profil urétral n'a pas été retrouvé.

La pression de clôture maximale moyenne a été de 49 +/- 20 cm d'H₂O (18-115, med = 45) : pour le groupe prothèse antérieure de 49 +/- 15 cm d'H₂O (26-77, med = 45), pour celui prothèse postérieure de 48 +/- 23 cm d'H₂O (24-

115, med = 46) et pour celui avec prothèse double de 50 +/- 23 cm d'H₂O (18-111, med = 44).

Une pression de clôture inférieure à 20 cm H₂O a été mesurée dans un cas. Cette patiente, présentant une insuffisance sphinctérienne importante, avait cliniquement des fuites urinaires.

En revanche, parmi les 23 patientes, dont la pression était comprise entre 20 et 40, 9 patientes présentaient des fuites urinaires d'effort.

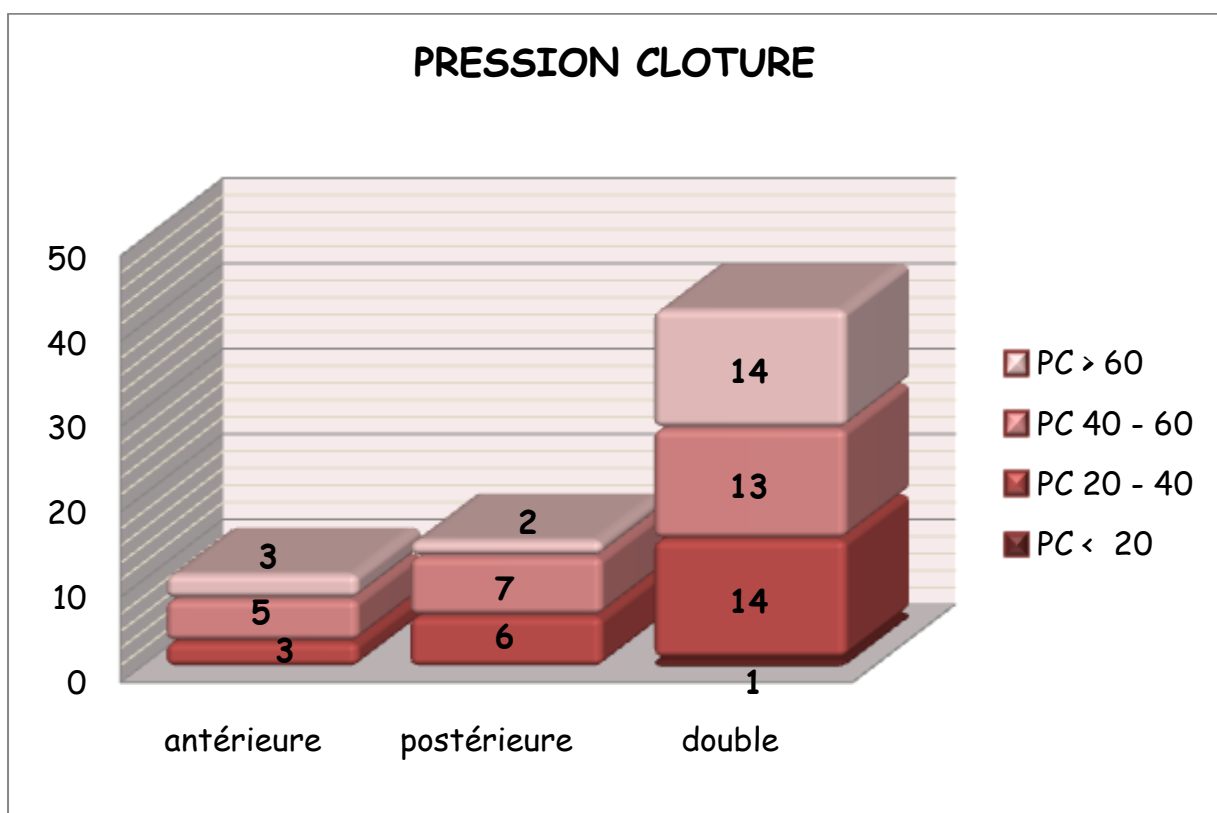
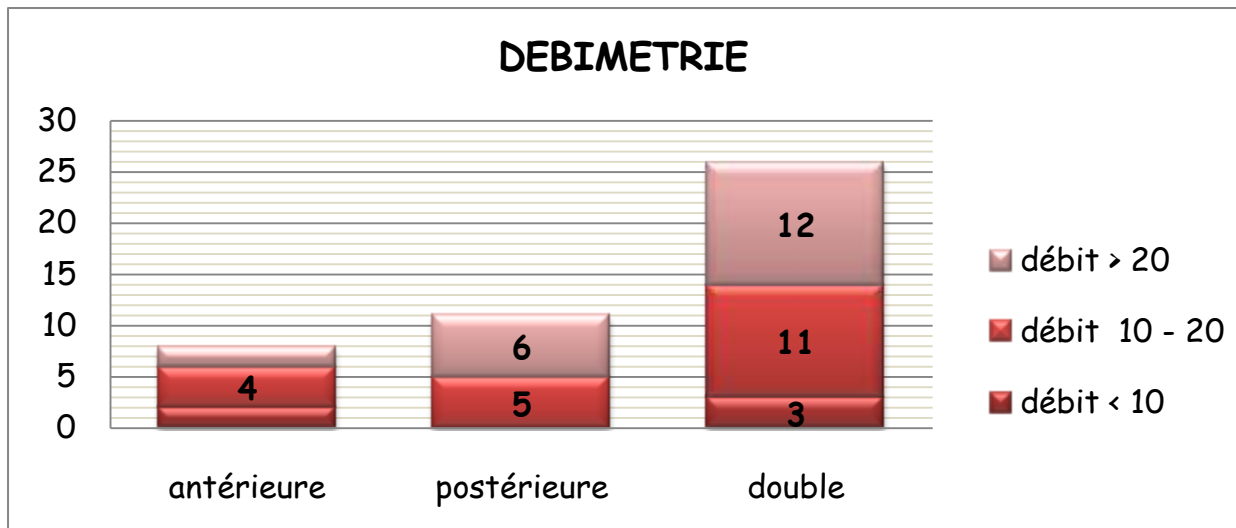


Tableau 21 : Pression de clôture en fonction de la position des prothèses.

2.6.1.3 DEBIMETRIE ET RESIDU POST-MICTIONNEL :

Quarante-cinq débitmétries ont été comptabilisées.

Le débit moyen maximum a été de 19 ml/s (7-40, médiane = 20). Dans 6 cas, il a été inférieur à 10 ml/s, témoin d'un syndrome obstructif.



***Tableau 22 :** Débimétrie postopératoire en fonction de la position des prothèses.*

La mesure du résidu post-mictionnel a été faite dans 63 cas. Six patientes avaient un résidu significatif, supérieur à 100 ml.

2.6.2 BILAN DIGESTIF PREOPERATOIRE :

La manométrie ano-rectale, la défécographie ou la déféco-IRM et la mesure du temps de transit colique (TTC) ont été faites uniquement chez les patientes prises en charge en chirurgie viscérale : 21 TTC, 39 défécographies et 32 manométries ano-rectales. Les 3 examens ont été réalisés seulement pour 3 d'entre elles.

2.6.2.1 DEFECOGRAPHIE :

Trente neuf patientes ont eu un bilan radiologique, dont 37 défécographies classiques et 2 déféco-IRM, dans 5 cas, les résultats étaient manquants.

Toutes ces patientes ont été prises en charge en chirurgie viscérale.

Les résultats collectés ont porté principalement sur l'analyse du compartiment postérieur.

Résultats défécographie	Nombre
Périnée descendant	2
Procidence interne du rectum	1
Prolapsus rectal	1
Rectocèle	16
Recto-entérocele	7
Entérocele	5

Tableau 23 : Résultats des défécographies.

2.6.2.2 MANOMETRIE ANO-RECTALE :

Une manométrie ano-rectale a été réalisée en préopératoire dans 32 cas.

Manométrie anorectale	Incontinence anale	Continence anale
Hypertonie		2
Hypotonie volontaire	2	4
Hypotonie de repos	4	1
Hypotonie repos et volontaire	2	1
Tonus normal		5
RRAI absent		1
RRAI modeste		1
RRAI normal	7	11
Sensibilité médiocre		3
Sensibilité normale	7	10

Tableau 24 : manométries anorectales et continence anale.

2.6.2.3 TEMPS DE TRANSIT COLIQUE :

Le temps de transit colique moyen a été de 66 +/- 37 heures (30-180, med = 50 heures) pour les 21 examens réalisés. Pour le sous-groupe ayant une prothèse postérieure seule, il a été de 67 +/- 38 heures (30-180, med = 50) et pour celle ayant deux prothèses de 50 heures.

2.6.3 BILAN GYNECOLOGIQUE PREOPERATOIRE :

Dans 9 dossiers, (10%), un bilan gynécologique a été effectué lors d'une consultation avec un gynécologue, comprenant une échographie pelvienne et un frottis cervico-vaginal.

Le bilan gynécologique a été demandé par le service de digestif dans tous les cas.

2.7 PARAMETRES PERIOPERATOIRES :

La durée moyenne, entre la première consultation et l'intervention chirurgicale a été de 7 mois (3 jours - 138 mois, med = 73 jours).

2.7.1 CARACTERISTIQUES PER-OPERATOIRES :

2.7.1.1 LES OPERATEURS :

Ces interventions ont été réalisées par un chirurgien sénior ou un chef de clinique urologue ou digestif. Au total, 10 opérateurs sont intervenus, dont 6 urologues et 4 chirurgiens digestifs.

2.7.1.2 ANTIBIOPROPHYLAXIE :

Une antibioprophylaxie a été mise en place dans 44% des cas. (AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE / CEFAZOLINE / CEFUROXIME / CLAMOXYL + GENTAMYCINE).

2.7.1.3 DONNEES OPERATOIRES :

2.7.1.3.1 GENERALITES :

La promontofixation cœlioscopique est une technique standardisée, dont les grandes étapes ont été suivies par les différents opérateurs.

L'intervention a débuté par une «open-coelioscopie» l'ombilicale en urologie et parfois une insufflation avec une aiguille de PALMER en chirurgie digestif.

Les trocars ont été introduits sous contrôle de la vue, 5 en chirurgie digestive et 4 en urologie.

En urologie, la répartition des trocars a été la suivante : un trocart ombilical de 10 mm, 2 trocars de 5 mm, dont un en fosse iliaque droite et un à mi-chemin entre la symphyse pubienne et l'ombilic, et enfin un trocart de 5/12 ou de 5mm en fosse iliaque gauche.

En chirurgie digestive, la répartition a été la suivante : un trocart ombilical de 10 mm, un de 12 mm en fosse iliaque droite, un de 5 mm à mi-chemin entre la symphyse pubienne et l'ombilic, un de 5 mm en fosse iliaque gauche, et enfin un trocart de 5 mm en hypogastrique.

Le sigmoïde a été fixé par un fil reliant une frange épiploïque à la paroi, afin de dégager le cul de sac de douglas et le promontoire. La mobilisation du sigmoïde a plutôt été assurée, par les chirurgiens viscéraux, à l'aide d'une pince atraumatique positionnée en hypogastrique.

L'utérus, quant à lui, a été fixé en sus-pubien par un fil transfixiant le fond utérin.

2.7.1.3.2 TEMPS OPERATOIRES :

L'intervention a débuté, par une incision du péritoine pariétal droit, du promontoire jusqu'au cul de sac de douglas.



Schéma 1 : Incision péritonéale

La dissection s'est portée ensuite sur l'espace recto-vaginal, afin d'aborder les releveurs de l'anus, de part et d'autre du rectum. Le rectum est alors libéré sur ses faces antérieures et latérales jusqu'au canal anal.

Parfois, une valve vaginale a été introduite dans le vagin permettant de mieux visualiser cet espace.

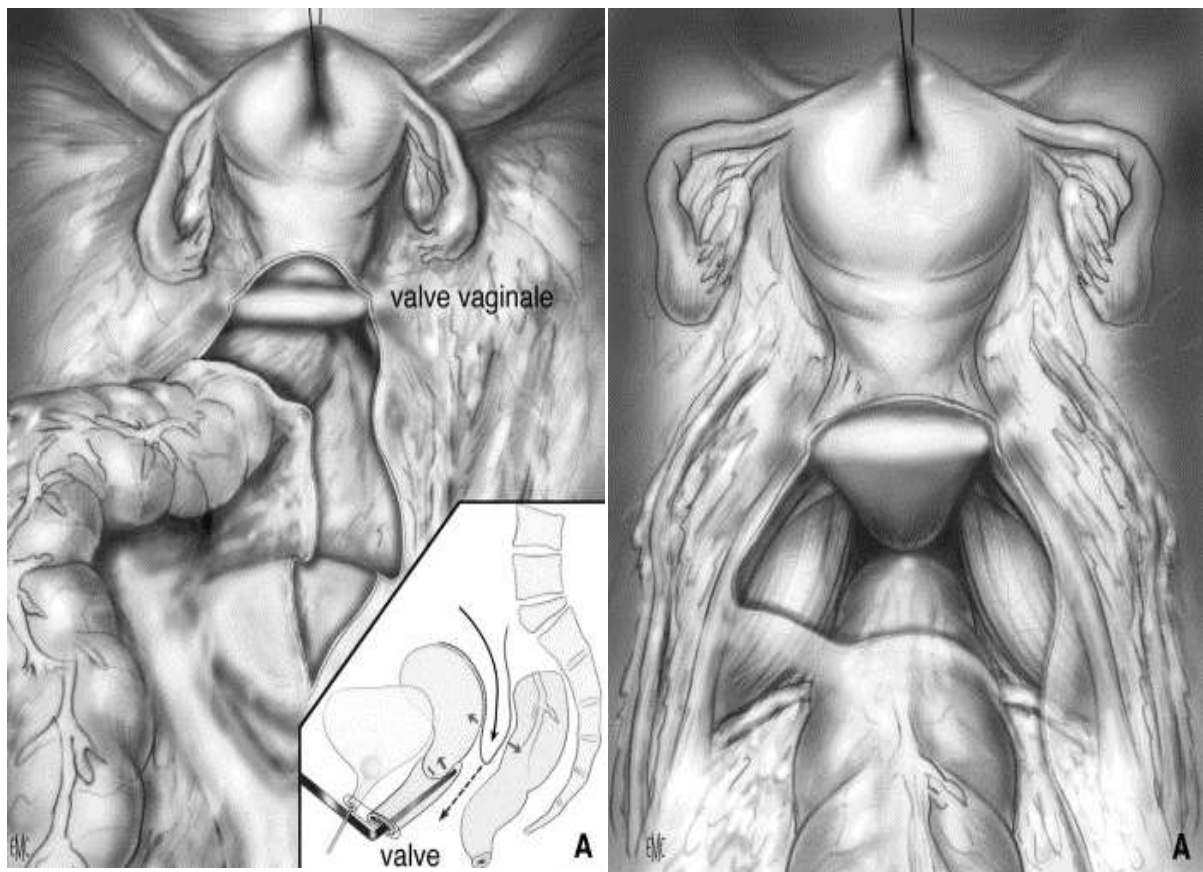


Schéma 2 : Dissection recto-vaginale

Schéma 3 : Abord des releveurs

La fixation de la prothèse postérieure a varié en fonction des équipes.

Les chirurgiens viscéraux l'ont fixée à la fois sur chaque releveur de l'anus par des agrafes et parfois des fils, mais aussi sur le méso-rectum, le long de son trajet dans la courbure sacrée à l'aide de plusieurs agrafes. Par contre, elle n'a pas été fixée au vagin.

Les urologues l'ont fixée aux releveurs de l'anus, par plusieurs points séparés non résorbables, ainsi qu'au vagin par des points non transfixiants.

Parfois, des points supplémentaires ont été réalisés sur les ligaments utéro-sacrés.

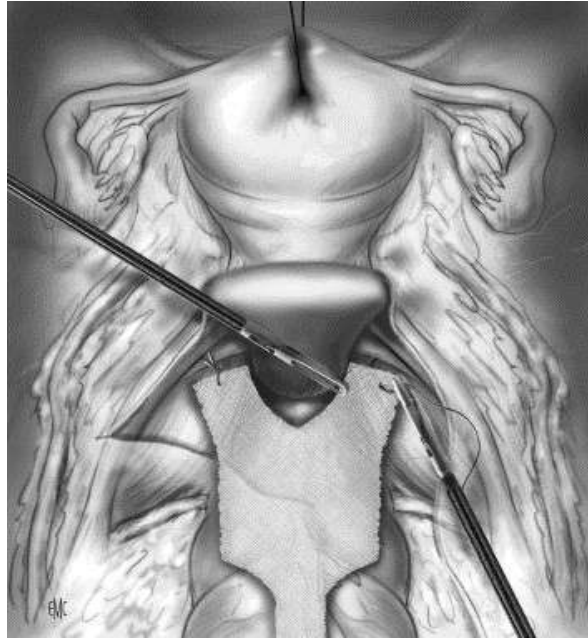


schéma 4 : Fixation de la prothèse postérieure.

La dissection s'est ensuite portée sur l'étage antérieur.

L'abord de l'espace vésico-vaginal a parfois nécessité l'introduction d'une valve vaginale et n'a pas dépassé la limite inférieure constituée par le ballonnet de la sonde vésicale. La prothèse antérieure a été fixée au vagin, par des points séparés ou un surjet de fil résorbable.

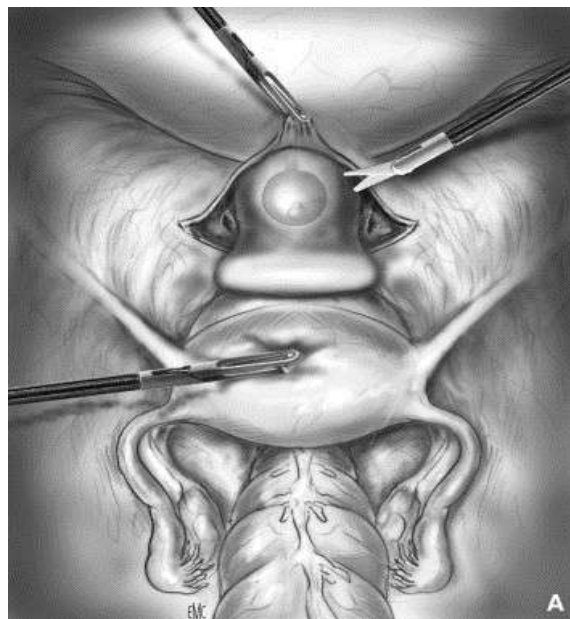


Schéma 5 : Dissection de l'espace vésico-vaginal.

Le jambage de la prothèse antérieure a été passé uniquement à travers le ligament large droit.

Les deux prothèses ont été fixées au promontoire, par un point unique non résorbable.

La repéritonisation a été réalisée par un surjet antérieur et un postérieur de fil résorbable, auquel une douglasssectomie a été associée dans 32 cas, dont 27 présentaient cliniquement une rectocèle en préopératoire.



Schéma 6 : Repéritonisation.

2.7.1.3.3 GESTES ASSOCIES :

La promontofixation a été associée à une pose de prothèse sous-urétrale, type TVT, dans le même temps opératoire dans 8 cas. L'incontinence urinaire d'effort était pure dans 6 cas et mixte dans les 2 autres.

D'autres gestes ont été réalisés de façon concomitante dans 14 cas.

Type d'intervention	Nombre d'intervention
Viscérolyse	11
Ovariectomie bilatérale	1
Hémorroïdectomie	1
Myorraphie des releveurs	1

Tableau 25 : Gestes associés à la promontofixation.

2.7.1.4 LE MATERIEL PROTHETIQUE :

Les prothèses utilisées étaient des treillis synthétiques non résorbables à larges mailles, macroporeux dans 32 cas et microporeux dans 51 cas : MERCILENE* dans 48 cas, PROLENE* dans 31 cas, SURGIPRO* dans 2 cas, GYNEMESH* et PARIETEX* dans 1 cas chacun. Le type de plaque n'a pas été retrouvé dans 7 dossiers.

Le nombre de prothèse, une ou deux, leur position, antérieure ou postérieure, a varié en fonction des équipes et au sein d'une même équipe.

Deux prothèses (antérieure et postérieure) ont été employées dans 43 cas.

Une seule prothèse, antérieure ou postérieure, a été mise lors de 47 procédures : 11 antérieures et 36 postérieures. Toutes les prothèses antérieures seules ont été mise en place par un urologue. Une prothèse postérieure unique a été mise par un urologue. Pour les prothèses doubles, 5 ont été opérées par un chirurgien digestif, contre 38 par un urologue.

Le matériel utilisé a été des prothèses non prédécoupées. La forme des prothèses antérieures a été identique pour les deux équipes, alors qu'elle a différé pour les postérieures. Le schéma suivant représente les deux types de prothèses postérieures.

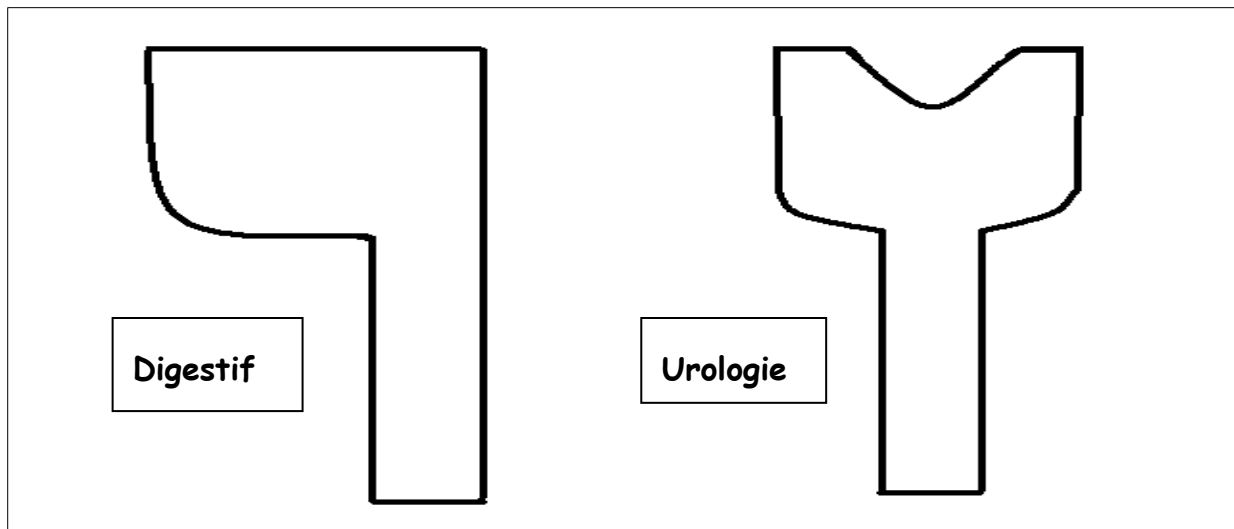


Schéma 7 : Prothèses postérieures.

2.7.2 COMPLICATIONS PER-OPERATOIRES :

Aucune conversion chirurgicale n'a été nécessaire.

Le taux de complications per-opératoires global a été de 15% (14/90) dont : 6 plaies vésicales, 2 plaies vaginales, 1 plaie rectale et 5 saignements peropératoires significatifs.

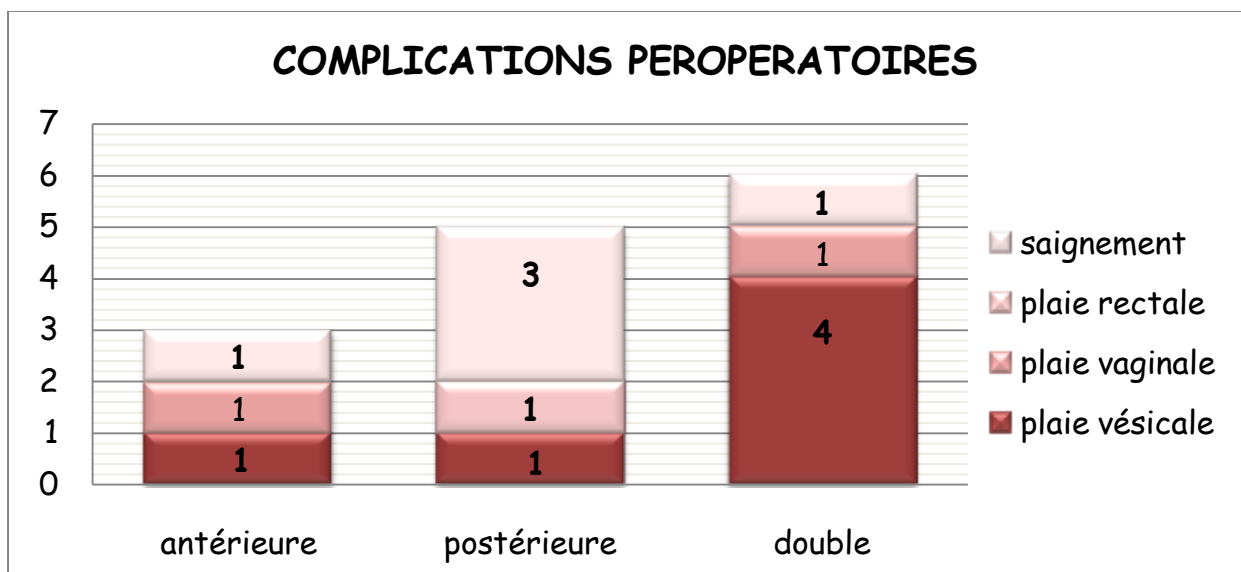


Tableau 26 : Complications peropératoires en fonction de la position des prothèses.

Les plaies vésicales ont été suturées et l'intervention poursuivie selon les mêmes modalités. Sauf dans un cas, où la promontofixation avec double prothèse a été convertie en une prothèse postérieure unique.

Une sonde vésicale a été maintenue en postopératoire plusieurs jours. Parmi ces 6 patientes, 3 avaient à la fois un antécédent d'hystérectomie et une cure chirurgicale de prolapsus, une autre avait un antécédent isolé d'hystérectomie. Aucune n'avait eu de césarienne.

Une plaie rectale a été constatée. Elle n'a intéressé que la musculature rectale et la décision a été de mettre en place la prothèse postérieure. Cette patiente ne présentait aucun antécédent chirurgical notable.

Le traitement des 2 plaies vaginales a été une suture isolée dans un cas et dans l'autre, la localisation postérieure de la plaie a amené à ne pas mettre la prothèse postérieure. Ces deux patientes avaient des antécédents d'hystérectomie et de cure de prolapsus (une promontofixation par laparotomie et une spinofixation selon RICHTER).

Complications	Nombre	Traitement
Plaies Vésicales	6	Suture simple / suture + pas de prothèse antérieure
Plaies vaginales	2	Suture simple / suture + pas prothèse postérieure
Plaie rectale	1	Suture et prothèse mise en place
Lésion artère épigastrique	2	Suture chirurgicale
Saignement ligament large	1	Coagulation appuyée coelioscopie
Saignement orifice de trocart	2	Coagulation appuyée coelioscopique

Tableau 27 : Complications peropératoires.

2.7.3 DUREES D'HOSPITALISATION ET OPERATOIRE :

Les patientes opérées d'une promontofixation coelioscopique ont été hospitalisées en urologie ou en chirurgie digestive.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 5,3 jours +/- 1,6 (1-12, med = 5 jours). Pour le groupe ayant une prothèse antérieure, elle a été de 4,5 jours +/- 1,1 (3-6 jours, med = 5), pour le groupe prothèse postérieure de 5,8 jours +/- 1,7 (3-9, med = 5) et celui avec deux prothèses de 5 jours +/- 1,5 (3-9 jours, med = 5).

La durée opératoire moyenne a été de 182 minutes +/- 49 (90-300, med = 180 mn), pour le groupe ayant une prothèse antérieure de 188 minutes +/- 58 (90-300, med = 180) et pour le groupe ayant une prothèse postérieure de 165 minutes +/- 41 (100-300, med=167) et pour le groupe ayant 2 prothèses de 195 minutes +/- 51 (120-300, med=200).

2.7.4 DONNEES POST-OPERATOIRES IMMEDIATES :

Un drainage a été laissé dans 11 % des cas (10/90), surtout en début d'expérience et en cas de viscérolyse associée.

Une mèche vaginale a été placée dans 6 % des interventions (7/90), suite à la pose d'un TVT ou à une myorraphie des releveurs.

Une sonde vésicale a été utilisée dans 95 % des cas, pour une durée moyenne de 2,1 jours +/- 1 (1-7 jours, med=2).

La durée moyenne de reprise d'un transit intestinal a été de 1,5 jour (1-3, med = 1) pour les gaz et de 3,2 jours (0-8, med = 3) pour les selles.

Pour 3 patientes, une sonde naso-gastrique a été nécessaire en postopératoire, surtout en début d'expérience. La reprise alimentaire a été précoce avec une moyenne de 1, 2 jours +/- 0,4 (0-2, med = 1).

2.7.4.1 COMPLICATIONS IMMEDIATES :

Parmi les complications postopératoires immédiates, l'infection urinaire a été la plus fréquente. Le taux global de complications précoces a été de 15% (14/90).

Complications postopératoires immédiates	Nombre de patientes	Remarques
Emphysème sous-cutané	1	Début expérience
Compression musculaire	1	Début expérience
Abcès paroi	2	Mise à plat simple
Hématome de paroi / profond	0	
Infection urinaire	7	4 (Eschérichia coli)
Rétention aiguë d'urine sur une pose de TVT	1	Autosondage
Occlusion sur bride à J8	1	Reprise chirurgicale
Fécalome	1	Traitement médical

Tableau 28 : complications postopératoires précoces.

2.7.4.2 COMPLICATIONS TARDIVES :

Le taux global de complications tardives a été de 9% (8/90). Les complications ont été : 2 douleurs et 3 éventrations sur des orifices de trocars, 2 infections de prothèses et 1 urinome.

La moitié a nécessité une reprise chirurgicale, soit 5% (4/90).

Dans un cas, l'infection de prothèse a suivi une plaie vésicale peropératoire.

La durée moyenne globale entre la promontofixation et la reprise chirurgicale a été de 26 mois (4-90, med = 18 mois).

Indication opératoire	Nombre de patientes	Position prothèse	Traitement
Infection de prothèse	2	double	- Ablation voie basse puis voie haute - Ablation voie haute
Eventration orifice trocart	1	postérieure	Réfection pariétale coelioscopique
Compression urétérale	1	double	Urétérolyse

Tableau 29 : Indication des reprises chirurgicales après promontofixation.

2.8 TABLEAU RECAPITULATIF DES DONNEES OPERATOIRES :

		Total N = 90	Prothèse antérieure N = 11 (12%)	Prothèse postérieure N = 36 (40%)	Prothèses double N = 43 (48%)
TVT		8 (9%)	1 (9%)	0	7 (16%)
Durée opératoire (minutes)		182	188	165	195
Durée hospitalisation (jours)		5,3	4,5	5,8	5
Complications peropératoires	Plaie vésicale	6 (7%)	1 (9%)	1 (3%)	4 (9%)
	Plaie vaginale	2 (2%)	1 (9%)	0	1 (2%)
	Plaie rectale	1 (1%)	0	1 (3%)	0

Tableau 30 : Tableau récapitulatif des données opératoires.() = pourcentage.

2.9 SUIVI POSTOPERATOIRE :

2.9.1 SUIVI POSTOPERATOIRE A MOYEN TERME :

Les patientes ont été revues en consultation postopératoire par leur chirurgien référent, dans les mois suivant l'intervention.

La durée moyenne du suivi postopératoire, correspondant au délai entre la chirurgie et la dernière consultation, a été de 8 +/- 11 mois (5 jours - 51 mois, med = 2 mois) pour la population générale, de 12 mois pour le groupe ayant une

prothèse antérieure, 8,5 mois pour celui ayant une prothèse postérieure et 6 mois celui ayant deux prothèses. Cinquante-cinq pourcent des patientes ont eu un suivi inférieur à 3 mois.

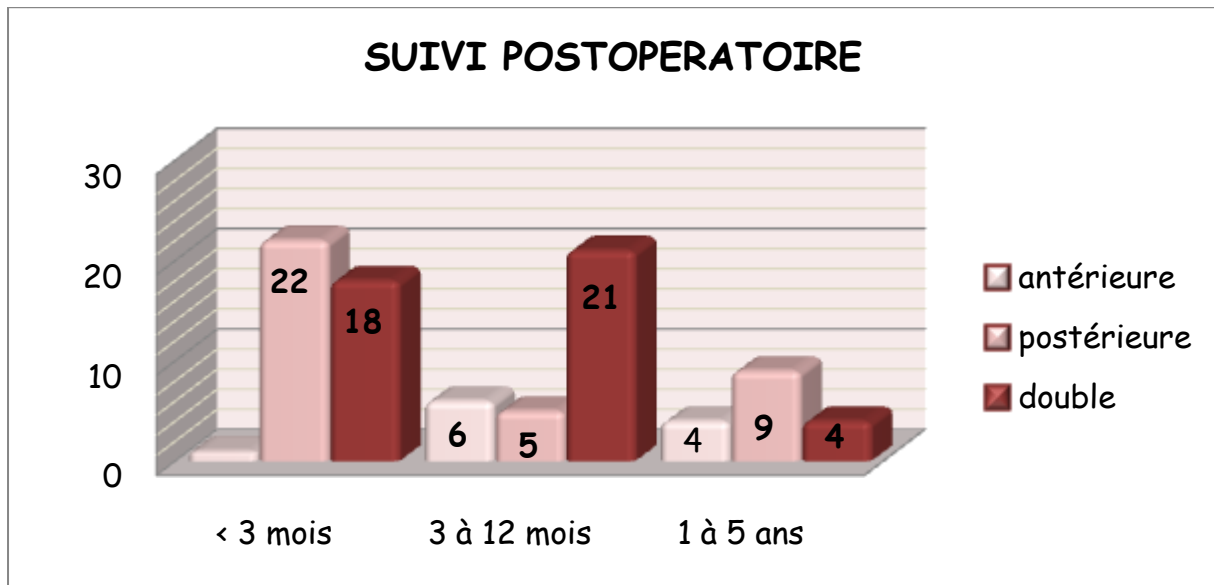


Tableau 31 : Suivi postopératoire en fonction de la position des prothèses.

2.9.2 SUIVI POSTOPERATOIRE A LONG TERME : QUESTIONNAIRE ET CONSULTATION SUPPLEMENTAIRES :

2.9.2.1 LE QUESTIONNAIRE :

Chacune des 90 patientes a reçu un questionnaire de suivi post-chirurgical à long terme [annexe 1]. Son but était de rechercher rétrospectivement, avec un recul postopératoire plus important, des troubles fonctionnels, une récurrence ou une complication postopératoire.

Sur les 90 courriers envoyés, 5 sont revenus pour changement d'adresse, 7 étaient anonymes (ils n'ont pas été utilisés pour cette étude) et 33 patientes n'ont pas répondu. Au total, 50% des questionnaires ont été renvoyés et remplis de façon correcte.

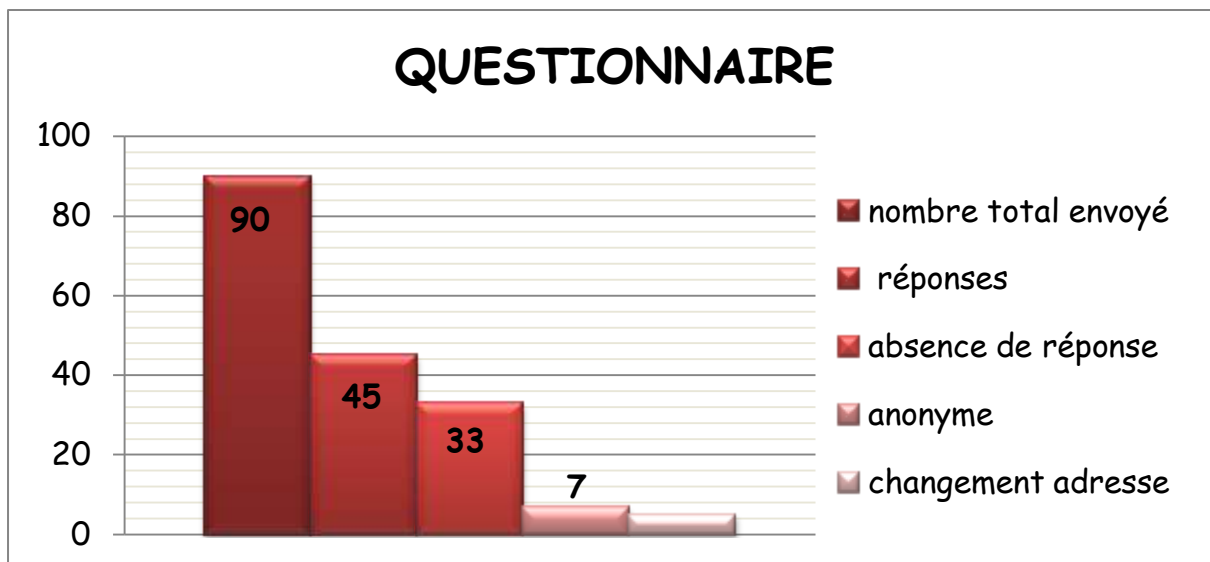


Tableau 32 : Questionnaire de suivi postopératoire.

La durée moyenne entre la chirurgie et le questionnaire a été de 37 +/- 18 mois (11-95, med = 35 mois), correspondant au recul postopératoire de ces 45 patientes. Pour le sous-groupe de patientes ayant une prothèse antérieure, il a été de 51 +/- 21 mois (35-83, med = 43 mois), de 38 +/- 16 mois pour celui ayant une prothèse postérieure (21-95, med = 34 mois) et de 32 +/- 15 mois pour celui ayant deux prothèses (11-57, med = 32 mois).

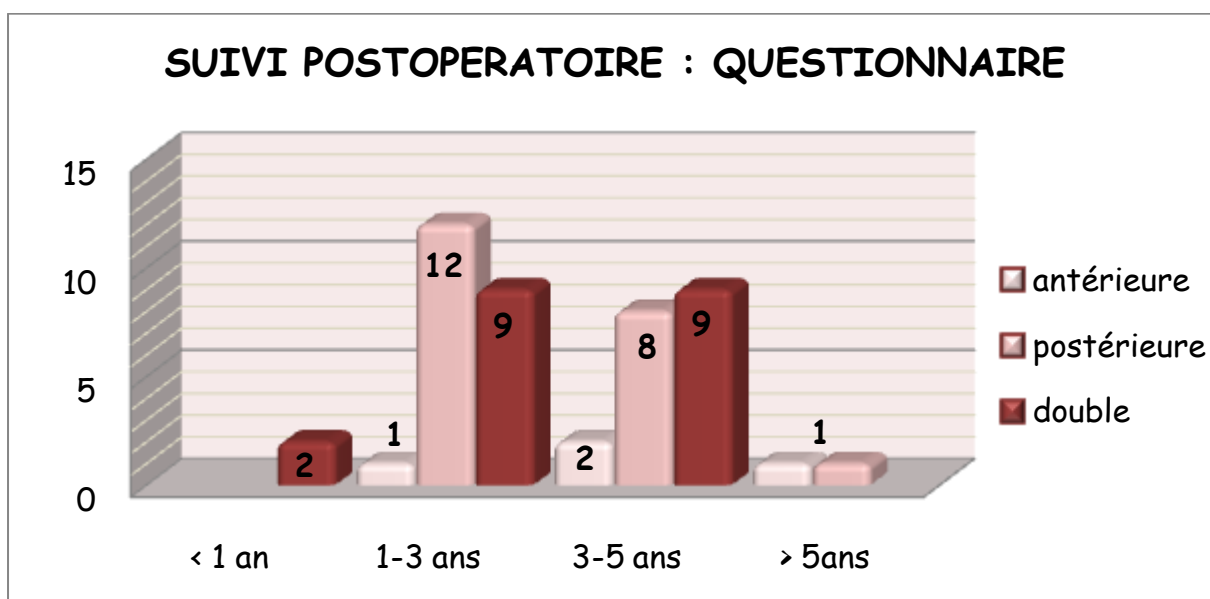


Tableau 33 : Durée de suivi postopératoire du questionnaire en fonction de la position des prothèses.

2.9.2.2 LA CONSULTATION :

Dans le courrier, il leur a été proposé une nouvelle consultation de contrôle.

Sur les 45 patientes ayant répondu au questionnaire, 23 ont souhaité être revues en consultation, soit 26% de la population totale (23/90). Cette consultation a été réalisée par une seule personne, entre décembre 2007 et avril 2008.

La durée moyenne entre la chirurgie et la consultation a été de 36 +/- 21 mois (11-95, med = 32 mois).

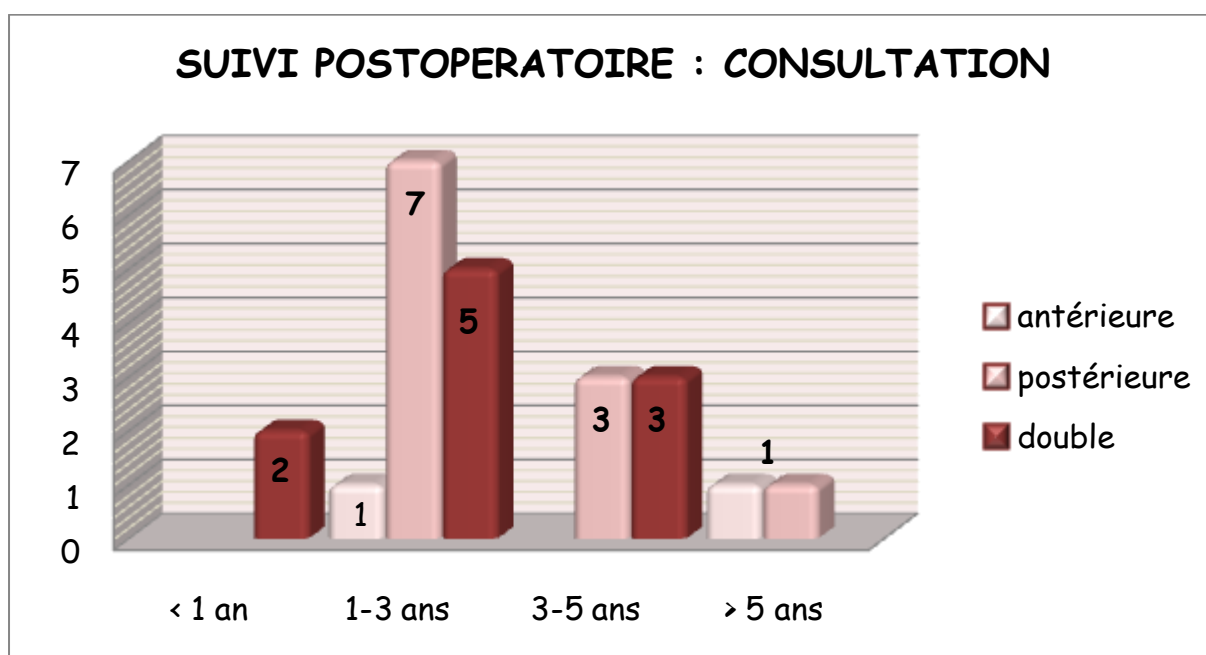


Tableau 34 : Durée de suivi postopératoire par rapport à la consultation en fonction de la position des prothèses.

Un examen gynécologique a été réalisé permettant une évaluation anatomique de chaque étage pelvien, une évaluation symptomatique et la recherche de fuites urinaires.

2.10 ANALYSE STATISTIQUE :

Les informations recueillies ont été incluses dans une base de données, de type EXCELL® 2000, puis analysées statistiquement en uni-varié à l'aide du logiciel STATVIEW® 5.0. Les variables qualitatives ont été comparées avec un test de Chi-2 et les variables quantitatives par un test t de Student.

Les résultats ont été considérés statistiquement significatifs si $p < 0,05$.

RESULTATS

3 RESULTATS :

3.1 LA RECIDIVE :

La récurrence du prolapsus génital a été diagnostiquée par l'opérateur initial.

Le taux de récurrence global a été de 14% (13/90). Dans 11 cas, une seule prothèse postérieure avait été mise en place soit 30% de cette population ayant eu une prothèse postérieure (11/36). Dans deux cas, deux prothèses avaient été mises en place soit 4% de cette population (2/43). Aucun cas, dans la population ayant une seule prothèse antérieure.

3.1.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION :

Dans le groupe ayant récidivé, le BMI moyen a été de $26 \pm 4 \text{ Kg/m}^2$ (20-33, méd = 26 Kg/m^2). Soixante et un pourcent de ces patientes (8/13) avaient un BMI supérieur à 25 et étaient donc dans les groupes en surpoids ou obèses.

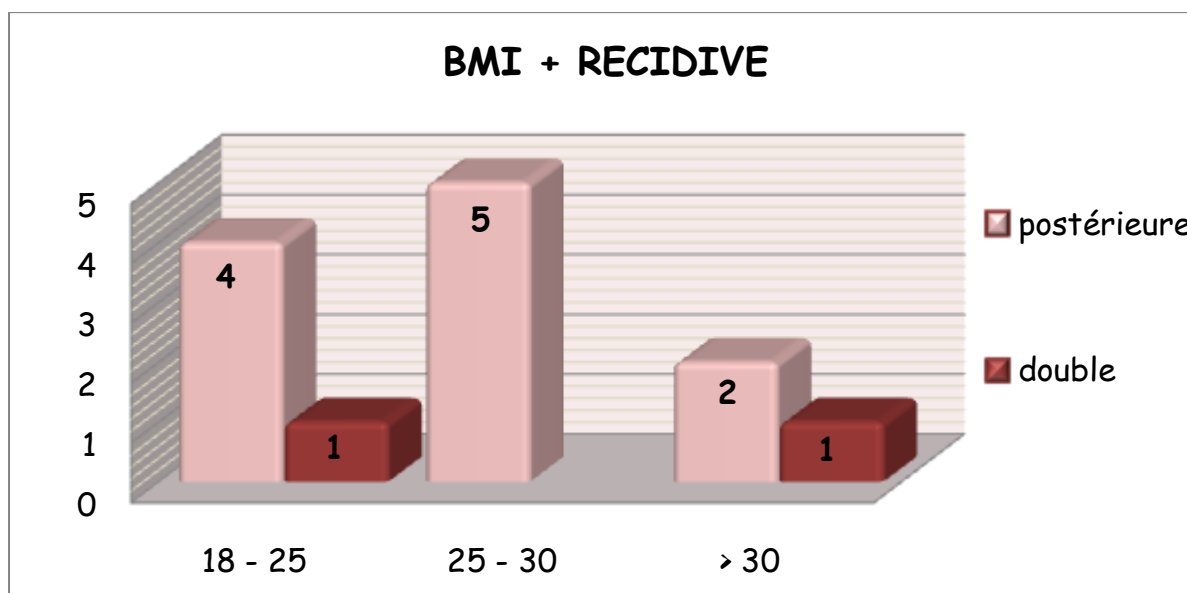


Tableau 35 : BMI dans la population des prolapsus récidivés.

L'âge moyen a été de 61 +/- 8 ans (47-73, méd = 63 ans). Pour le sous groupe, prothèse postérieure il a été de 61 +/- 8 ans (47-73, méd = 63 ans) et pour celui, deux prothèses, de 61 +/- 12 ans (53-70, méd = 61 ans). Aucune patiente opérée d'une prothèse antérieure seule n'a récidivé.

3.1.2 DATE DE LA RECIDIVE :

La date de la récurrence a été définie par celle de la consultation ayant permis le diagnostic.

La durée moyenne, entre la date de l'intervention et celle de la récurrence, a été de 13 +/- 7 mois (3-31, méd = 13 mois) pour l'ensemble de la population, de 14 +/- 7 mois (3-31, méd = 14 mois) pour celle ayant une prothèse postérieure et 8 +/- 5 mois (4-12, méd = 8) pour celle ayant 2 prothèses.

Soixante et un pourcent (8/13) des récurrences ont été diagnostiquées après la première année postopératoire et aucune après 36 mois.

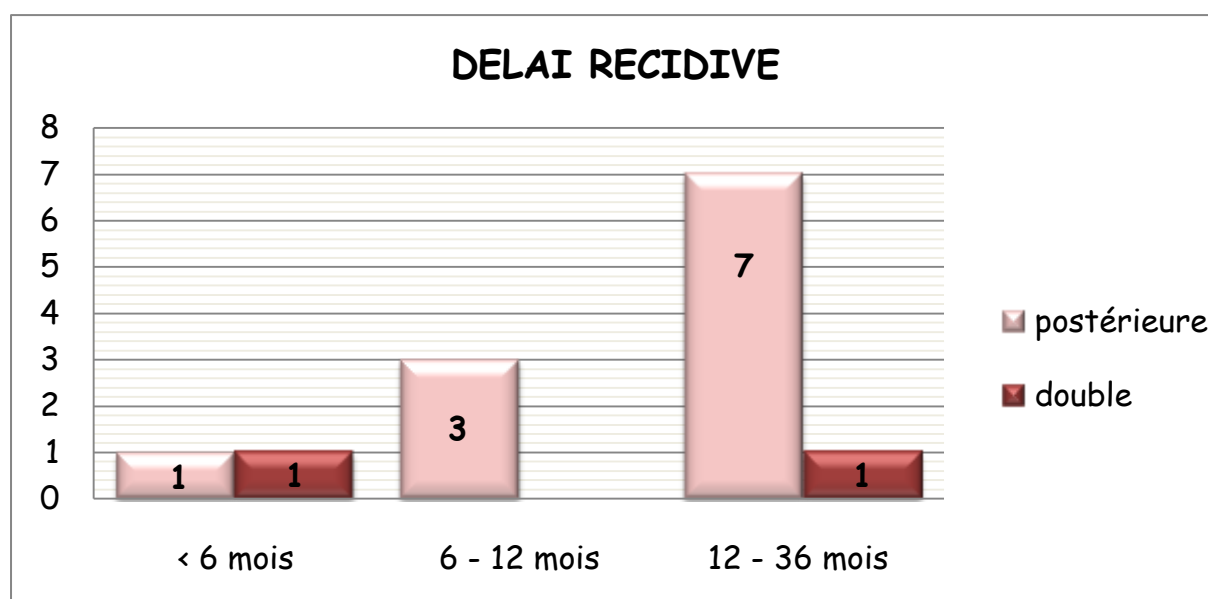


Tableau 36 : Délai de la récurrence en fonction de la position des prothèses.

Elles ont prédominé sur les interventions, réalisées pendant la période 2003 à 2005, durant laquelle le nombre annuel total d'interventions annuel a été maximal.

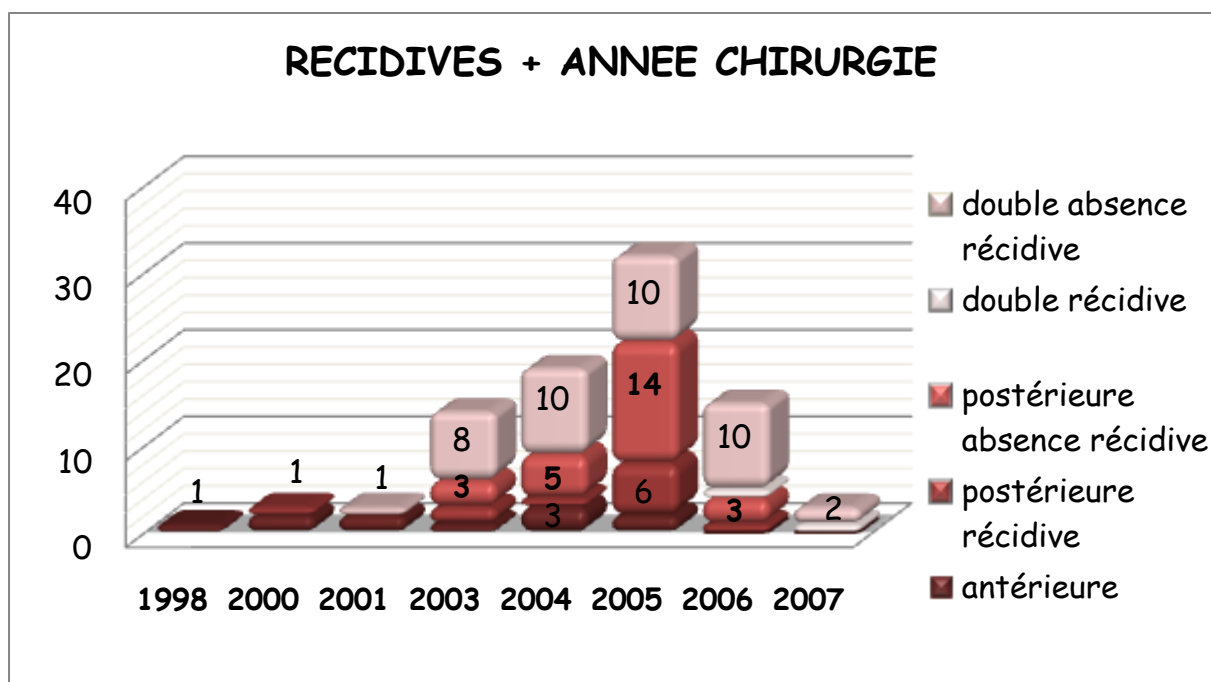


Tableau 37 : Répartition par année, des interventions en fonction de la présence ou non de récurrence et de la position des prothèses.

L'analyse des récurrences par année en fonction du nombre total d'interventions, a montré une diminution dans le temps en ce qui concernait les interventions ayant une prothèse postérieure unique.

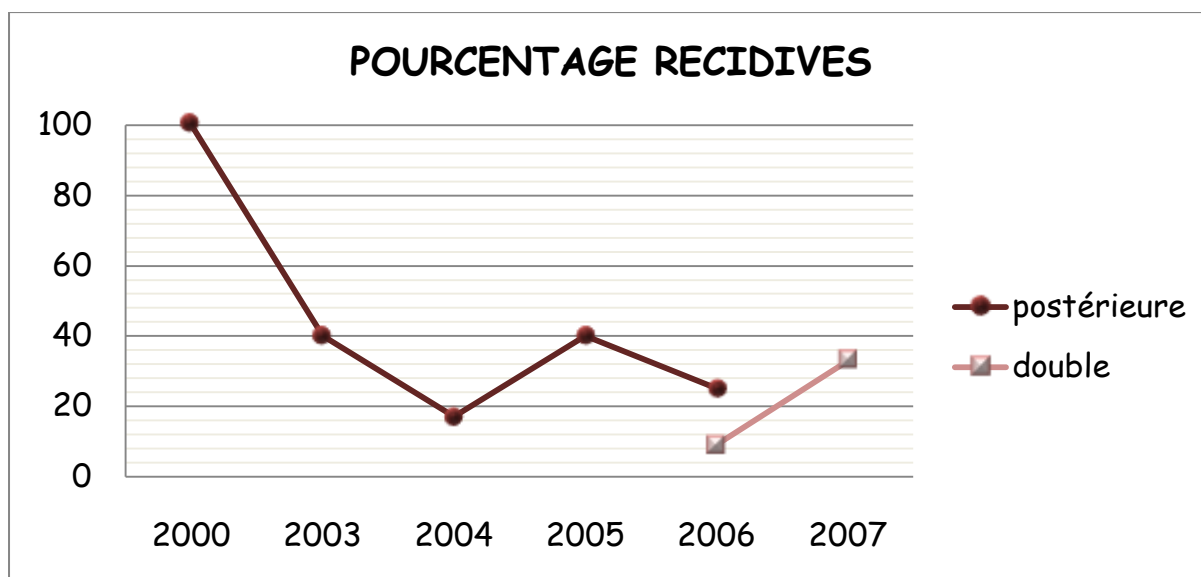


Tableau 38 : Pourcentage annuel de récurrences en fonction de la position des prothèses.

3.1.3 CARACTERISTIQUES DES RECIDIVES :

3.1.3.1 TYPES ANATOMIQUES :

Les caractéristiques anatomiques des 13 récurrences ont été dans 5 cas sous forme de prolapsus antérieurs et isolés, soit 38% (5/13), dans 7 cas sous forme de prolapsus postérieurs et isolés, soit 53% (7/13), dont 4 rectocèles hautes et 3 rectocèles basses, et enfin, dans 1 cas de prolapsus récidivé à la fois sur l'étage antérieur et postérieur.

Quatre-vingt-quatre pourcent des récurrences (11/13) ont eu une prothèse postérieure unique.

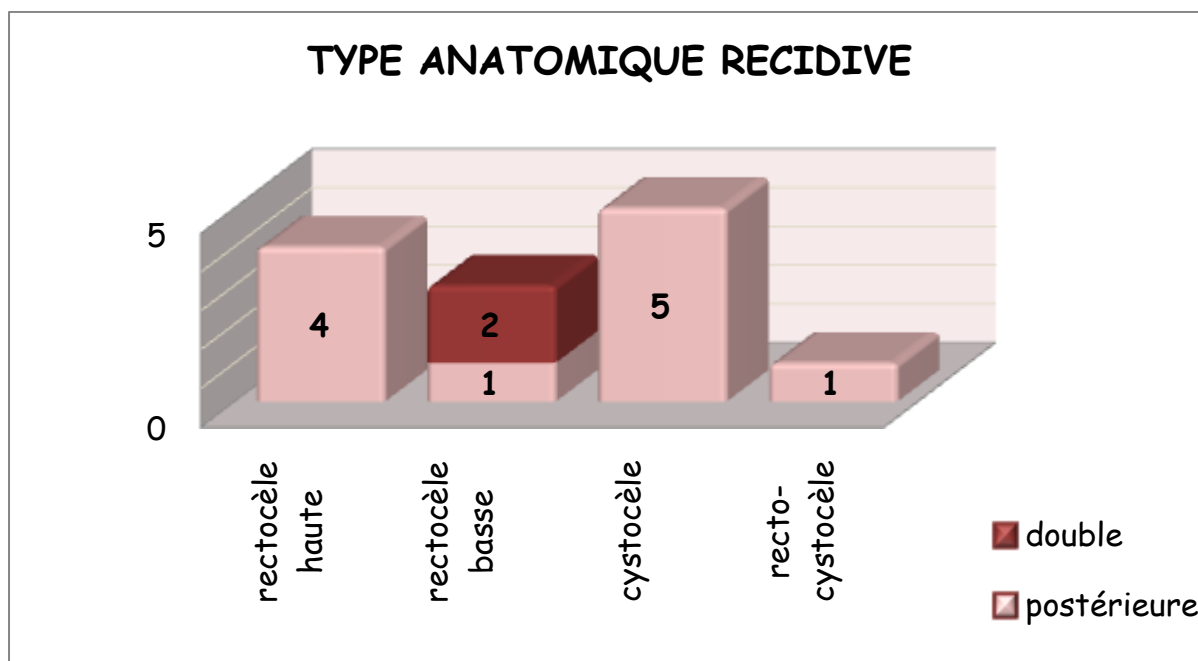


Tableau 39 : Type anatomique en fonction de la position des prothèses.

3.1.3.2 GRADE RECIDIVE :

Les grades de ces récurrences ont été, dans 5 cas de grade I, dans 7 cas de grade II et dans 1 cas de grade III. Aucun grade IV n'a été constaté.

Les récurrences postérieures ont été de grades faibles et plus élevées pour celles antérieures.

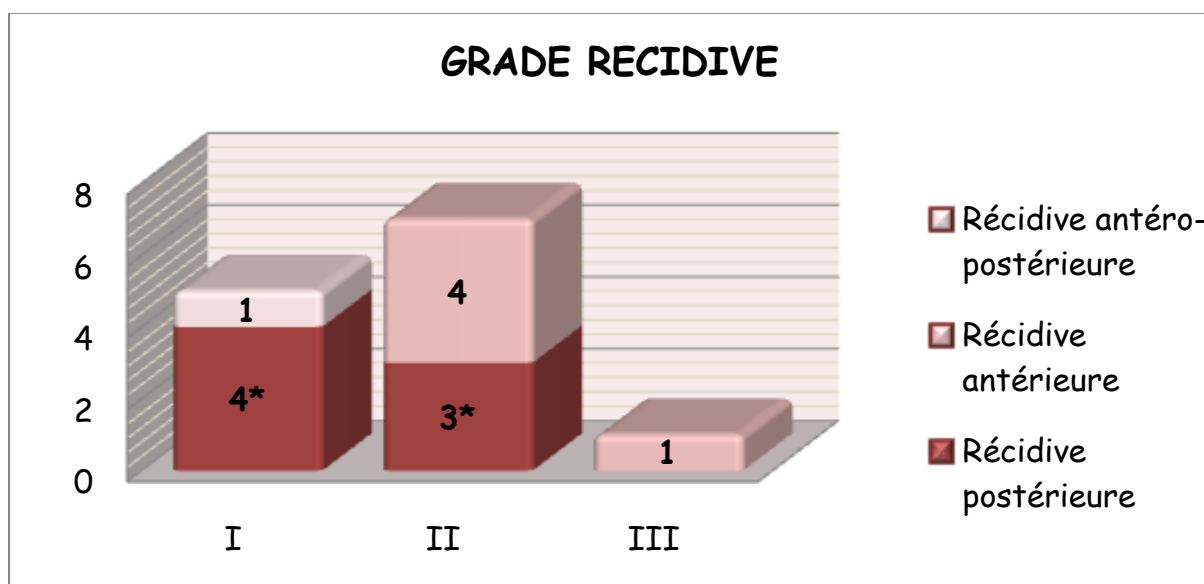


Tableau 40 : Caractéristiques anatomiques, grades postopératoires en fonction de la position des prothèses. * = deux prothèses

3.1.3.3 CARACTERISTIQUES PREOPERATOIRES DES RECIDIVES:

3.1.3.3.1 TYPE ANATOMIQUE ET GRADE :

L'analyse des caractéristiques anatomiques préopératoires des récurrences a montré que toutes présentaient un prolapsus postérieur, isolé dans 8 cas et combiné dans les 5 autres cas.

Les prolapsus postérieurs isolés ont récidivé dans 25% des cas (8/32). Dans la moitié des cas, cette récurrence a été antérieure, isolée dans 4 cas et combinée dans 1 cas, à une atteinte postérieure.

Les prolapsus antérieurs ont récidivé dans 4 cas (4/57, 7%) et tous présentaient aussi une atteinte postérieure en préopératoire. Aucun prolapsus antérieur isolé (15) ou combiné à l'étage moyen (3) n'a récidivé.

Récidive	Initial	Prolapsus postérieur	Prolapsus postérieur + moyen	Prolapsus postérieur + antérieur	Prolapsus triple	Total	
Antérieure		4	0	1	0	5	
Postérieure		3	1	2	1	7	
Antéro-postérieure		1	0	0	0	1	
Total		32	1	31	8	72	13

Tableau 41 : Types anatomiques de prolapsus initial (sauf les 15 prolapsus antérieurs et les 3 antérieurs et moyens) et récidivé.

Parmi les 26 rectocèles de grade élevé III ou IV, 9 ont récidivé (34%) et 8 avaient une prothèse postérieure seule.

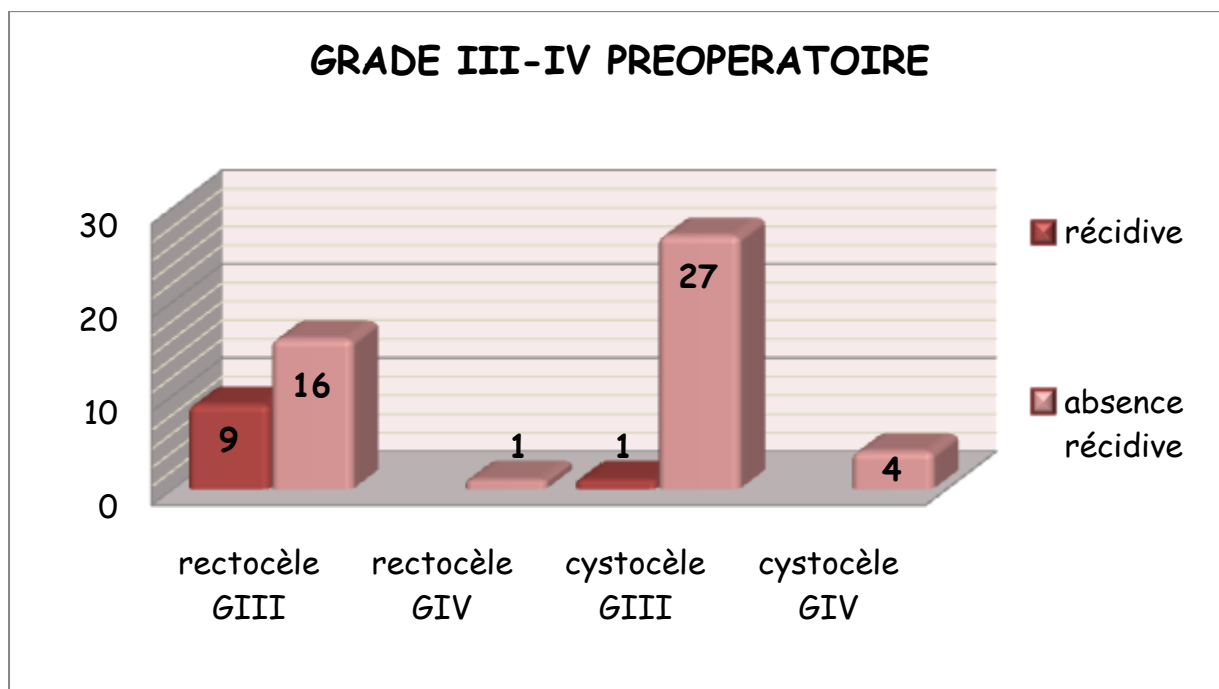


Tableau 42 : Prolapsus préopératoires de grades élevés et récidive.

3.1.3.3.2 ANTECEDENTS, TROUBLES FONCTIONNELS :

Un antécédent d'hystérectomie a été constaté pour 9 des 13 récidives (70%).

De plus, 53% des patientes (7/13) avaient déjà été opérées d'une cure de prolapsus.

Enfin, 40% (5/13) avaient eu une cure d'incontinence urinaire, de type BURCH. Toutes les 5 avaient eu une prothèse postérieure unique et leur récurrence a été postérieure dans 3 cas.

Au total, seulement 3 patientes ayant récidivé n'avaient aucun de ces antécédents.

Le taux de constipation préopératoire a été de 46% (6/13) pour les patientes récidivées.

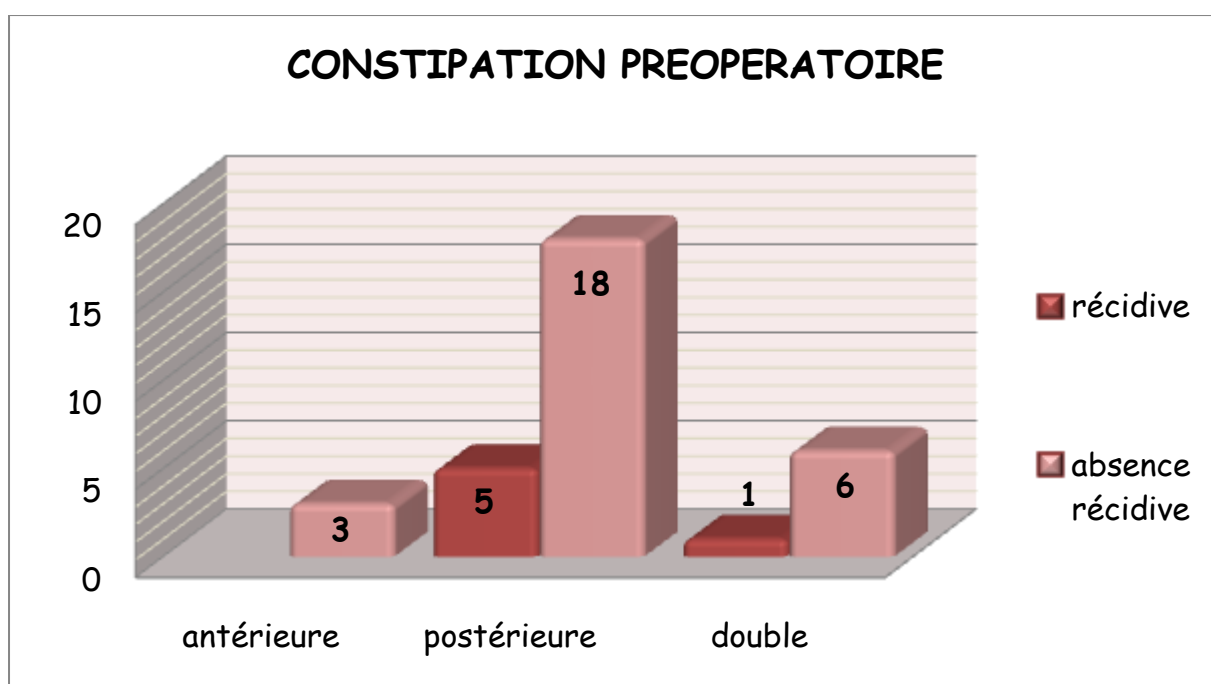


Tableau 43 : Constipation préopératoire en fonction de la présence ou non d'une récurrence.

3.1.4 ANALYSE UNIVARIEE : FACTEURS DE RISQUE DE RECIDIVE :

Parmi les facteurs de risques analysés, certains se sont révélés statistiquement significatifs, comme le grade préopératoire des rectocèles, la présence d'une cystocèle en préopératoire, le nombre total d'accouchements, le nombre de prothèses mais également la position de celles-ci.

Pour d'autres facteurs analysés, aucune différence statistiquement significative n'a pas été mise en évidence, mais une tendance a été constatée en ce qui concerne les données suivantes: l'existence d'une rectocèle en préopératoire, d'une constipation en postopératoire ou d'une dysurie en postopératoire.

Variables			Récidive	Absence récidive	P value
P R E O P E R A T O I R E	BMI	< 25	5	48	0,1056
		≥ 25	8	29	
	Nombre d'accouchements		3,385	2,284	<u>0,0211</u>
	Nombre d'accouchements par voie basse		2,231	2,023	0,0961
	Antécédent cure prolapsus	oui	7	25	0,1364
		non	6	52	
	Antécédent de cure d'incontinence urinaire	oui	9	36	0,1279
		non	8	62	
	Antécédent d'hystérectomie T0	oui	9	36	0,1338
		non	4	41	
	Rectocèle T0	oui	13	59	0,0513
		non	0	18	
	Grade rectocèle T0	I	0	25	<u>0,0108</u>
		II	4	17	
		III	9	16	
		IV	0	1	
	Cystocèle T0	oui	4	53	<u>0,0084</u>
		non	9	24	
	Grade cystocèle T0	I	2	5	0,1189
		II	1	17	
		III	1	27	
		IV	0	4	
	Hystéroptose T0	oui	2	10	0,8171
		non	11	67	
	Constipation T0	oui	6	27	0,4428
		non	7	50	

Variables			Récidive	Absence récidive	p-value
P E R O P	Nombre de prothèses :	1	11	37	<u>0,0145</u>
		2	2	40	
	Position de la prothèse	Antérieure	0	11	<u>0,017</u>
		Postérieure	11	25	
		Double	2	41	
	Complication peropératoire	oui	2	12	0,985
		non	11	63	
P O S T O P	Constipation T1	oui	9	31	0,0512
		non	4	46	
	Dysurie T1	oui	3	4	0,0562
		non	10	72	

Tableau 44 : Analyse univariée du risque de récurrence postopératoire de prolapsus.

TO = avant la promontofixation, T1 = au moment de la consultation de contrôle par l'opérateur

3.1.5 TRAITEMENT DE LA RECIDIVE :

Soixante-dix pourcent (9/13) des récurrences ont été réopérées : 4 par voie basse, 5 par voie haute, dont une par laparotomie. Parmi elles, 8 avaient une prothèse postérieure unique et une seule avait deux prothèses.

Le délai moyen entre l'intervention et la reprise chirurgicale a été de 18 +/- 10 mois (3-35, méd = 19 mois) pour la population totale, pour le groupe ayant une prothèse postérieure il a été de 20 +/- 10 mois (3-35, méd = 21 mois) et de 5 mois pour celui avec deux prothèses.

A noter, qu'une patiente a eu une résection trans-anale du rectum pour une procidence interne du rectum associée à cette récurrence génitale.

De plus, la patiente reprise par laparotomie, devait initialement avoir deux prothèses, mais du fait de difficultés techniques, la prothèse antérieure n'avait pas été mise.

Type anatomique de récurrence	grade récurrence	Traitement récurrence	Prolapsus initial	Prothèse initiale
cystocèle	II	PFC + prothèse antérieure	R3C0H0	Postérieure
cystocèle	II	PFC + prothèse antérieure	R2C0H0	Postérieure
cystocèle	II	PFC + prothèse antérieure	R3C0H0	Postérieure
cystocèle	II	PF laparotomie: retente postérieure + prothèse antérieure	R2C1H0	Postérieure
cystocèle	III	PFC + prothèse antérieure	R3C0H0	Postérieure
rectocèle haute	I	myorraphie + plicature rectale	R2C0H0	Postérieure
rectocèle haute	II	résection trans-anale agrafée du rectum	R3C2H0	Postérieure
rectocèle haute	II	Myorraphie + plicature rectale + Richter	R3C0H0	Postérieure
rectocèle basse	II	Myorraphie + plicature rectale + Richter	R2C1H0	Double
rectocèle basse	I	En attente	R3C3H2	Double
rectocèle basse	I	En attente	R3C0H1	Postérieure
rectocèle haute	I	En attente	R3C0H0	Postérieure
recto-cystocèle	I + I	En attente	R3C0H0	Postérieure

Tableau 45 : Caractéristiques des récurrences . R=Rectocèle, C=Cystocèle, H=Hystéroptose, PFC = Promontofixation coelioscopie

Deux patientes ont eu après reprise chirurgicale une autre récurrence, nécessitant une troisième intervention chirurgicale.

L'une a décompensé une entérocele, suite à une prothèse antérieure par cœlioscopie. La seconde a développé à nouveau une rectocèle suite à une cure voie basse. Une promontofixation par cœlioscopie a été alors réalisée.

3.1.6 TABLEAU RECAPITULATIF DES RECIDIVES :

	Prolapsus initial	Nombre de récursive	Type récursive			Délai moyen récursive (mois)
Prothèse antérieure N = 11 (12%)	antérieur = 7	0				
	combiné = 4					
Prothèse postérieure N = 36 (40%)	antérieur = 0	0	0			14
	postérieur = 32	8 (62%)	antérieure = 4	postérieure = 3	combinée = 1	
	combiné = 4	3 (23%)	antérieure = 1	postérieure = 2		
Prothèse double N = 43 (48%)	antérieur = 8	0	rectocèle basse = 2			8
	postérieur = 0	0				
	combiné = 35	2 (15)				
Total	N = 90	N = 13 (14%)	antérieure = 5, postérieure = 7 combiné = 1			13

Tableau 46 : Tableau récapitulatif de l'évolution des prolapsus.

3.2 TROUBLES FONCTIONNELS POSTOPERATOIRES :

Les troubles fonctionnels postopératoires correspondent aux symptômes décrits par l'opérateur dans le compte-rendu du suivi postopératoire.

3.2.1 TROUBLES FONCTIONNELS DIGESTIFS POSTOPERATOIRES :

3.2.1.1 CONSTIPATION :

La constipation a été le plus fréquemment rapportée par les patientes, aussi bien en préopératoire 36% (33/90) qu'en postopératoire 44% (40/90).

L'influence de la promontofixation sur l'évolution des troubles préopératoires de ces 33 patientes, a été la suivante: 8 ont été améliorées, 25 non modifiées. Elle a également entraîné l'apparition de constipations postopératoires de novo, dans 15 cas.

L'association entre constipation et récurrence a été constatée dans 9 cas, dont 8 avec une prothèse postérieure et 1 avec deux prothèses.

Parmi celles présentant une association entre constipation et récurrence, 7 ont dû être réopérées.

Au total, 46% (42/90), des patientes n'ont présenté aucune constipation en pré et/ou en postopératoire.

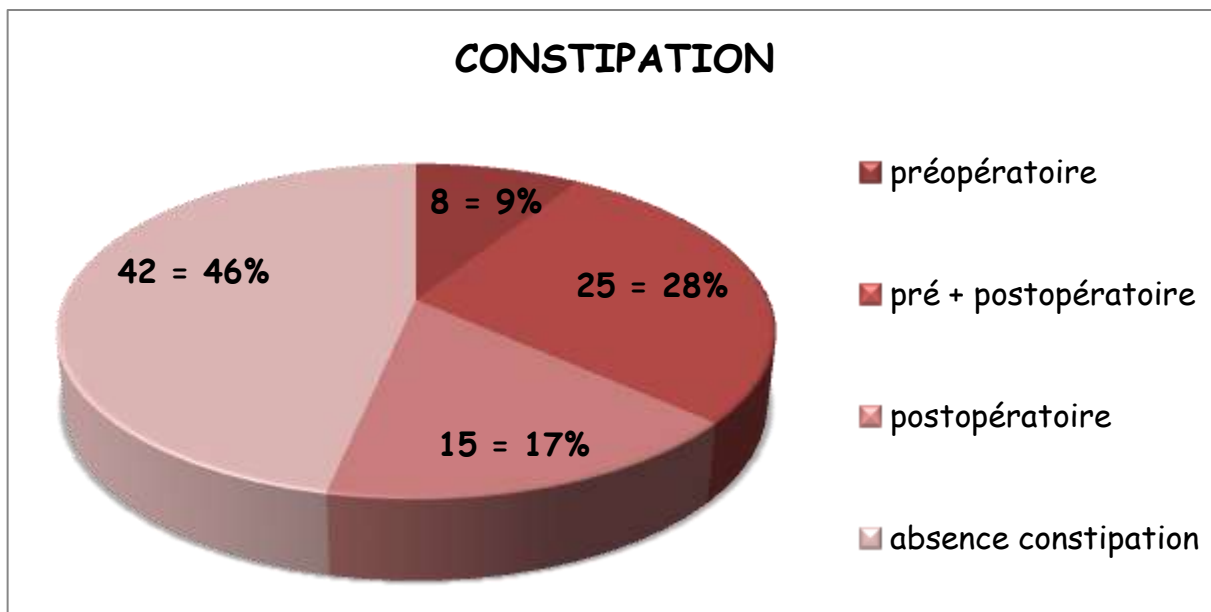


Tableau 47 : Constipation pour l'ensemble de la population.

La position des prothèses chez ces constipées a été dans 58% (23/40) postérieure et dans 37% (15/40) double. Seule 2 patientes ayant une prothèse antérieure seule ont présenté une constipation en postopératoire.

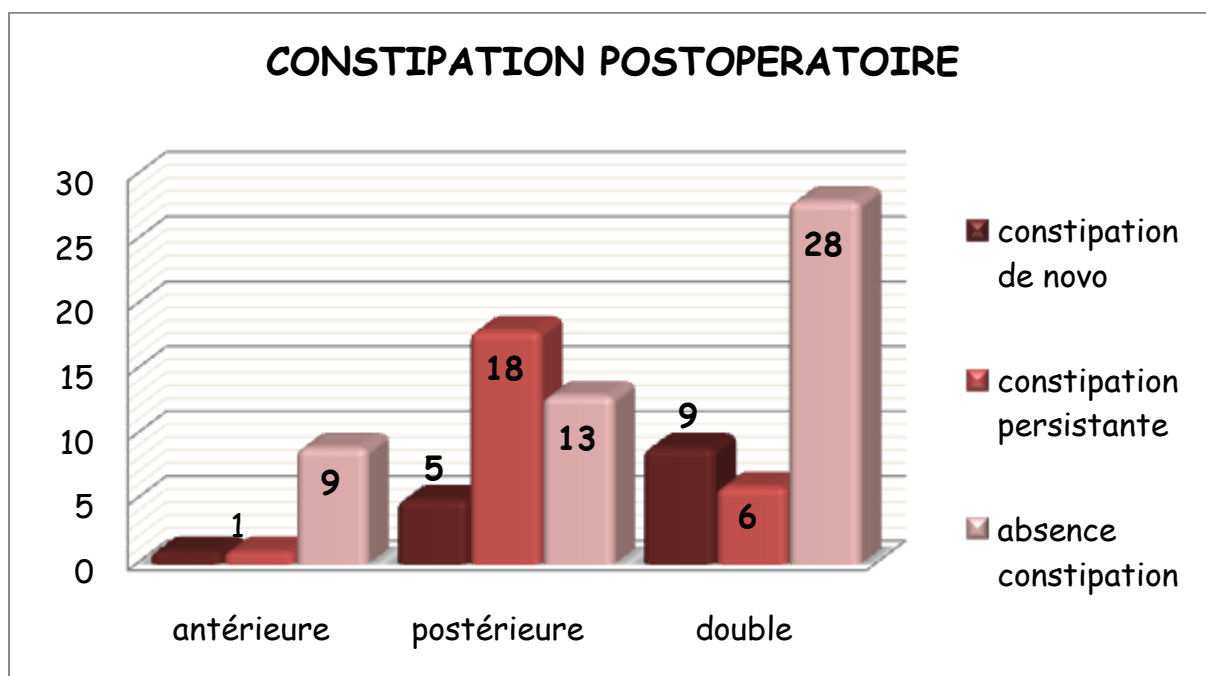


Tableau 48 : Constipation postopératoire en fonction de la position des bandelettes.

3.2.1.2 INCONTINENCE ANALE :

L'incontinence anale postopératoire a été diagnostiquée 6 fois. Elle a été dans 2 cas de novo et associée à une prothèse postérieure dans 83% des cas (5/6).

Sur les 12 incontinenances anales comptabilisées en préopératoire, 8 ne signalaient plus ce symptôme lors de la consultation de suivi.

Au total, 14 patientes ont présenté en pré et/ou en postopératoire une incontinence anale.

Le diagnostic de ce trouble a été fait majoritairement par les chirurgiens digestifs : 10 sur les 12 incontinenances préopératoires et 5 sur les 6 postopératoires.

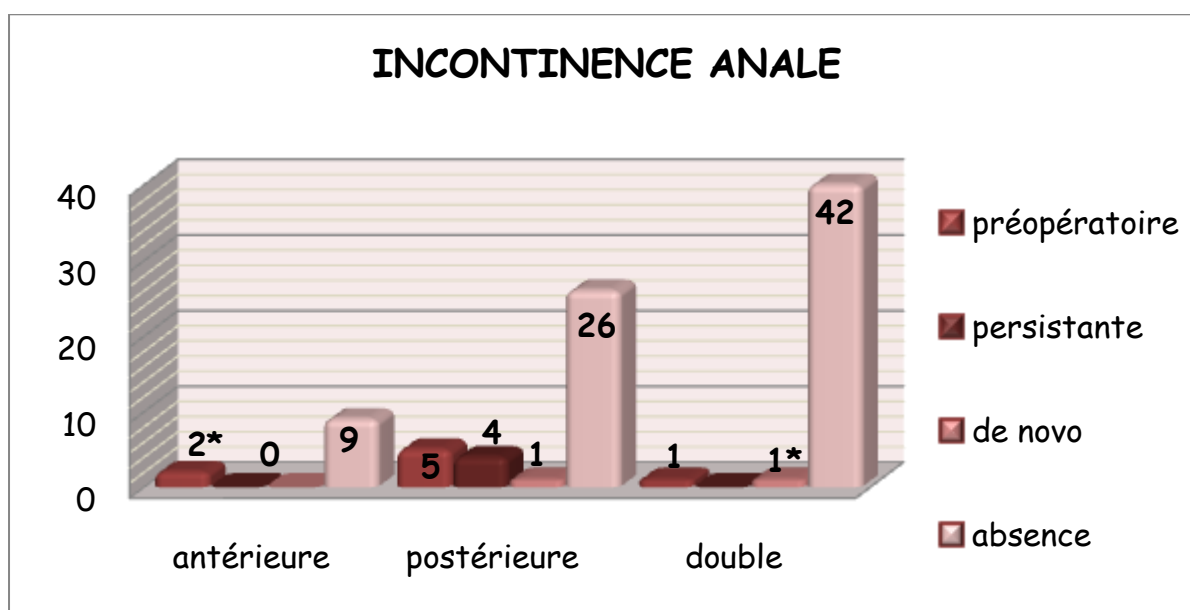


Tableau 49 : Incontinence anale en pré et/ou postopératoire en fonction de la position des prothèses. * = diagnostic par un urologue.

L'association d'une incontinence urinaire et anale a été constatée en postopératoire, chez une seule patiente (1%). L'association incontinence anale et constipation a été retrouvée dans 2 cas (2%).

3.2.1.3 ANALYSE UNIVARIEE : TROUBLES DIGESTIFS :

L'analyse statistique utilisant le test de χ^2 a mis en évidence une différence statistiquement significative entre les troubles digestifs préopératoires et postopératoires, mais sans que la position des prothèses ne soit elle significative.

Variables		Oui	Non	p-value
Constipation postopératoire	antérieure	2	9	<u>0,0062</u>
	postérieure	23	13	
	double	15	28	
	préopératoire	33	57	<u>< 0,0001</u>
	postopératoire	40	50	
Incontinence anale postopératoire	antérieure	0	11	0,0779
	postérieure	5	31	
	double	1	42	
	préopératoire	12	78	<u>< 0,001</u>
	postopératoire	6	84	

Tableau 50 : Analyse univariée des troubles digestifs.

3.2.1.4 TRAITEMENTS DES TROUBLES FONCTIONNELS DIGESTIFS :

Une prise de laxatif a été signalée par 82% des constipées.

La rééducation périnéale a été mise en œuvre pour 5 des 6 incontinences anales. Un sphincter anal a été mis en place pour une incontinence anale invalidante.

3.2.2 TROUBLES FONCTIONNELS URINAIRES POSTOPERATOIRES :

3.2.2.1 CARACTERISTIQUES DES TROUBLES FONCTIONNELS URINAIRES :

Une dysurie postopératoire a été déclarée dans 7 cas.

Aucune dysurie n'a été associée à une promontofixation avec prothèse antérieure seule.

Par contre, un antécédent de cure d'incontinence urinaire a été retrouvé dans 5 cas : 3 interventions de BURCH et 2 prothèses sous urétrale type TVT. Enfin, parmi ces 7 patientes dysuriques, 3 ont récidivé de leur prolapsus dont 2 sur l'étage antérieur.

En postopératoire, 21 cas d'incontinence urinaire postopératoire ont été rapportés, dont 19 incontinences d'effort, pures ou mixtes, et 2 hyperactivités vésicales pures.

Des troubles irritatifs ont été signalés par 8 patientes, aucune n'avait de prothèse antérieure seule. Ils étaient associés à des fuites dans 6 cas, sous forme d'incontinence d'effort mixte dans 4 cas et d'hyperactivité vésicale dans 2 cas.

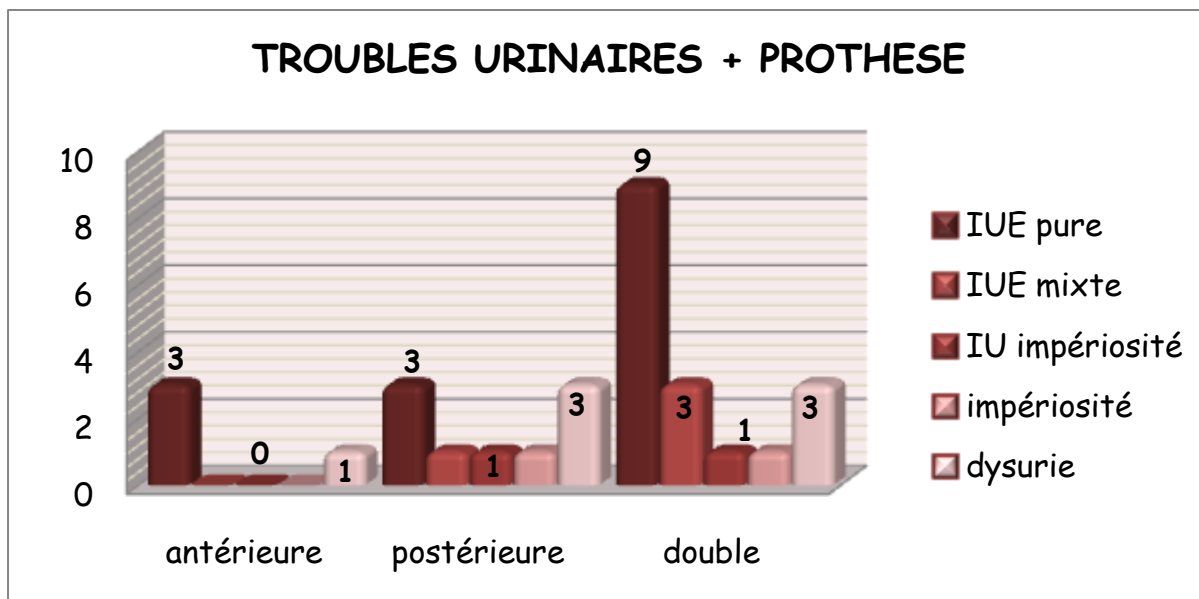


Tableau 51 : Troubles urinaires postopératoires en fonction de la position des prothèses. IUE = Incontinence Urinaire d'Effort.

Les fuites urinaires ont été de novo dans 16 cas et persistantes dans 5 cas.

Les patientes ayant deux prothèses ont représenté 61% (13/21) des incontinenances urinaires postopératoires, notamment pour les formes de novo.

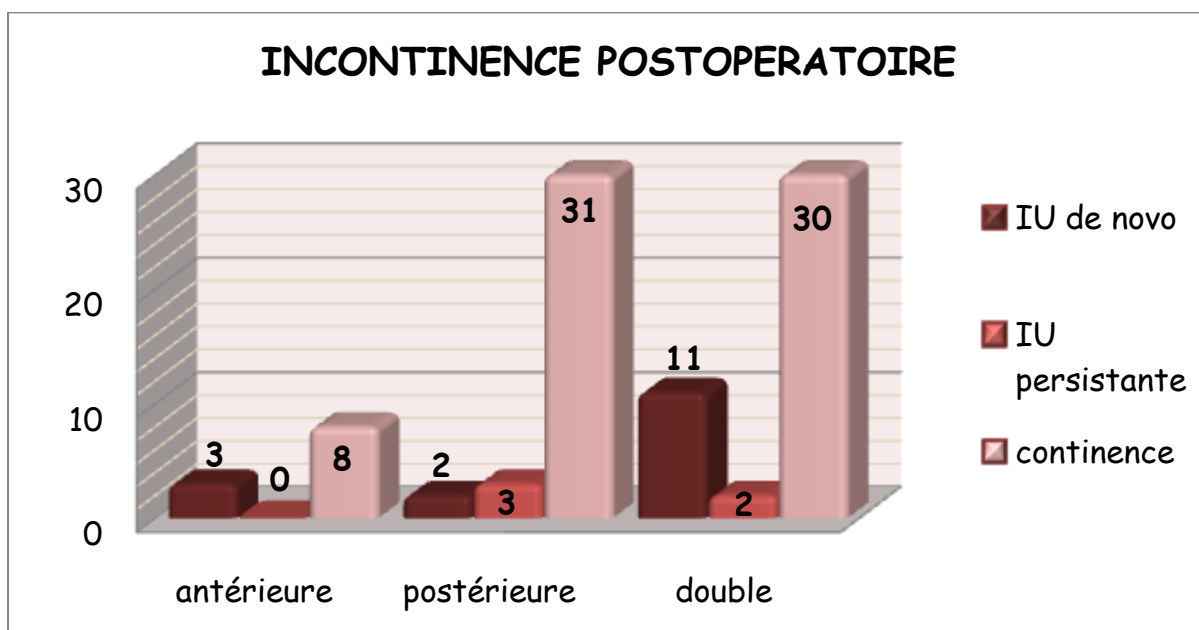


Tableau 52 : Incontinence urinaire en fonction de la position des prothèses.

L'évolution des 23 cas d'incontinences urinaires préopératoires a été ainsi : 5 persistantes en postopératoires et 18 améliorations. La résolution des fuites a été obtenue par une prothèse sous-urétrale dans 8 cas et par la promontofixation seule pour les 10 autres.

Parmi ces 18 améliorations, la position des prothèses a été la suivante : antérieure une fois, postérieure 5 fois et double 12 fois.

Toutes les patientes ayant une incontinence postopératoire ont bénéficié d'un bilan urodynamique préopératoire.

Les résultats du profil urétral n'ont retrouvé dans aucun cas d'insuffisance sphinctérienne majeure (< 20 cm H2O). Par contre une insuffisance modérée (20-40 cm H2O) a été mesurée sur 6 examens, dont 3 avec une prothèse postérieure et 3 avec deux prothèses. Les autres avaient des pressions de clôture supérieures à 40 cm H2O.

	Préopératoire total	Postopératoire total	Postopératoire persistant	Postopératoire de novo
IUE pure	10	15	3	12
IUE mixte	8	4	1	3
IU pure par impériosité	1	2	1	1
IU indéterminé	4	0	0	0
Total IU	23	21	5	16

Tableau 53 : Evolution des troubles urinaires postopératoires. IU = Incontinence Urinaire

3.2.2.2 ANALYSE UNIVARIEE : TROUBLES URINAIRES :

Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence que ce soit en fonction de la position des prothèses ou entre pré et postopératoire.

Variables		Oui	Non	P-value
Incontinence urinaire effort	antérieure	3	8	0,6219
	postérieure	4	32	
	double	12	31	
	préopératoire	18	72	0,7651
	postopératoire	19	71	
Urgenturie et incontinence par hyperactivité vésicale	antérieure	0	11	0,8423
	postérieure	2	34	
	double	2	41	
	préopératoire	11	79	0,2998
	postopératoire	8	82	

Tableau 54 : Analyse univariée des troubles urinaires.

3.2.2.3 TRAITEMENTS DES TROUBLES FONCTIONNELS URINAIRES :

Une rééducation périnéale postopératoire a été prescrite à 47% des patientes incontinentes (10/21).

L'efficacité de ce traitement a été insuffisante pour 6 d'entre elles. Une pose de prothèse sous-urétrale a été réalisée dans 5 cas et un sphincter urinaire dans un cas.

Au total, 8 interventions de cure d'incontinence urinaire ont été répertoriées dans les suites de la promontofixation : 6 prothèses sous-urétrales et 2 sphincters urinaires.

3.2.3 TROUBLES FONCTIONNELS GYNECOLOGIQUES POSTOPERATOIRES

Dans cette étude, le recueil des troubles gynéco-sexuels a été consigné dans un très faible nombre de comptes-rendus de consultation, aussi bien en préopératoire qu'en postopératoire.

	Préopératoire	Postopératoire	Total
Dyspareunie	6	3	9
Absence dyspareunie	5	17	22
Donnée manquante	79	70	

Tableau 55 : Troubles gynécologiques.

Aucune donnée sur l'état préopératoire n'a été retrouvée pour les patientes présentant des dyspareunies postopératoires. De même, aucune évaluation n'a pu être faite en postopératoire, pour les 6 patientes présentant des dyspareunies préopératoires.

3.2.4 DOULEURS POSTOPERATOIRES :

L'évaluation fonctionnelle postopératoire a porté également sur les douleurs postopératoires. Elles ont été signalées 11 fois, le plus souvent au niveau des

orifices de trocart. L'évolution a été favorable avec des antalgiques simples sauf pour une patiente qui a nécessité une consultation spécialisée.

3.2.5 TABLEAU RECAPITULATIF DES TROUBLES FONCTIONNELS POSTOPERATOIRES :

		Total N = 90	Prothèse antérieure N = 11	Prothèse postérieure N = 36	prothèses doubles N = 43
Recul postopératoire (mois)		8	12	8,5	6
Constipation N = 40 (44%)	De novo	15 (16%)	1 (9%)	5 (14%)	9 (20%)
	Persistante	25 (27%)	1 (9%)	18 (50%)	6 (14%)
Incontinence anale N = 6 (7%)	De novo	2 (2%)	0	1 (3%)	1 (2%)
	Persistante	4 (4%)	0	4 (11%)	0
Incontinence urinaire N = 21 (23%)	De novo	16 (17%)	3 (27%)	2 (6%)	11 (26%)
	Persistante	5 (5%)	0	3 (8%)	2 (5%)

Tableau 56 : Tableau récapitulatif des troubles fonctionnels postopératoires.

3.3 QUESTIONNAIRE ET CONSULTATION SUPPLEMENTAIRES: EVALUATION TARDIVE :

La durée moyenne, entre la chirurgie et le questionnaire a été de 39 mois (12-108, méd = 31 mois) et la consultation de 42 mois (11-95, med = 38 mois).

3.3.1 LE QUESTIONNAIRE :

Cinquante pourcent des patientes de cette série (45/90) ont répondu correctement au questionnaire. Vingt-trois ont été remplis lors de la consultation et 22 renvoyés par flux postal.

3.3.1.1 RECIDIVES :

Parmi les 45 réponses au questionnaire, 9 patientes appartenait à la population ayant récidivé leur prolapsus dont 7 avaient été réopérées de leur récidence.

Les récurrences se sont réparties ainsi : 5 en antérieure et 4 en postérieure.

Les prothèses étaient localisées dans 7 cas en postérieure et dans 2 cas double.

Ces éléments sont résumés dans le graphique suivant.

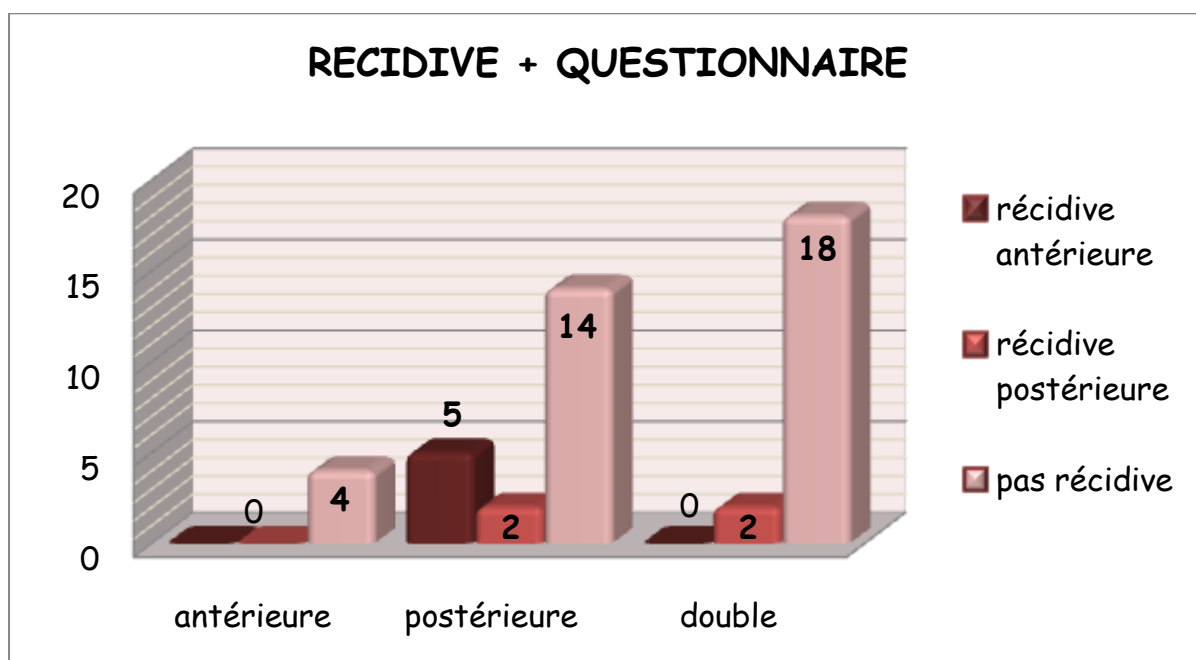


Tableau 57 : Répartition des patientes ayant répondu au questionnaire en fonction de la position des prothèses et de l'existence d'une récidence.

3.3.1.2 TROUBLES URINAIRES :

Des fuites urinaires postopératoires ont été rapportées dans 15 questionnaires, dont 6 apparaissant de novo, depuis la dernière consultation de suivi.

Le taux d'incontinence urinaire postopératoire a été de 33% (15/45). Elle a été de type incontinence urinaire d'effort dans 12 cas (6 mixtes, et 6 pures) et de type hyperactivité vésicale pure dans 3 cas.

Soixante pourcent (9/15) des fuites ont été constatées dans le groupe ayant eu deux prothèses.

Quinze patientes présentaient des troubles irritatifs (impériosités, incontinence par hyperactivité vésicale, incontinence urinaire mixte).

L'importance des fuites urinaires a été évaluée par le nombre moyen de garnitures par jour : 5 femmes ne se garnissaient pas, 6 utilisaient 1 garniture/jour et 4 entre 2 et 4 garnitures/jour.

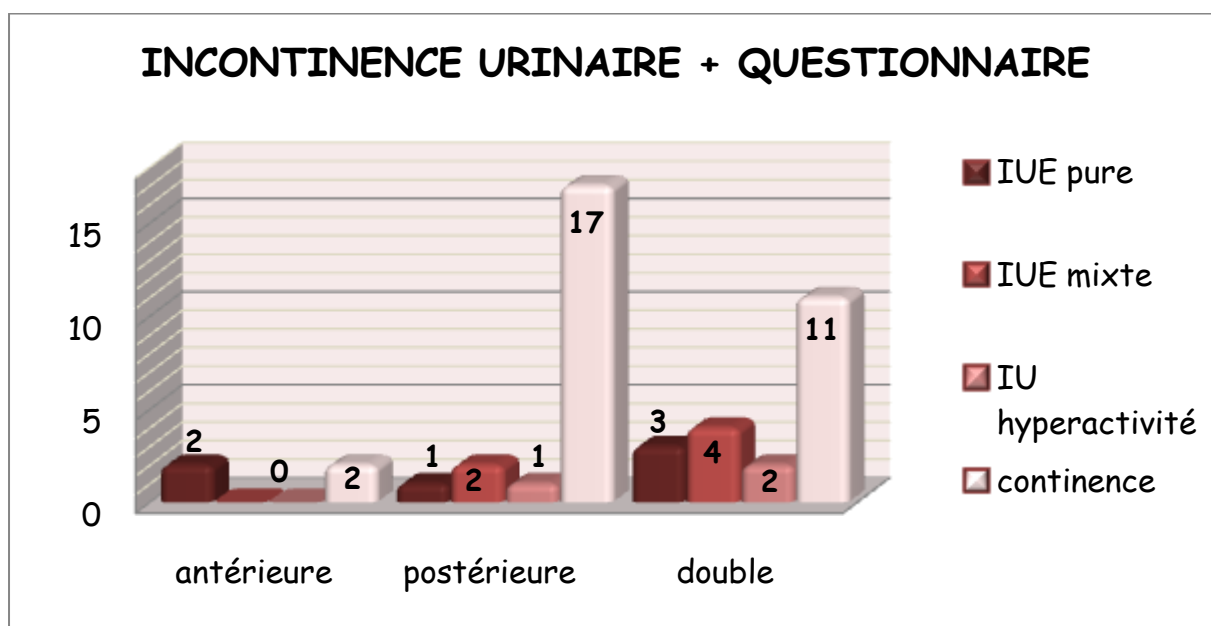


Tableau 58 : Répartition troubles urinaires postopératoires à partir des questionnaires.

L'amélioration des troubles urinaires, depuis la dernière consultation de suivi, a été obtenue dans 2 cas sur les 5 patientes ayant eu une prothèse sous-urétrale.

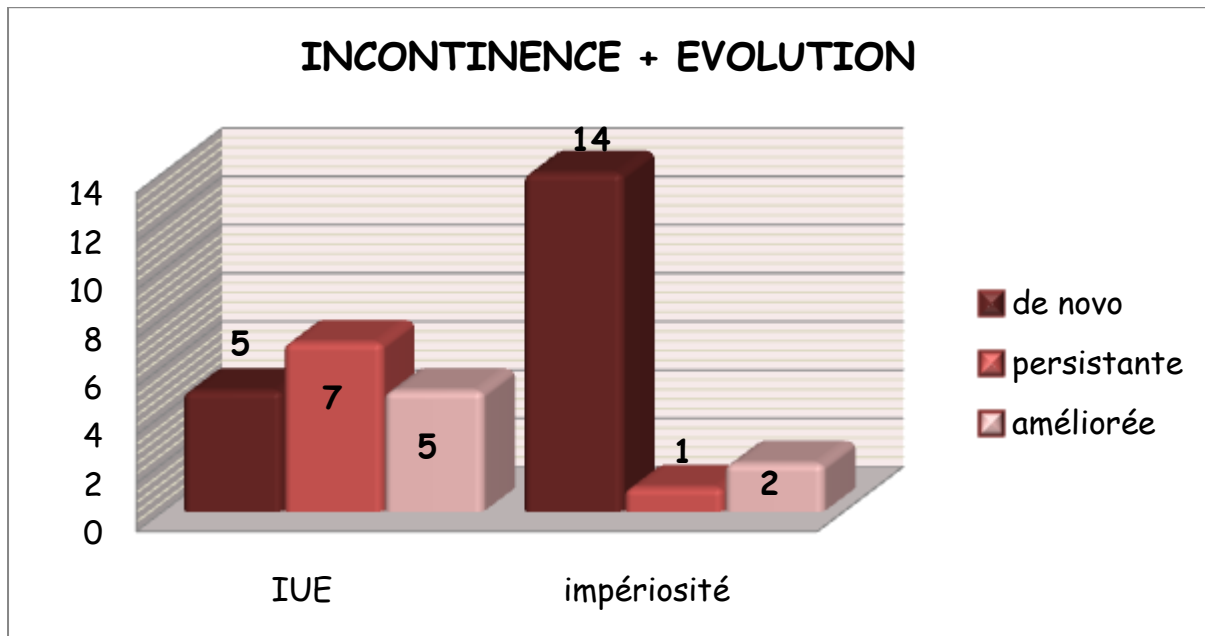


Tableau 59 : Evolution des troubles urinaires entre la dernière consultation et l'évaluation par le questionnaire.

3.3.1.3 TROUBLES DIGESTIFS :

Le taux de constipation postopératoire relevé par le questionnaire, a été de 56% (25/45). Neuf cas sont apparus après la dernière consultation de contrôle.

Parmi ces patientes, 23 ont eu une promontofixation avec une prothèse postérieure : unique dans 13 cas et associée à une prothèse antérieure dans 11 autres cas. Une seule patiente, ayant une prothèse antérieure, a signalé ce symptôme.

De plus, parmi les 9 patientes récidivées ayant répondu au questionnaire, 8 déclaraient être constipées.

La répartition des troubles digestifs recueillis dans le questionnaire en fonction de nombre de bandelette est résumée dans le graphique suivant.

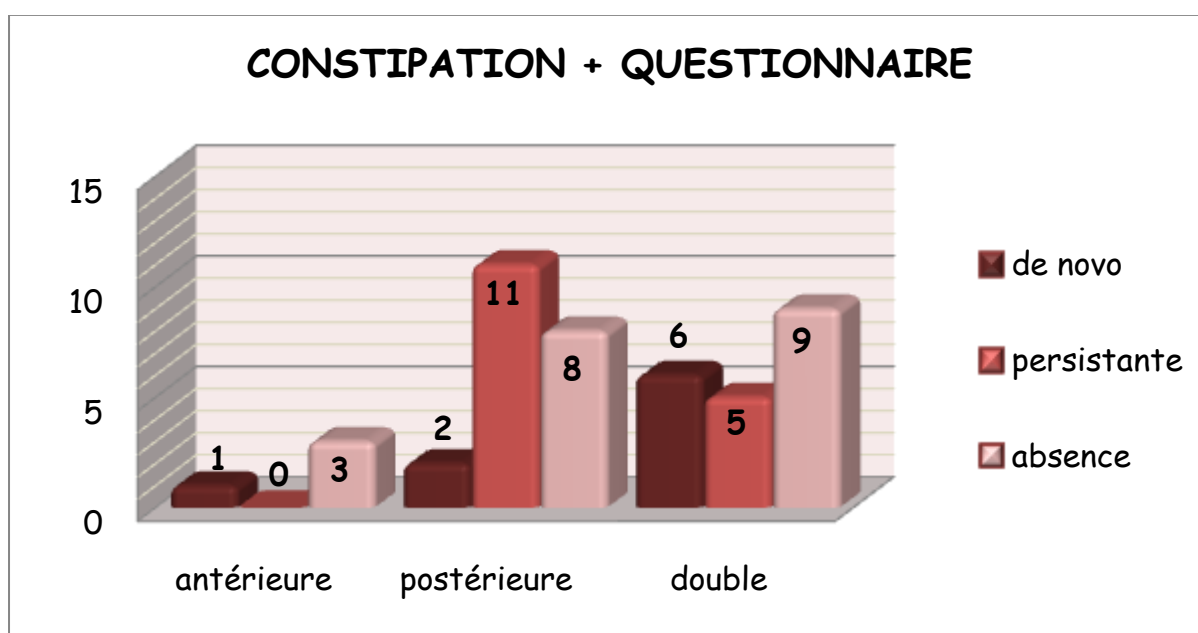


Tableau 60 : Constipation dans la population ayant répondu au questionnaire.

Quinze cas d'incontinence anale aux gaz et/ou aux selles ont été dépistés par le questionnaire (33%). Elles sont apparues de novo pour 14 d'entre elles.

L'évolution des 6 patientes, présentant des fuites anales postopératoires initialement a été dans 2 cas une amélioration et dans un cas une persistance des troubles. Les 3 autres patientes n'ayant pas répondu au questionnaire.

L'association, incontinence anale et constipation en postopératoire, a été notée dans 7 cas, dont 3 cas présentant également une incontinence urinaire associée à ces troubles digestifs.

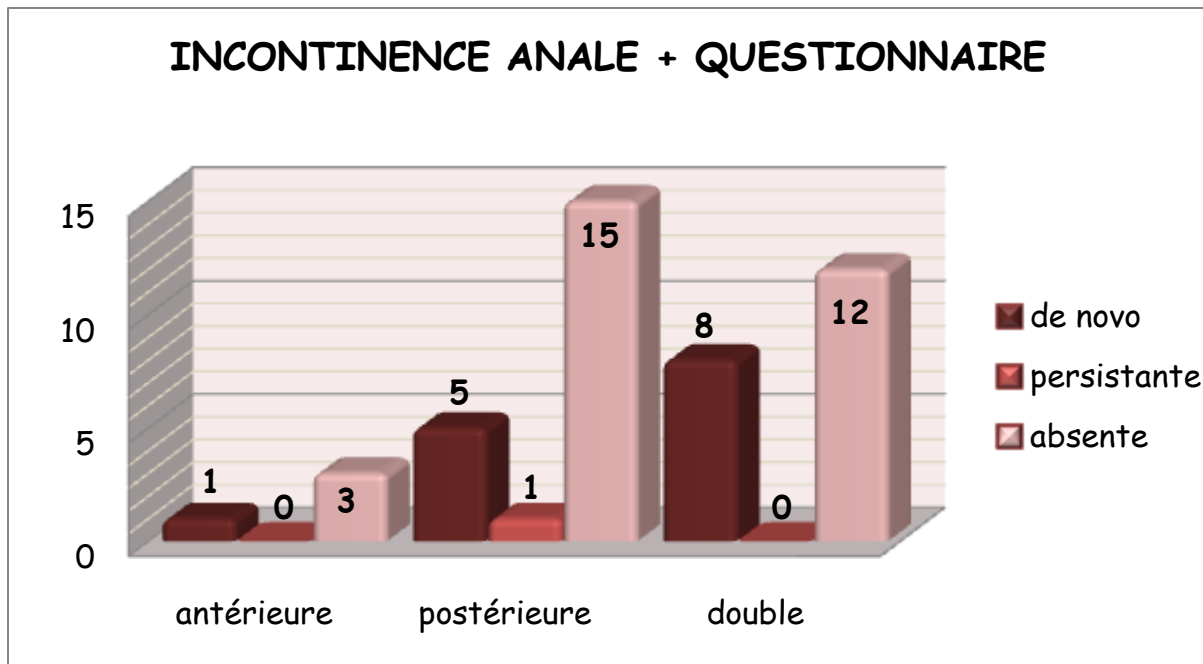


Tableau 61 : Continence anale postopératoire en fonction de la position des prothèses.

3.3.1.4 TROUBLES GYNECOLOGIQUES :

Les troubles sexuels pré et postopératoires ont été évalués rétrospectivement par le questionnaire.

En préopératoire, les résultats se sont répartis ainsi : 9 cas de dyspareunies, 25 cas sans trouble sexuel, 7 cas n'ayant pas de rapports sexuels et 4 cas n'ayant pas répondu à cet item.

En postopératoire, les troubles ont été : 4 cas de dyspareunies, 19 ne présentant aucun trouble, 7 n'ayant aucun rapport sexuel depuis l'intervention et 15 patientes n'ayant pas répondu à cette question.

Les 4 patientes présentant des dyspareunies postopératoires n'avaient pas été évaluées sur ce symptôme lors de la consultation de l'opérateur. A noter, que toutes avaient eu une prothèse postérieure seule.

T1	T0	Dyspareunie	Absence dyspareunie	Absence rapport	Donnée manquante	Total
Dyspareunie		2	2	0	0	4
Absence dyspareunie		4	14	0	1	19
Absence rapport		0	3	4	0	7
Donnée manquante		3	6	3	3	15
Total		9	25	4	4	45

Tableau 62 : Résultats des troubles sexuels évalués par le questionnaire. T0 = préopératoire, T1 = postopératoire

3.3.1.5 EVALUATION FONCTIONNELLE :

L'évaluation du taux de satisfaction globale a été réalisée par le questionnaire.

Dans 87% des cas (39/45), les patientes ont été satisfaites des résultats obtenus par cette intervention, contre 13% (6/45) qui ne l'ont pas été.

Parmi les 6 patientes non satisfaites, cinq ont signalé des troubles fonctionnels postopératoires, le plus souvent multiples.

La position des prothèses chez ces patientes, a été : 1 antérieure, 2 doubles et 3 postérieures.

Au contraire, parmi les 9 patientes ayant récidivé et ayant répondu au questionnaire, 7 se sont déclarées satisfaites.

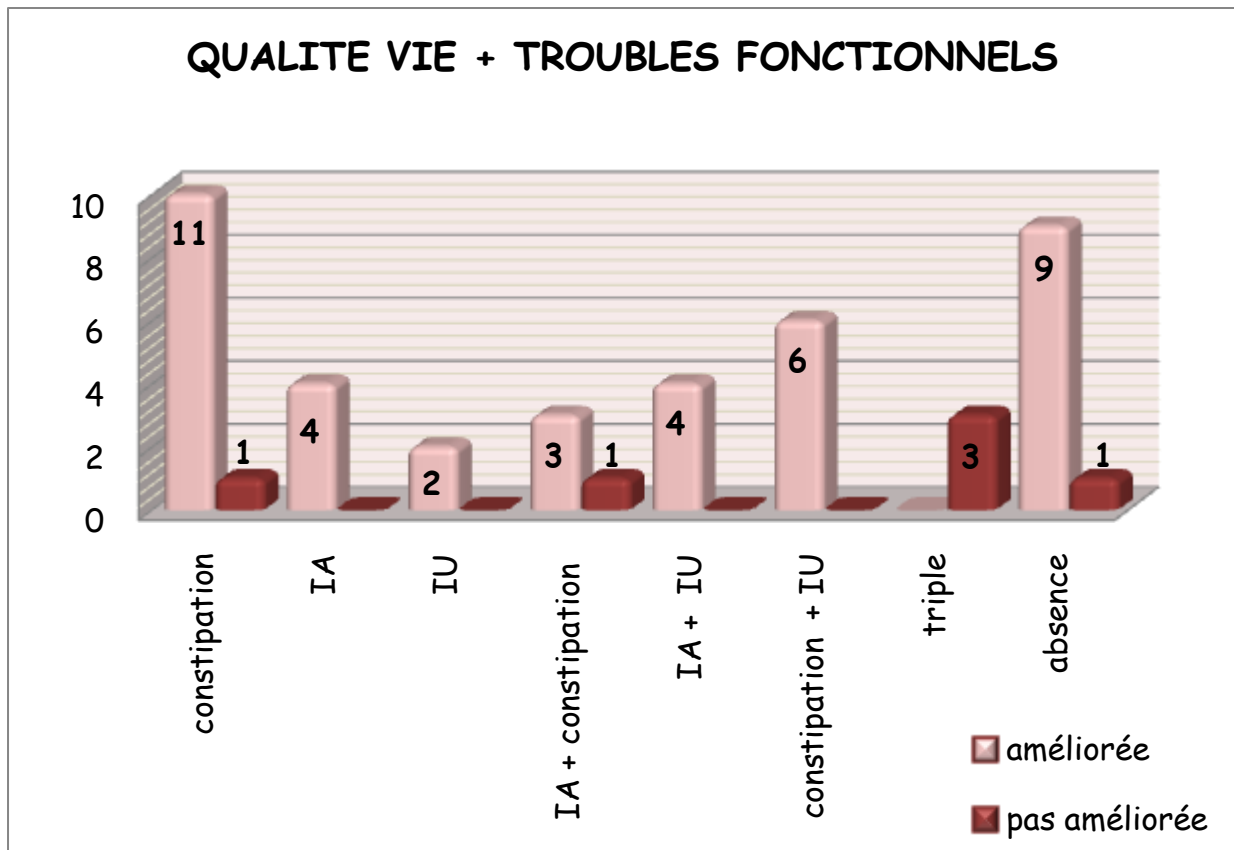


Tableau 63 : Evaluation globale en fonction des troubles fonctionnels postopératoires. IU = Incontinence Urinaire, IA = Incontinence Anale.

3.3.1.6 TABLEAU RECAPITULATIF : LE QUESTIONNAIRE :

Le tableau suivant résume les résultats concernant les troubles fonctionnels, obtenus par les 45 questionnaires.

Les troubles de novo sont ceux apparus, après la dernière consultation de contrôle postopératoire.

L'amélioration correspond aux patientes dont les troubles ont régressé depuis la dernière consultation.

La moitié des patientes n'ayant pas répondu au questionnaire, l'étude de l'évolution de la moitié des troubles postopératoires n'a pas pu être réalisée.

	Totale N = 90	Questionnaire N = 45 (50%)	De novo	Persistant	Améliorée
IUE postopératoire	19 (21%)	12 (26%)	5 (11%)	7 (15%)	5 (5%)
Impériosité	8 (9%)	15 (33%)	14 (31)	1 (2%)	2 (2%)
Constipation postopératoire	40 (44%)	25 (55%)	9 (20)	16 (35%)	7 (7%)
IA postopératoire	6 (6%)	15 (33%)	14 (31)	1 (2%)	2 (2%)
Dyspareunie postopératoire	3 (3%)	4 (9%)	4 (9)	0%	0

Tableau 64 : Tableau récapitulatif des troubles fonctionnels relevés par le questionnaire.

3.3.2 LA CONSULTATION SUPPLEMENTAIRE :

3.3.2.1 GENERALITES :

Vingt trois patientes sur les 45 ayant répondu au questionnaire, ont souhaité une nouvelle consultation.

Un examen clinique a été réalisé, lors de celle-ci, par le même examinateur. Le résultat anatomique postopératoire a été évalué pour chaque étage pelvien.

L'analyse de la position des prothèses et de l'existence d'une récidence diagnostiquée par l'opérateur est résumée dans le graphique suivant.

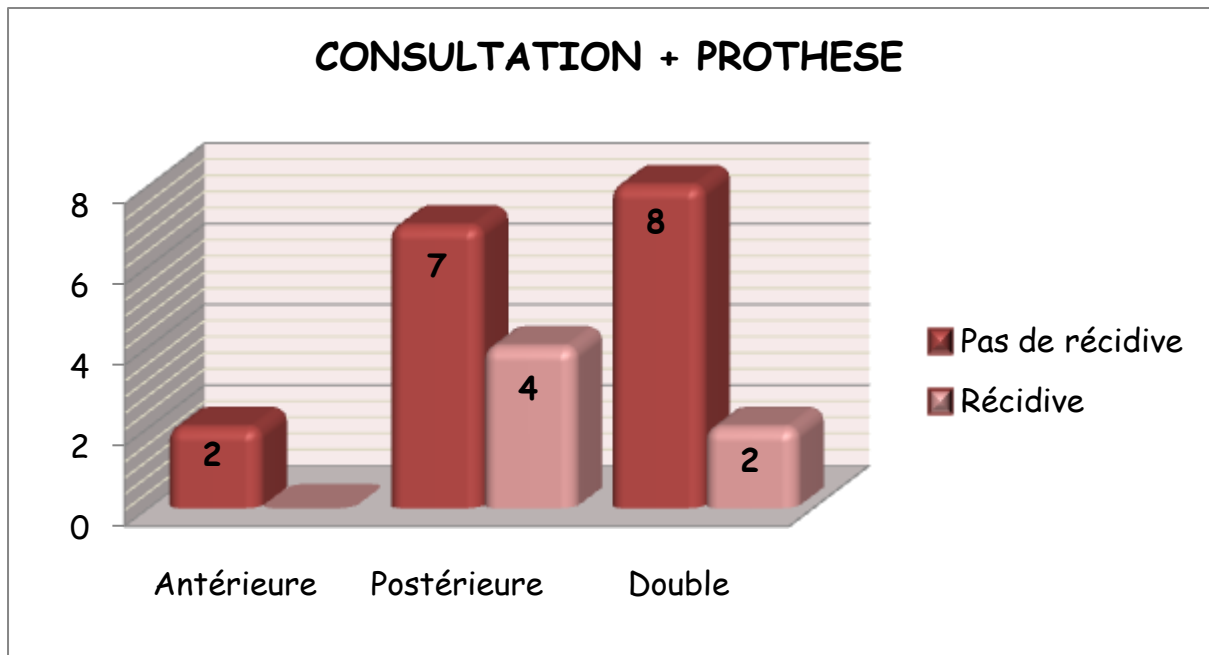


Tableau 65 : Répartition des récurrences en fonction de la position des prothèses pour les patientes revues en consultation.

La classification de BADEN et WALKER a été utilisée pour grader les prolapsus.

Aucun grade IV n'a été constaté. Un prolapsus grade III touchant l'étage postérieur a été diagnostiqué. Les autres prolapsus ont été de grade I ou II sur un ou plusieurs étages, soit au total 13 grade II et 25 grade I.

Lors de cette consultation, 4 patientes parmi les 6 ayant récidivé, avaient déjà été réopérées.

Le tableau suivant résume les constatations cliniques pour chaque étage pelvien, le statut vis-à-vis des récurrences, et la note déclarée au cours de la consultation.

Constatation lors de la consultation supplémentaire	Nombre de patientes	Récidive [°] +/- reprise chirurgicale*	Evaluation fonctionnelle consultation / 10		Moyenne
ROCOHO	2	1*	10/8*		9
ROC1HO	1		5		5
ROC2HO	3	1°	7/9/7°		7.6
R1COHO	3	2*	6/5*/10*		7
R1C1HO	3	1°	6/8°/10		8
R1C1H1	2	1*	7*/8		7.5
R1C2HO	7		7/7/7/8/9/10/10		8.2
R1C2H1	1		7		7
R3C1H1	1		9		9
TOTAL des patientes revues	23	2° + 4*	moyenne récidive 7,5	moyenne reprise 7,5	8

Tableau 66 : Constatations anatomiques lors de la consultation à distance. ° = récidive de prolapsus diagnostiquée par l'opérateur, * = prolapsus réopéré.

3.3.2.2 EVALUATION FONCTIONNELLE PAR LA CONSULTATION :

Une évaluation plus précise du niveau de satisfaction a été réalisée au cours de cette consultation. Une note leur a été demandée, comprise entre 0 = aucune satisfaction et 10 = satisfaction maximale.

Les 23 patientes ont donc évalué leur état général au moment de cette consultation. La note moyenne a été de 7,8/10. Aucune note inférieure à 5 n'a été donnée.

Les résultats analysés dans le graphique suivant, comparent la note donnée en consultation et le résultat du questionnaire. Ils montrent une assez bonne corrélation entre les deux méthodes d'évaluation.

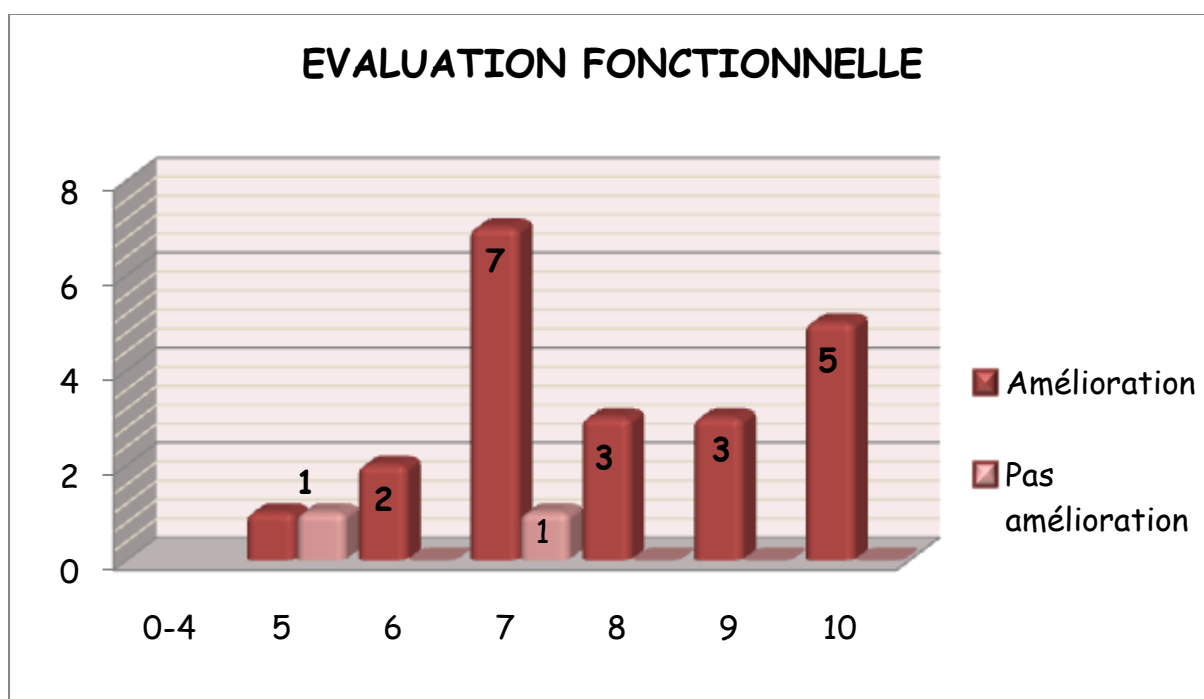


Tableau 67 : *Concordance entre la note de qualité de vie postopératoire des patientes revues en consultation et l'évaluation du questionnaire*

Parmi les 23 patientes revues en consultation, 2 avaient été opérées avec une prothèse antérieure, 11 avec une prothèse postérieure et 10 avec deux prothèses.

Les notes relevées en fonction de la position des prothèses ont été supérieures ou égales à 7 dans 82% des cas (19/23), que ce soit avec une prothèse postérieure ou double.

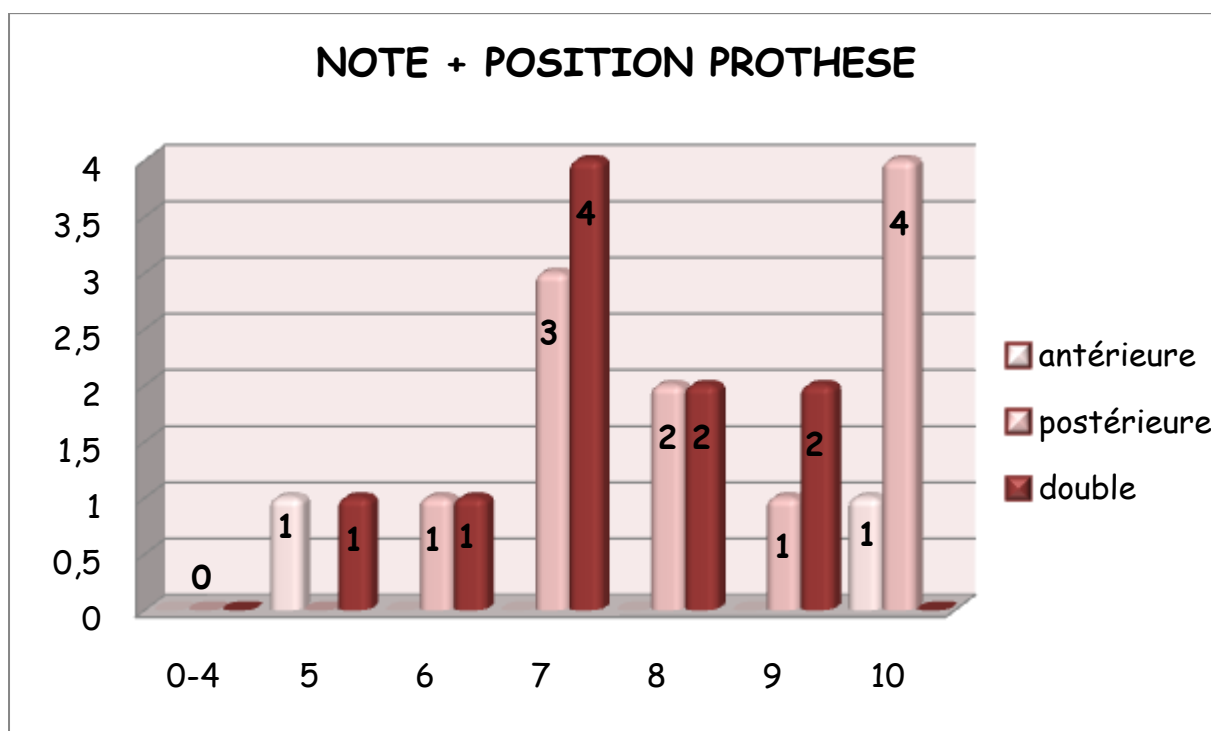


Tableau 68 : Notes en fonction de la position des prothèses.

DISCUSSION

4 DISCUSSION :

La genèse du prolapsus génital est multifactorielle. Les principaux mécanismes physiopathologiques, actuellement reconnus, sont :

- les lésions du nerf pudendal, principalement par étirement, responsables de la dégradation secondaire de la fonction musculaire du plancher périnéal.
- l'altération des fascias et des tissus conjonctifs pelviens, secondaire aux lésions traumatiques directes et/ou de dénervations.
- l'hypo-œstrogénie responsable de la modification des propriétés physiques des fascias pelviens, secondaire à l'altération du métabolisme du collagène. (2)

Le développement du prolapsus génital, ainsi que sa récurrence après traitement, sont donc favorisés par l'association de la perte du tonus musculaire périnéal, de la diminution des résistances ligamentaires et des modifications structurales des fascias pelviens. (2) L'ensemble de ces anomalies entraîne un dysfonctionnement du plancher pelvien, altérant son rôle de soutien des organes pelviens et responsable notamment de la formation des prolapsus génitaux.

Or actuellement, il n'existe aucune technique chirurgicale capable de réparer, que ce soit les muscles périnéaux, les nerfs pelviens ou les fascias défailants du plancher pelvien. La chirurgie à notre disposition, ne fait donc que pallier à ces déficiences, par l'utilisation notamment de matériaux prothétiques dont le but est triple :

- corriger les dégradations anatomiques, en remontant et en soutenant le ou les organes prolapsés,
- tout en évitant de créer ou d'aggraver à la fois des lésions anatomiques mais aussi des troubles fonctionnels,
- tout en permettant une miction, une défécation et une activité sexuelle adaptées. (22)

Le dysfonctionnement du plancher pelvien n'intervient pas uniquement dans la formation des prolapsus génitaux, il joue aussi un rôle, dans l'apparition des troubles fonctionnels urinaires, fécaux et sexuels. Ces troubles peuvent, parfois s'associer aux prolapsus (1) mais leur existence et leur importance ne dépendent pas du stade anatomique de ceux-ci. (4)

Cette association s'explique à la fois, par une embryologie, une anatomie et une physiopathologie commune. (23)

Par exemple, le taux d'incontinences fécales chez les patientes porteuses d'un prolapsus vaginal est de 7%. Les patientes incontinentes fécales souffrent également d'une incontinence urinaire dans 19 à 31% des cas. Et, 38 % des patientes présentant une incontinence urinaire, souffrent également d'un prolapsus vaginal. Enfin, 18% des troubles de la statique pelvienne atteignent les trois étages pelviens. (23)

L'ensemble de ces chiffres souligne les interactions existant entre les différents compartiments pelviens et l'importance de prendre en considération chacun de ces symptômes, pour une prise en charge thérapeutique globale et adaptée des troubles de la statique pelvienne.

De plus, la chirurgie du prolapsus est une chirurgie de confort qui ne doit être réalisée, qu'en présence de troubles fonctionnels liés soit au volume d'extériorisation du prolapsus, soit à des troubles fonctionnels urinaires ou ano-rectaux ou génitaux, pour peu que le prolapsus puisse être incriminé dans la genèse de ces troubles. (24)

L'une des modalités thérapeutique chirurgicale est la promontofixation cœlioscopique. Cette technique de cure de prolapsus génital, par voie haute est depuis une dizaine d'années en pleine essor. Mais, l'évaluation des résultats postopératoires en est encore difficile, par le manque de standardisation.

4.1 LA POPULATION ETUDIEE :

Une des particularités de cette série est d'être issue du recrutement de deux services de spécialités différentes, prenant en charge les prolapsus génitaux : l'urologie et la chirurgie digestive.

L'existence de deux équipes chirurgicales différentes, ayant des modes de recrutement différents et des populations consultantes différentes, a probablement influencé les résultats obtenus.

Globalement, cette population est comparable aux données de la littérature. L'effectif est proche des séries de DESCARGUES (25), d'ANTIPHON (26) et de MISRAI (17, 27) mais inférieure à celle de CANIS (3, 28) avec 138 patientes, HIGGS (29) avec 140 femmes ou surtout de ROZET avec 363 cas.(30)

L'âge moyen des patientes se situe autour de 60 ans et correspond à la même tranche d'âge que les autres séries. (3, 12, 15, 17, 25, 29-32) Cette caractéristique est en accord avec les données épidémiologiques concernant les prolapsus génitaux. (31)

Enfin, du point de vue, de la parité, celle-ci est légèrement inférieure aux taux habituels de 3 enfants/femme. (12, 32).

4.2 LA RECIDIVE :

4.2.1 DEFINITION :

La définition du prolapsus et encore plus celle de sa récurrence est sujet à controverse, expliquant les difficultés rencontrées pour la comparaison des résultats entre les différentes équipes.

Pour certains, un prolapsus vaginal situé nettement au-dessus de l'hymen est considéré comme « normal ». En effet, ce type de prolapsus touche plus de la

moitié des femmes âgées, ayant accouché et la plupart d'entre eux, d'une part n'évoluent pas vers des stades III ou IV et d'autre part sont rarement symptomatiques. (33)

Dans notre série, le taux de prolapsus récidivés atteint 14% de la population. Ce taux est plus élevé que certaines séries, comme celle de MISRAI (11%) ou de GRANDJEAN (7,5%), mais inférieur à celle d'ANTIPHON (25%).

D'une manière générale, le manque de méthodes permettant d'évaluer cliniquement les prolapsus à la fois simples, utilisées par tous et reproductibles, conduit à des groupes d'étude non homogènes et incomparables.(34)

De plus, le diagnostic de récurrence dans notre propre étude, a été posé par deux équipes de spécialités différentes dont les paramètres diagnostiques ne sont pas standardisés et les évaluations cliniques pas toujours les mêmes.

D'autre part, l'évaluation du prolapsus initial et de sa récurrence a été faite selon la classification de BADEN et WALKER. Or, la majorité des résultats publiés dans les journaux américains ou de gynécologie sont gradés selon la classification POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification system).

Le POP-Q permet une description objective, standardisée des éléments du prolapsus, dont la reproductibilité pour l'évaluation inter et intra-individuelle a été validée. (35-37) Huit mesures sont réalisées à la poussée (Aa, Ba, C, D, Ap, Bp, gh, pb) et une mesure au repos (tvL = longueur vaginale totale). Le point de référence étant l'hymen.

Pour la paroi antérieure :

- Aa est le point situé à la partie médiane de la paroi vaginale antérieure, à 3 cm du méat urétral. Il correspond à la position du col vésical. Sa position varie entre -3 et + 3 cm par rapport à l'hymen.

- Ba est le point le plus déclive de la paroi vaginale antérieure, en l'absence de prolapsus, il est confondu avec Aa. Sa position varie entre - 3 et + tvl en cas d'éversion totale.

Pour le fond vaginal :

- C correspond au col utérin ou au fond vaginal. Sa valeur est comprise entre - tvl et + tvl en cas d'éversion complète.
- D correspond au cul-de-sac de Douglas. Sa valeur varie entre - tvl et + tvl. En cas d'hystérectomie, il est confondu avec le point C.

Pour la paroi vaginale postérieure :

- Ap est le point situé à la partie médiane de la paroi vaginale postérieure à 3 cm de l'hymen. Sa position varie entre - 3cm et + 3 cm par rapport à l'hymen.
- Bp est le point le plus distal de la paroi vaginale postérieure, en absence de prolapsus, il est situé à - 3 cm, confondu avec le point Ap. Sa position varie entre - 3 et + tvl en cas d'éversion totale.

Autre repères :

- gh : diamètre du diaphragme génital, distance entre le méat urinaire et la fourchette vulvaire.
- pb : distance ano-vulvaire.
- tv : longueur vaginale totale, du fond vaginal à l'hymen.(38)

A partir de ces 9 mesures, le prolapsus est classé selon 5 stades, en fonction du point le plus bas situé du prolapsus :

- Stade 0 : tous les points sont à - 3cm ;
- Stade I : le point le plus bas situé reste au-dessus de - 1 cm ;
- Stade II : le point le plus bas situé se situe entre - 1 et + 1 cm par rapport à l'hymen ;
- Stade III : le point le plus bas situé est à plus de + 1 cm, mais la longueur de l'extériorisation reste inférieure, d'au moins 2 cm à la longueur vaginale totale ;
- Stade IV : tout point au-delà du stade III, retournement vaginal complet.

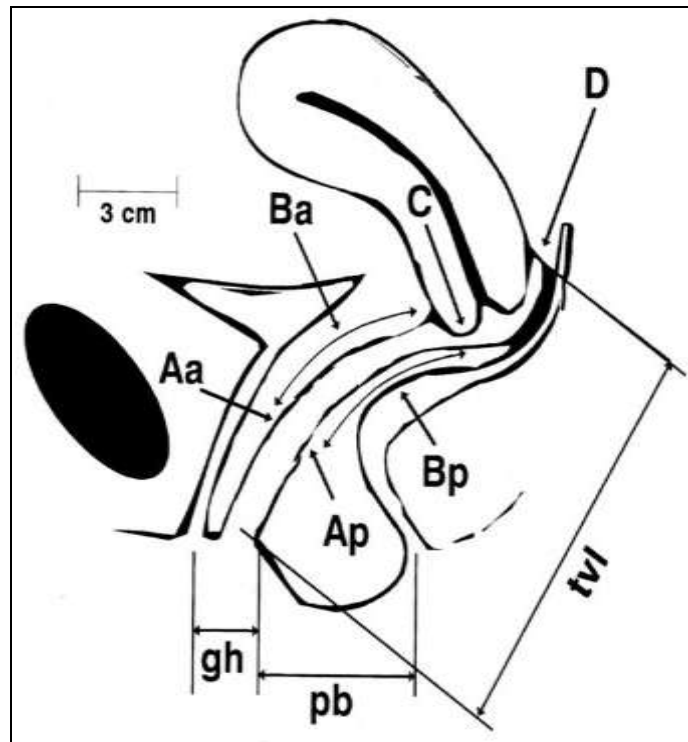


Figure 1 : Classification de l'ICS, POP-Q

De plus, dans la littérature, la définition de la récurrence de prolapsus après traitement, n'est pas non plus ni standardisée ni homogène. (4) Pour certains, le résultat postopératoire est évalué à la fois sur la gêne fonctionnelle et sur le résultat anatomique. (39) Alors que d'autres étudient uniquement les caractéristiques anatomiques.

Par exemple, GRANDJEAN définit la récurrence, par la présence d'un prolapsus de grade supérieur à II sur au moins un étage pelvien. (40) Au contraire, HIGGS déclare un taux de bons résultats anatomiques de 92%, après promontofixation cœlioscopique, alors que son taux de récurrences est de 40% et le taux de réintervention est de 16% dans cette série.

4.2.2 REcul POSTOPERATOIRE :

Le délai moyen entre la chirurgie initiale et la récurrence a été de 13 mois dans notre série. Dans 61% des cas, elles sont survenues après la première année postopératoire.

Dans la littérature, la plupart des résultats sur la voie coelioscopique sont issus d'études ayant un recul postopératoire faible, variant de 14 et 18 mois. (12, 26, 27) Les résultats à court et moyen terme ne sont pas suffisants pour dépister la majeure partie des récidives, qui surviennent plus tard.

Le délai postopératoire à partir duquel survient la récurrence, permet de distinguer 3 mécanismes physiopathologiques différents, selon VILLET.

Les récidives quasi-immédiates, conséquence le plus souvent de malfaçons techniques ou de complications postopératoires. Les récidives plus tardives, qui intéressent un autre étage que celui traité. Enfin, les récidives vraies, qui surviennent plus de 10 à 15 ans après la première intervention et se situent alors sur les étages déjà traités. (23)

La plupart des résultats postopératoires à long terme publiés dans la littérature (10-17 ans) correspondent à des interventions réalisées par laparotomie, dont les taux de récidives varient de 10% (13) à 58%. L'équipe de HILGER, notamment a rapporté avec un recul moyen de 13,5 ans, un taux de récurrence de 26%, dont 10% ayant nécessité une ré-intervention. (41)

La coelioscopie est une technique chirurgicale plus récente, dont le recul postopératoire est encore actuellement bien inférieur, de l'ordre de 12 à 36 mois au maximum.

De plus, cette technique présente une courbe d'apprentissage longue en début d'expérience, du fait de difficultés notamment lors de la suture péritonéale. (42) Ceci se retrouve dans l'évolution du taux annuel des récidives dans cette étude. Il diminue avec le temps, grâce à l'acquisition d'une expérience chirurgicale et à l'amélioration des moyens techniques. Cela explique, en partie, le taux de récurrence plus élevé en début d'expérience.

4.2.3 ANTECEDENTS MEDICAUX :

L'obésité, de même que les pathologies pulmonaires chroniques (toux) sont des facteurs de risques reconnus de prolapsus, par l'augmentation répétée de la pression abdominale qu'ils engendrent. (2) Or, dans cette série, 61% des patientes ayant récidivé avait un BMI supérieur ou égal à 25, c'est-à-dire en surpoids ou obèse.

Les autres antécédents médicaux n'ont peu été étudiés, car ils manquaient souvent dans l'évaluation initiale des patientes.

4.2.4 TOPOGRAPHIE DE LA RECIDIVE :

Dans la littérature, les récurrences après promontofixation se situent majoritairement en antérieur. (43, 44)

Dans cette série, elles se sont réparties, pour les formes uni-comportementales, sur l'étage postérieur dans 53% des cas, contre 38% sur l'étage antérieur. Aucune récurrence de l'étage moyen n'a été détectée.

La topographie de la récurrence d'un prolapsus est influencée par des facteurs multiples et souvent intriqués.

Un des facteurs de risque est la chirurgie du prolapsus. Elle peut induire, par elle-même, des déséquilibres dans la statique pelvienne, conduisant à la récurrence et expliquant en partie sa localisation.

Deux mécanismes physiopathologiques ont été décrits par VILLET, pour expliquer les effets de la chirurgie sur les décompensations pelviennes secondaires.

Le premier, réalise un déséquilibre antéro-postérieur du plancher pelvien, où toute traction vers l'avant fragilise l'étage postérieur et inversement.

Les résultats de l'analyse statistique vont dans ce sens. En effet, le nombre et la position postérieure des prothèses influencent significativement la survenue d'une récurrence.

L'utilisation d'une prothèse postérieure seule peut donc expliquer cette topographie, suite probablement à un « effet rechapage ».

De plus, l'existence de rectocèles basses secondaires peut être consécutive à une erreur technique, notamment en début d'expérience. Un positionnement trop haut et une tension trop importante de la prothèse, peuvent créer un site de faiblesse persistant sous la prothèse. Sous l'action de la pression abdominale, cette faiblesse favorise alors une récurrence postérieure et sous-jacente à la prothèse. (42)

Ce mécanisme peut être accentué par la constipation chronique. Le taux de constipation retrouvé dans cette population est élevé, de l'ordre de 44%, dont la moitié a persisté après l'intervention. En général, ce taux varie entre 12 à 20% (47-49) en fonction des études.

La constipation exacerbe, par les efforts répétés de poussée, les défauts du plancher pelvien. Elle entraîne des neuropathies d'étirement qui aggravent la descente des organes et favorisent donc, à la fois le prolapsus mais aussi sa récurrence. (49, 50)

Son rôle, notamment vis-à-vis des rectocèles, a été souvent décrit. Environ 25 % des femmes constipées développent au cours de leur vie une rectocèle. (19)

L'utilisation d'une prothèse postérieure seule semble être un facteur de risque de récurrence sur l'étage postérieur.

D'autres facteurs influencent ce mode de récurrences. En effet, certaines études rapportent de nombreuses récurrences postérieures, en utilisant deux prothèses et même une prothèse antérieure unique.

Par exemple, dans la série de GADONNEIX, les formes postérieures ont représenté 62% des récurrences. (46) Or, cette étude est basée sur l'utilisation systématique de deux prothèses.

De même, la série de VILLET utilisant une prothèse unique antérieure a retrouvé un taux de récurrences postérieures de 10% (51) alors qu'aucune n'a été constatée dans notre série.

Cependant, dans cette série, les interventions ont été réalisées par voie ouverte et l'utilisation d'une prothèse sous vésicale sans prothèse inter-recto-vaginale, a été associée systématiquement à une colpopexie selon BURCH. Les taux de récurrences, sur l'étage moyen et postérieur, rapportés après une intervention de BURCH sont compris en fonction des séries, entre 5 et 25%. (52-54)

La colposuspension contribue au déplacement antérieur du vagin, libère le cul de sac de douglas et favorise la formation d'une entérocele, (55) en favorisant un déséquilibre pelvien antéro-postérieur.

Ce rôle a été avancé par ANTIPHON, pour la voie cœlioscopique. (26, 43, 46) Selon lui, la récurrence postérieure survient exclusivement lorsqu'un BURCH est associé à une promontofixation avec une prothèse antérieure unique. Une prothèse postérieure n'est donc pas utile si une colpopexie n'est pas associée.

Ceci semble confirmé par nos propres résultats. En effet, aucune colpopexie n'a été réalisée de façon concomitante et aucune récurrence postérieure n'a été isolée, suite à la mise en place d'une prothèse antérieure unique.

D'autres facteurs de risque peuvent être incriminés dans ces résultats.

L'existence d'un antécédent de chirurgie pelvienne (cure de prolapsus, hystérectomie ou cure d'incontinence urinaire) a été constatée dans 85% (6/7) des récurrences postérieures. Or, les études épidémiologiques rapportent, que 29% des interventions pour prolapsus concernent des patientes ayant déjà récidivé : « l'une des principales raisons d'avoir un prolapsus est d'avoir déjà été opéré d'un prolapsus ou d'une incontinence urinaire ». (1)

Le rôle de l'hystérectomie, notamment dans le développement des entérocèles a souvent été suspecté. Elle intervient à la fois par l'ouverture du cul de sac de Douglas (56) et par les lésions des ligaments cardinaux utéro-sacrés ou du niveau I de la classification de DeLancey. (34, 57)

L'hystérectomie et la cure de prolapsus dévoilent des zones de faiblesse et favorisent les récurrences de prolapsus, par les modifications des rapports anatomiques entre les organes pelviens, qu'elles engendrent.

Enfin, toutes les patientes ayant une récurrence postérieure présentaient un prolapsus postérieur avant l'intervention. Il était combiné dans la moitié des cas, de grade II dans 2 cas et de grade III dans 6 cas. De plus, les résultats ont été statistiquement significatifs par rapport au grade des prolapsus postérieurs préopératoires.

Finalement, la récurrence postérieure semble donc favorisée, par la présence d'une prothèse postérieure seule, associée à d'autres facteurs intriqués tel que les antécédents de chirurgie, la constipation, le grade élevé du prolapsus initial ou sa combinaison avec une atteinte d'autres étages pelviens.

4.2.6 RÉCURRENCE ÉTAGE ANTERIEUR :

Dans notre série, aucune récurrence antérieure n'a été constatée, suite au traitement d'une cystocèle isolée, que ce soit avec une prothèse antérieure unique ou double.

Ce résultat avait déjà été décrit par MISRAI, pour les cystoc  les de haut grade (III-IV), avec un recul postopératoire de 4 ans. (17)

Cependant, ces résultats nécessitent un suivi postopératoire plus long afin de dépister des décompensations plus tardives. Ce n'est qu'à ce moment, que l'on pourra proposer un traitement des cystoc  les isolées, sous certaines conditions, par une seule prothèse antérieure.

Au contraire, dans la série d'ANTIPHON, des récurrences antérieures ont été observées dans 12% des cas. Elles ont été constatées suite à l'utilisation d'une prothèse antérieure unique, mais l'association d'une intervention de BURCH dans certains cas, peut expliquer ces différences.

En effet, l'existence d'un symptôme obstructif urinaire peut compliquer une cure chirurgicale d'incontinence urinaire et déstabiliser l'équilibre pelvien par des efforts répétés de poussées abdominales. Dans notre série, sur les 5 récurrences antérieures, 2 ont présenté en postopératoire une dysurie.

Des récurrences antérieures ont été constatées lors de l'utilisation d'une prothèse postérieure unique. Parmi elles, une seule présentait en préopératoire un prolapsus antérieur combiné à une atteinte postérieure. Les quatre autres sont survenues suite à un prolapsus initial postérieur, isolé et traité par une prothèse postérieure unique.

Bien que, selon la littérature, le renforcement prothétique de la paroi vaginale postérieure isolée, ne semble entraîner que rarement une colpocèle antérieure. (45) Dans notre série, au contraire, l'utilisation d'une prothèse unique sur l'étage postérieure a été significativement associée aux récurrences antérieures, même si initialement le prolapsus touchait uniquement l'étage postérieur.

L'existence d'une décompensation antérieure faisant suite au traitement de l'étage postérieur, est peut-être secondaire à un déséquilibre antéro-postérieur.

Des facteurs associés, tel que la constipation, la dysurie ou les antécédents de chirurgie pelvienne peuvent, peut-être, expliquer ces différences.

Par exemple, les patientes prises en charge en chirurgie digestive présentaient souvent des dyschésies majeures nécessitant la réalisation de manœuvres digitales associées et dont le traitement était difficile à équilibrer. De ce fait, la persistance de ce facteur d'hyperpression abdominale chronique, après la promontofixation peut expliquer en partie ce taux important de récurrences.

Cela confirme encore, la nécessité de réaliser un traitement complet de tous les compartiments pelviens avec un souci de correction globale, de restauration anatomique (19) et de considérer que la plupart du temps la rectocèle, même si elle constitue le défaut principal, fait partie d'un problème plus complexe, qui mérite une approche globale.

De plus, la topographie des récurrences antérieures, dans notre série n'a pas été détaillée, ne permettant pas de distinguer leurs caractéristiques précises.

En effet, deux formes de prolapsus antérieurs et de récurrences ont été décrites dans la littérature.

La cystocèle médiane correspond à une faiblesse du fascia vésico-vaginal central et la cystocèle latérale, qui est consécutive à la rupture des attaches de ce fascia sur l'arc tendineux. (58, 59)

Le traitement de la cystocèle latérale peut être réalisé par la réparation paravaginale, par voie ouverte ou coelioscopique. La dissection est menée à travers l'espace prépéritonéal de RETZIUS. Le vagin est suspendu à l'arc tendineux, par le fascia de HALBAN, par l'intermédiaire d'une suture ou de prothèses synthétiques. (2, 44)

Or, pour WATTIEZ, la dissection de l'espace rétropubien doit être systématique au cours de la promontofixation, afin de rechercher et réparer un défaut paravaginal. Sa correction, permettant la restitution d'un axe vaginal normal, limitant ainsi le risque de récurrences antérieures. (34)

4.2.7 RÉCURRENCE ÉTAGE MOYEN :

Aucune récurrence n'a été constatée sur l'étage moyen dans notre série. Au contraire, BOTCHORISVILI rapporte un taux d'échec prédominant sur cet étage. (3)

L'une des hypothèses est l'association d'une hystérectomie subtotale lors de la promontofixation. Elle pourrait favoriser la récurrence par une ischémie pariétale des sites de fixation de la prothèse sur le moignon vaginal. (3) L'absence d'hystérectomie réalisée dans le même temps, dans notre série, va dans ce sens.

De plus, dans la littérature, il n'a jamais été mis en évidence de bénéfice de l'hystérectomie systématique par rapport à la conservation utérine, sur les résultats de cure de prolapsus. (22)

Cependant, la découverte de plusieurs tumeurs utérines malignes sur l'analyse des pièces opératoires, malgré la réalisation d'un bilan gynécologique préopératoire (25) souligne l'importance d'un bilan gynécologique complet préopératoire. De plus, la réalisation d'une promontofixation avant une hystérectomie complique de façon notable ce geste. (22)

La réalisation d'une hystérectomie subtotale concomitante, lorsqu'elle est nécessaire, doit donc être effectuée. La conservation du col permet de limiter le risque d'érosion. En effet, le col absorbe les chocs, permet des mouvements indépendants entre le mur vaginal antérieur et postérieur et évite ainsi les frictions entre les prothèses, au niveau du dôme vaginal. (46)

4.3 TROUBLES FONCTIONNELS :

4.3.1 TROUBLES URINAIRES :

L'association troubles urinaires et prolapsus est fréquente. Elle s'intègre dans le cadre des troubles de la statique pelvienne. (60)

Cela implique, de rechercher un prolapsus lors d'une consultation pour incontinence urinaire et de dépister une incontinence urinaire d'effort, notamment masquée par un effet pelote, lors de l'examen de tout prolapsus, afin de prendre en charge l'ensemble de ces troubles. (61)

Pour cela, un bilan urodynamique après réduction du prolapsus semble nécessaire, notamment pour les prolapsus sévères. En effet, cet examen permet, selon certaines études, de révéler entre 36% et 80% d'une incontinence masquée.

Cette constatation permet de faciliter les indications de gestes urinaires prophylactiques concomitants au traitement du prolapsus. (62)

De plus, l'association d'une incontinence urinaire au prolapsus s'accompagne d'un impact fonctionnel plus important sur l'activité quotidienne. (63) Elle semble être un marqueur de troubles sévères de la statique pelvienne. (63)

Cependant, le risque de dysurie secondaire, potentiellement responsable de récidives postopératoires des prolapsus, doit être également pris en compte dans cette décision.

Les interactions entre prolapsus et symptômes urinaires sont nombreuses et résultent de plusieurs mécanismes.

Le prolapsus peut favoriser les fuites urinaires d'effort. En effet, il peut exercer une traction sur le mur postérieur de l'urètre et ouvrir ainsi la lumière du canal urétral. (64)

Il peut aussi favoriser des symptômes obstructifs, par un effet pelote. Ce mécanisme conduit, soit à une dysurie, soit à une incontinence urinaire d'effort masquée. (65)

La cure de prolapsus peut permettre une amélioration de ces symptômes en corrigeant les troubles de l'évacuation créés par sa position sous la jonction uréthro-vésicale, (66) mais également démasquer une incontinence urinaire d'effort postopératoire.

Le taux d'incontinence urinaire secondaire aux promontofixations cœlioscopique est très variable, allant de 11% (29) à 46% (3) dans la littérature. Elle est de 23% dans notre série.

Là encore, la présence de nombreux facteurs pouvant interférer, rend la comparaison difficile entre ces différents résultats.

Dans la littérature, la description des troubles urinaires est en général très succincte, que ce soit sur le type d'incontinence (effort / mixte/ hyperactivité), sur le caractère de novo ou persistant de ces troubles, sur la réalisation concomitante d'un geste urinaire et leurs indications précises.

Par exemple, dans la série d'ANTIPHON, aucun résultat concernant l'influence de la position des prothèses sur les troubles fonctionnels urinaires n'a été décrite. (26)

Dans notre étude, aucune différence statistique significative n'a pu être mise en évidence entre la position des prothèses et les fuites urinaires ou les symptômes irritatifs.

En général, la forme la plus représentée en postopératoire est l'incontinence urinaire d'effort, qu'elle soit pure ou mixte, de novo ou persistante.

Elle a représenté 20% des opérées, ce qui est en accord avec la littérature. (67, 68)

La série de DEVAL retrouve également cette prédominance, alors qu'une colpexie selon BURCH a été réalisée systématiquement. (11)

De plus, l'existence dans notre série d'incontinences urinaires améliorées après cure de prolapsus, sans geste urinaire concomitant, laisse supposer que le rétablissement des rapports anatomiques pelviens dans un certain nombre de cas, peut rétablir l'équilibre des mécanismes de continence. La réalisation d'un traitement urinaire systématique semble alors discutable.

Différents mécanismes, potentiellement intriqués, peuvent contribuer à l'apparition de cette incontinence urinaire secondaire à une cure de prolapsus.

Une traction excessive de la prothèse antérieure peut entraîner une verticalisation de l'urètre, une ouverture de l'angle uréthro-cervical et donc un risque accru de fuites lors d'épisodes d'hyperpression abdominale. (64) La mise en place de deux prothèses peut potentialiser le changement d'axe de l'urètre et expliquer, que dans la population ayant eu deux prothèses, le taux d'incontinence urinaire d'effort de novo soit plus important que les autres.

Mais, c'est surtout l'existence d'une insuffisance sphinctérienne, qui constitue la cause la plus fréquente d'incontinence. La réduction du prolapsus, lors de son traitement diminue la compression mécanique sur l'urètre et démasque alors les fuites urinaires d'effort. Or, toutes les patientes incontinentes en postopératoire avaient réalisé un bilan urodynamique et une insuffisance sphinctérienne modérée n'avait été notée que dans 6 cas.

Cependant, ce bilan nécessite de réaliser, une mesure de la pression de clôture, après réduction du prolapsus pour évaluer le résultat en postopératoire. Mais, cela peut induire un certain nombre de biais sur les résultats obtenus.

Enfin, le prolapsus et la promontofixation peuvent contribuer à l'apparition de symptômes irritatifs.

Le prolapsus agit par une action obstructive sur l'urètre, notamment en cas d'atteinte antérieure. (65) Dans l'étude de BURGIO, étudiant l'évolution des troubles urinaires 1 an après une promontofixation, il est suggéré que l'amélioration des troubles irritatifs peut être attribuée à la seule correction du prolapsus. (66) Mais, les mécanismes ne sont ni clairs (66) ni reconnus par tous.

La promontofixation peut se compliquer également de symptômes irritatifs de novo. Ils surviennent notamment, lorsque la prothèse antérieure est trop basse, en regard du trigone créant une irritation vésicale appelée syndrome du « trigone tracassé ».

Mais, la constatation de troubles irritatifs, parmi les patientes ayant une prothèse postérieure unique d'une part et l'absence de ceux-ci dans la population ayant une prothèse antérieure unique, fait suspecter l'existence d'autres facteurs.

Notamment, la mise en place d'une bandelette sous-urétrale, qui aggrave une incontinence mixte dans 10% des cas et crée des troubles de novo dans 5 à 29%, en fonction des séries. (45)

4.3.2 TROUBLES DIGESTIFS :

La relation entre constipation et prolapsus est elle aussi complexe et incomplètement comprise.

Les troubles digestifs défécatoires, constipation et dyschésie, sont communément présents chez les femmes souffrant d'un prolapsus génital, mais également chez celles n'en ayant pas. (69)

C'est pourquoi, il est difficile de déterminer une corrélation entre prolapsus et troubles digestifs. Et, de savoir, si la cure de prolapsus peut permettre une amélioration de ces troubles. (69)

Contrairement aux troubles urinaires, peu d'études ont tenté d'analyser ces interactions. De plus, les résultats sur ces symptômes, dans les séries de promontofixation cœlioscopique, sont peu développés. De ce fait, la comparaison et l'interprétation des résultats entre les différentes séries, sont rendus difficiles.

Cependant, un certain nombre de principes généraux ressortent de la littérature.

La constipation est un des facteurs de développement des prolapsus et de récurrence après traitement. Elle crée des neuropathies d'étirement, par les efforts itératifs d'hyperpression abdominale et exacerbe ainsi les défauts du plancher pelvien. (50) Ainsi, environ 25% des femmes constipées développent au cours de leur vie une rectocèle. (19, 70)

Mais, elle peut aussi être aggravée par un prolapsus postérieur. (69) C'est ce que VILLET appelle le « cercle infernal du constipé ».

Dans notre étude, les taux de constipation pré (36%) et postopératoire (44%) sont élevés.

La persistance et l'augmentation de ces symptômes en postopératoire, peuvent s'expliquer par le recrutement issu du service de chirurgie digestive. En effet, ces patientes présentant des troubles défécatoires sont plus fréquents et plus sévères que dans la population générale.

De plus, la présence d'une prothèse en postérieure semble également intervenir sur ces résultats postopératoires.

Tout d'abord, la constipation postopératoire a été plus fréquente chez les patientes ayant une prothèse postérieure, qu'elle soit unique ou associée à une prothèse antérieure. Et, ce taux est significativement plus élevé après une promontofixation et en présence d'une prothèse postérieure.

Ce résultat a été constaté également par ANTIPHON. Celui-ci rapporte une différence significative des taux de constipations postopératoires, en fonction de la position des prothèses, c'est-à-dire deux prothèses versus une

prothèse antérieure unique. Cette spécificité se retrouve à la fois sur les troubles apparaissant de novo et sur ceux persistants après l'intervention.

Plusieurs mécanismes peuvent expliquer ces constatations.

D'une part, une traction excessive de la prothèse postérieure sur la paroi antérieure du rectum, peut entraîner une distorsion rectale et favoriser une constipation secondaire. (46)

C'est pourquoi certains proposent de ne pas fixer la prothèse postérieure au promontoire afin d'éviter toute modification excessive de l'axe du rectum.

De plus, la cœlioscopie permet une meilleure visualisation du cul de sac recto-vaginal par rapport à la sacrocolpopexie classique. De ce fait, la fixation de la prothèse postérieure, sur le centre tendineux du périnée et sur les releveurs est plus distale. Cette position peut modifier l'orientation rectale postopératoire et expliquer la différence par rapport aux résultats de voie ouverte.

D'autre part, le rôle du prolapsus sur le développement de troubles défécatoires n'est pas unanime. Plusieurs études, étudiant les cures chirurgicales de rectocèles suggèrent, que la chirurgie du prolapsus postérieur améliore de façon significative l'anatomie vaginale, mais son efficacité est beaucoup moins évidente sur l'amélioration des troubles digestifs. (69)

Au contraire, dans d'autres séries de promontofixation par laparotomie, la correction du prolapsus est associée statistiquement à une diminution des troubles défécatoires obstructifs. Cette amélioration concerne, notamment les manœuvres digitales défécatoires et la sensation d'évacuation incomplète. Cette diminution varie de 71 à 88%. (69) (71)

Cette constatation a été retrouvée dans des séries par cœlioscopie. La dissection minimale des tissus périrectaux, la préservation des ailerons et la mise en place d'une prothèse avec une tension modérée participent à ces résultats. (40, 72, 73)

L'incontinence anale fait également partie des troubles digestifs fonctionnels liés au dysfonctionnement du plancher pelvien. Elle est consécutive, en particulier, aux lésions nerveuses, notamment du nerf pudendal, par étirement. (1, 67, 74) Celles-ci surviennent suite à l'accouchement et aux efforts répétés d'hyperpression abdominale.

Dans notre série, le taux d'incontinence anale préopératoire a été de 3% et postopératoire de 1%. Dans la littérature, les taux sont très variables allant de 0,5% à 11% voir même 44%. (40, 75) Ces variations importantes résultent de plusieurs facteurs.

D'une part, le dépistage de ces troubles n'est pas encore bien ancré dans les habitudes de tous les chirurgiens, notamment gynécologues et urologues, au contraire des chirurgiens digestifs, qui savent à la fois les détecter, les caractériser de façon correcte.

Or, dans notre série, des urologues ont participé à cette évaluation et le dépistage a été, en pré (10/12) ou en postopératoire, (5/6) décrit majoritairement par l'équipe de chirurgie digestive.

De même, alors que l'équipe de gynécologie de COSSON (15) ne retrouve aucune incontinence anale postopératoire, celle de chirurgie digestive de GRANDJEAN (40) rapporte un taux d'incontinence postopératoire de 44%.

Une meilleure évaluation de ces troubles préopératoires est nécessaire afin d'adapter au mieux les traitements réalisés.

Par exemple, l'incontinence anale mixte, associant constipation et incontinence anale, est très fréquente. Or, la régularisation du transit ou la modification de la consistance des selles permet d'améliorer, en partie, ces fuites. (22)

De plus, les patientes présentant ces symptômes semblent tirer un bénéfice plus important de la cure de prolapsus, par rapport à celles ayant une incontinence seule. (76) Cela peut permettre d'identifier les patientes pouvant tirer le plus grand bénéfice d'un traitement chirurgical.

Cela semble concordant, à la fois avec certaines études (77), mais aussi avec ceux de notre série. En effet, une diminution de la moitié des incontinences anales postopératoires a été constatée parmi celles prises en charge en chirurgie digestive.

D'autre part, de nombreuses patientes sont réticentes à rapporter ces symptômes d'incontinence fécale (78, 79) alors que les répercussions sur leur qualité de vie sont importantes. (45) D'où la nécessité de les rechercher systématiquement lors d'une consultation pour un trouble de la statique pelvienne et notamment en cas d'incontinence urinaire d'effort.

En effet, la prévalence de cette association, incontinence anale et incontinence urinaire d'effort, varie dans la littérature de 5,3% à 9,4%. (80, 81)

L'existence de lésions de la portion pelvi-caudale des muscles du plancher périnéal, associées à celles du sphincter anal externe et du sphincter périurétral, explique la survenue fréquente de cette double incontinence. (1)

Or, cette association n'a été signalée, dans les comptes-rendus de consultation, en préopératoire que dans 1% cas, et, en postopératoire dans 3% ; alors que, les questionnaires ont relevé un taux postopératoire de 15%. Cette discordance souligne à nouveau la sous-estimation de ces troubles.

L'association prolapsus génital et incontinence fécale est plus controversée. Pour certains, la coexistence entre prolapsus génital et incontinence fécale résulte plus de l'existence de facteurs de risques communs, que d'un lien de causalité. Contrairement au prolapsus rectal, qui est un facteur reconnu d'incontinence fécale, (82) le rôle du prolapsus génital et son traitement chirurgical n'interviendrait pas dans l'évolution de l'incontinence anale.

4.3.3 TROUBLES GENITO-SEXUELS :

L'interprétation des résultats fonctionnels génito-sexuels de notre série est limitée par un manque important d'évaluation, que l'on retrouve également dans la littérature. L'absence de moyens validés de mesure de ces troubles est

une des explications .(83) Or, leur dépistage est nécessaire pour l'évaluation de la gêne fonctionnelle des patientes et pour la décision thérapeutique.

Tout d'abord, la recherche d'une activité sexuelle, dont l'absence peut être secondaire à plusieurs raisons l'absence de partenaire, des difficultés anatomiques notamment la présence d'un prolapsus génital ou le manque de libido. Dans la littérature, son taux varie de 60% (28) à 72,5%. (25)

Ensuite, l'évaluation de la vie sexuelle actuelle, mais aussi souhaitée est un autre paramètre important. En effet, le prolapsus peut avoir des répercussions sur la vie sexuelle des patientes. La présence de troubles de la statique pelvienne, la crainte de fuites lors des rapports, la sensation d'une saillie vulvaire et les douleurs sont des éléments pouvant s'associer à la présence d'un prolapsus vaginal.

L'évaluation de ces troubles peut influencer les choix thérapeutiques proposés aux patientes.

D'une part, selon certaines études, le traitement chirurgical du prolapsus permet une nette augmentation de l'activité sexuelle postopératoire, (83) ce qui constitue un argument en faveur du traitement des prolapsus s'accompagnant de troubles sexuels.

D'autre part, la voie haute est associée à un taux de dyspareunies postopératoires moindre, ce qui constitue un des arguments en sa faveur par rapport à la voie basse.

4.3.4 QUESTIONNAIRE ET CONSULTATION SUPPLEMENTAIRES :

Le questionnaire utilisé pour l'évaluation de cette série, souffre d'un certain nombre de biais, du fait de son caractère rétrospectif, non-validé et enfin du nombre élevé de perdus de vue.

De même, la consultation supplémentaire est sujette à de nombreux biais. D'une part, elle a été réalisée par un examinateur différent de celui initial. D'autre part, les patientes revues présentaient des motivations et des attentes

variables de cette consultation, pouvant également influencer les résultats obtenus.

Cependant, ils ont permis d'étudier, les résultats fonctionnels et objectifs postopératoires avec un recul plus important, d'une partie des patientes de cette série.

Nous avons constaté notamment, que tous les troubles fonctionnels étaient proportionnellement plus fréquents, que ceux rapportés lors de la dernière consultation de contrôle.

Cela concerne, l'hyperactivité vésicale, notamment de novo, signalée dans 30% des questionnaires.

Mais aussi, la constipation, signalée dans 56% des réponses et prédominant chez les patientes ayant une prothèse postérieure.

De même, l'incontinence anale présente dans 33% des réponses et surtout de novo.

Enfin, la dyspareunie a été signalée dans 8% des cas. Mais, ce taux est difficile à interpréter, car près d'un tiers des patientes n'ont pas répondu à cet item, sans que l'on puisse déterminer si cela correspond à l'absence d'activité sexuelle, à des dyspareunies ou à une autre signification. De plus, dans la littérature, les données concernant les troubles sexuels sont très variables allant de 8% à 44% en cœlioscopie (3) (26, 29, 71) et 18% en laparotomie (11).

L'augmentation des troubles fonctionnels relevés par le questionnaire, peut être consécutive, d'une part à la recherche systématique de ces symptômes et d'autre part à son caractère plus informel, ayant facilité l'expression de ces troubles par les patientes.

C'est pourquoi, le développement de questionnaires de qualité de vie, prenant en compte tous les symptômes, chez une même patiente, est essentiel. Cela permettrait de mieux comprendre les relations entre ces symptômes et les troubles anatomiques et de mieux répondre ainsi aux demandes des patientes.

(84)

Le questionnaire et la consultation ont également permis d'étudier le taux global de satisfaction. Ce taux de 87% est comparable à ceux de la littérature. (29)

Son interprétation est complexe pour plusieurs raisons : l'existence d'interactions multiples entre les différents troubles fonctionnels, le caractère incomplet, non standardisé et surtout subjectif, des données pré et postopératoires.

Les résultats des questionnaires nous ont permis de constater que la majorité des patientes ayant récidivé et ayant eu une reprise chirurgicale, sont globalement satisfaites. Au contraire, la présence de troubles fonctionnels postopératoires et surtout leur association constituent un facteur de mécontentement en postopératoire.

Ces constatations reprennent les résultats de l'étude de FITZGERALD. En effet, les femmes ayant déjà été opérées d'un prolapsus ont un seuil de tolérance plus bas vis-à-vis des troubles fonctionnels et ont des attentes de la chirurgie plus importantes. (85)

En raison, de ces intrications complexes, nombreux sont les praticiens qui actuellement tentent de regrouper leurs compétences pour évaluer et traiter l'ensemble des troubles de la statique pelvienne. La prise en charge isolée d'un type de symptômes par une spécialité (urologie, gynécologie ou digestif), trop limitative, est devenue insuffisante. (84)

De plus, l'absence de concordance entre l'examen clinique et la symptomatologie rend nécessaire le recours à des évaluations standardisées. (33)

Les questionnaires sont utilisés tant pour mettre en évidence un symptôme et mesurer sa sévérité, que pour évaluer l'impact des troubles sur la qualité de vie. (1) De plus, ils permettent de corrélérer la symptomatologie fonctionnelle au stade anatomique, de poser une indication chirurgicale en fonction de la gêne fonctionnelle, d'évaluer la tolérance et l'efficacité de la chirurgie et de comparer les résultats entre les différentes équipes.

Actuellement, ces questionnaires sont nombreux et le choix n'est pas toujours facile. Trois catégories ont été distinguées par ICI (International Consultation on Incontinence) en 2001 et seuls ceux de grade A sont hautement recommandés, le grade B est uniquement recommandé.

Parmi, les questionnaires d'évaluation actuellement utilisés, de grade A on retrouve par exemple le questionnaire de ROCKWOOD pour l'incontinence fécale, le score UDI (Urogénital Distress Inventory) et ses dérivés pour les troubles urinaires.

En ce qui concerne l'évaluation des prolapsus génitaux, actuellement aucun questionnaire de grade A n'a été validé. Le PFDI (Pelvic Floor Distress Inventory), ISP (Inventaire des Symptômes de Prolapsus) et le PFIQ (Pelvic Floor Impact Questionnaire), QIP (Questionnaire sur l'Impact du Prolapsus) sont de grade B et leur version française n'a pas encore été validée.

Les objectifs de ces questionnaires sont de hiérarchiser les examens complémentaires, de nuancer les indications thérapeutiques, d'harmoniser les séries, d'apprécier les résultats des traitements notamment chirurgicaux en éliminant la part de subjectivité dans les évaluations à long terme.

CONCLUSION

5 CONCLUSION :

Nous avons rapporté les résultats d'une étude rétrospective, portant sur 90 patientes, issues des services de chirurgie digestive et d'urologie, opérées d'une cure de prolapsus par promontofixation cœlioscopique. L'objectif de cette étude a été d'analyser les résultats anatomiques et fonctionnels en fonction de la position des prothèses mises en place au cours de l'intervention.

Bien sûr, le caractère rétrospectif de cette étude, a limité l'interprétation des résultats, par les biais qui lui sont associés. La réalisation d'une étude prospective semble donc nécessaire pour analyser plus précisément l'influence de la position des prothèses sur les résultats anatomiques, mais surtout fonctionnels.

Cependant, il semble en ressortir, que l'utilisation d'une prothèse postérieure seule est associée à un taux plus important de récives. La constipation paraît intervenir également dans la survenue de celles-ci.

Mais, l'absence de standardisation des évaluations pré et postopératoires du prolapsus et des troubles fonctionnels, rend critiquable la comparaison et l'interprétation des résultats entre les différentes équipes.

De plus, il est clair que le traitement du prolapsus doit être intégré, dans une prise en charge globale des troubles de la statique pelvienne.

Pour cela, l'évaluation précise de l'ensemble des troubles fonctionnels pelviens est indispensable. L'analyse précise des gênes exprimées par les patientes, leurs attentes vis-à-vis de l'intervention constituent, avec la correction des troubles anatomiques, les principaux objectifs thérapeutiques.

La création de structures multidisciplinaires semble être une voie de prise en charge thérapeutique. Elles permettent d'apporter une réponse plus adaptée aux différents symptômes.

ANNEXE

6 ANNEXE :

Annexe 1 : Questionnaire de suivi postopératoire

1 .Symptômes urinaires :

- fuites urinaires :
 - oui / non
 - Si oui nombre de garniture par jour : ...
- fuites à l'effort :
 - oui / non
- besoin urgent d'uriner :
 - oui : non
- infections urinaires :
 - oui / non

2. Symptômes digestifs :

- constipation :
 - oui / non
 - Si oui : laxatifs : oui/non
- fuites gaz ou selles :
 - oui/non

3. Symptômes gynécologiques :

- sensation de boule vaginale :
 - oui / non
- douleurs lors des rapports sexuels :
 - oui / non
 - Si oui, étaient elles présentes avant l'intervention : oui / non
- douleurs en général :
 - oui / non

4. Autres questions :

- Avez-vous reconsulté un médecin pour ce problème depuis la dernière consultation avec votre chirurgien :
 - oui / non
- Avez-vous été réopérée pour ce problème :
 - oui / non
- Vous trouvez vous améliorée depuis votre intervention :
 - oui / non

BIBLIOGRAPHIE

7 BIBLIOGRAPHIE :

1. BOURCIER A. ME, ABRAMS P. DYSFONCTIONNEMENT DU PLANCHER PELVIEN TOME 1: PHYSIOPATHOLOGIE ET INVESTIGATION; 2005.
2. BLANC.B., SPIROUDHIS.L. PELVI-PERINEOLOGIE.
3. BOTCHORISHVILI.R., RIVOIRE.C. LA PROMONTOFIXATION PAR PROTHESE SOUS COELIOSCOPIE DANS LE TRAITEMENT DU PROLAPSUS DES ORPANES PELVIENS : RESULTAT D'UNE SERIE DE 138 PATIENTES. LA LETTRE DU GYNECOLOGUE 2007;326.
4. BEER M, KUHN A. SURGICAL TECHNIQUES FOR VAULT PROLAPSE: A REVIEW OF THE LITERATURE. EUR J OBSTET GYNECOL REPROD BIOL 2005;119(2):144-55.
5. DARGENT.D. TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PROLAPSUS GENITAUX PAR VOIE VAGINALE. ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE 2002; TECHNIQUES CHIRURGICALES EN GYNÉCOLOGIE.
6. MONTETE P, GILBON F, BORGOGNO C, COLOBY P. [TREATMENT OF GENITO-URINARY PROLAPSES BY SPINUOS FIXATION WITH A POLYPROPYLENE PROSTHESIS]. PROG UROL 2002;12(3):517-20; DISCUSSION 521.
7. REIFFENSTUHL.G., PLATZER.W., KNAPSTEIN.P. LES OPERATIONS VAGINALES, ANATOMIE CHIRURGICALE ET TECHNIQUE OPERATOIRE. EDITON MÉDICALES INTERNATIONALES.
8. DELIVELIOTIS C, PICRAMENOS D, MACRICHORITIS C, KOUTSOKALIS G, ALEXOPOULOU K, KOSTAKOPOULOS A. [TREATMENT OF STRESS URINARY INCONTINENCE BY THE RAZ VAGINAL COLPOPEXY]. PROG UROL 1994;4(6):974-6.
9. CLIFFORD.R., WHEELLESS., COSSON M. ATLAS DE CHIRURGIE PELVIENNE. EDITION PRADEL:139-144.
10. LEFRANC.JP., BLONDON.J., RIMAILHO.J., HOFF.J., BECUE.J. TECHNIQUES DE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PROLAPSUS GENITAUX PAR VOIE ABDOMINALE. ENCYCLOPEDIE MEDICOCHIRURGICALE.; TECHNIQUE CHIRURGICALE - GYNECOLOGIE.
11. DEVAL B, FAUCONNIER A, REPIQUET D, LIOU Y, MONTUCLARD B, FRITEL X, ET AL. [SURGICAL TREATMENT OF GENITOURINARY PROLAPSE BY THE ABDOMINAL APPROACH. APROPOS OF A SERIES OF 232 CASES]. ANN CHIR 1997;51(3):256-65.
12. CHERET A, VON THEOBALD P, LUCAS J, DREYFUS M, HERLICOVIEZ M. [LAPAROSCOPIC PROMONTOFIXATION FEASIBILITY STUDY IN 44 PATIENTS]. J GYNECOL OBSTET BIOL REPROD (PARIS) 2001;30(2):139-43.

13. LEFRANC.JP., BENHAÏM.Y., LAURATET-HUGUENIN.B., NGUYEN.T., FOURNET.S. LA PROMONTOFIXATION PAR LAPAROTOMIE. E-MEMOIRES DE L'ACADEMIE NATIONALE DE CHIRURGIE 2006;5(1):14-8.
14. SEMAN EI, COOK JR, O'SHEA RT. TWO-YEAR EXPERIENCE WITH LAPAROSCOPIC PELVIC FLOOR REPAIR. J AM ASSOC GYNECOL LAPAROSC 2003;10(1):38-45.
15. COSSON M, BOGAERT E, NARDUCCI F, QUERLEU D, CREPIN G. [LAPAROSCOPIC SACRAL COLPOPEXY: SHORT-TERM RESULTS AND COMPLICATIONS IN 83 PATIENTS]. J GYNECOL OBSTET BIOL REPROD (PARIS) 2000;29(8):746-750.
16. NEZHAT. LAPAROSCOPIC SACROCOLIPOPEXY FOR VAGINAL VAULT PROLAPSE. OBSTET GYNECOL 1994;84:885-888.
17. MISRAI V, ROUPRET M, SERINGE E, VAESSEN C, COUR F, HAERTIG A, ET AL. [LONG-TERM RESULTS OF LAPAROSCOPIC SACRAL COLPOPEXY FOR HIGH-GRADE CYSTOCELES.]. PROG UROL 2008;18(13):1068-1074.
18. MANDRON E, BRYCKAERT PE. [GENITAL PROLAPSE AND COLPOCELE. COELIOSCOPIC SACROCOLPOPEXY]. ANN UROL (PARIS) 2005;39(6):247-56.
19. SALVATOIRES.M., THOMA.V., CHUA.I., WATTIEZ A. LE TRAITEMENT COELIOSCOPIQUE DE LA RECTOCELE. LE JOURNAL DE COELIO-CHIRURGIE 2005;53:4-10.
20. GADONNEIX P, ERCOLI A, SCAMBIA G, VILLET R. THE USE OF LAPAROSCOPIC SACROCOLPOPEXY IN THE MANAGEMENT OF PELVIC ORGAN PROLAPSE. CURR OPIN OBSTET GYNECOL 2005;17(4):376-80.
21. BADEN WF, WALKER TA, LINDSEY JH. THE VAGINAL PROFILE. TEX MED 1968;64(5):56-8.
22. BOURCIER.A, GUIRE.E. M, ABRAHAMS.P. DYSFONCTIONNEMENT DU PLANCHER PELVIEN TOME 2 : TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE.
23. VILLET R. PRISE EN CHARGE GLOBALE DES TROUBLES DE LA STATIQUE PELVIENNE. VERS UNE NOUVELLE ENTITE : LA PELVI-PERINEOLOGIE. E-MEMOIRES DE L'ACADEMIE NATIONALE DE CHIRURGIE 2003;2(3):53-8.
24. COSSON M, HAAB F, DEVAL B. CHIRURGIE DE L'INCONTINENCE URINAIRE ET DU PROLAPSUS.
25. DESCARGUES G, COLLARD P, GRISE P. [SURGICAL MANAGEMENT OF PELVIC ORGAN PROLAPSE IN WOMEN: LAPAROSCOPIC OR VAGINAL SACROCOLPOPEXY?]. GYNECOL OBSTET FERTIL 2008;36(10):978-83.
26. ANTIPHON P, ELARD S, BENYOUSSEF A, FOFANA M, YIOU R, GETTMAN M, ET AL. LAPAROSCOPIC PROMONTORY SACRAL COLPOPEXY: IS THE POSTERIOR, RECTO-VAGINAL, MESH MANDATORY? EUR UROL 2004;45(5):655-61.

27. MISRAI V, ALMERAS C, ROUPRET M, CHARTIER-KASTLER E, RICHARD F. [LAPAROSCOPIC REPAIR OF UROGENITAL PROLAPSE WITHOUT PARAVAGINAL REPAIR: MEDIUM-TERM ANATOMICAL RESULTS]. *PROG UROL* 2007;17(4):846-9.
28. BOTCHORISHVILI R. RC, JARDON K., CANIS M. LE TRAITEMENT COELIOSCOPIQUE DES PROLAPSUS GENITAUX AVEC MISE EN PLACE DE PROTHESE DANS LES ESPACES VESICO ET RECO VAGINAUX. *E-MEMOIRES DE L'ACADEMIE NATIONALE DE CHIRURGIE* 2005;4(4):43-9.
29. HIGGS PJ, CHUA HL, SMITH AR. LONG TERM REVIEW OF LAPAROSCOPIC SACROCOLPOPEXY. *BJOG* 2005;112(8):1134-8.
30. ROZET F, MANDRON E, ARROYO C, ANDREWS H, CATHELINX X, MOMBET A, ET AL. LAPAROSCOPIC SACRAL COLPOPEXY APPROACH FOR GENITO-URINARY PROLAPSE: EXPERIENCE WITH 363 CASES. *EUR UROL* 2005;47(2):230-6.
31. GHETTI C, GREGORY WT, EDWARDS SR, OTTO LN, CLARK AL. PELVIC ORGAN DESCENT AND SYMPTOMS OF PELVIC FLOOR DISORDERS. *AM J OBSTET GYNECOL* 2005;193(1):53-7.
32. BRUYERE F, ROZENBERG H, ABDELKADER T. [LAPAROSCOPIC SACRAL COLPOPEXY: AN ATTRACTIVE APPROACH FOR PROLAPSE REPAIR]. *PROG UROL* 2001;11(6):1320-6.
33. BRADLEY CS, ZIMMERMAN MB, WANG Q, NYGAARD IE. VAGINAL DESCENT AND PELVIC FLOOR SYMPTOMS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN: A LONGITUDINAL STUDY. *OBSTET GYNECOL* 2008;111(5):1148-53.
34. WATTIEZ A, MASHIACH R, DONOSO M. LAPAROSCOPIC REPAIR OF VAGINAL VAULT PROLAPSE. *CURR OPIN OBSTET GYNECOL* 2003;15(4):315-9.
35. DELMAS V. CS, DENYS P., GRISE P., HERMIEU J-F, ROBAIN G., SAUSSINE C., VILLET R. ECU INCONTINENCE, TROUBLES DE LA STATIQUE MICTIONNELS ET STATIQUE PELVIENNE. IN; 2009. p. 79-104.
36. HALL AF, THEOFRASTOUS JP, CUNDIFF GW, HARRIS RL, HAMILTON LF, SWIFT SE, ET AL. INTEROBSERVER AND INTRAOBSERVER RELIABILITY OF THE PROPOSED INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY, SOCIETY OF GYNECOLOGIC SURGEONS, AND AMERICAN UROGYNECOLOGIC SOCIETY PELVIC ORGAN PROLAPSE CLASSIFICATION SYSTEM. *AM J OBSTET GYNECOL* 1996;175(6):1467-70; DISCUSSION 1470-1.
37. MUIR TW, STEPP KJ, BARBER MD. ADOPTION OF THE PELVIC ORGAN PROLAPSE QUANTIFICATION SYSTEM IN PEER-REVIEWED LITERATURE; 2003.
38. NGO C. S-LD, GADONNEIX P., VILLET R. EXAMENS CLINIQUE ET COMPLEMENTAIRES PREOPERATOIRES AVANT CHIRURGIE D'UN TROUBLE DE LA STATIQUE PELVIENNE. *PELV PERINEOL* 2008;3:204-É&".

39. BENSON JT, LUCENTE V, McCLELLAN E. VAGINAL VERSUS ABDOMINAL RECONSTRUCTIVE SURGERY FOR THE TREATMENT OF PELVIC SUPPORT DEFECTS: A PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY WITH LONG-TERM OUTCOME EVALUATION. *AM J OBSTET GYNECOL* 1996;175(6):1418-21; DISCUSSION 1421-2.
40. GRANDJEAN JP, SEKET B, GALAUP JP, LERICHE B, LAPRAY JF, DAVILLE O, ET AL. [ABDOMINAL MANAGEMENT OF RECTOCELE AND ELYTROCELE: PLACE OF THE LAPAROSCOPIC APPROACH]. *ANN CHIR* 2004;129(2):87-93.
41. HILGER WS, POULSON M, NORTON PA. LONG-TERM RESULTS OF ABDOMINAL SACROCOLPOPEXY. *AM J OBSTET GYNECOL* 2003;189(6):1606-10; DISCUSSION 1610-1.
42. PARAISO MF, WALTERS MD, RACKLEY RR, MELEK S, HUGNEY C. LAPAROSCOPIC AND ABDOMINAL SACRAL COLPOPEXIES: A COMPARATIVE COHORT STUDY. *AM J OBSTET GYNECOL* 2005;192(5):1752-8.
43. BLANCHARD KA, VANLANGENDONCK R, WINTERS JC. RECURRENT PELVIC FLOOR DEFECTS AFTER ABDOMINAL SACRAL COLPOPEXY. *J UROL* 2006;175(3 Pt 1):1010-3; DISCUSSION 1013.
44. RIVOIRE.C. BR, CANIS M. COMPLETE LAPAROSCOPIC TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE INCLUDING VAGINAL PROMONTOFIXATION AND ANTERIOR REPAIR : A SERIES OF 138 PATIENTS. *JOURNAL OF MINIMALLY INVASIVE GYNECOLOGY* 2007;14:712-718.
45. VILLET R. PRISE EN CHARGE GLOBAL DES TROUBLES DE LA STATIQUE PELVIENNE. VERS UNE NOUVELLE ENTITE : LA PELVI-PERINEOLOGIE. E-MEMOIRES DE L'ACADEMIE NATIONALE DE CHIRURGIE 2003;2(3):53-8.
46. GADONNEIX P, ERCOLI A, SALET-LIZEE D, COTELLE O, BOLNER B, VAN DEN AKKER M, ET AL. LAPAROSCOPIC SACROCOLPOPEXY WITH TWO SEPARATE MESHES ALONG THE ANTERIOR AND POSTERIOR VAGINAL WALLS FOR MULTICOMPARTMENT PELVIC ORGAN PROLAPSE. *J AM ASSOC GYNECOL LAPAROSC* 2004;11(1):29-35.
47. DROSSMAN DA, LI Z, ANDRUZZI E, TEMPLE RD, TALLEY NJ, THOMPSON WG, ET AL. U.S. HOUSEHOLDER SURVEY OF FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS. PREVALENCE, SOCIODEMOGRAPHY, AND HEALTH IMPACT. *DIG DIS SCI* 1993;38(9):1569-80.
48. COSSON M, RAJABALLY R, BOGAERT E, QUERLEU D, CREPIN G. LAPAROSCOPIC SACROCOLPOPEXY, HYSTERECTOMY, AND BURCH COLPOSUSPENSION: FEASIBILITY AND SHORT-TERM COMPLICATIONS OF 77 PROCEDURES. *JSLs* 2002;6(2):115-9.
49. BARTHET M. GM, GRIMAUD T. TROUBLES DE LA STATIQUE PELVI-RECTALE. *LE COURRIER DU COLO-PROCTOLOGUE* 2002;3:93-96.

50. YOSHIOKA K, MATSUI Y, YAMADA O, SAKAGUCHI M, TAKADA H, HIOKI K, ET AL. PHYSIOLOGIC AND ANATOMIC ASSESSMENT OF PATIENTS WITH RECTOCELE. *DIS COLON RECTUM* 1991;34(8):704-8.
51. VILLET R, MANDRON E, SALET-LIZEE D, VAN DEN AKKER M, GADONNEIX P, ZAFIROPULO M. [SURGICAL TREATMENT OF GENITO-URINARY PROLAPSE BY ABDOMINAL APPROACH WITH PROMOTOFIXATION AND SETTING OF AN ANTERIOR SUBVESICAL PROSTHESIS COMBINED WITH RETROPUBIC COLPOPEXIA: ANATOMICAL AND FUNCTIONAL RESULTS IN 104 PATIENTS]. *CHIRURGIE* 1997;122(5-6):353-8; DISCUSSION 358-9.
52. WISKIND AK, CREIGHTON SM, STANTON SL. THE INCIDENCE OF GENITAL PROLAPSE AFTER THE BURCH COLPOSUSPENSION. *AM J OBSTET GYNECOL* 1992;167(2):399-404; DISCUSSION 404-5.
53. STANTON SL, CARDOZO LD. RESULTS OF THE COLPOSUSPENSION OPERATION FOR INCONTINENCE AND PROLAPSE. *BR J OBSTET GYNAECOL* 1979;86(9):693-7.
54. ERIKSEN BC, HAGEN B, EIK-NES SH, MOLNE K, MJOLNEROD OK, ROMSLO I. LONG-TERM EFFECTIVENESS OF THE BURCH COLPOSUSPENSION IN FEMALE URINARY STRESS INCONTINENCE. *ACTA OBSTET GYNECOL SCAND* 1990;69(1):45-50.
55. DORSEY JH, SHARP HT. LAPAROSCOPIC SACRAL COLPOPEXY AND OTHER PROCEDURES FOR PROLAPSE. *BAILLIERES CLIN OBSTET GYNAECOL* 1995;9(4):749-56.
56. LAPALUS MG, HENRY L, BARTH X, MELLIER G, GAUTIER G, MION F, ET AL. [ENTEROCELE: CLINICAL RISK FACTORS AND ASSOCIATION WITH OTHERS PELVIC FLOOR DISORDERS (ABOUT 544 DEFECOGRAPHIES)]. *GYNECOL OBSTET FERTIL* 2004;32(7-8):595-600.
57. DELANCEY. ANATOMIC ASPECT S OF VAGINAL EVERSION AFTER HYSTERECTOMY. *AM J OBSTET GYNECOL* 1992;166:1717-1728.
58. MATSUYAMA H, HIRATA H, TOMIMATSU T, YAMAKAWA GI, TATSUMURA M, NAITO K. FOLLOW UP OF SURGICAL REPAIR OF FEMALE PELVIC FLOOR DISORDERS BY A MAILED QUESTIONNAIRE. *INT J UROL* 2006;13(4):389-94.
59. RAZ S, STOTHERS L, YOUNG GP, SHORT J, MARKS B, CHOPRA A, ET AL. VAGINAL WALL SLING FOR ANATOMICAL INCONTINENCE AND INTRINSIC SPHINCTER DYSFUNCTION: EFFICACY AND OUTCOME ANALYSIS. *J UROL* 1996;156(1):166-70.
60. MOURITSEN. SYMPTOMS ? BOTHER AND POPQ IN WOMEN WITH PELVIC ORGAN PROLAPSE. 2003.
61. CORTESSE A, CARDOT V. [RECOMMENDATIONS FOR THE CLINICAL EVALUATION OF NON-NEUROLOGICAL FEMALE URINARY INCONTINENCE]. *PROG UROL* 2007;17(6 SUPPL 2):1242-51.

62. GRODY MH. URINARY INCONTINENCE AND CONCOMITANT PROLAPSE. *CLIN OBSTET GYNECOL* 1998;41(3):777-85.
63. RICHTER HE, NYGAARD I, BURGIO KL, HANDA VL, FITZGERALD MP, WREN P, ET AL. LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS, QUALITY OF LIFE AND PELVIC ORGAN PROLAPSE: IRRITATIVE BLADDER AND OBSTRUCTIVE VOIDING SYMPTOMS IN WOMEN PLANNING TO UNDERGO ABDOMINAL SACROCOLPOPEXY FOR ADVANCED PELVIC ORGAN PROLAPSE. *J UROL* 2007;178(3 Pt 1):965-9; DISCUSSION 969.
64. GORDON D, GOLD RS, PAUZNER D, LESSING JB, GROUTZ A. COMBINED GENITOURINARY PROLAPSE REPAIR AND PROPHYLACTIC TENSION-FREE VAGINAL TAPE IN WOMEN WITH SEVERE PROLAPSE AND OCCULT STRESS URINARY INCONTINENCE: PRELIMINARY RESULTS. *UROLOGY* 2001;58(4):547-50.
65. SCHIMPF M, OSD, LASALA C., TULINKANGAS P. ANTERIOR VAGINAL WALL PROLAPSE AND VOIDING DYSFUNCTION IN UROGYNECOLOGY PATIENTS. *INT UROGYNECOL J* 2007;18:721-725.
66. BURGIO KL, NYGAARD IE, RICHTER HE, BRUBAKER L, GUTMAN RE, LENG W, ET AL. BLADDER SYMPTOMS 1 YEAR AFTER ABDOMINAL SACROCOLPOPEXY WITH AND WITHOUT BURCH COLPOSUSPENSION IN WOMEN WITHOUT PREOPERATIVE STRESS INCONTINENCE SYMPTOMS. *AM J OBSTET GYNECOL* 2007;197(6):647 E1-6.
67. TEGERSTEDT G, HAMMARSTROM M. OPERATION FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE: A FOLLOW-UP STUDY. *ACTA OBSTET GYNECOL SCAND* 2004;83(8):758-63.
68. OLSEN AL, SMITH VJ, BERGSTROM JO, COLLING JC, CLARK AL. EPIDEMIOLOGY OF SURGICALLY MANAGED PELVIC ORGAN PROLAPSE AND URINARY INCONTINENCE. *OBSTET GYNECOL* 1997;89(4):501-6.
69. BRADLEY CS, NYGAARD IE, BROWN MB, GUTMAN RE, KENTON KS, WHITEHEAD WE, ET AL. BOWEL SYMPTOMS IN WOMEN 1 YEAR AFTER SACROCOLPOPEXY. *AM J OBSTET GYNECOL* 2007;197(6):642 E1-8.
70. KIFF ES, SWASH M. SLOWED CONDUCTION IN THE PUDENDAL NERVES IN IDIOPATHIC (NEUROGENIC) FAECAL INCONTINENCE. *BR J SURG* 1984;71(8):614-6.
71. ROSS JW, PRESTON M. LAPAROSCOPIC SACROCOLPOPEXY FOR SEVERE VAGINAL VAULT PROLAPSE: FIVE-YEAR OUTCOME. *J MINIM INVASIVE GYNECOL* 2005;12(3):221-6.
72. KAHN MA, STANTON SL. TECHNIQUES OF RECTOCELE REPAIR AND THEIR EFFECTS ON BOWEL FUNCTION. *INT UROGYNECOL J PELVIC FLOOR DYSFUNCT* 1998;9(1):37-47.
73. MOLLEN RM, KUIJPERS JH, VAN HOEK F. EFFECTS OF RECTAL MOBILIZATION AND LATERAL LIGAMENTS DIVISION ON COLONIC AND ANORECTAL FUNCTION. *DIS COLON RECTUM* 2000;43(9):1283-7.

74. JACKSON SL, WEBER AM, HULL TL, MITCHINSON AR, WALTERS MD. FECAL INCONTINENCE IN WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE AND PELVIC ORGAN PROLAPSE. *OBSTET GYNECOL* 1997;89(3):423-7.
75. NORTON C. CJ, BUTLER U.,. ANAL INCONTINENCE. IN: 2ND INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE; 2001; 2001. P. P 985-1043.
76. LIM M, SAGAR PM, GONSALVES S, THEKKINKATTIL D, LANDON C. SURGICAL MANAGEMENT OF PELVIC ORGAN PROLAPSE IN FEMALES: FUNCTIONAL OUTCOME OF MESH SACROCOLPOPEXY AND RECTOPEXY AS A COMBINED PROCEDURE. *DIS COLON RECTUM* 2007;50(9):1412-21.
77. VILLET R. GLOBAL SURGICAL MANAGEMENT OF PELVIC FLOOR DISORDERS. *ACTA ENDOSCOPIA* 2002;32(3):311-20.
78. ENCK P, BIELEFELDT K, RATHMANN W, PURRMANN J, TSCHOPE D, ERCKENBRECHT JF. EPIDEMIOLOGY OF FAECAL INCONTINENCE IN SELECTED PATIENT GROUPS. *INT J COLORECTAL DIS* 1991;6(3):143-6.
79. LEIGH RJ, TURNBERG LA. FAECAL INCONTINENCE: THE UNVOICED SYMPTOM. *LANCET* 1982;1(8285):1349-51.
80. ROBERTS RO, JACOBSEN SJ, REILLY WT, PEMBERTON JH, LIEBER MM, TALLEY NJ. PREVALENCE OF COMBINED FECAL AND URINARY INCONTINENCE: A COMMUNITY-BASED STUDY. *J AM GERIATR SOC* 1999;47(7):837-41.
81. EVA UF, GUN W, PREBEN K. PREVALENCE OF URINARY AND FECAL INCONTINENCE AND SYMPTOMS OF GENITAL PROLAPSE IN WOMEN. *ACTA OBSTET GYNECOL SCAND* 2003;82(3):280-6.
82. JELOVSEK JE, MAHER C, BARBER MD. PELVIC ORGAN PROLAPSE. *LANCET* 2007;369(9566):1027-38.
83. HANDA VL, ZYCZYNSKI HM, BRUBAKER L, NYGAARD I, JANZ NK, RICHTER HE, ET AL. SEXUAL FUNCTION BEFORE AND AFTER SACROCOLPOPEXY FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE. *AM J OBSTET GYNECOL* 2007;197(6):629 E1-6.
84. DE TAYRAC R, CHAUVEAUD-LAMBLING A, FERNANDEZ D, FERNANDEZ H. [QUALITY OF LIFE INSTRUMENTS FOR WOMEN WITH PELVIC ORGAN PROLAPSE]. *J GYNECOL OBSTET BIOL REPROD (PARIS)* 2003;32(6):503-7.
85. FITZGERALD MP, JANZ NK, WREN PA, WEI JT, WEBER AM, GHETTI C, ET AL. PROLAPSE SEVERITY, SYMPTOMS AND IMPACT ON QUALITY OF LIFE AMONG WOMEN PLANNING SACROCOLPOPEXY. *INT J GYNAECOL OBSTET* 2007;98(1):24-8.

NOM : LEVEAU **Prénom** : Emmanuelle

Titre de Thèse : Promontofixation par cœlioscopie : Résultats anatomiques et fonctionnels en fonction de la position des prothèses

Cette étude a analysé 90 dossiers de patientes opérées d'une cure de prolapsus par promontofixation cœlioscopique, entre janvier 1998 et janvier 2007, en chirurgie digestive et en urologie. Le recul postopératoire moyen a été de 8 mois.

Deux prothèses ont été utilisées dans 43 procédures, une prothèse postérieure dans 36 cas et une antérieure dans 11 cas.

Le taux de récurrences de prolapsus a été de 14% dans cette population, de 4% (2/43) pour celle ayant eu deux prothèses et de 30% (11/36) pour celle ayant une prothèse postérieure seule.

Les troubles fonctionnels urinaires ont touché 23% de la population totale, 30% (13/43) dans le groupe ayant deux prothèses, 3% (3/11) avec une antérieure et 14% (5/36) avec une postérieure.

Le taux de constipation postopératoire globale a été de 44%, de 35% (15/43) avec deux prothèses, de 64% (23/36) avec une postérieure et de 18% (2/11) avec une antérieure.

L'incontinence anale postopératoire totale a représenté 7% (6/90) de la population totale, 2% (1/43) de la population ayant deux prothèses, 14% (5/36) de celle ayant une prothèse postérieure et aucune avec une prothèse antérieure.

Les troubles génito-sexuels n'ont pas pu être évalués, car de nombreuses données étaient manquantes.

L'étude rétrospective des troubles fonctionnels par un questionnaire et une consultation supplémentaire, avec un recul moyen postopératoire respectif de 39 mois et de 42 mois, a montré une augmentation de ceux-ci depuis la dernière consultation postopératoire.

Le taux global de satisfaction a été de 87%.

MOTS CLES :

PROMONTOFIXATION COELIOSCOPIQUE

POSITION PROTHESE

RESULTATS ANATOMIQUES

TROUBLES FONCTIONNELS