

ETUDE DE LA MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CHIRURGIE DU PROLAPSUS GENITAL CHEZ LES PATIENTES DE PLUS DE 75 ANS

A Berdin*, B Khallouk*, F leung*, JJ Terzibachian*, M Rognon*
R Maillet**, D Riethmuller**

*Service de gynécologie obstétrique CH Belfort Montbéliard

**Service de gynécologie obstétrique CHU Besançon

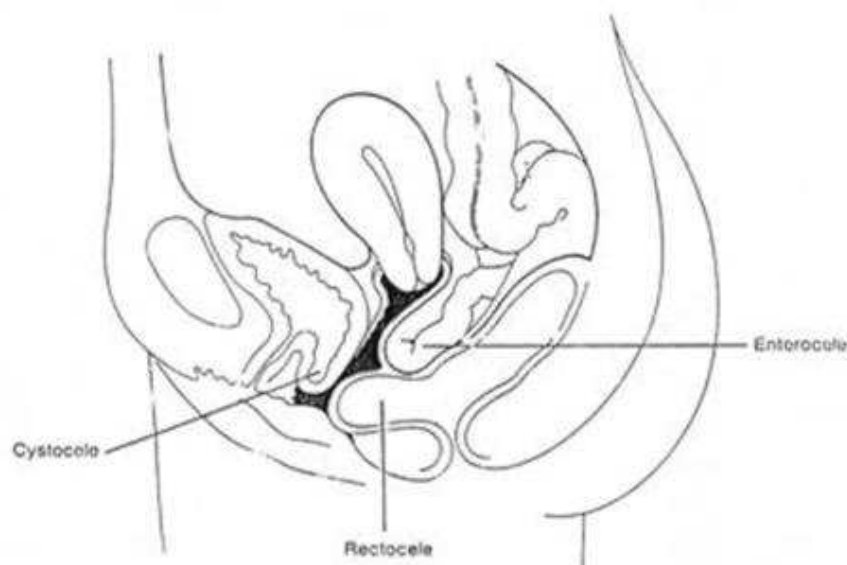
INTRODUCTION

- Pathologie fréquente
- Gène fonctionnelle : motif de consultation
- Chirurgie : résultats satisfaisants
- Chirurgie : décompensation d'une pathologie existante

GENERALITES

- Définition du prolapsus : toute saillie permanente ou à l'effort, dans la lumière vaginale, de tout ou partie des parois vaginales
- Défaillance des systèmes de soutènement et de suspension des organes pelviens qui font issue à travers l'orifice vulvo vaginal.
- Prolapsus de l'étage antérieur : cystocèle, uretrocèle
- Prolapsus de l'étage moyen : hysterocele, trachelocèle, retournement vaginal
- Prolapsus de l'étage postérieur : rectocèle, elyrocèle

GENERALITES



GENERALITES

- Classifications :
 - ❖ Baden et Walker : la plus utilisée. Hymen : point de référence. Grade 0 à 4
 - ❖ Système POP Q : mesure en cm de la position de 9 points vaginaux et périnéaux par rapport à l'hymen

Systeme POP Q

Guide pratique d'utilisation du POPQ

Vue anatomique du POPQ

Points de quantification et valeurs*

Point	Mesure*	Intervalle
Aa	Le point vaginal antérieur situé à 1 cm de l'hymen	-3 à +3
Ba	Le point le plus distal de la paroi vaginale antérieure prolabée	-3 à +3†
C	Le point le plus distal de la paroi vaginale antérieure (si col absent)	-1 à 1†
D	Point le plus distal de la paroi vaginale postérieure	-1 à 1†
Ap	Point vaginal postérieur situé à 1 cm de l'hymen	-3 à +3
Bp	Le point le plus distal de la paroi vaginale postérieure prolabée	-3 à +3†
gh	Distance entre le méat urétral et la fourchette vulvaire	Sans limite
pb	Distance entre l'aditus anal et la fourchette vulvaire	Sans limite
tvl	Longueur vaginale totale entre le col de son vagin postérieur ou le bord vaginal (si col absent) et le plan hyménal	Sans limite

* Toutes les mesures sont réalisées avec une approximation de 0,5 cm.

Les cinq stades du POPQ

Stade 0. Aucune descente de l'organe mesuré.
 Stade 1. Le point le plus distal du compartiment le plus prolabé est entre 1 cm et 1 cm.
 Stade 2. Le point le plus distal du compartiment le plus prolabé est entre 1 cm et 1 cm.
 Stade 3. Le point le plus distal du compartiment le plus prolabé est entre 1 cm et 1 cm.
 Stade 4. Le point le plus distal du compartiment le plus prolabé est entre 1 cm et 1 cm.

Grille POPQ - permet d'enregistrer les résultats de l'examen clinique

Point vaginal antérieur	Point vaginal antérieur	Col utérin ou bord vaginal
Aa	Ba	C
Méat urétral	Centre tendre de perine	Longueur vaginale totale
gh	pb	tvl
Point vaginal postérieur	Point postérieur	Col de son vagin antérieur
Ap	Bp	D'

Les principes de mesure :

- Toutes les mesures sont faites avec une approximation de 0,5 cm
- Toutes les mesures sont faites par rapport au plan hyménal
- Les points proximaux par rapport à ce plan sont négatifs
- Les points distaux par rapport à ce plan sont positifs
- Le plan hyménal représente le point 0
- Les mesures gh, pb et tvl ont toujours des valeurs positives
- Toutes les mesures (sauf la longueur vaginale totale) sont faites au cours d'une manœuvre de Valsalva
- La position de la patiente pendant l'examen (couchée, assise, debout) comme le niveau de réplétion de la vessie et du rectum (vide ou plein) doivent être précisés

Grille POPQ - permet d'enregistrer les résultats de l'examen clinique

Le POPQ est le système de référence pour quantifier un prolapsus. Le POPQ permet une évaluation objective de tous les compartiments afin de composer votre profil des symptômes pré et post-opératoires.

POPQ a été développé et adapté par ICS (International Continence Society) et approuvé par IUGA (International Urogynecology Society) et la SCS (Society of Gynecologic Surgeons).

ETHICON Women's Health & Urology

Quelques exemples...



TRAITEMENT NON CHIRURGICAL

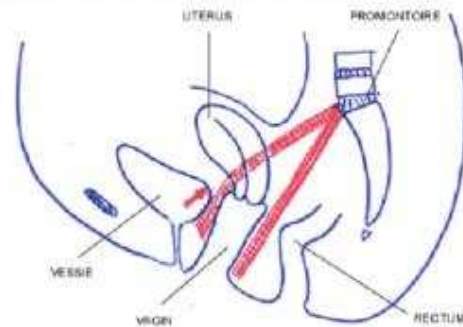
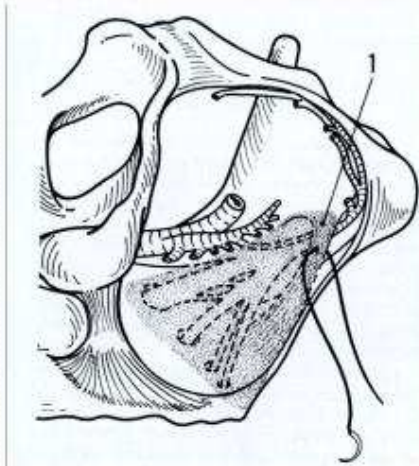
- Pessaire



- Rééducation périnéale : améliore le tonus des muscles striés urétraux et le contrôle du diaphragme pelvien. Efficace dans l'IUE du post partum
- Traitement hormonal : oestrogènes par voie locale

Traitement chirurgical

- Réparation du prolapsus du dome vaginal :
sacrospinofixation selon Richter, sacrocolpopexie
abdominale (abord coelioscopique++)



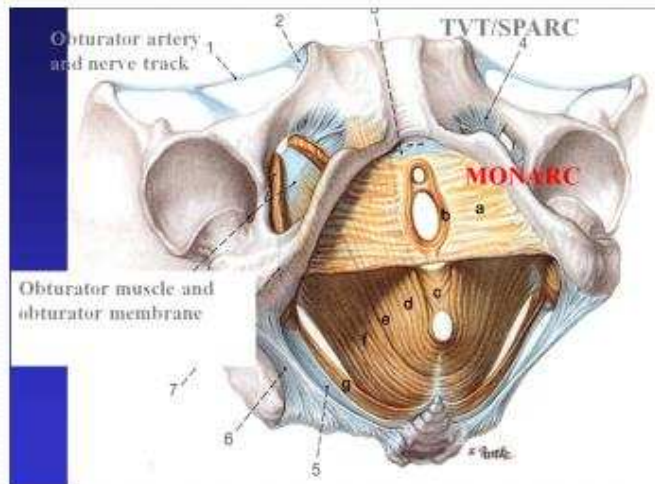
TRAITEMENT CHIRURGICAL

- Réparation non prothétique des colpocèles antérieures :
colporraphie antérieure, paravaginal repair
- Réparation non prothétique des colpocèles postérieures :
colpomyorraphie postérieure
- Réparation des prolapsus pelviens par renforcement
prothétique : polypropylène monofilament macroporeux
- Hysterectomies et colpohysterectomies vaginales
- Colpocleisis total de Rouhier ou partiel de Lefort

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Geste urinaires :

- Intervention de Bologna
- Bandelettes sous urétrales : TVT, TOT, TVTO



Objectifs de l'étude

- Evaluer la morbidité périopératoire chez les patientes de 75 ans et plus prises en charge chirurgicalement pour un prolapsus génital
- Objectifs spécifiques : ATCD médicaux fréquents, profil urogynécologique, durée opératoire, durée d'hospitalisation, suites opératoires habituelles, complications per et post opératoires

MATERIELS ET METHODES

- Etude rétrospective du 01/01/2000 au 30/04/2009
- Patientes de 75 ans et plus, opérées d'un prolapsus génital dans le service de gynécologie du CH de Montbéliard : 92 dossiers exploitées
- Recueil à partir des dossiers médicaux
- Age, ATCD, forme clinique du prolapsus, type d'intervention, type d'anesthésie, durée de l'intervention, incidents, complications

RESULTATS

- Age moyen : 79 ans
- Co morbidités préexistantes : - HTA : 78%
 - Dyslipidémies : 6.5%
 - Diabète : 5.4%

Traitement par AVK chez 22% des patientes

- Score moyen ASA : 2.23
- 94 % ont déjà accouché (34%>P3)
- 16% hystérectomisées, 10% déjà traitées pour prolapsus

RESULTATS

- Formes cliniques : 67% de 3^e degré
- 24% des cas : prolapsus de l'étage antérieur
- 26% d'IU associée
- 2 cas d'incontinence anale
- Anesthésie : rachianesthésie chez 80% des patientes
- 91 patientes opérées : 89 par voie basse exclusive
- Durée moyenne d'hospitalisation : 7 jours
- Durée moyenne opératoire : 62min
- Histologie des pièces opératoires : 3 cancers (2 endomètres, 1 cervical)

Cure de prolapsus	91 (100%)
Colpohysterectomie selon Rouhier et périnéorraphie postérieure	41 (45.3%)
Colpohysterectomie et périnéorraphie postérieure	29 (31.8%)
Triple opération périnéale selon Manchester	1 (1.1%)
Colpohysterectomie et périnéorraphie postérieure Sacrospinofixation selon Richter	1 (1.1%)
Colponaphie antérieure et postérieure	3 (3.3%)
Colponaphie antérieure et postérieure trachélectomie	1 (1.1%)
Trachélectomie + périnéorraphie postérieure + Sacrospinofixation selon Richter	3 (3.3%)
périnéorraphie postérieure + Sacrospinofixation selon Richter	1 (1.1%)
Colponaphie antérieure isolée	2 (2.2%)
périnéorraphie postérieure isolée	1 (1.1%)
Prothèse synthétique par voie vaginale sans HTC	5 (5.5%)
Prothèse synthétique par voie vaginale avec HTC	1 (1.1%)
Cure abdominale	2 (2.2%)
Traitement de l'incontinence urinaire	20 (22%)
Intervention de Bologna	13 (14%)
Bandelettes sous uretrales	7 (8%)

COMPLICATIONS

- **Complications per opératoires** : 2
 1. Plaie de vessie suturée dans le même temps
 2. Complication anesthésique : bradycardie

- **Complications post opératoires** : 37%

Mineures

1. Infection urinaire : 4 patientes
2. 1 syndrome infectieux inexpliqué
3. Rétention urinaire : 8 patientes (4 sondages, 4 cystocath)
4. 32 % anémiée : traitement par fer. Perte de 2g/dl d'Hb en moy
5. 3 hémorragies post opératoires : 1 saignement vaginal banal, un hématome du douglas évacué spontanément, hématurie après cystocath

Majeure :

Décompensation d'une tare préexistante : angor et AVC chez une patiente aux ATCD de cardiopathie ischémique

DISCUSSION

- Abord de la question des troubles de la statique pelvienne du 4^e age dans la littérature : peu d'études relatant la prise en charge chirurgicale et les complications opératoires. Multitudes des techniques opératoires, variété des prolapsus

Séries de Boulanger, Rathat, Kapella, Ménard

- Caractéristiques des patientes : âge moyen de 79ans comparable aux séries, ATCD cardiovasculaire retrouvé comme facteur de risque de morbidité ainsi que la durée de l'intervention
- Taux de mortalité péri opératoire faible
- Profil urogynécologique : prolapsus de l'étage antérieur plus fréquent, % similaire d'hystérectomie et de cure de prolapsus. 50%UI
- Type d'anesthésie : rachianesthésie mais même taux de mortalité et morbidité pour l'AG selon la SFAR

DISCUSSION

- Type de chirurgie : colpohystérectomies les plus pratiquées, avec périnéorraphie postérieure +/- Richter
- Faible expérience des prothèses vaginales chez les patientes âgées.

HAS : l'utilisation des prothèses relève de la recherche clinique

- Techniques chirurgicales très différentes selon les séries ainsi que la durée de l'intervention (de 43 à 120min)
- Suites opératoires : 63% suites immédiates simples, comparables aux séries.
- Durée d'hospitalisation : 7j en France contre 4j aux USA. Structures d'accueil des sujets âgés ?
- Hystérectomie de principe ? Patientes à risque de cancer de l'endomètre. Pas d'augmentation de morbidité péri opératoire

CONCLUSION

- Chirurgie : alternative sûre
- Anesthésie locorégionale
- Abord vaginal privilégié
- Durée d'hospitalisation réduite
- L'âge avancé n'est pas à lui seul une contre indication à l'intervention
- Qualité de vie améliorée