
Principes du traitement chirurgical des prolapsus génitaux

R VILLET

Service de chirurgie Viscérale et Gynécologique
Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon
Site Reuilly
18 rue du Sergent Bauchat
75012 Paris

Correspondance :
rvillet@hopital-dcss.org

Résumé

Les principes de prise en charge des prolapsus génitaux repose sur une analyse sémiologique précise pour traiter les trois étages : urinaire, gynécologique, digestif. La chirurgie doit s'intéresser aux trois niveaux de dégradations du plancher pelvien. Les niveaux supérieur et moyen peuvent être traités par voie abdominale, par laparotomie ou laparoscopie et par voie vaginale. Le niveau inférieur est traité, pour l'étage urinaire par soutènement sous urétral à l'aide de matériel synthétique, et pour l'étage digestif par colpomorrhaphie par voie périnéale. L'utilisation de matériel synthétique, si elle est acquise pour la cure de l'incontinence urinaire d'effort ne l'est pas pour la cure des prolapsus par voie vaginale en raison du risque de complications et demande donc des études prospectives complémentaires.

Mots clés : Prolapsus génital / Chirurgie / Statique pelvienne

Abstract

The principles of surgical management of genital prolapses

The management of genital prolapses needs a meticulous clinical examination to treat the urinary, gynaecologic and digestive floors of the perineum. The surgery has to take into consideration the three levels of the pelvic floor. The superior one and the middle one could be treated by abdominal way, either by laparotomy or laparoscopy, or by vaginal way. The inferior level should be treated, for the urinary floor by suburethral tape and for the digestive floor by a colpomyorrhaphy. The use of synthetic material, unlike for urinary incontinence, is not established for genital prolapse, according to the risk of complications. It needs more investigations such as clinical trials.

Key words: Genital prolapse / Surgery / Pelvic floor disorders

Introduction

Le but du traitement chirurgical des prolapsus génitaux est de : 1) corriger les dégradations anatomiques en remontant l'organe prolapsé (correction de la ptôse) et en le soutenant, plus qu'en le fixant, dans sa position idéale, 2) éviter de créer ou de favoriser de nouvelles dégradations anatomiques ou de nouveaux troubles fonctionnels, cause d'infections chroniques urinaires ou génitales, de dysurie ou de dyschésie et d'incontinence urinaire ou fécale, 3) permettre une miction, une défécation, et le cas échéant une activité sexuelle normale voire très exceptionnellement une grossesse. Quand on connaît les associations fréquentes des troubles urinaires, génitaux et rectaux, le traitement doit tenir compte des dégradations patentes ou masquées des trois étages, urinaire, gynécologique, ou digestif.

Considérations anatomiques

Suite à nos travaux [1] et à ceux de John Delancey [2], il faut considérer qu'il existe au niveau du plancher pelvien, d'arrière en avant et de haut en bas, trois niveaux :

- le niveau I, intéressant l'étage moyen gynécologique et postérieur digestif, correspondant à l'insertion des ligaments utéro-sacrés au fond vaginal et à l'isthme utérin.

Sa dégradation entraîne une hystéroptôse ou une coloptôse fundique en cas d'hystérectomie préalable et à l'étage digestif une rectocèle haute et /ou une entéro-cèle.

- le niveau II, le plus étendu, intéresse l'étage antérieur, où le vagin et est en contact direct avec la vessie, et l'étage postérieur où le rectum est en contact direct avec le vagin.
- enfin le niveau III, correspondant en avant, à l'étage urinaire, au segment vaginal sous urétral et en arrière, à l'étage digestif, au cap anal derrière le corps fibreux du périnée.

Les viscères pelviens sont maintenus à leur place dans le pelvis par un système d'amarrage formé par les « ligaments » viscéraux, contenant les éléments vasculo-nerveux des viscères, et le plancher pelvien qui comprend le fascia endo-pelvien et les différents muscles du périnée, en particulier le muscle élévateur de l'anus avec une partie statique, le muscle ilio-coccygien, et une partie dynamique, la sangle pubo-rectale qui contourne par en arrière la fente uro-génitale et le rectum. Les dégradations que l'on observe résultent d'une atteinte musculaire, neurologique, et conjonctive de ces différents systèmes d'amarrage et de soutien. Actuellement il n'existe aucun

moyen pour réparer directement les muscles, les nerfs, ou le tissu conjonctif. Aussi, la réfection du périnée et son renforcement sont assurés par les tissus naturels que l'on répare (raphie) ou que l'on consolide avec du matériel local (plastie, ligamentopexie) ou avec des tissus autologues, hétérologues ou synthétiques.

Méthodes

Les réparations peuvent s'effectuer par voie vaginale ou par voie abdominale classique ou par laparoscopie car toutes les techniques décrites par laparotomie peuvent être faites par laparoscopie après la phase d'apprentissage nécessaire [3]. Les gestes chirurgicaux effectués ont deux conséquences importantes au niveau pelvien pouvant être à l'origine de récives :

- d'une part la création d'un déséquilibre antéro-postérieur (toute traction vers l'avant fragilise l'étage postérieur et inversement). L'exemple le plus caractéristique est celui des hystéropexies antérieures qui entraînent une ouverture anormale du cul-de-sac de Douglas, favorisant l'apparition de colpopécèles postérieures avec entéro-cèles et rectocèles. De la même manière, après intervention de colpopexie rétro-pubienne selon BURCH, des prolapsus de l'étage moyen et de l'étage postérieur sont observés dans 5 à 25 % des cas, en fonction du suivi [4, 5].

- d'autre part l'effet rechapage (tout renforcement d'un secteur fragilise le ou les secteurs adjacents) [6]. Cet effet a été mis clairement en évidence par l'étude des récives après mise en place de matériel synthétique : la cure des cystocèles par promontofixation avec prothèse vésicale, sans prothèse inter-recto-vaginale, s'accompagne de l'apparition de 10 % de prolapsus postérieurs après un suivi de 61 mois [7].

Indications

Avant toute prise en charge, une analyse précise de tous les troubles élémentaires des trois étages doit être faite.

Étage antérieur : urinaire

L'étage antérieur comprend deux niveaux de dégradations :

- le niveau III correspond à la région sous urétrale dont l'atteinte est à l'origine de l'incontinence urinaire d'effort. Sa réparation se fait par la mise en place d'un soutien sous urétral sans tension. Cette mise en place peut se faire par voie rétro-pubienne, comme dans la technique princeps (TVT) décrite par Ulf Ulmsten [8] et introduite en France par notre équipe [9] ou par voie obturatrice soit de dehors en dedans [10] soit de dedans en dehors [11].
- le niveau II concerne la base vésicale. On peut théoriquement distinguer les cystocèles latérales correspondant à une désinsertion du fascia inter-vésico-vaginal de l'arc tendineux fascia pelvis et les cystocèles médianes secondaires à une dégradation du conjonctif de ce même fascia. En fait, bien souvent l'atteinte résulte, à des degrés variables, des deux phénomènes. Théoriquement les cystocèles latérales pourraient être réparées par une suture du fascia à l'arc tendineux fascia pelvis

(para vaginal repair des anglo-saxons) alors que les cystocèles médianes nécessitent un renforcement sous vésical (plicature sous vésicale, plastron vaginal). Par voie abdominale, l'intervention chirurgicale est parfaitement standardisée et consiste en la mise en place d'une prothèse inter-vésico-vaginale fixée au promontoire. Par voie vaginale, il est effectué une plastie antérieure sous vésicale à l'aide des différents ligaments utérins et/ou des réparations paravaginales.

Étage moyen : gynécologique

La correction des hystéroptôses (niveau I) peut être faite voie abdominale par une promonto-fixation de l'isthme ou du col utérin, associée à la mise en place de deux prothèses, l'une inter-vésico-vaginale, l'autre inter-recto-vaginale. La fixation utérine directe au fil ne résiste pas à l'épreuve du temps. Une hystérectomie subtotalaire peut être réalisée dans le même temps opératoire pour faciliter la péritonisation. L'hystérectomie totale est à déconseiller car elle augmente le risque d'exposition prothétique. La technique de mise en place de deux prothèses pré et rétro vaginales s'applique également parfaitement au prolapsus du dôme vaginal. Par voie vaginale, la correction consiste en une hystérectomie et une fixation du fond vaginal à l'aide des utéro-sacrés s'ils sont de bonne qualité ou aux ligaments sacro-épineux de façon uni ou bilatérale.

Étage postérieur : digestif

La prise en charge de la paroi postérieure dépend du niveau du défaut. Le niveau supérieur correspond au segment où le vagin est amarré par les ligaments utéro-sacrés et est séparé du rectum par le cul-de-sac de Douglas, la portion moyenne au segment où le vagin et le rectum sont directement en contact par l'intermédiaire du fascia inter-recto-vaginal amarré latéralement à l'arcus tendineus levator ani, la portion inférieure enfin, périnéale, s'appuie sur le corps fibreux du périnée. Selon la hauteur, de haut en bas, les troubles résulteront d'une dégradation des utéro-sacrés, d'une atteinte du fascia inter-recto-vaginal ou d'une dégradation du corps fibreux du périnée ou d'un diastasis du faisceau pubo-coccygien des muscles élévateurs. Par voie abdominale, que ce soit par laparotomie ou par laparoscopie, seuls les étages supérieur et moyen peuvent être traités. L'intervention consiste en la mise en place d'une prothèse inter-recto-vaginale fixée au promontoire. La péritonisation se fait au-dessus de la prothèse, résolvant ainsi le problème de la Douglassectomie. Par voie vaginale, l'élytro-cèle est traitée par une douglassectomie, la partie haute par rapprochement des utéro-sacrés ou un amarrage du fond vaginal au ligament sacro-épineux lorsqu'il n'y a plus d'utéro-sacrés « utilisables », la partie moyenne par un renforcement du fascia inter-recto-vaginal par plicature au fil non résorbable. Le traitement de l'étage inférieur ne peut se faire que par voie vaginale. C'est là que la réparation du corps fibreux du périnée, avec une myorrhaphie basse des muscles élévateurs de l'anus, trouve sa place.

Conclusion

La prise en charge chirurgicale des prolapsus génito-urinaires nécessite une analyse sémiologique soignée des défauts des trois étages du plancher pelvien. La pro-

montofixation par laparotomie ou par laparoscopie avec une ou deux prothèses traite avec succès à long terme les trois étages du périnée à l'exception du niveau inférieur qui doit être traité par approche périnéale. Les techniques par voie vaginale sont moins standardisées et les résultats sont plus variables avec plus de récurrences à long terme. Cette différence de résultats, comme pour les hernies, tient sans doute à l'utilisation de matériel lors de la voie abdominale. Si l'utilisation de matériel est actuellement bien validée pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort par soutènement sous urétral, elle ne l'est pas pour la cure de prolapsus par voie vaginale. La mise en place de prothèses par voie vaginale permettrait sans doute d'obtenir une technique standardisée avec une diminution des récurrences à long terme mais les risques de complication, à type d'érosion, d'infection et/ou de rétraction source de douleurs et de difficultés mictionnelles, sont encore importants. Ceci explique que des études prospectives d'évaluation sont actuellement en cours.

Références

1. Villet R. Rectocèles et colprocèles postérieures. Aspects cliniques et thérapeutiques. *Med. Chir. Dig.* 1987; 16: 583-8.
2. Delancey J. O. Structural anatomy of the posterior pelvic compartment as it relates to rectocele. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180 (4): 815-23.
3. Gadonneix P, Ercoli A, Salet-Lizee D, Cotelle O, Bolner B, Van Den Akker M, Villet R. Laparoscopic sacrocolpopexy with two separate meshes along the anterior and posterior vaginal walls for multicompartiment pelvic organ prolapse. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004; 11 (1): 29-35.
4. Stanton S.L.,Cardozo L.D. Results of the colposuspension operation for incontinence and prolapse. *Br J Obstet Gynaecol* 1979; 51: 497-9.
5. Wiskind A.K, Creighton S.M.,Stanton S.L. The incidence of genital prolapse after the Burch colposuspension. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 395-9.
6. Villet R. Prise en charge globale des troubles de la statique pelvienne. Vers une nouvelle entité: la pelvi-périnéologie. *e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie* 2003; 2 (3): 53-8.
7. 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.
8. Ulmsten U.,Petros P. Intravaginal sling plasty IVS. An ambulatory surgical procedure for female urinary incontinence. *Scan J Urol Nephrol* 1995; 29: 75-82.
9. Villet R., Fitremann C, Salet-Lizee D, Collard D,Zafiropulo M. [A new treatment procedure for stress urinary incontinence: sub-urethral support using a Prolene sling under local anesthesia]. *Prog Urol* 1998; 8 (2): 274-6.
10. Delorme E. [Transobturator urethral suspension: mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women]. *Prog Urol* 2001; 11 (6): 1306-13.
11. De Leval J. Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: transobturator vaginal tape inside-out. *Eur Urol* 2003; 44 (6): 724-30.