

Actualités sur La promontofixation: quel geste postérieur

Dr J-B Roche
Groupe d'Urologie Saint-Augustin
Bordeaux



introduction

- La promonfixation décrite en 1962 s'est imposée comme traitement de référence du prolapsus urogénital.
- Depuis les avertissements de la FDA en 2008 et 2011 sur les prothèses vaginales, on constate une augmentation des indications aux USA.

La promontofixation: standard du traitement du prolapsus

- 2013 Cochrane review: Méta-analyse 5 études prospectives randomisées (Benson 1996, Lo 1998, Maher 2004, Rondini 2011, Maher 2011) PF ouverte vs chir vaginale
- Réduction du risque de récurrence, de prolapsus du dôme vaginal, de l'incontinence urinaire d'effort et de dyspareunie dans le groupe PF.

Laparoscopie

- Maher 2011: 53 PF laparoscopique vs 55 Prolift voie basse.
- Réduction de la morbidité périopératoire et de la reprise d'activité dans le groupe PF.
- A 2 ans, réduction des récurrences, du taux de réinterventions et du taux d'exposition du matériel dans le groupe PF.

Laparoscopie

- Freeman 2013: large étude multicentrique randomisée prospective compare PFL/PFO.
- Non infériorité laparoscopique à 1an sur le résultat anatomique et fonctionnel avec réduction de la morbidité périopératoire.
- La laparoscopie s'impose comme voie de référence.

systematique ?

- Classiquement, nécessité d'un traitement des 3 étages pour prévenir une décompensation postérieure...
cystocèle cystocèle isolée
- Jusqu'à 20% de rectocèles symptomatiques opérées à 5 ans (Baessler 2005) après cure de cystocèle isolée et Burch.
- Geste facile par voie laparoscopique ou robotique.

GESTE POSTÉRIEUR systématique ?

cystocèle cystocèle isolée

- Mais 10% à 25% de dyschésie rectale, de constipation, de douleur anale voir d'incontinence fécale en cas de geste postérieur...
- Augmente le risque de plaies rectales ou d'érosions.
- *A 15 mois, Antiphon 2005 et Gadonneix 2004 ne retrouvent, de risque accru de décompensation postérieure qu'en cas de Burch associé.*

GESTE POSTÉRIEUR systématique ? cystocèle cystocèle isolée

- La pose d'une plaque postérieure préventive doit donc être discutée en fonction de la balance bénéfique/risque et la patiente informée.
- L'indication peut être documentée et une approche multidisciplinaire envisagée.

quels matériaux utiliser?

- Supériorité des matériaux synthétiques/biologiques en raison de la réduction des récives (polypro/poyester vs Pelvicol).
- SIS: pas de différence avec recul de 2 ans...(Quiroz 2008 et Deprest 2009)
- Etude CARE 2003: Réduction du risque d'érosion polypropylène/Polyester vs PTFE
- POLYPROPYLENE.....

Quelle fixation réalisée?

- Wattiez: Fixation sur la portion élévatrice du releveur et proche du noyau fibreux central du périnée de part et d'autre du cap anal...
- Fixation vaginale sans dissection des releveurs: moins de dénervation rectale ou de douleur mais plus d'érosion de matériel...

Comment FIXER?

- Fils non résorbables/résorbables: sécurité de fixation, pas de granulome inflammatoire mais nidus de l'infection / solidité temporaire jusqu'à la fibrose périprothétique.
- Pas de différence dans la littérature mais quelle valeur des études...
- Pas de Tacker !!! Erosion et dyspareunie (Gadonneix 2005)
- Ni de colle: risque rectal

Discussion

- Réflexion différente entre le traitement d'une rectocèle clinique et la prévention d'une décompensation future...
- Quelle dissection: releveurs
- Quelles fixations: résorbables et non résorbables
- Quelles prothèses: Polypro/ polyester/prothèse enduite...

Conclusion

- Le prolapsus pelvien est une pathologie polymorphe.
- L'évaluation préopératoire morphologique et fonctionnelle devrait devenir plus précise.
- Pour une chirurgie réparatrice plus adaptée et personnalisée.