

Les troubles de la statique chez la femme neurologique

Xavier Deffieux

Chirurgie Gynécologique
Hôpital Antoine Béclière, Clamart
Université Paris Sud

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Problématique

La pathologie neurologique augmente-elle la prévalence du prolapsus génital ?
Efforts de poussée chronique, altération des tissus de soutien

Établir que les troubles urinaires et ano-rectaux sont liés au prolapsus
Prévalence élevée de ces troubles chez les femmes neurologiques

Fragilité des opérées
Co-morbidité, problèmes d'installation

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Prévalence du prolapsus génital chez les femmes en population générale

La prévalence des prolapsus est variable selon que l'on considère des critères anatomiques ou des données d'interrogatoire.

- 3-11% si le diagnostic est établi sur les données de questionnaires
- 32% si l'on s'en tient à l'examen clinique selon Baden Walker
- 97% si l'on s'en tient à l'examen clinique selon POP-Q

Lousquy et al. *Prog Urol* 2009

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

**Incidence annuelle moyenne du prolapsus génital chez les femmes
Cas pour 100 femmes-années**

Auteur	N	Age	Compartment	Stade 1	Stade 2	Stade 3	Total	Incidence
Handa	412	50-79 moy 55	Cystocèle	14,4	9,5	0,7	24,5	9,3
			Rectocèle	7,8	5,1		12,9	5,7
			Prolapsus utérin	3,3	0,6		3,8	1,5
Dietz	954	17-90 moy 54	Cystocèle	32	23	16		
			Rectocèle	34	26	5		
			Prolapsus utérin	15	5	3		

La prévalence augmente avec l'âge jusqu'à 60 ans, puis reste stable.

Handa et al. *Am J Obstet Gynecol* 2004
Dietz. *Aust. N. Z. J. Obstet Gynaecol* 2008

Pas de données concernant la prévalence du prolapsus chez la neurologique

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Prévalence du prolapsus génital chez les femmes « neurologiques »

Gut 1994; 35: 388-390

Pelvic floor function in multiple sclerosis

J S Jameson, J Rogers, Y W Chia, J J Misiewicz, M M Henry, M Swash

TABLE II Results of resting pressure (RP), voluntary contraction pressure (VCP), pudendal latency (PNTML), anal canal (AS) and rectal sensation (RS) in multiple sclerosis (incontinence, MS) and controls (ASC), faecal incontinence without MS (FI) and normal controls (NC) (median (range))

	MSI	MSC	FI	NC	p
Number	20	18	91	73	
RP (cm H ₂ O)	80 (30-140)*	85 (30-140)	50 (10-160)†	90 (30-200)*	*0.002
VCP (cm H ₂ O)	25 (0-100)*	65 (0-260)‡	40 (0-200)	120 (30-300)*	‡0.0001 *0.004
PNTML (ms)	2.98 (1.5-3.3)†	2.1 (1.75-2.5)	2.5 (1.7-5.5)†	2.98 (1.4-2.6)	‡0.03
AS (mA)	1.7 (1.5-2.4)†	1.7 (1.1-2.6)†	1.8 (1.3-3.5)†	1.5 (1.1-1.75)†	‡0.006
RS (mA)	4.2 (1.5-8.9)†	5.2 (2-11)	7.4 (1.6-39)†	4.9 (1.5-13.9)	‡0.002
RS (mA)	14.9 (4.8-32.5)	18.4 (4-60)	28.4 (5-99)†	23.6 (4-74.7)	‡0.012

Faiblesse musculaire du plancher pelvien chez les femmes SEP
...mais pas de prolapsus génital signalé

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Facteurs de risque des prolapsus génitaux chez les femmes

<p>Facteurs prédisposant</p> <ul style="list-style-type: none"> Genre Race Facteurs Neurologiques ← Facteurs Anatomiques Qualité Du Collagène Facteurs Musculaires Facteurs Culturels Facteurs Environnementaux Facteurs Médicamenteux 	<p>Facteurs « incitatifs »</p> <ul style="list-style-type: none"> Accouchement Lésions Neurologiques Radiothérapie Ruptures Tissulaires Chirurgie Radicale 	<p>Facteurs promoteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> Constipation Activités Obésité Chirurgie Pathologies Pulmonaires Tabagisme Ménopause
--	--	--

Facteurs de décompensation

Viellissement
Démence
Troubles psychiatriques
Pathologies intercurrentes

« Modèle » de Bump (théorie)

Bump et Norton. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Facteurs de risque des prolapsus génitaux chez les femmes

Efforts de poussée chroniques

Corrélation entre dyschésie et prolapsus ? Les prolapsus de l'étage postérieur et la descente périnéale sont les plus clairement associés aux symptômes anorectaux obstructifs.

...mais lien de causalité non démontré (l'œuf et la poule...)

Activité physique

Certaines activités sportives, les efforts physiques réguliers domestiques ou professionnels constituent des facteurs de risque.

Mouritsen et al. *Int Urogynecol J* 2007
Milson et al. 2009

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Prévalence du prolapsus génital chez les femmes « neurologiques »

Efforts de poussée chronique si vidange par poussée
Vessie périphérique (queue de cheval, après chirurgie radicale pelvienne)

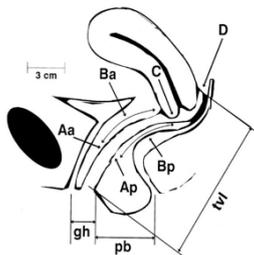
Recommander les auto-sondages aux femmes qui vident en poussant ?

« Accord d'expert »
...sans niveau de preuve suffisant car données très controversées

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Examen clinique de la femme neurologique

Classification Anatomique : POP-Q (pelvic organ prolapse quantification)

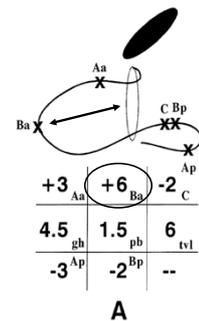
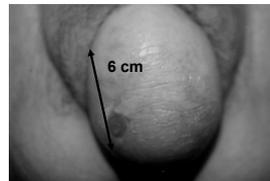


Aa: jonction uréthro-vésicale
Ba: sommet paroi antérieure
C: col utérin
D: cul-de-sac postérieur
Ap: partie basse de paroi post.
Bp: sommet paroi postérieure
gh: hiatus génital
pb: distance ano-vulvaire
tvl: longueur vaginale totale

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Examen clinique de la femme neurologique

Cystocèle



Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Corrélation entre l'altération physique (score EDSS) et l'examen périnéal

Score EDSS (Kurtzke Expanded disability status scale)

30 femmes SEP

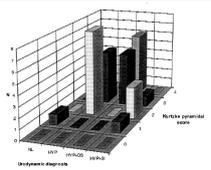
Pas de corrélation entre EDSS et bilan urodynamique

Pas de corrélation entre EDSS et examen périnéal

Clinical Assessment of Pelvic Floor Dysfunction in Multiple Sclerosis: Urodynamic and Neurological Correlates

D. De Ridder,¹ C. Vermeulen,² E. De Smet,² H. Van Poppel,¹ P. Ketelaer,² and L. Exert^{1*}

Neurology and Urodynamic 17:537-542 (1998)



→ A priori, l'examen clinique périnéal pour le prolapsus n'est pas modifié par EDSS

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Pathologie neurologique = facteur de risque de prolapsus ?

Probablement pas...

Rôle des efforts de poussée chronique ??

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Problématique

Établir que les troubles urinaires et ano-rectaux sont liés au prolapsus
Prévalence élevée de ces troubles chez les femmes neurologiques

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Prévalence des symptômes non spécifiques

Symptômes urinaires

	Prévalence chez les femmes ayant un prolapsus	Prévalence chez les femmes ayant une SEP
Incontinence urinaire d'effort	50%	5-25%
Hyperactivité vésicale	40-50%	5-30%
Dysurie	40%	10-35%

Bump et al. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998
Barber et al. *Am J Obstet Gynecol* 2001
Bradley et al. *J Womens Health* 2005

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Prévalence des symptômes non spécifiques

Symptômes ano-rectaux

	Prévalence chez les femmes ayant un prolapsus	Prévalence chez les femmes ayant une SEP
Incontinence anale	30%	5-35%
Impériosités défécatrices	?	1-8%
Dyschésie	25%	20-60%

Bump et al. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998
Barber et al. *Am J Obstet Gynecol* 2001
Bradley et al. *J Womens Health* 2005

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Auto-questionnaires symptômes / qualité de vie / prolapsus

PFDI-20

- Explore la plupart des **symptômes du prolapsus**

PFIQ-7

- Explore le **retentissement social du prolapsus**

...non = validés = chez les femmes atteintes d'une pathologie neurologique

1. Avez-vous souvent l'impression que quelque chose appuie dans le bas du ventre ?
2. Avez-vous souvent une sensation de pesanteur ou de lourdeur dans la région génitale ?
3. Avez-vous souvent une « boule » ou quelque chose qui dépasse que vous pouvez toucher ou voir au niveau du vagin ?
4. Devez-vous parfois appuyer sur le vagin ou autour de l'anus pour arriver à évacuer des selles ?
5. Avez-vous souvent l'impression de ne pas arriver à vider complètement votre vessie ?
6. Devez-vous parfois repousser avec les doigts une « boule » au niveau du vagin pour uriner ou vider complètement votre vessie ?
7. Avez-vous l'impression de devoir beaucoup forcer pour aller à la selle ?
8. Avez-vous l'impression d'une évacuation incomplète après être allée à la selle ?
9. Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont solides ?
10. Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont très molles ou liquides ?
11. Avez-vous souvent des gaz involontaires (pets) ?
12. Avez-vous souvent mal lors de l'évacuation des selles ?
13. Avez-vous des besoins tellement pressants que vous devez vous précipiter aux toilettes pour aller à la selle ?
14. Arrive-t-il qu'une partie de votre intestin dépasse de l'anus lorsque vous allez à la selle ou après y être allée ?
15. Allez-vous fréquemment uriner ?
16. Avez-vous souvent des fuites urinaires involontaires associées à un besoin pressant d'uriner ?
17. Avez-vous souvent des fuites urinaires lorsque vous tousssez, que vous éternuez ou que vous riez ?
18. Avez-vous souvent de petites fuites urinaires (quelques gouttes) ?
19. Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie ?
20. Avez-vous souvent des douleurs ou une sensation d'inconfort dans le bas du ventre ou dans la région génitale ?
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui, cela vous gêne-t-il...
0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

De manière générale, à quel point les symptômes ou troubles suivants affectent-ils ↓	Symptômes urinaires ou vessie	Symptômes intestinaux ou rectum	Symptômes vaginaux ou péviers
1. Votre capacité à faire des tâches ménagères (cuisine, ménage, lessive) ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
2. Votre capacité à avoir une activité physique (marche, natation ou autre forme d'exercice physique) ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
3. Vos sorties, par exemple aller au cinéma ou à un concert ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
4. Votre capacité à effectuer un trajet en voiture ou en bus à plus de 30 minutes de chez vous ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
5. Votre capacité à participer à des activités avec d'autres personnes en dehors de chez vous ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
6. Votre état émotionnel (nervosité, dépression, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
7. Votre sentiment de frustration ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup

Au total...

Établir que les troubles urinaires et ano-rectaux sont liés au prolapsus ?
...très difficile

Prévalence élevée de ces troubles chez les femmes neurologiques
Pas de série « symptômes présentés par des femmes SEP avec prolapsus »
Questionnaires non validés chez les femmes neurologiques

Problématique

Application des traitements du prolapsus à la femme neurologique

Traitements non chirurgicaux

Efficacité chez les femmes neurologiques

Fragilité des opérées

Co-morbidité, problèmes d'installation

Traitement des prolapsus génitaux

Modification des habitudes de vie

Pas d'essai randomisé

Réduction pondérale

Changer de profession ?

Poste de travail adapté (limiter efforts)

Éviter les efforts de soulèvements ?

Aide ménagère au domicile ?

Wilson et al, Third international consultation on incontinence, 2005

Traitement des prolapsus génitaux

Rééducation périnéo-sphinctérienne

Pas d'étude spécifique chez la neurologique...

Méta-analyse Cochrane Database 2006

Trois essais non contributifs sur quelques dizaines de patientes

n=104

Gain de 1 stade de POP-Q

Groupe rééduqué 11(19%)

Groupe contrôle 04(08%)

p = 0.03

Brækken et al. Am J Obstet Gynecol 2010

Efficacité du pessaire

Etude prospective (n=75)

Mise en place possible

3 mois d'utilisation

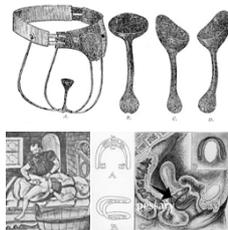
PFDI-20 et PFIQ-7

Body Image Scale

30% ne sont pas revenues à 3 mois (échecs)

Pour les autres (n=54)

Amélioration des symptômes, de la qualité de vie et de l'image corporelle



Patel et al. Am J Obstet Gynecol 2010

Efficacité du pessaire

Étude psychologique sur 11 femme ménopausées (entretiens en face à face)

Le pessaire redonne une liberté de mouvement

Possibilité de reprendre des activités sociales / socioculturelles

Impact psychologique et émotionnel

Vécu comme un changement de mode de vie

Phase d'apprentissage et d'acceptation

Storey et al. Adv Nurs 2009

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Efficacité du pessaire

Utilisation à long terme des pessaires "anneau"
 Étude rétrospective (n=273)
 Utilisation > 4 semaines (n=167)

Taux de complications (93/273 56%) ←

- saignements vaginaux
- pertes sales malodorantes
- érosions muqueuses vaginales (ulcérations)
- incontinence urinaire

Utilisation > 6 ans (n=23/167 14%) ←

Durée médiane d'utilisation : 7 ans
 Décès pendant la période : n=12



Sarma et al. BJOG 2009

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Les différents types de pessaires




Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Guidelines pose pessaire

Choix du type de pessaire selon :

- mensurations du vagin
- type de prolapsus
- stade
- incontinence urinaire d'effort associée ou pas
- troubles cognitifs
- dextérité
- activité sexuelle



*trial and error is usually necessary
 to find the correct pessary size and shape for an individual patient*

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Les différents types de pessaires

« Donut »



Les anneaux sont simples à poser et à enlever
 Étude prospective
 « Ring » en première intention
 Taux de succès de pose : 74%
 Wu et al *Obstet Gynecol* 1997

Anneau (ring) DUMONTPALLIER® 55, 65 et 76 mm de diamètre



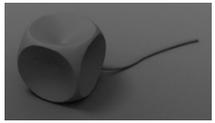

Victor DUMONTPALLIER , né en 1826
 Chef de service à l'hôpital de la Pitié

Boitier testeur de taille

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Les différents types de pessaires

Cube (avec filin et avec ou sans trous (menstruations) : 30, 40 et 50 mm




Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Management

Première mise en place avec le gynécologue



...puis...auto-gestion par la patiente (si possible)




Guidelines pose pessaire

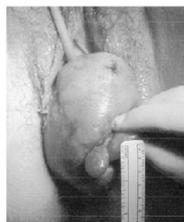
Vérifier après la pose (avant que la patiente ne reparte chez elle...) :

- le prolapsus est anatomiquement réduit
- le pessaire ne tombe pas (assis, debout, accroupi, à la marche, valsalva)
- son port n'entraîne pas de douleur ou d'inconfort
- une miction spontanée est possible
- le médecin et la patiente peuvent retirer le pessaire et le remettre



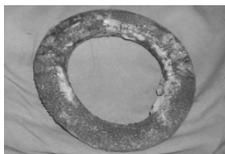
Complications des pessaires

- Echec
- Incontinence urinaire démasquée
- Ulcérations vaginales
- Eviscération par le vagin (accident de voiture)



Complications des pessaires

Dégradation et réaction granulomateuse...après avoir été laissé en place 45 ans



Prévention des complications

COLPOTROPINE 6 semaines avant la mise en place du pessaire (corrige atrophie)

Le jour de la première mise en place :

- Demander à la patiente d'aller marcher dans la rue avec
- Lui demander d'uriner avec (+/-) mesurer le résidu
- Lui demander si une incontinence urinaire n'apparaît pas (IU démasquée)

Surveillance des pessaires

Pour les femmes jeunes autonomes

Elle peuvent enlever le pessaire et le passer sous l'eau aussi souvent que nécessaire



Pour les femmes âgées dépendantes

Visite de contrôle à 1 semaine, puis 2 semaines après, puis 8 semaines après, etc...

Déterminer l'intervalle optimal entre deux retrait/lavage du pessaire (selon l'importance des leucorrhées)

Surveillance des pessaires

Pas de consensus

- Notice du fabricant : toutes les 4 à 6 semaines
- Wu et al tous les 3 mois puis tous les 6 mois
- Suivi peu fréquent pour celles qui manipulent elles-mêmes leur pessaire
- Estrogènes locaux si atrophie
- Ablation du pessaire et estrogènes en crème si ulcérations

Effet secondaire principal : pertes malodorantes

Facteurs associés à une poursuite de l'utilisation du pessaire > 1 an

- Age > 65 years
- Co-morbidités sévères
- Continence urinaire préservée ou retrouvée

Pathologies associées dans les séries d'évaluation des pessaires

50% des femmes (âge moyen 61 ans) chez qui un pessaire est prescrit :

- arthrite (30%)
- pathologie cardiovasculaire ou thrombo-embolique (20%)
- pathologie pulmonaire (15%)
- diabète (10%)
- connectivite (3%)



Cundiff et al. Am J Obstet Gynecol 2007

The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries

Améliorent tous les deux les symptômes de protrusion et de dysurie



Dextérité et pessaires

Pas d'étude spécifique "utilisation des pessaires chez des femmes neurologiques"

Parallélisme auto-sondages / manipulation pessaire

Influence des troubles cognitifs sur les auto-sondages chez les femmes SEP

Corrélation forte habileté à faire les auto-sondages et :

- nombre de séances d'apprentissage nécessaires
- score EDSS



...mais pas de corrélation avec les troubles cognitifs

Spasticité

La plupart (87%) des femmes atteintes de SEP peuvent réaliser les auto-sondages malgré l'existence de troubles cognitifs.

Après 3 mois de suivi, 30% ont arrêté de faire les auto-sondages...

Vahter et al. Mult Scler 2009

Dextérité et pessaires

Role de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute est là pour accompagner l'utilisation du pessaire

Il vérifiera qu'il permet de rétablir l'autonomie manquante

Chirurgie des prolapsus génitaux

Women with symptomatic pelvic organ prolapse who fail or decline pessary treatment are candidates for surgery

Pelvic organ prolapse

J Eric Jakessek, Christopher Maher, Matthew D Barber

Lancet 2007; 369:1027-38

Indications chez les femmes neurologiques

Symptômes associés à une extériorisation du prolapsus + échec de pessaire

Dysurie, dyschésie + échec de rééducation et pessaire

Bilan urodynamique pré-opératoire

Objectifs

Hyperactivité détro-sorienne ?

Rechercher une incontinence démasquée

Altération débimétrie ?

Cystomanométrie et prolapsus génital

Dépister l'existence d'une hyperactivité détro-sorienne

(potentiellement développée sur l'obstacle créé par le prolapsus)

Incidence de l'hyperactivité corrélée au stade de la cystocèle

- 20% d'hyperactivité détro-sorienne si cystocèle de stade I ou II
- 40-52% chez celles ayant une cystocèle de stade III ou IV

[Romanzi, J Urol, 1999] [Rosenzweig, Obstet Gynecol 1992]

Correction chirurgicale prolapsus → disparition hyperactivité dans 50% des cas

disparition IUU associée dans 50% des cas

[Liang, Obstet Gynecol, 2004] [Chaikin, J Urol, 2000]

Recherche d'une incontinence urinaire masquée

Incontinence urinaire apparaissant après la correction du prolapsus
10 à 20% des femmes opérées d'un prolapsus stade III ou IV [Haessler, 2005]

Mécanisme de l'incontinence masquée

- Effet pelote (urethral kinking) d'une cystocèle stade III ou plus
- Obstacle introital créé par une rectocèle stade III ou plus

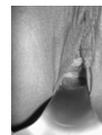
Incontinence « masquée » (aussi appelée « occulte » ou « potentielle »)

Survenue de fuites urinaires après réduction du prolapsus chez une femme affectée d'un prolapsus génital et qui ne se plaint pas de fuite urinaires

Recherche d'une incontinence urinaire masquée

Diverses techniques de réduction du prolapsus pour essayer de démasquer

- Doigts de l'examineur
- Pince languette
- Écouvillons (coton-tiges)
- Spéculum
- Pessaire annulaire
- Tampon périodique



Diagnostic d'incontinence urinaire masquée

35 à 59% en cas de prolapsus sévère (stade III et IV)



C'est la méthode de réduction par valve de spéculum qui est la plus sensible

Recherche d'une incontinence urinaire masquée



« Hypermobilité urétrale »
si Q-TIP test > 30°



Stress test (effort de toux vessie pleine)
+
Manœuvre d'Ulmsten (TVT)

Recherche d'une incontinence urinaire masquée

Incontinence urinaire « masquée » mise en évidence avant l'intervention
= discuter mise en place d'une bandelette sous urétrale concomitante

RPC 2009 : autre possibilité : chirurgie en 2 temps (pas de perte de chance)

Pas d'incontinence urinaire démasquée

= 0 à 2% d'incontinence urinaire *de novo* après la cure chirurgicale du prolapsus
[Chaikin, 2000] [Kleeman, 2006]

Débimétrie et prolapsus génital

Indispensable car beaucoup de femmes affectées d'un prolapsus ont une dysurie

Corrélation forte stade du prolapsus / incidence des troubles mictionnels :

- 58% de troubles mictionnels si cystocèle volumineuse (stade III ou IV)
- 4% chez celles ayant une cystocèle modérée (stade I ou II)

[Romanzi, J Urol, 1999]

Débimétrie avec et sans pessaire ou tampon vaginal

Permet de déterminer quelles sont les patientes qui verront certainement leur miction s'améliorer après correction de la cystocèle [Valentini, Prog Urol, 2000]

La mise en place d'un pessaire corrige 94% des troubles mictionnels chez des femmes ayant une cystocèle de stade III ou IV [Romanzi, J Urol, 1999]

Traitement chirurgical des prolapsus génitaux

Voie abdominale

Promontofixation coelioscopique

Voie vaginale

Avec les tissus natifs de la patiente

Avec mise en place de prothèse synthétique non résorbable

Particularités de la chirurgie chez la femme neurologique

- anesthésie
- installation
- risque septique
- risque cutané et thrombo-embolique si alitement ou fauteuil

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Promontofixation laparoscopique

Suspension au promontoire de l'utérus par l'intermédiaire de son isthme
 → Corrige hystéroptose ou prolapsus du fond vaginal (si hystérectomie)

Prothèse synthétique inter vésico-vaginale
 → Corrige cystocèle

Prothèse synthétique inter rectovaginale
 → Corrige la rectocèle +/- élytrocèle



+/- hystérectomie sub-totale
 → Aide à la correction de l'hystéroptose si utérus volumineux
 (Subtotale pour limiter le risque d'exposition prothétique)

+/- cure de béance vulvaire (colpo-périnéorrhaphie postérieure superficielle)

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

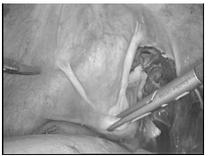
Promontofixation laparoscopique






Prolapsus génital et pathologies neurologiques

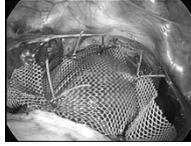
Promontofixation laparoscopique



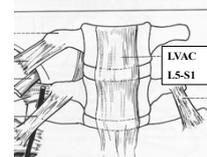


Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Promontofixation laparoscopique





Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Promontofixation laparoscopique

Limites

Trendelenburg ++
 Durée opératoire: 180 min
 Risques cutanés et compressifs (gélamines y compris sur vertex)

...non évaluée chez la femme atteinte d'une pathologie neurologique

Mais « habitude » de la laparoscopie chez la femme neurologique (entérocystoplastie, cystectomie...)

Hsu et al. J Urol 2002
Guilloteau et al. Prog Urol 2007

Raisonné chez femme jeune SEP EDSS 0-3

Quid des prothèses synthétiques si corticoïdes et immuno-suppresseurs ?



Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Chirurgie par voie vaginale

Sacro-spinofixation Richter-Richardson ou Richter
 Suspension isthme utérin (ou fond vaginal) sur le ligament sacro-épineux
 → Corrige hystéroptose ou prolapsus du fond vaginal (si hystérectomie)

Plicature sous vésicale / plastie Halban / prothèse inter vésico-vaginale
 → Corrige cystocèle

Plicature fascia pré-recti / prothèse inter rectovaginale
 → Corrige rectocèle

+/- hystérectomie
 +/- résection et plicature péritoine cul-de-sac de Douglas
 +/- cure de béance vulvaire

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Chirurgie par voie vaginale

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Chirurgie par voie vaginale

PROLIFT®
 PELVICOL® (derme porcine)
 GYNEMESH-SOFT® (Soft-Prolène®)
 UGYTEX® (polypropylène + film hydrophile) 4 "bras"
 CYSTO- et RECTO-SWING® (polyester gainé de polyuréthane)

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Chirurgie par voie vaginale

Chirurgie vaginale prothétique
 Limite les récurrences (5-10% vs 20-30%)

Complications post-opératoires

- * Exposition prothétique vaginale
 En regard des cicatrices de colpotoomie
 Avant 12 mois (en général)
- * Érosions viscérales... à venir (long terme)
- * Infection
- * Rétraction « shrinkage »
- * Dyspareunies

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Techniques oblitérantes par voie vaginale

Colpectomie totale (colpocleisis)
 Colpectomie quasi-totale (LeFort)

Technique rapide, anesthésie locale ou loco-régionale, peu de complications
 Récidive < 1%

Indication :

- femme âgée
- prolapsus stade III ou IV
- n'ayant plus de rapports et ne souhaitant plus en avoir
- altération état général, comorbidités

Barber et al. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2007

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Techniques oblitérantes

Colpocleisis

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Techniques oblitérantes

Cerclage introïtal (MERSILENE, CRINORUBAN)

Pandole et al. 2001

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Techniques oblitérantes

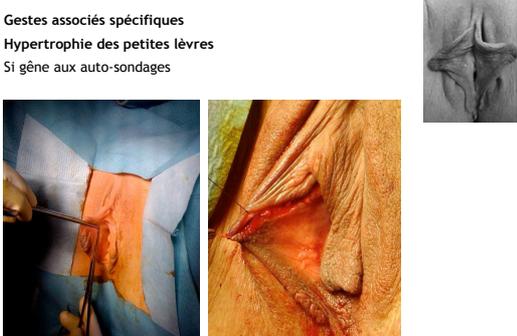
Risques de complications

Pyométrie (l'utérus est laissé en place)
Si les canaux de drainage latéraux ne sont pas perméables

Shayya et al. *Obstet Gynecol* 2009
 Roth. 2007

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Gestes associés spécifiques
Hypertrophie des petites lèvres
 Si gêne aux auto-sondages



Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Fragilité des opérées ayant une atteinte neurologique

Co-morbidité

- Asthénie (SEP)
- Risque HRA (paraplégique haute et tétraplégique)

Installation sur table

- difficulté de mise en position gynéco (spasticité, rétractions ligamentaires irréductibles)

Dérivation ventriculo-péritonéale (hydrocéphalie Spina bifida)
 Pas de prothèse au contact de la dérivation
 Chirurgie vaginale à privilégier

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Risque septique des femmes neurologiques pour la chirurgie du prolapsus

Colonisation MRSA (*methicillin-resistant Staphylococcus aureus*)
 Fréquence de la colonisation chez les neurologiques ayant des troubles urinaires ++
 Septicémie Staph Meti-R après chirurgie du prolapsus
 Femme de 75 ans. Diabète.
 Malgré diagnostic de colonisation urinaire et traitement 10 jours pré-opératoire
 Sepsis 4 semaines après chirurgie

Marzolf et al. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2010

Traitement immunosuppresseur et corticothérapie
 Contre indication (au moins relative) à la mise en place de prothèses synthétiques

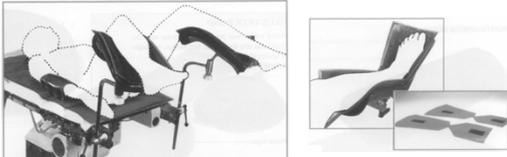
Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Problèmes d'installation
 Parfois, impossibilité à mettre en position gynécologique satisfaisante.

Hanche paralytique (subluxation luxation, déformations)
 Maladies neuromusculaires de l'enfant :

- infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC)
- spina bifida, arthrogrypose, poliomyélite

Spasticité, rétractions



Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Difficultés anesthésiques et prolapsus génital

Anesthésie de la blessée médullaire
 Hyperreflexie autonome (HRA)

Toute stimulation nociceptive en dessous de la lésion peut provoquer une décharge sympathique majeure avec une vasoconstriction intense responsable d'une hypertension artérielle sévère.

Ce phénomène est très fréquent (> 50 %) pour les lésions médullaires hautes > T6

Cependant des cas ont été décrits pour des atteintes plus basses jusqu'à T10

Hamby et Martin *Anaesthesia* 1998
 Teasell et al. *Arch Phys Med Rehabil* 2000

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Difficultés anesthésiques et prolapsus génital

Anesthésie de la blessée médullaire

Anesthésie loco-régionale ++

- bloque les réponses neurovégétatives = meilleure prévention de l'HRA
- moindre retentissement sur la fonction respiratoire

Difficultés de la raché-anesthésie chez la blessée médullaire

- rachis remanié par le traumatisme, et-ou la stabilisation chirurgicale
- présence de matériel d'ostéosynthèse (n'est pas une contre-indication)

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Autres particularités des femmes neurologiques opérées

Post-opératoire

- protection cutanée (prévention des escarres) si blessée médullaire
inspection quotidienne, matelas adapté (type alternating à air)
prévenir et traiter une anémie associée (aggrave risque des escarres)
- prévenir la constipation et lutter contre la dyschésie
- anticoagulation prophylactique
chirurgie du prolapsus = chirurgie à risque modéré

Problèmes liés à l'hospitalisation des femmes neurologiques

- accès fauteuil roulant
- dépendance envers une tierce personne

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Conclusion

Les pathologies neurologiques ne semblent pas être un facteur de risque
Hormis peut être les efforts de poussée chronique (vidange vésicale) NP ??

Rôle de la rééducation

Large place des pessaires chez les femmes lourdement handicapées

Chirurgie possible bien que non évaluée en cas de handicap léger ou absent
(et si échec ou intolérance au pessaire)

Corrigera la gêne liée à l'extériorisation (autres symptômes ?)

Préférer ALR (donc voie vaginale)

Environnement opératoire ++

Évaluation multidisciplinaire pré-opératoire avec bilan urodynamique