

Les troubles de la statique chez la femme neurologique

Xavier Deffieux

Chirurgie Gynécologique
Hôpital Antoine Béclère, Clamart
Université Paris Sud

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

Diagnostic clinique des prolapsus génitaux

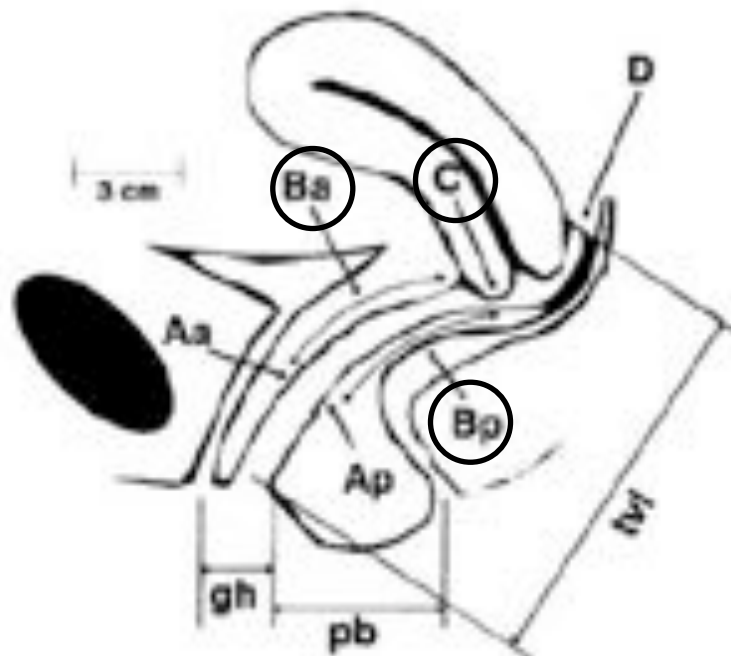
Examen clinique des prolapsus génitaux

Classification ICS POP-Q (stades)

Vessie vide ++ Valves ++

Lors d'efforts de poussée ++

Position gynéco +/- debout ++



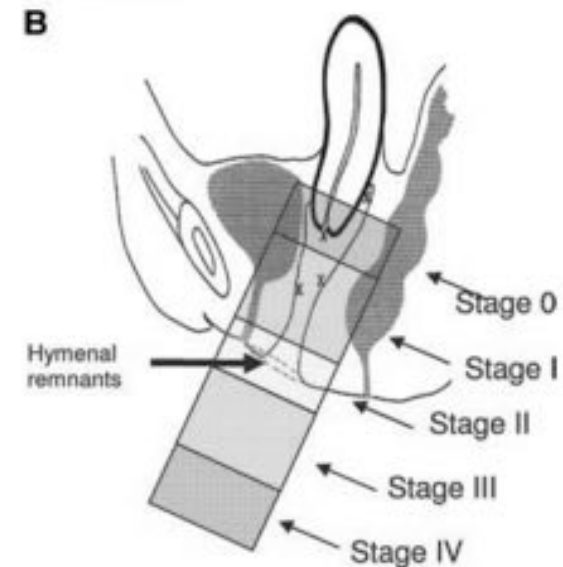
AND

Neurourology and Urodynamics 29:4-20 (2010)

REVIEW ARTICLE

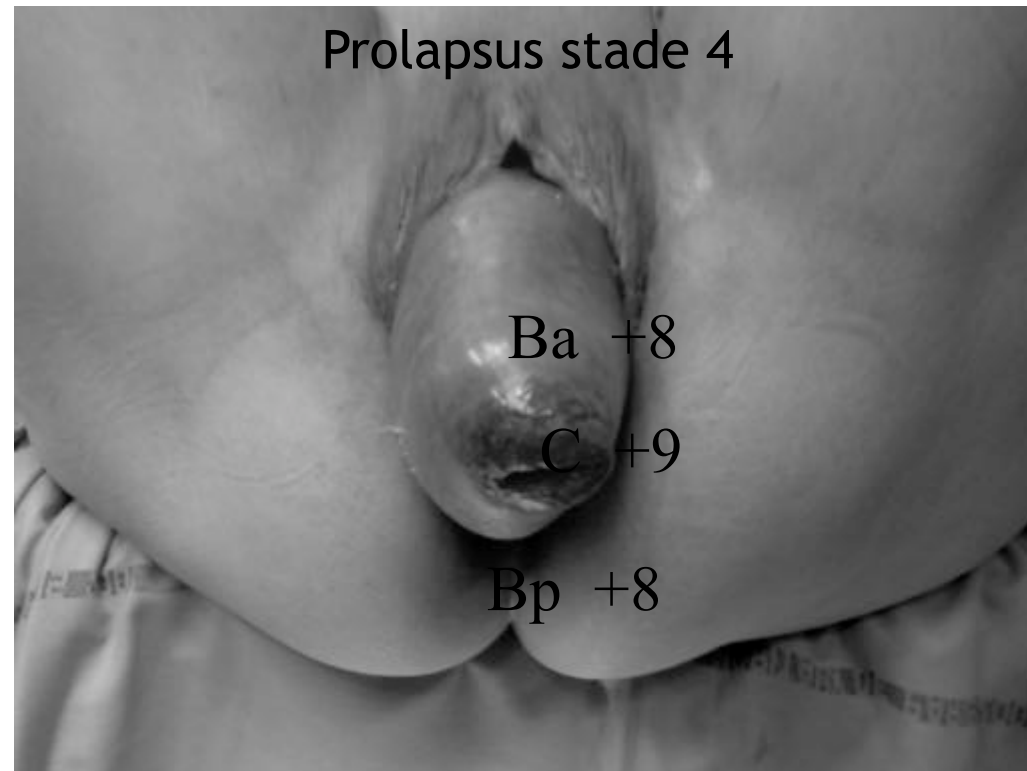
An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction

Bernard T. Haylen,^{1,2,3,5} Dirk de Ridder,^{2,1,5} Robert M. Freeman,^{3,1,5} Steven E. Swijft,^{4,1,5} Bary Berghmans,^{5,1,5} Joseph Lee,^{6,7} Ash Monga,^{7,1,5} Eckhard Petri,^{8,9} Diaa E. Rizk,^{9,10} Peter K. Sand,^{10,11,12} and Gabriel N. Schaer¹¹
¹University of New South Wales, Sydney, New South Wales, Australia
²University Hospital, UZ Leuven, Belgium
³Derriford Hospital, Plymouth, Devon, UK
⁴Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina
⁵Maastricht University Hospital, Maastricht, the Netherlands
⁶Mercy Hospital for Women, Melbourne, Victoria, Australia
⁷Princess Anne Hospital, Southampton, UK
⁸Klinikum Schwerin, Schwerin, Germany
⁹Ain Shams University, Cairo, Egypt
¹⁰Evanston Continence Centre, Evanston, Illinois
¹¹Kantonsspital, Aarau, Switzerland



Diagnostic clinique des prolapsus génitaux

Examen clinique des prolapsus génitaux



Diagnostic clinique des prolapsus génitaux

Pièges diagnostiques

Diagnostic ?



Diagnostic clinique des prolapsus génitaux

Pièges diagnostiques

IRM

Fibrome de la cloison
vésico-vaginale



Diagnostic clinique des prolapsus génitaux

Pièges diagnostiques

Diagnostic ?



Diagnostic clinique des prolapsus génitaux

Pièges diagnostiques

IRM Kyste vaginal

Autre étiologie possible : diverticule urétral



Pièges diagnostiques

Diagnostic ?



Diagnostic clinique des prolapsus génitaux

Pièges diagnostiques

Ascite sur cancer de l'ovaire

Elytrocèle après hystérectomie

**TV et examiner abdomen ++
devant tout prolapsus**

+/- échographie pelvienne

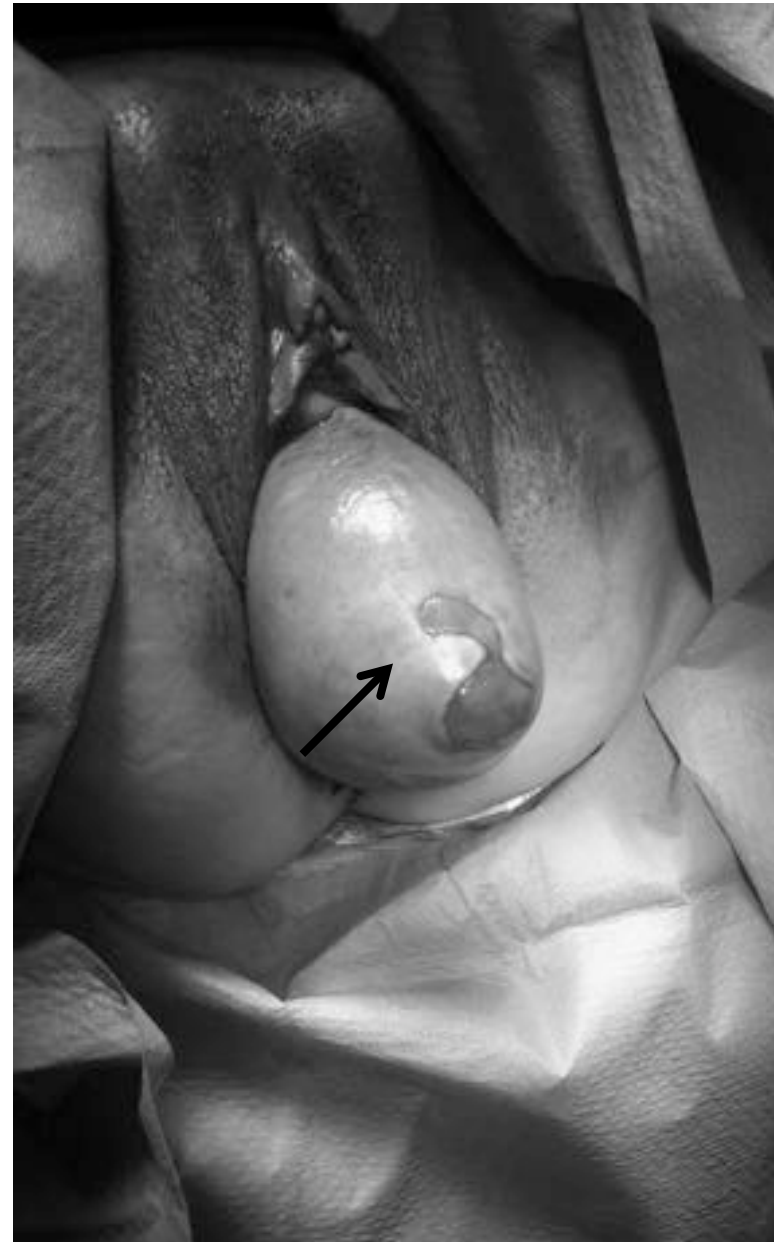


Diagnostic clinique des prolapsus génitaux

Pièges diagnostiques

Ulcérations

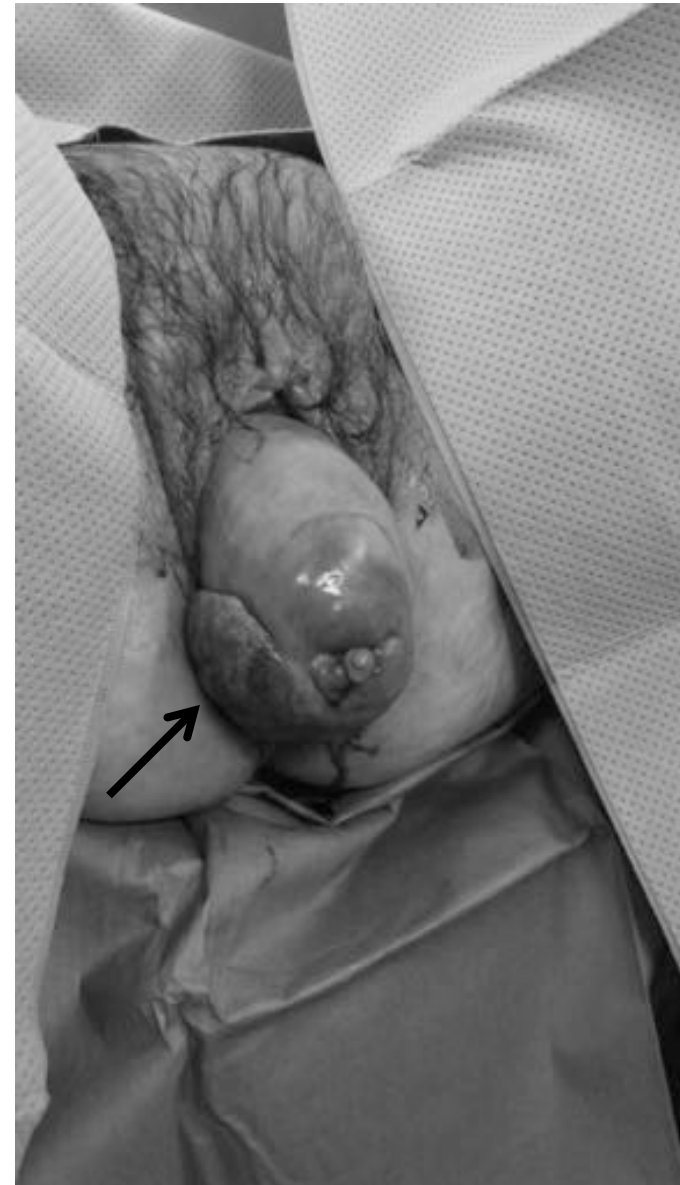
(par frottement du prolapsus sur les sous-vêtements)



Pièges diagnostiques

**Ulcération ≠ lésion bourgeonnante
...biopsie**

Carcinome épidermoïde du vagin



Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Qu'est-ce qui pourrait favoriser les prolapsus chez les neurologiques ?

Malformation / dysfonction tissulaire associée

Quelques cas de prolapsus néonataux associés à *spina bifida*

Efforts de poussée chroniques (dysurie, dyschésie)

Corrélation entre **dyschésie** et prolapsus (rectocèle, entérocele) ?

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

Vessie périphérique (queue de cheval, après chirurgie radicale pelvienne)

Auto-sondages recommandés vs vider en poussant « Accord d'expert » (NP=0)

Prolapsus génital néo-natal

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Prolapsus néonataux associés à un spina bifida

77% des cas des prolapsus génitaux/rectaux néonataux



Henn et al. *IJJ* 2014

Prolapsus néonataux associés à un spina bifida

77% des cas des prolapsus génitaux/rectaux néonataux

Physiopathologie :

- Dénervation >> *amyotrophie levator ani*
- En dehors des spina bifida : présentation du siège
- Voie d'accouchement n'est pas un facteur de risque

Prolapsus néonataux associés à un spina bifida

Diagnostic différentiel

- ureterocèle
- Rhabdomyosarcome
- kystes para-urétraux

Traitement

- Réintroduction manuelle (digitale)
- Pessaire (Penrose, nipple)
- Suture lèvres
- Ventrofixation utérine

Récidive fréquente si *spina bifida* tant que le défaut n'est pas opéré

-

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Prolapsus néonataux associés à un spina bifida

77% des cas des prolapsus génitaux/rectaux néonataux

Parameter	Type 1	Type 2
Prevalence	77 %	23 %
Presentation at delivery	Most cases had cephalic presentation	Breech in 75 % of cases
Associated finding	Spina bifida with meningocele/myelomeningocele	Neurologically normal
Presentation	Days 2–7 of life	Present at birth
Management	More complex reduction procedures required (e.g. pessary, labial suturing, surgery)	Simple digital reduction sufficient
Outcome	Requires surgical repair of neural tube defect to prevent short-term recurrence	Often no further intervention required
Long term	Neural tube defects associated with POP in adult life	Not known

Prolapsus génital de la femme adulte

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

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Incidence annuelle moyenne du prolapsus génital chez les femmes

Cas pour 100 femmes-années

Auteur	N	Age	Compartiment	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

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 latencies (PNTML), anal canal (AS) and rectal sensation (RS) in multiple sclerosis (incontinent, MSI and continent, MSC), 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)*†	80 (30-140)	50 (10-160)‡	98 (30-200)*	*0.002 †0.02
VCP (cm H ₂ O)	25 (0-100)*§	65 (0-260)‡§	40 (0-200)	120 (30-300)*‡	*0.0001 ‡0.0004 §0.03
PNTML (mS)	2.08 (1.5-3.3)†	2.1 (1.75-2.5)	2.5 (1.7-5.5)†	2.08 (1.4-2.6)	†0.0009
FD	1.7 (1.1-2.4)*	1.7 (1.1-2.6)‡	1.8 (1.1-3)	1.5 (1.1-1.75)*‡	*0.006 ‡0.001
AS (mA)	4.2 (1.7-18)†	5 (2.6-11)	7.4 (1.6-39)†	4.9 (1.5-13.6)	†0.002
RS (mA)	14.9 (4.8-53)†	18 (4.8-40)	28.4 (4.99)†	23.6 (4.7-67)	†0.012

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

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

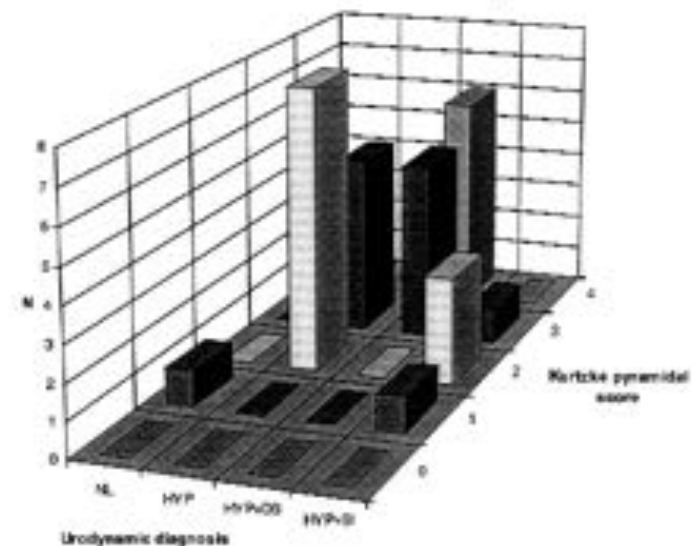
Pas de corrélation entre EDSS et bilan urodynamique

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. Baert^{1*}

Neurourology and Urodynamics 17:537-542 (1998)



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

280 femmes SEP suivies pendant 13 ans (âge moy 50 ans)

Définition

IUE (test à la toux positif)

Prévalence 16%

IMC \nearrow chez SEP-IUE vs SEP : 30 vs 25 kg/m² (p <0.005)

Prolapsus (\geq stade 2)

Prévalence 9%

A Surprisingly Low Prevalence of Demonstrable Stress Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Women with Multiple Sclerosis Followed at a Tertiary Neurogenic Bladder Clinic

Benjamin E. Dillon,* Casey A. Seideman, Dominic Lee, Benjamin Greenberg,†
Elliot M. Frohman and Gary E. Lemack‡



Dillon et al. J Urol 2013

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

NCBI Resources How To Sign In to NCBI

PubMed.gov US National Library of Medicine National Institutes of Health

PubMed Cauda equina syndrome genital prolapse Search

Save search Advanced Help

- See the search details
- No items found

« Cauda equina syndrome » « pelvic organ prolapse » « genital prolapse »

You are here: NCBI > Literature > PubMed Write to the Help Desk

GETTING STARTED <ul style="list-style-type: none">NCBI EducationNCBI Help ManualNCBI HandbookTraining & Tutorials	RESOURCES <ul style="list-style-type: none">Chemicals & BioassaysData & SoftwareDNA & RNADomains & StructuresGenes & ExpressionGenetics & MedicineGenomes & MapsHomologyLiteratureProteinsSequence AnalysisTaxonomyTraining & TutorialsVariation	POPULAR <ul style="list-style-type: none">PubMedBookshelfPubMed CentralPubMed HealthBLASTNucleotideGenomeSNPGeneProteinPubChem	FEATURED <ul style="list-style-type: none">Genetic Testing RegistryPubMed HealthGenBankReference SequencesGene Expression OmnibusMap ViewerHuman GenomeMouse GenomeInfluenza VirusPrimer-BLASTSequence Read Archive	NCBI INFORMATION <ul style="list-style-type: none">About NCBIResearch at NCBINCBI NewsNCBI FTP SiteNCBI on FacebookNCBI on TwitterNCBI on YouTube
---	--	---	--	--

Copyright | Disclaimer | Privacy | Browsers | Accessibility | Contact
National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine
8600 Rockville Pike, Bethesda MD, 20894 USA

Conclusion...

Pathologie neurologique = facteur de risque de prolapsus ?

Probablement pas la SEP...

Quid des efforts de poussée chronique (dyschésie, dysurie) ?

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 défécatoires	?	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 <i>appuie</i> dans le bas du ventre ?
2.	Avez-vous souvent une sensation de <i>pesanteur</i> ou de <i>lourdeur</i> 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 <i>douleurs</i> ou une sensation d' <i>inconfort</i> dans le bas du ventre ou dans la région génitale ? <input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui
<u>Si oui, cela vous gêne-t-il...</u>	
0	<input type="checkbox"/> 1 Pas du tout
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 Un peu Moyennement
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4 Beaucoup
PFDI-20	

De manière générale, à quel point les symptômes ou troubles suivants →→→→ affectent-ils ↓	<i>Symptômes urinaires ou vessie</i>	<i>Symptômes intestinaux ou rectum</i>	<i>Symptômes vaginaux ou pelviens</i>
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

PFIQ-7

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 »

Comment faire ?

Interrogatoire

- Chronologie des symptômes par rapport au développement du prolapsus
- Test au pessaire (dysurie, dyschésie, gêne pelvienne et périnéale)
- Problème : non réversibilité de certains troubles (HAV / obstacle)

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 ? Pas d'effet démontré sur l'extériorisation d'un prolapsus

Changer de profession ?

Poste de travail adapté (limiter efforts)

Éviter les efforts de soulèvements ?

Aide ménagère au domicile ?

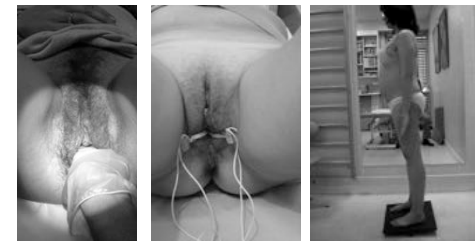
Traitements non chirurgicaux du prolapsus (risque ≈ 0)

Méta-analyse (Cochrane) 2012

4 essais randomisés, 857 patientes

La **rééducation périnéale** a un effet démontré (NP1)

- Diminution symptômes associés au prolapsus
- Diminution sévérité du prolapsus (II I) : 15% des femmes



Hagen et Stark Cochrane Database 2012

Pas d'étude spécifique chez la neurologique...

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Efficacité du pessaire

Etude prospective (n=75)

Mise en place possible

3 mois d'utilisation

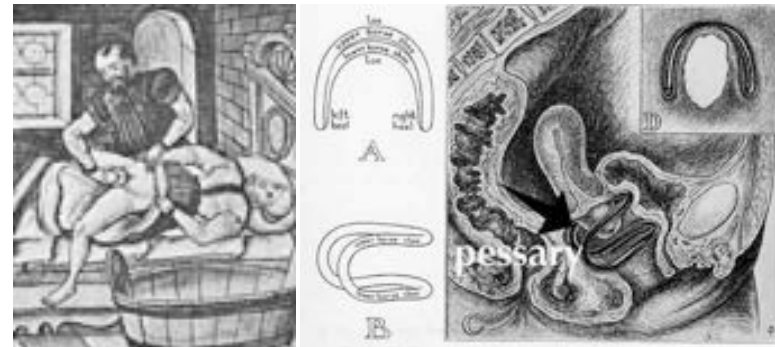
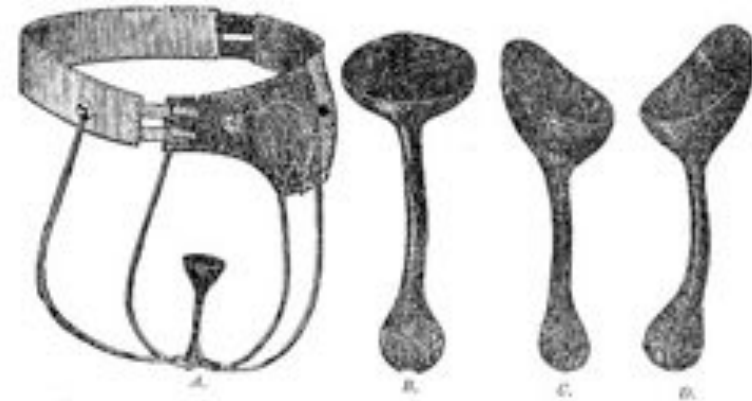
PFDI-20 et PFIQ-7

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



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

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



Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Les différents types de pessaires



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*

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



Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Complications des pessaires

Echec

Incontinence urinaire démasquée

Ulcérations vaginales

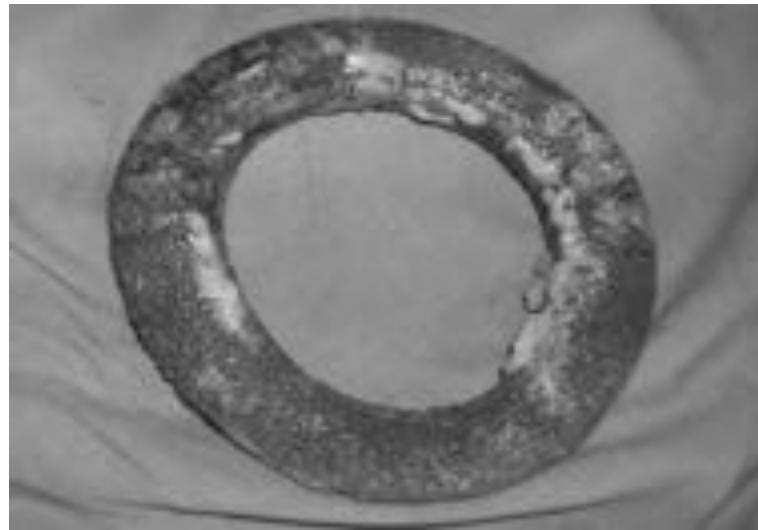
Eviscération par le vagin (accident de voiture)



Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Complications des pessaires

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



Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Prévention des complications

COLPOTROPHINE 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)

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

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)

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

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

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Pathologies associées dans les séries d'évaluation des pessaires

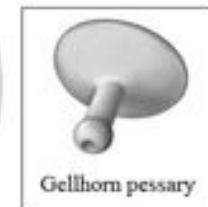
50% des femmes (âge moyen 61 ans) chez qui un pessaire est prescrit :

- 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



© Healthwise, Incorporated

Dextérité et pessaires

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

Parallélisme autosondages / 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...

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

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 Jelovsek, 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

Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Bilan urodynamique pré-opératoire

Objectifs

Hyperactivité détrusorienne ?

Rechercher une incontinence démasquée

Altération débimétrie ?

Cystomanométrie et prolapsus génital

Dépister l'existence d'une hyperactivité détrusorienne

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

Incidence de l'hyperactivité corrélée au stade de la cystocèle

- 20% d'hyperactivité détrusorienne 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 démaqu岸

- Doigts de l'examineur
- Pince longuette
- 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 $> 30^\circ$



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-périnéorraphie postérieure superficielle)



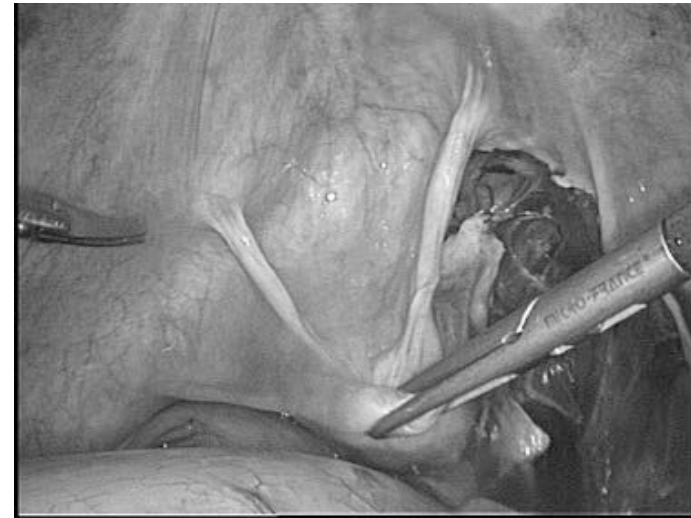
Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Promontofixation laparoscopique



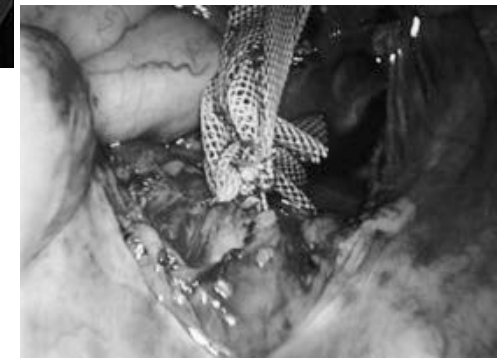
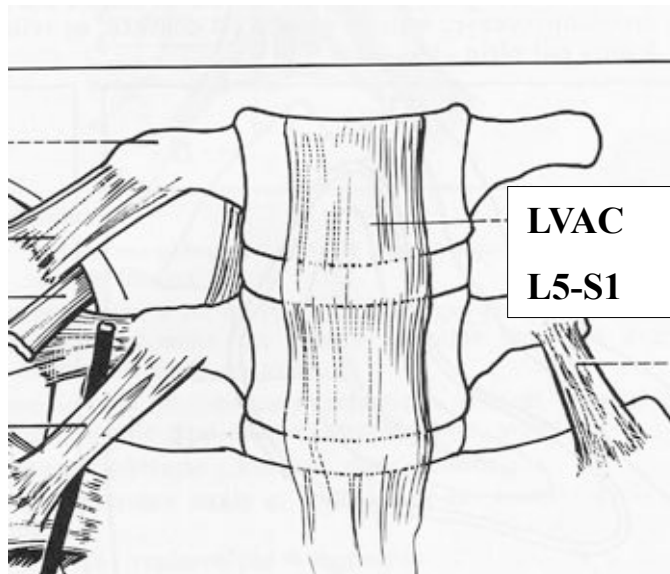
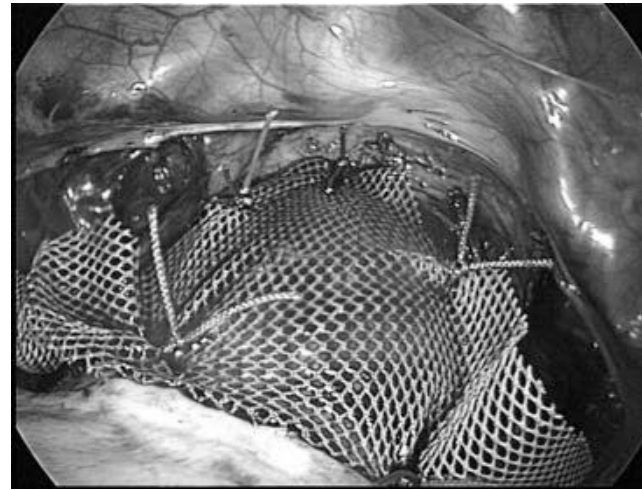
Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Promontofixation laparoscopique



Prolapsus génital et pathologies neurologiques

Promontofixation laparoscopique



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 ?

Promontofixation laparoscopique
...et dérivation ventriculo-péritonéale

Anti-retour

Limiter la pression intra abdominale

Ventrofixation coelioscopique ...faisable



CASE REPORT

**Laparoscopic Hysteropexy in a Patient with Spina
Bifida and Ventriculoperitoneal Shunt**

Ali Ghomi, MD, Reza Askari, MD, Seshadri Kasturi, MBBS, Samadh F. Ravangard, DO

Ghomi et al. *JSLs*, 2011

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

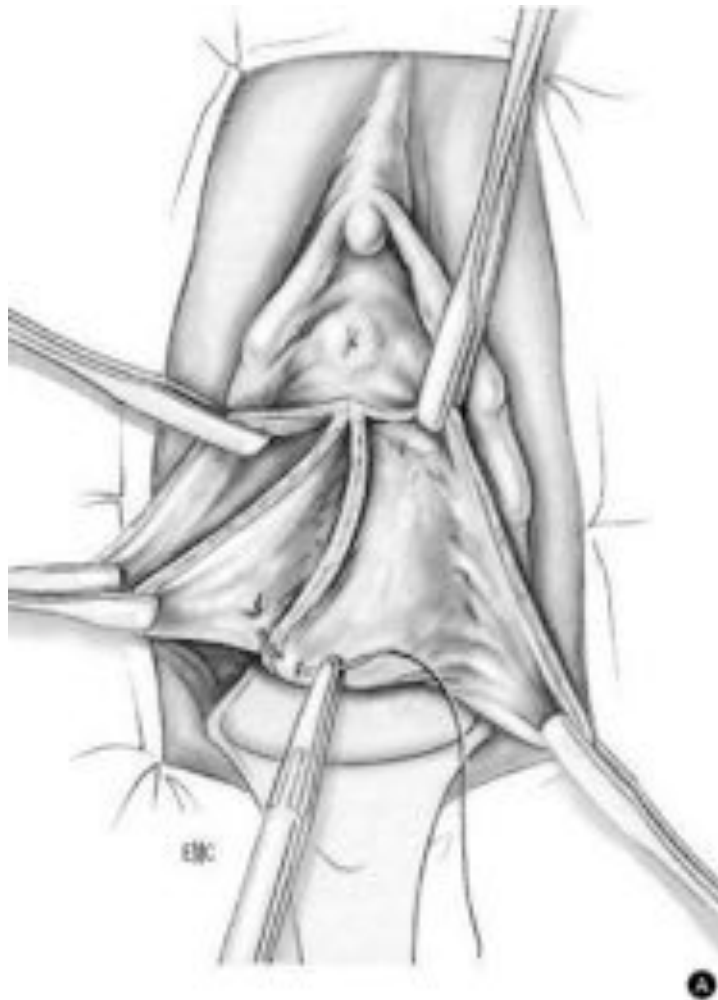
→ Corrige rectocèle

+/- hystérectomie

+/- résection et plicature péritoine cul-de-sac de Douglas

+/- cure de béance vulvaire

Chirurgie par voie vaginale



Chirurgie par voie vaginale



PROLIFT ®

PELVICOL® (derme porcin)

GYNEMESH-SOFT® (Soft-Prolène®)

UGYTEX® (polypropylène + film hydrophile) 4 “bras”

CYSTO- et RECTO-SWING® (polyester gainé de polyuréthane)

Chirurgie par voie vaginale

Chirurgie vaginale prothétique

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

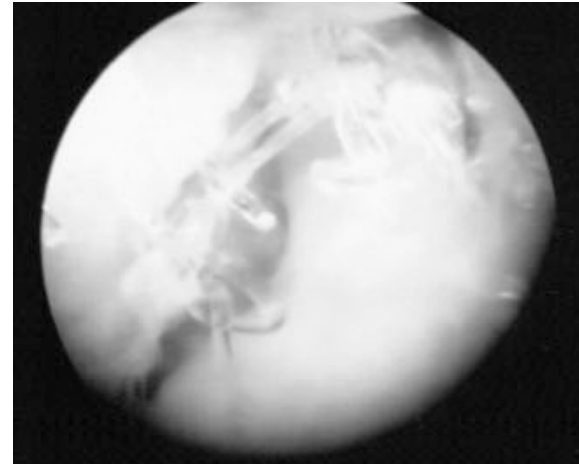
Complications post-opératoires

- * Exposition prothétique vaginale

En regard des cicatrices de colpotomie

Avant 12 mois (en général)

- * Érosions viscérales... à venir (long terme)
- * Infection
- * Rétraction « shrinkage »
- * Dyspareunies



Techniques oblitérantes par voie vaginale

Colpectomie totale (colpocleisis)

Colpectomie quasi-totale (LeFort)

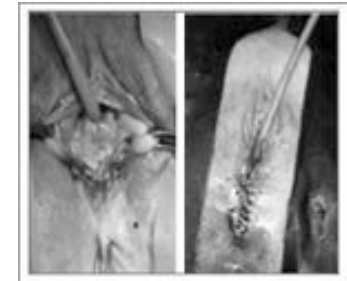


Technique rapide, anesthésie locale ou loco-régionale, peu de complications

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



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

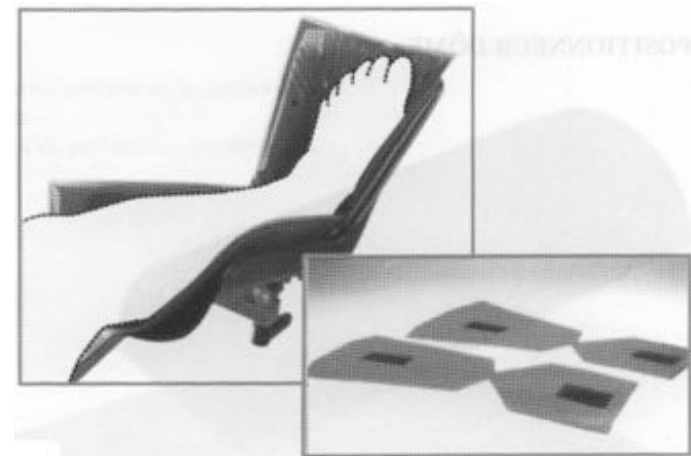
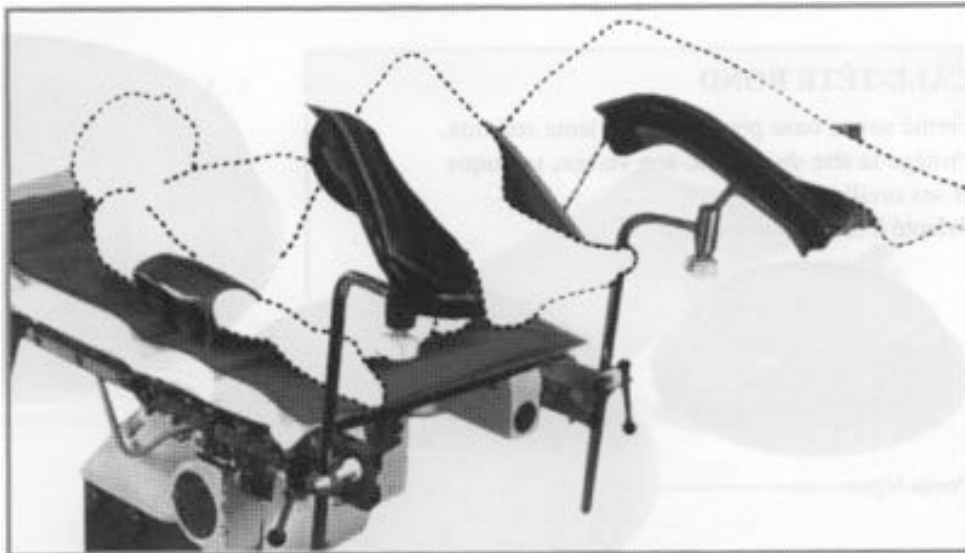
Parfois, impossibilité à mettre en position gynécologique satisfaisante.

Hanche paralytique (subluxation luxation, déformations)

Maladies neuromusculaires de l'enfant :

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

Spasticité, rétractions



Difficultés anesthésiques et prolapsus génital

Anesthésie de la blessée médullaire

Hyperréflexie 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

Hambly et Martin *Anaesthesia* 1998

Teasell et al. *Arch Phys Med Rehabil* 2000

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 rachi-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)

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

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