

SYNTHESE

Prolapsus génital de la femme : Prise en charge thérapeutique

Prise en charge chirurgicale

Validée par le Collège le 6 mai 2021

L'essentiel

- Le bilan préchirurgical est réalisé par un spécialiste.
- Le bilan est uniquement clinique en présence d'un prolapsus isolé sans autre symptôme associé.
- Le choix d'un traitement chirurgical est une décision médicale partagée avec la patiente
- L'utilisation d'une classification est encouragée pour décrire précisément les lésions et en suivre l'évolution.
- La chirurgie peut être proposée : si prolapsus significatif (\geq stade 2) avec symptômes handicapants et si traitement conservateur insuffisant.
- Initier la prise en charge des facteurs de risque modifiables, avant chirurgie, en particulier en cas de récurrence.

Information de la patiente en préchirurgie

- Favoriser une décision médicale partagée
- Présenter les différentes options thérapeutiques adaptées à sa situation
- Informer des bénéfices attendus et des complications spécifiques, de chaque option thérapeutique
- Informer du risque de récurrence du prolapsus
- Informer du suivi post opératoire à faire

Évaluation préchirurgicale

Examen clinique

- Rechercher les facteurs de risque de survenue d'un prolapsus (ou aggravants), en particulier si récurrence
- Évaluer la concordance entre les symptômes et l'examen clinique
- Évaluer les symptômes du prolapsus (compartiments, classification), leur retentissement et les symptômes associés
- Évaluer le profil médical de la patiente et les traitements déjà effectués

Examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> – Si prolapsus isolé : pas d'examen complémentaire – Si symptômes pelviens associés : examens à adapter en fonction – Imagerie dynamique : si dysfonction anorectale suspectée ou si symptômes non concordants avec l'examen clinique – Bilan urodynamique : si dysurie, et/ou incontinence urinaire et hyperactivité vésicale, pour aider à la compréhension des mécanismes et améliorer l'information – Si troubles ano-rectaux : prendre avis spécialisé avant cure de rectocèle
Classification	<ul style="list-style-type: none"> – De préférence la classification POP-Q
Indications de la chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> – Après avoir proposé une prise en charge non chirurgicale – En cas de persistance de symptômes handicapants et prolapsus significatif (stade ≥ 2) – En association avec la prise en charge des facteurs de risque (ou aggravants) modifiables
Concertation pluridisciplinaire 1	<ul style="list-style-type: none"> – Indiquée si prolapsus génital complexe²

Indications des techniques chirurgicales

Le choix de la technique chirurgicale dépend des symptômes, du type de prolapsus génital, du terrain sous-jacent (comorbidités) et des attentes de la patiente (décision médicale partagée).

Voie basse autologue

- Plutôt chez les patientes fragiles (car intervention brève et réalisable sous rachianesthésie) ou en cas de rectocèle isolée moyenne ou basse

Colpocleisis (fermeture du vagin)

- Chez les patientes très âgées avec comorbidités ne pouvant tolérer un autre type de chirurgie

Voie haute, promontofixation avec prothèse synthétique³

- En cas de prolapsus apical (hystéroptose, trachéoptose et prolapsus du fond vaginal) et de cystocèle

Voie basse avec prothèse synthétique

- Actuellement utilisation suspendue compte tenu du risque de complications (exposition de prothèse, douleurs postopératoires, érosion des tissus avoisinants, et infection), et autorisée uniquement dans le cadre de la recherche clinique⁴
- Dans le cadre de la recherche clinique, en cas de chirurgie de dernier recours, si prolapsus récidivé et chez une patiente informée des risques de complications

¹ Cette équipe pluridisciplinaire doit inclure au minimum un chirurgien spécialisé en urologie et un chirurgien spécialisé en gynécologie-obstétrique.

² Prolapsus génital complexe : échecs et récurrences après chirurgie, patientes souffrant de douleurs chroniques, en cas de discordance entre la plainte de la patiente et l'examen clinique, situations associant des troubles importants de plusieurs fonctions pelviennes ou générales et qui nécessitent un avis pluridisciplinaire.

³ Dispositifs actuellement en cours d'évaluation : à compter du 27 septembre 2021 ces implants devront être inscrits sur la liste intra-GHS pour pouvoir être utilisés.

⁴ Actuellement, suite à l'avis de la Haute Autorité de santé, le ministère des Solidarités et de la Santé a suspendu l'utilisation de ces prothèses qui ne sont plus disponibles et ne peuvent être utilisées que dans le cadre d'une étude clinique.

Stratégie chirurgicale en cas d'incontinence urinaire préopératoire associée

- Proposer de ne pas opérer dans un même temps prolapsus et incontinence urinaire d'effort (IUE) patente ou masquée
- Informer la patiente du risque d'apparition ou persistance de l'IUE après chirurgie du prolapsus

Surveillance post-chirurgie

- Réévaluation systématique en consultation postopératoire et à distance de l'intervention (dans ce dernier cas par un médecin de premier recours ou un médecin spécialiste)
- Consultation complémentaire postopératoire si apparition de symptômes anormaux (par exemple : fièvre, saignement, douleurs intenses, malaises, vomissements, rétention urinaire, etc.)
- En cas de prothèse : consultation avec le chirurgien si douleurs chroniques, saignements anormaux (vaginal, urinaire ou anal), pertes vaginales anormales, même tardivement
- Après chirurgie et en l'absence de symptômes : reprise progressive des activités à partir de la troisième semaine postopératoire (à adapter aux conditions d'activité professionnelle et d'activité physique)
- Après chirurgie et en l'absence de symptômes : reprise possible des rapports sexuels au-delà de 4 semaines postopératoires
- Informer du risque de récurrence du prolapsus.

Cette synthèse est complémentaire de la fiche de synthèse « [Évaluation et prise en charge conservatrice](#) ».

Ces documents sont issus du texte de recommandations « [Prolapsus génital de la femme - Prise en charge thérapeutique](#) ».