

Les Pièges de la Promontofixation par cœlioscopie

GYNAZUR 2024

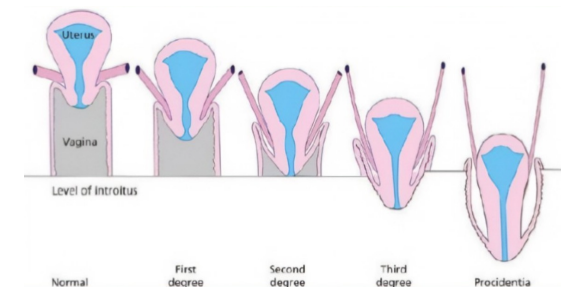
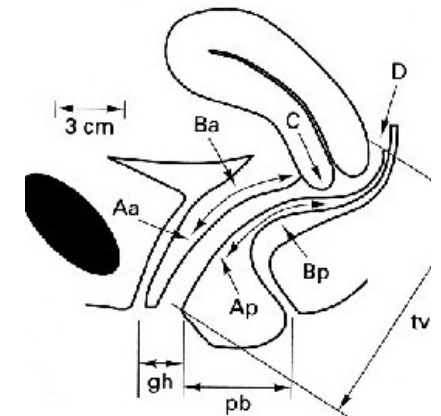
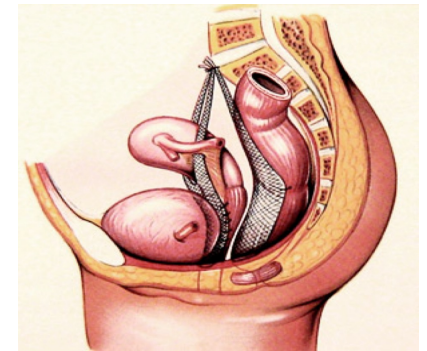
Olivier Toullalan
Centre Hospitalier de Cannes

28 JUIN 2024



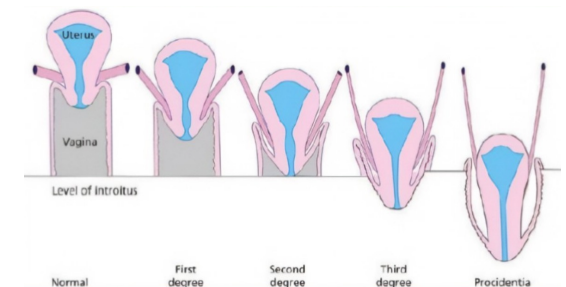
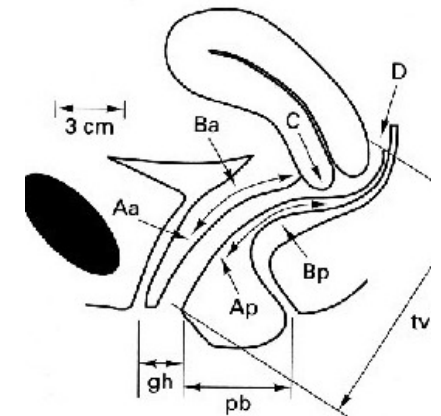
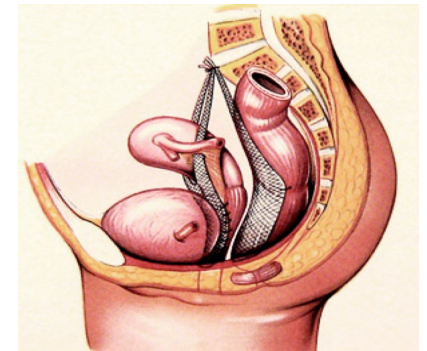
Pièges de la Promontofixation

- Piège Médico légal
- Piège Urétéral
- Pièges Vasculaires du promontoire
- Pièges Dissection Recto vaginale
- Pièges Dissection vésico vaginale



Pièges de la Promontofixation

- Piège Médico légal
- Piège Urétéral
- Pièges Vasculaires du promontoire
- Pièges Dissection Recto vaginale
- Pièges Dissection vésico vaginale





Le piège médico légal



Chirurgie fonctionnelle

+

Pose de Prothèse



Nécessité de résultat -
Amélioration de qualité de vie



Nous parlons d'érosions.....

Mais

Les patientes parlent de Handicap...

- Détérioration de leur qualité de vie
- Douleurs chroniques... cauchemars
- Dyspareunies....
- Atteinte à leur féminité et leur intégrité...
- Plaintes pour tromperie aggravée et blessures involontaires



« MESH Files »

Implants ...TOUTES COBAYES?



DISPOSITIF ANTI-FUITES URINAIRES: 44 FEMMES PORTENT PLAINTE APRÈS DES EFFETS SECONDAIRES GRAVES

Ambre Lepoivre Le 26/12/2022 à 17:42



senup 00800 / 1995 1995
Du lundi au vendredi de 9h à 17h
Connexion Mon panier
Incontinence Hygiène Soins Maintien à domicile Blog Contactez-nous
Recherchez un article, exemple : biquille

Trouver un article

Derniers articles

- Publié le 31 mars 2023
Incontinence et microbiote urinaire : quel rapport ?
- Publié le 10 mars 2023
Les bienfaits de la pratique du yoga sur l'incontinence urinaire
- Publié le 3 mars 2023
Comprendre l'hyperactivité vésicale et ses conséquences
- Publié le 31 janvier 2023
Le divorce en hausse chez les seniors

Catégories

Les bandelettes sous-urétrales : une solution controversée

BLOG Publié le 30 juin 2020



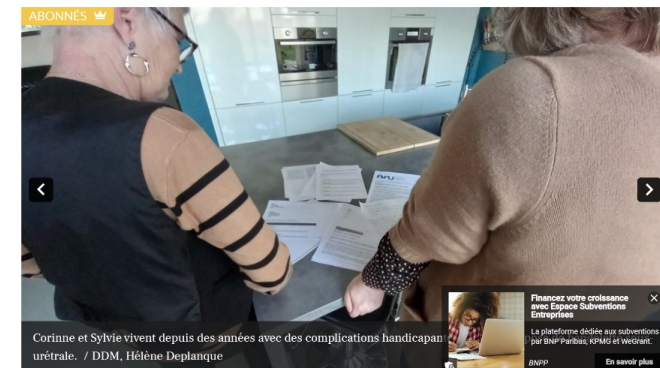
PARTAGER SUR



L'incontinence urinaire touche près d'une femme sur 5 dans le monde. Depuis les années 2010, ce sont plus de 50.000 dispositifs de bandelettes sous-urétrales qui sont implantés chaque année. Les bandelettes sous-urétrales sont ainsi l'un des dispositifs les plus utilisés pour le traitement de l'incontinence urinaire.



"C'est un scandale médical" : la vie de ces Tarn-et-Garonnaises gâchée après la pose d'un implant contre les fuites urinaires



VIDEO. "Cash Investigation". Natacha vit un calvaire avec une prothèse vaginale qui n'a pas été conçue pour être explantée

Le gynécologue de Natacha a choisi, il y a huit ans, de lui implanter une prothèse vaginale pour soigner sa descente d'organes. Ce dispositif médical marche souvent. Pas dans son cas... Extrait de "Implants : tous cobayes ?", une enquête de Marie Maurice et Edouard Perrin diffusée mardi 27 novembre 2018.

Implants ...TOUTES COBAYES?

Oui nous pouvons encore faire des
PROMONTOFIXATIONS ...



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Mais dans certaines conditions

En suivant des recommandations...

Lieu / Qui ? / RCP/ Info patiente/Post op

Critères d'éligibilité à la chirurgie



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

- Avant de proposer une chirurgie du prolapsus génital, il est recommandé que la **patiente soit informée de toutes les options thérapeutiques** (abstention, rééducation, pessaire, chirurgie) afin de permettre une décision partagée (AE).
- Si les options conservatrices ne répondent pas aux attentes de la patiente, il est recommandé que la **chirurgie soit proposée**
 - en cas de **symptômes handicapants**, en lien avec un prolapsus génital
 - **retrouvés à l'examen clinique**
 - et **significatifs** (stade 2 ou plus de la classification POP-Q) (AE).

Indications de la prise de décision en concertation par une équipe pluridisciplinaire

- Il est recommandé de discuter les **prolapsus génitaux complexes** en concertation pluridisciplinaire RCP (AE). (Gynéco, Uro, Viscéral, Gastro..)
- Le prolapsus génital complexe correspond aux situations suivantes :
 - les **échecs et les récurrences** après chirurgie
 - les patientes souffrant de **douleurs chroniques**
 - les cas de **discordance** entre la plainte de la patiente et l'examen clinique
 - des troubles importants de plusieurs fonctions pelviennes ou générales et qui nécessitent un avis pluridisciplinaire.
- L'avis émis lors de cette RCP est mentionné dans le dossier médical (AE).
- **Arrêté du 22 septembre 2021 encadrant la pratique des actes associés à la pose d'un implant**
 - la décision de pose d'un implant de renfort pour la cure de prolapsus doit faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire et d'une décision médicale partagée
 - **et il en est de même pour gérer une complication grave post-implantation.**

Fiche information patiente HAS



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Prolapsus génital de la femme

Des solutions pour le traiter

Avril 2022

Un prolapsus génital, appelé aussi « descente d'organes », peut apparaître à tout âge même s'il est plus fréquent après 50 ans. C'est encore un sujet tabou. Beaucoup de femmes n'osent pas en parler et vivent dans l'inconfort alors que des solutions existent.

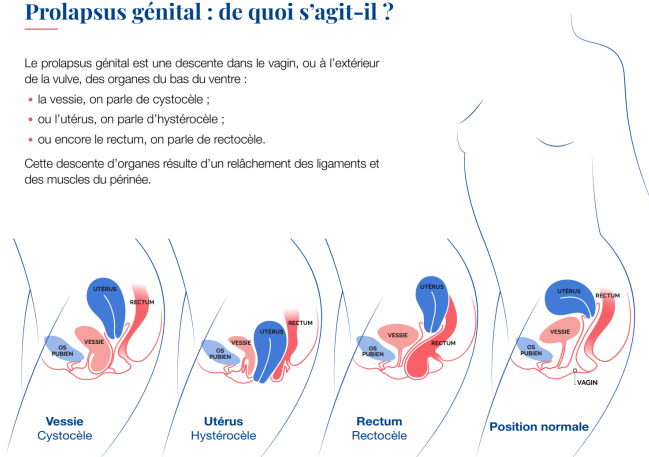
Ce document est conçu pour vous aider à mieux comprendre cette maladie et les différents traitements qui peuvent vous être proposés. Vous pourrez ainsi prendre la décision qui vous convient le mieux en lien avec votre médecin.

Prolapsus génital : de quoi s'agit-il ?

Le prolapsus génital est une descente dans le vagin, ou à l'extérieur de la vulve, des organes du bas du ventre :

- la vessie, on parle de cystocèle ;
- ou l'utérus, on parle d'hystérocèle ;
- ou encore le rectum, on parle de rectocèle.

Cette descente d'organes résulte d'un relâchement des ligaments et des muscles du périnée.



Qu'est-ce qui le favorise ?

Plusieurs facteurs peuvent participer à la survenue d'un prolapsus sans qu'il ne soit possible de définir une cause précise.

Les principaux facteurs de risque du prolapsus sont liés à l'âge, à la ménopause, aux antécédents obstétricaux (par exemple des accouchements difficiles, des grossesses multiples, ...), à des facteurs génétiques ainsi qu'à des situations favorisant une pression importante sur les organes pelviens (la toux chronique, la constipation chronique, la manière de porter des charges lourdes, l'obésité, la sédentarité, ...).

Quels sont les symptômes ?

Le prolapsus est parfois découvert par hasard lors d'un examen clinique alors qu'il n'occasionne aucun symptôme. Le symptôme le plus fréquent est la sensation de pesanteur pelvienne (sensation de boule ou de gêne dans le vagin), parfois associé à :

- des **troubles urinaires** (infections récurrentes, difficulté à uriner, fuites urinaires, besoins d'uriner urgents et fréquents) ;
- des **troubles anorectaux** (constipation, incontinence anale) ;
- des **troubles sexuels ou vaginaux** (gênes ou douleurs lors des rapports).

La présence d'une « boule » dans le vagin occasionne un inconfort qui varie selon le stade d'avancement. Généralement, c'est en position debout et en fin de journée que la gêne est la plus forte.

Un traitement est nécessaire en cas de gêne avérée, impactant votre qualité de vie ou en cas de troubles associés. (urinaires, anorectaux, sexuels). Dans les autres cas, une simple surveillance suffit.

Quelles sont les conséquences ?

Ces symptômes du prolapsus peuvent avoir un impact sur votre qualité de vie. Ils peuvent :

- perturber vos activités physiques (diminution, voire arrêt de l'activité physique) ;
- affecter votre activité professionnelle, vos relations sociales ;
- avoir des répercussions sur votre activité sexuelle ;
- conduire à un mal-être (anxiété, dépression).

Comment le médecin fait-il le diagnostic ?

Le diagnostic de prolapsus est établi lors d'un examen clinique gynécologique. Il est parfois nécessaire de répéter cet examen pour bien visualiser le prolapsus.

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour confirmer le diagnostic.

Votre médecin vous questionnera aussi sur les conséquences du prolapsus sur votre quotidien, afin d'évaluer son retentissement.

Comment le prolapsus évolue-t-il ?

La prise en charge du prolapsus génital n'est pas une urgence. Il n'est généralement pas dangereux et ne présente pas de complications dans la grande majorité des cas. Seules les formes de prolapsus extérieures (vous pouvez voir ou sentir l'organe en dehors de la vulve) en permanence peuvent exposer à un risque de complications locales ou au niveau des reins.

Il n'y a pas non plus de risque d'aggravation rapide, **l'évolution naturelle du prolapsus est lente dans le temps.**

Quels sont les traitements possibles ?

Les traitements ont pour objectifs de maintenir en place les organes qui sont descendus et/ou d'agir sur les troubles associés (troubles urinaires, anorectaux et sexuels).

Il existe **deux types** de traitements : les **traitements conservateurs**, c'est-à-dire sans intervention chirurgicale, et les traitements chirurgicaux. Des mesures « **hygiéno-diététiques** » sont associées à ces traitements.

Mesures « hygiéno-diététiques »

Votre médecin, ainsi que les professionnels de santé qui participent à votre prise en charge, vous expliqueront les mesures à mettre en place au quotidien pour vous aider à réduire l'impact d'un prolapsus et éviter une récurrence :

- perdre du poids et privilégier une bonne hygiène alimentaire ;
- traiter la constipation chronique ;
- mieux gérer les efforts de poussée aux toilettes ;
- mieux gérer la manière de porter des charges ;
- mieux gérer les efforts de poussée lors de la toux ;
- limiter la sédentarité ;
- favoriser l'activité physique.

Traitements conservateurs

Dans la majorité des cas, ce sont des traitements conservateurs qui vous seront proposés : la pose d'un pessaire et/ou la prise en charge rééducative, associés à des mesures « hygiéno-diététiques ».

S'ils s'avèrent insuffisants, un traitement chirurgical pourra être envisagé.

→ **Le pessaire est un dispositif médical positionné dans le vagin pour corriger le prolapsus. Il peut être utilisé en permanence ou occasionnellement.**

Ce dispositif a démontré son efficacité et permet de soulager rapidement les symptômes. Il est adapté à toutes les patientes quels que soient leur âge et la sévérité du prolapsus.

Différents types de pessaires existent, votre médecin, sage-femme ou kinésithérapeute vous aidera à déterminer le modèle le plus adapté à votre situation. Parfois il est nécessaire de tester plusieurs pessaires avant de trouver le bon.

Pour plus d'informations sur les modalités d'utilisation du pessaire, consultez le document dédié « **Le pessaire gynécologique : à quoi ça sert ? Comment l'utiliser ?** »

Fiche information patiente HAS

→ La rééducation comprend différentes techniques (entraînement des muscles du plancher pelvien par exemple) qui vous seront proposées selon votre situation, et qui pourront évoluer en fonction de l'amélioration des symptômes.

Ces techniques rééducatives, pratiquées par un(e) kinésithérapeute ou une sage-femme, visent à limiter les situations à risque pour votre prolapsus et à optimiser le travail de vos muscles dans les activités quotidiennes.

La rééducation améliore les symptômes et la qualité de vie. Elle peut être proposée seule en cas de prolapsus modéré ou en association avec le pessaire.

Traitements chirurgicaux

La chirurgie pourra vous être proposée si les traitements conservateurs ne sont pas suffisants ou s'ils ne sont pas adaptés à votre situation.

Le choix de la technique chirurgicale résulte d'une **prise de décision partagée** entre vous-même et votre chirurgien. Elle dépend de votre situation clinique (type de prolapsus, symptômes, état de santé) et de vos attentes.

Différentes techniques chirurgicales existent, les principales actuellement utilisées sont :

- **La chirurgie par voie vaginale (autologue)**. Le chirurgien pratique des sutures des ligaments et des muscles du bassin, sans utiliser de prothèse, en passant par les voies naturelles (le vagin).
- **La chirurgie par voie abdominale (promontofixation)**. Le chirurgien utilise une prothèse synthétique pour replacer les organes en position haute. Cette technique s'effectue le plus souvent par coelioscopie.
- **Une autre technique est réalisée par voie vaginale (colpocléisis)** : il s'agit de fermer le vagin de façon définitive. C'est une technique peu invasive adaptée aux personnes âgées et fragiles. Dans ce cas, la pénétration vaginale n'est plus possible.

Actuellement, les prothèses synthétiques utilisées pour la chirurgie **par voie vaginale ne sont plus autorisées**.

Quelles informations vous aideront à prendre votre décision ?

Afin que vous puissiez participer à la décision de traitement, votre médecin doit vous informer des différentes options pour vous traiter.

Vous devrez être informée des bénéfices attendus et des complications spécifiques, fréquentes ou graves observées avec chaque option thérapeutique.

Vous devrez aussi être informée des modalités de surveillance et de suivi après l'intervention.

En cas de pose d'une prothèse (par voie abdominale), à l'issue de l'intervention un document vous sera remis dans lequel devront figurer les caractéristiques (type, numéro de lot...) de cette prothèse et des modalités d'implantation opératoire (lieu, date, nom du chirurgien...). Le professionnel de santé a l'obligation de vous remettre ces informations.

Quel sera le suivi en cas d'intervention chirurgicale ?

→ Une consultation post-opératoire avec le chirurgien qui vous a opérée vous sera proposée systématiquement, même en l'absence de symptômes.

→ Une consultation de suivi à distance (environ 1 an), avec votre médecin vous sera proposée systématiquement afin de s'assurer de la bonne évolution du traitement.

Il faut noter qu'une récurrence du prolapsus n'est pas exceptionnelle, mais elle ne s'accompagne pas toujours de la réapparition des symptômes et son risque est variable d'une patiente à une autre. Elle peut survenir plusieurs mois ou années après l'intervention.

Cette récurrence peut nécessiter une **adaptation de la prise en charge** médicale ou une nouvelle intervention.

Comment adapter votre quotidien ?

En l'absence de gêne, d'inconfort ou de douleurs, vous pourrez reprendre progressivement des activités physiques, professionnelles ou de loisirs à partir de la troisième semaine après l'intervention.

En ce qui concerne l'activité sexuelle, vous pourrez reprendre des rapports sexuels avec pénétration au-delà de quatre semaines après l'intervention.

Dans quel cas devez-vous consulter après l'intervention ?

→ Vous devez consulter rapidement un médecin, en cas d'apparition de symptômes de type : fièvre, saignements, douleurs intenses, malaises, vomissements, difficultés pour uriner...

→ En cas de chirurgie avec prothèse synthétique, l'apparition de symptômes de type : douleurs chroniques, saignements anormaux (vaginaux, urinaires ou anaux), pertes vaginales anormales, nécessite que vous consultiez le chirurgien qui vous a opérée.

Il faut noter que ces symptômes peuvent survenir tardivement après l'intervention (parfois plusieurs mois ou années après).

- Cette fiche est destinée à vous informer sur les traitements du prolapsus génital de la femme.
- Elle ne se substitue pas à l'information que peut vous apporter votre médecin.
- Si vous avez des doutes ou des questions, n'hésitez pas à le consulter pour plus d'information.

Ce document a été élaboré par la HAS à partir des recommandations « **Prolapsus génital de la femme : prise en charge thérapeutique - juin 2021** », en collaboration avec les membres du groupe de travail et a été relu par un panel de patientes et d'usagers de la santé.

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

Place du pessaire : modalités et surveillance

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Prolapsus génital de la femme

Le pessaire gynécologique : à quoi ça sert ?
Comment l'utiliser ?

Avril 2022

Vous avez un prolapsus génital, appelé aussi « descente d'organes » dans le langage courant. Votre médecin vous a prescrit un pessaire. Cette fiche a pour objectif de vous informer sur ce dispositif et sur la manière de l'utiliser. Ces informations sont complémentaires de la fiche d'information pour les patientes « Prolapsus génital de la femme : des solutions pour le traiter » que votre médecin pourra vous remettre en consultation.

Qu'est-ce qu'un pessaire ?

Un pessaire est un dispositif introduit dans le vagin dont le but est de maintenir les organes pelviens (vessie, rectum, utérus) à leur place.

Il peut être utilisé :

- en cas de prolapsus génital ;
- en cas de fuites urinaires survenant lors des efforts (activité physique, jardinage, bricolage, toux, rire...);
- de manière temporaire en cours de grossesse.

Les pessaires sont efficaces : dans 70 à 80 % des cas, ils soulagent quasi-immédiatement la sensation de boule dans le vagin associée à un prolapsus génital. Ils ne sont pas invasifs et présentent peu d'effets secondaires. Ils peuvent être utilisés en association avec la réduction du périnée.

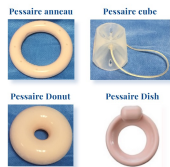
Comment choisir son pessaire ?

Le choix du pessaire à utiliser sera effectué en lien avec vous par votre médecin, sage-femme ou kinésithérapeute en consultation. Il existe des pessaires en latex ou en silicone. Le silicone est en général privilégié car plus durable dans le temps.

→ Il existe différentes formes de pessaires. Les plus fréquemment proposés sont les pessaires anneau, cube ou Donut.

Le pessaire Dish est parfois utilisé en cas de fuites urinaires à l'effort associées.

En règle générale, un pessaire peut être utilisé plusieurs années (2 à 3 ans). Il doit être changé en cas de modification d'aspect (fissuration, cassure).



→ Il existe également différentes tailles de pessaires qui permettent de s'adapter à votre corps.

Plusieurs essais pourront être nécessaires pour trouver le pessaire qui vous convient le mieux.

Un pessaire adapté ne doit pas être ressenti une fois en position et ne doit pas gêner lors des activités quotidiennes. La plupart des femmes oublient qu'elles ont un pessaire.



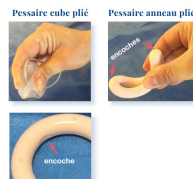
Comment mettre en place un pessaire ?

La 1^{re} pose s'effectue la plupart du temps par votre médecin en consultation. Vous pourrez ensuite le manipuler seule pour le nettoyer.

→ Après vous être installée en position allongée sur le dos ou debout avec un pied sur une chaise ou légèrement accroupie :

- en cas de pessaire anneau ou cube, pliez-le entre le pouce et l'index avec la main dominante (main droite si vous êtes droitier, gauche si vous êtes gauchère) ;

En cas de pessaire anneau, il est nécessaire de le plier au niveau des encoches



- écartez les petites lèvres avec la main non dominante et introduisez le pessaire dans le vagin avec l'autre main (dominante). Vous pouvez le repousser avec le doigt s'il vous gêne.

Le pessaire doit se bloquer en arrière du pubis (os du bassin situé devant la vessie)



Comment le retirer ?

En cas de pessaire cube :

- utilisez le cordon, sans le tirer, pour exercer une légère traction sur une des alvéoles du pessaire pour faire rentrer de l'air et le déventouser, ou :

- suivez le cordon avec l'index jusqu'au pessaire puis passez l'index entre le pessaire et la paroi du vagin afin d'enlever l'effet de succion ou exercer une pression sur une alvéole en traçant doucement le cordon sur un côté pour déventouser le pessaire ;
- puis, saisissez le pessaire et tractez doucement jusqu'à son retrait.

En cas de pessaire anneau (ou Dish ou Donut) :

- crochetez le pessaire avec l'index ;
- tirez dessus doucement jusqu'à ce qu'il soit retiré complètement.

Retrait pessaire cube



Retrait pessaire anneau



Quand le porter ?

Un pessaire peut être utilisé de façon continue (tous les jours) ou de manière intermittente (comme par exemple lors des activités physiques).

Est-il possible d'avoir une activité sexuelle avec un pessaire ? Y a-t-il des activités déconseillées ?

Il est possible d'avoir une activité sexuelle sans avoir à retirer votre pessaire. C'est le cas du pessaire anneau. Pour les autres pessaires (cube, Donut, Dish), il ne reste pas assez d'espace dans le vagin : il faudra l'enlever avant.

Vous pouvez garder votre pessaire même pendant les règles, en particulier s'il s'agit d'un pessaire anneau. S'il s'agit d'un pessaire cube, Donut, il faudra le nettoyer toutes les 4 à 6 heures.

Le port d'un tampon hygiénique peut être rendu difficile en présence d'un pessaire, il peut être utilisé en cas de pessaire anneau, mais il ne tiendra pas en cas de pessaire cube.

Il est possible de garder son pessaire quelle que soit l'activité physique, même à la piscine.

Comment l'entretenir ? Quel suivi est nécessaire ?

Après une première pose, un contrôle est en général programmé entre 1 et 3 mois par votre praticien.

Si vous manipulez le pessaire seule, il suffira simplement de nettoyer le pessaire à l'eau savonneuse. Il est inutile de le stériliser.

→ Il est d'usage d'enlever et de nettoyer un pessaire cube tous les jours.

→ Un pessaire anneau pourra être laissé en place durant plusieurs semaines voire plusieurs mois. Le rythme de nettoyage sera fonction de votre facilité à le manipuler : toutes les semaines, tous les 15 jours ou plus (au minimum tous les 4-6 mois).

Si vous ne le faites pas vous-même, votre praticien organisera un suivi tous les 4-6 mois. Si vous le manipulez seule, un suivi annuel sera suffisant.

L'application d'œstrogènes par voie locale ou de crème à base d'acide hyaluronique pourrait améliorer la tolérance d'un pessaire au long cours et pourra vous être proposée par votre praticien, en particulier si vous êtes ménopausée.

Quelle est la durée de vie d'un pessaire ?

Les pessaires en silicone peuvent être utilisés plusieurs années (autour de 2-3 ans). Ils devront être changés en cas de modification d'aspect (fissuration, cassure).

Les pessaires en latex ont une durée de vie moins longue que ceux en silicone.

Quels sont les inconvénients possibles ?

→ Il est normal d'avoir des pertes vaginales avec un pessaire.

Ces sécrétions vaginales peuvent être plus abondantes qu'auparavant, en fonction de la dose du traitement local prescrit en association avec le pessaire. Si ces sécrétions deviennent odorantes ou provoquent des démangeaisons, consultez votre médecin.

→ Le pessaire peut descendre à l'orifice vaginal, lors des activités quotidiennes ou du sport.

Il peut parfois tomber, notamment lors de la défécation ou efforts de poussées. Pour éviter cet inconvénient, il est impératif de lutter contre la constipation (conseils hygiéno-diététiques, conseils de posture aux toilettes, voire laxatifs).

Un pessaire ne doit pas occasionner de difficultés pour vider la vessie.

Traiter le prolapsus en repositionnant les organes avec un pessaire peut révéler des fuites urinaires (qui étaient masquées par le prolapsus). Un autre type de pessaire pourra alors vous être proposé.

Quelles sont les complications possibles ?

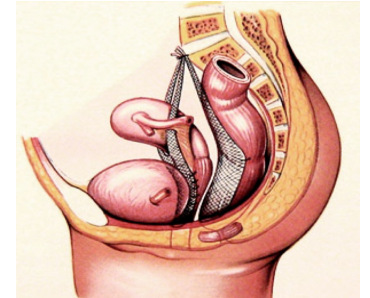
Les complications ne sont pas fréquentes et nécessiteront une consultation avec votre praticien. Il pourra s'agir de :

- saignements dus à des érosions vaginales ;
- infections, pertes malodorantes ;
- douleurs ;
- incarceration dans le tissu vaginal (en cas de pessaire négligé, c'est-à-dire sans suivi médical).

→ Il n'y a pas de risque de développer un cancer avec un pessaire.

Un pessaire ne doit PAS FAIRE MAL et il ne doit PAS GÊNER lorsque vous urinez.

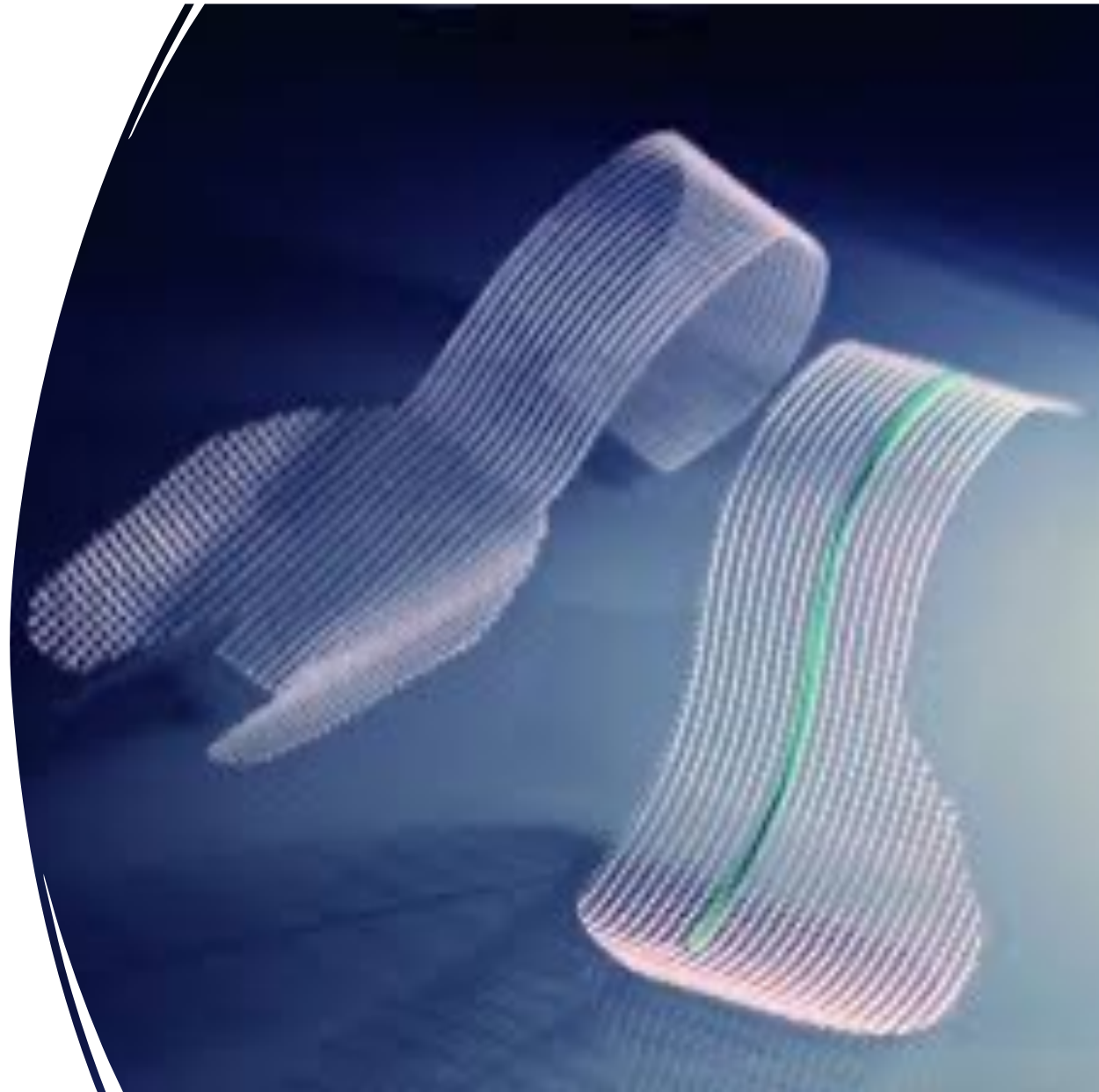
Promontofixation avec prothèse synthétique par Coelioscopie (grade B).



- **La Promontofixation donne les meilleurs résultats**
 - anatomiques dans les prolapsus antérieurs (cystocèle) et apicaux
 - avec un risque de récurrence moindre.
- **La Promontofixation avec prothèse synthétique** est recommandée pour
 - le ttt des prolapsus apicaux (hystéroptose, tracheloptose et prolapsus du fond vaginal)
 - et la cystocèle (grade B).
- À ce jour, aucune donnée ne permet de dire si **l'assistance robotique** améliore l'efficacité ou la morbidité de l'intervention pour la patiente.
- En l'absence d'une colpocèle postérieure symptomatique, il n'existe pas de données scientifiques permettant de recommander l'utilisation préventive d'une **prothèse postérieure**

Risque Medico Legal

- Quelle prothèse ?



Décret du 5 juin 2024

Seul 2 types de Prothèses autorisées

(15 juin 2025)

- Cousin Biotech
- THT Bioscience

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

Capture rectangulaire

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 5 juin 2024 portant modification des conditions d'inscription des implants de suspension destinés au traitement du prolapsus des organes pelviens chez la femme par voie chirurgicale haute au titre II de la liste des produits de santé financés au titre des prestations d'hospitalisation prévue à l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale

NOR : TSSP2415166A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et la ministre du travail, de la santé et des solidarités,

Vu le code de sécurité sociale, notamment ses articles L. 165-11 et R. 165-49 à 62 ;

Vu l'arrêté du 22 février 2019 modifié fixant au titre de l'année 2019 les catégories homogènes de produits de santé mentionnées aux articles L. 165-11 et R. 165-49 du code de la sécurité sociale ;

Vu les courriers de demande de report de la date fin de prise en charge de THT BIOSCIENCE et COUSIN BIOTECH en date des 21 et 22 décembre 2023,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Au titre II de la liste des produits de santé financés au titre des prestations d'hospitalisation, chapitre 3, la date de fin d'inscription des références suivantes : PVH004, PVH005, PVH006, PVH007, PVH009 est portée au 15 juin 2025.

Art. 2. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 5 juin 2024.

*La ministre du travail,
de la santé et des solidarités,
Pour la ministre et par délégation :*

*La sous-directrice
du financement
du système de soins,
C. DELPECH*

*L'adjoint à la sous-directrice de la politique
des produits de santé et de la qualité
des pratiques et des soins,
C.-E. BARTHELEMY*

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,
Pour le ministre et par délégation :*

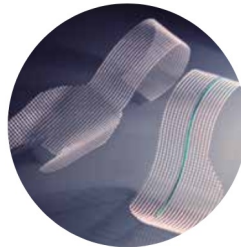
*La sous-directrice
du financement*

*La cheffe de service,
adjointe à la directrice générale
de l'offre de soins,
C DURAND*

Prothèse COUSIN

Descriptif du dispositif

Les bandelettes Sacromesh Soft Prolaps® sont constituées de polypropylène monofilament tricoté. Elles sont destinées au traitement par promontofixation des prolapsus pelviens chez la femme, par voie abdominale.



Indications

Les prothèses Sacromesh Soft Prolaps® sont destinées à être utilisées comme renfort et soutien tissulaire dans les cures de prolapsus génitaux traités chirurgicalement par promontofixation. Elles peuvent être utilisées en chirurgie coelioscopique ou en chirurgie traditionnelle.

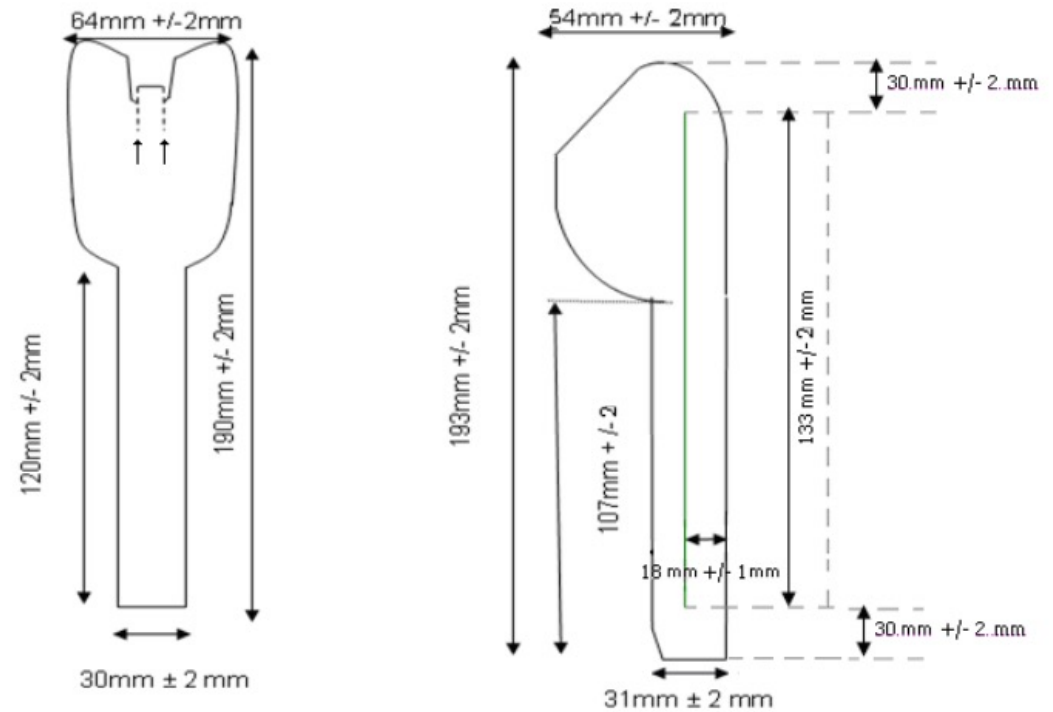
Caractéristiques techniques

- ÉLÉMENT** : Bandelettes
- **Masse surfacique** : $39 \pm 3 \text{ g/m}^2$
 - **Épaisseur** : $380 \pm 20 \mu\text{m}$
 - **Taille des pores** : $> 75 \mu\text{m}$
 - **Résistance à la rupture** : $> 16\text{N/cm}$

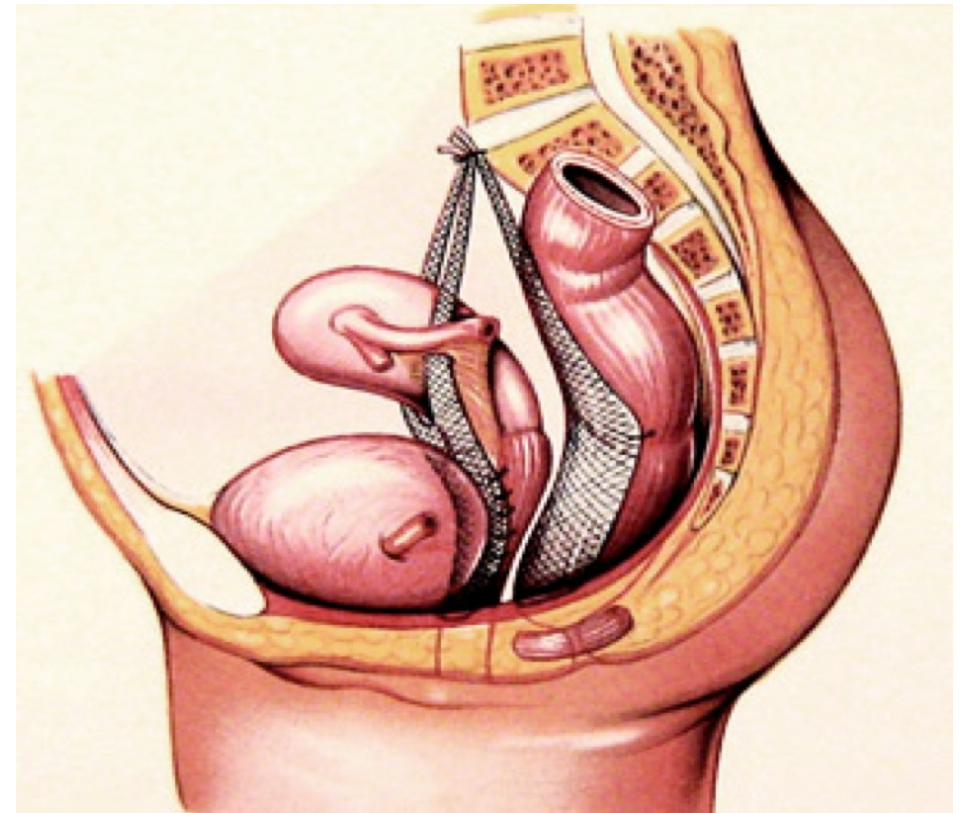
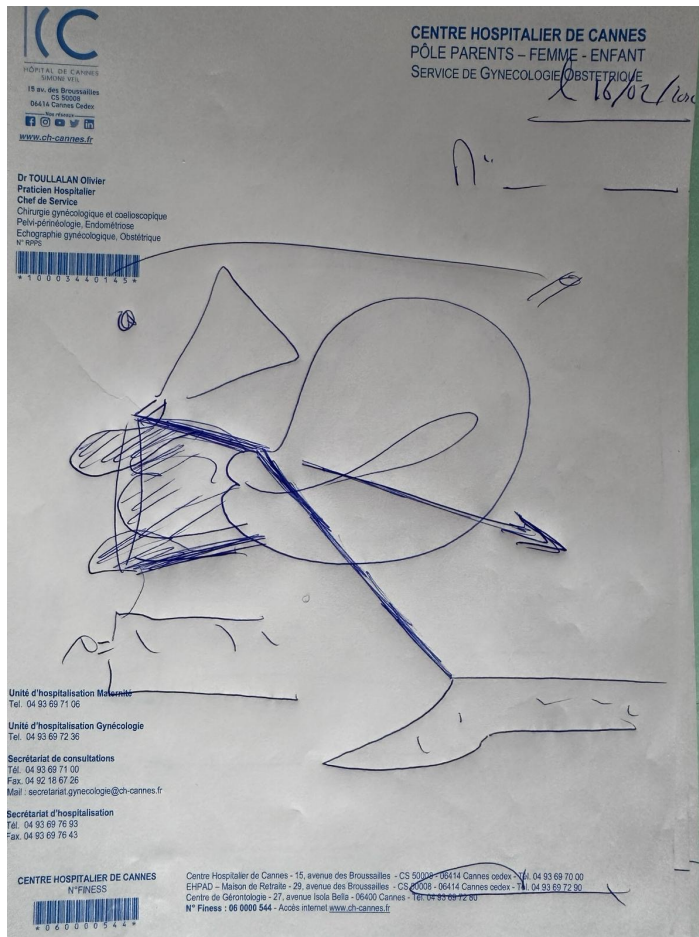
Composition du dispositif

- ÉLÉMENT** : Bandelette
MATÉRIAUX : 100% polypropylène : fil monofilament tricoté
- ÉLÉMENT** : Fil de marquage
MATÉRIAUX : Polyéthylène téréphtalate teinté de colorant biocompatible

Schéma :



Technique promontofixation par coelioscopie



Promontofixation (avis perso)

- **Coelioscopie: voie exclusive !**
- Robot pas d'avantage
- **Techniques plus simples : Temps : 1h30**
 - Double prothèse ant et post systématique ?
 - **Prothèse post libre** : moins de dyschésie post op
 - **Colle** plutôt que des points : moins de rétraction et de moins de dyschésies
 - **Hystérectomie sub totale** non systématique
 - **Salpingectomie bilatérale** +++
- **Ambulatoire**
 - pas douloureux même si HST
 - pas de limite d'âge
- **Suites**
 - repos 1 mois : AT



Journal of Gynecology Obstetrics
and Human Reproduction
Volume 52, Issue 1, January 2023, 102497

Original Article

Outpatient laparoscopic sacrocolpopexy: Feasibility and patient satisfaction

Edouard Hua^b, Christophe Binelli^d,
Olivier Toullalan^b, Vincent Villefranque^c,
Claire Tourette^a, Aubert Agostini^a

Patients

A total of 125 patients required laparoscopic sacrocolpopexy and accepted outpatient surgery.

Interventions

Assessment of outpatient surgery success, patient satisfaction, and self-evaluated symptom improvement after surgery.

Measurements and main results

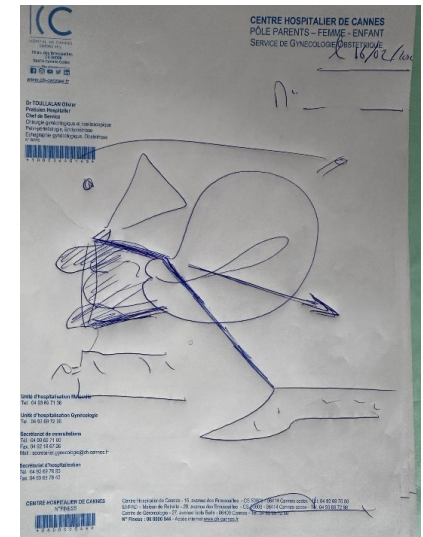
During the study period, 574 patients required laparoscopic sacrocolpopexy, and 21.8% (125) of them met the inclusion criteria for outpatient surgery. The success rate for outpatient surgery was 95.2% (119/125). The perioperative complication rate was 4% (5/125). Among the successfully discharged outpatients, 2.5% (3/119) of them had an unscheduled visit within seven days. Among the discharged patients, 84% (105/125) answered the satisfaction questionnaire, and 88.5% (93/105) declared themselves as "satisfied" or "very satisfied" with the procedures. Patients who declared their conditions to have been "very improved" or "improved" compared to their preoperative symptomatology were 76.9% (83/108) of cases.

Conclusion

A high success rate for outpatient laparoscopic sacrocolpopexy associated with a high satisfaction rate were found in our study. The development of outpatient options for laparoscopic sacrocolpopexy was supported by our data.

Evitez le piège Médico légal

- **N'opérer que les patientes « symptomatiques »**
 - Poser les bonnes indications
- **Interrogatoire, examen clinique**
 - Classifications POP Q Baden Walker
 - SF associée : urinaire, transit, sexualité
 - Questionnaires de qualité de vie
 - PFDI 20 : troubles statique
 - PISQ -12 : sex et prolaps
 - ECP : Echo et RPM ,
 - Pas de BUD , pas d'IRM, pas de Colpocystodéfécographie
- **Information à la patiente +++**
 - Dessin ou schéma daté et signé
 - Ecrit sur le consentement « éclairé »
 - Risque laparoconversion
 - Risque d'incontinence urinaire de novo ou majorée
 - Possibilité de ttt Chir par BSU dans un 2nd temps
 - **Avantage :**
 - Tribunal: absence de défaut d'information



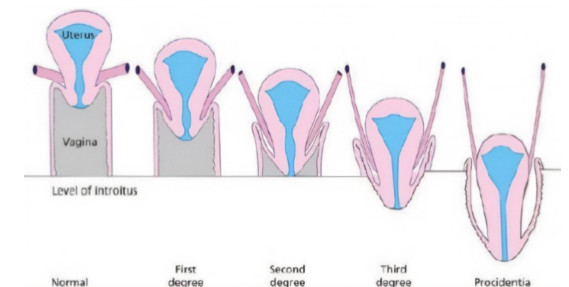
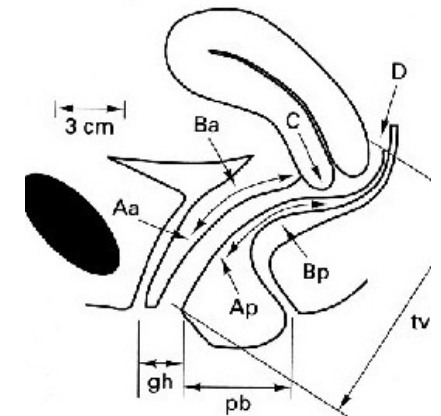
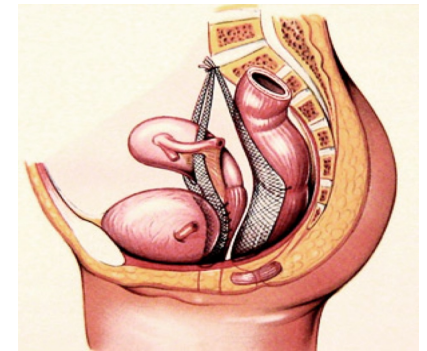
Conditions de la chirurgie



- Anesthésiste compliant / Trendelenburg
- IBODE et une aide motivée et impliquée
- Matériel:
 - Vision correcte
 - Prothèses adaptées +/- prédécoupées
 - Fils de sutures et colle préparés

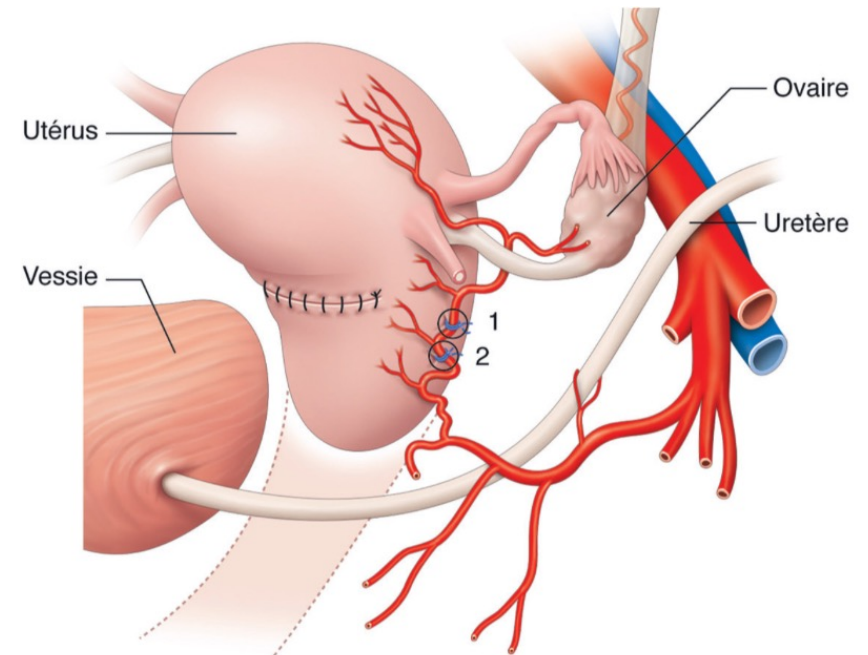
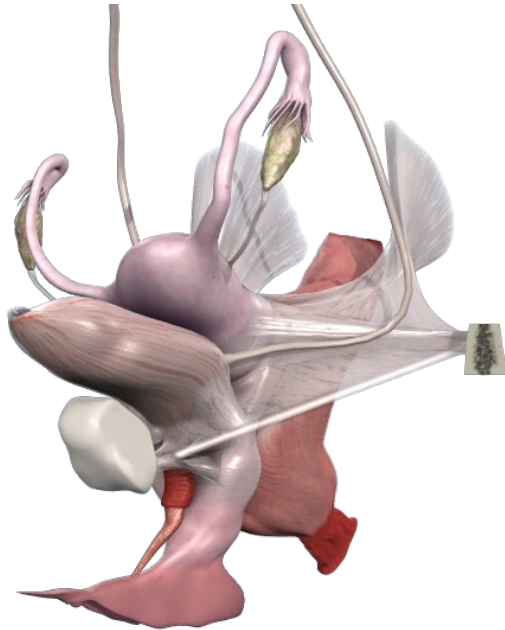
Pièges de la Promontofixation

- Piège Médico légal
- **Piège Urétéral**
- Pièges Vasculaires du promontoire
- Pièges Dissection Recto vaginale
- Pièges Dissection vésico vaginale

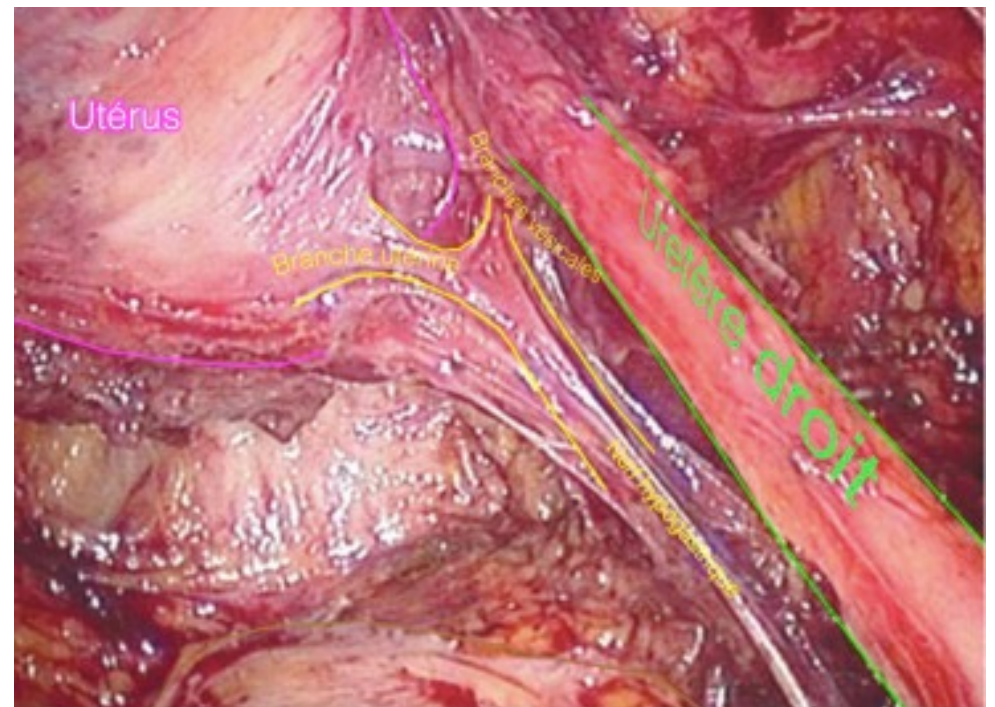
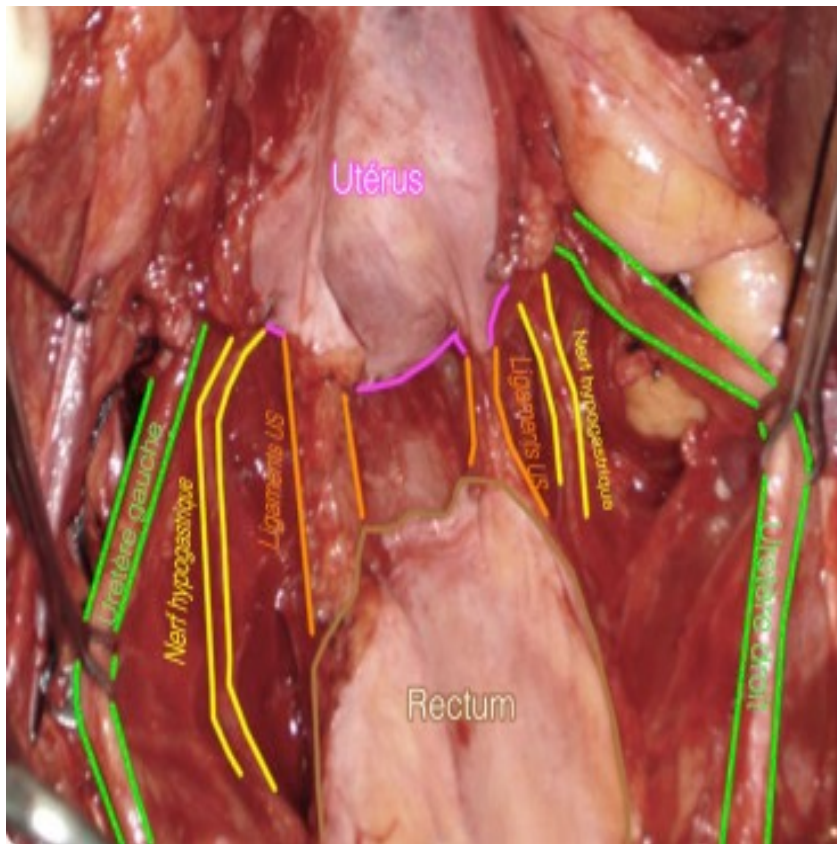


Piège urétéral

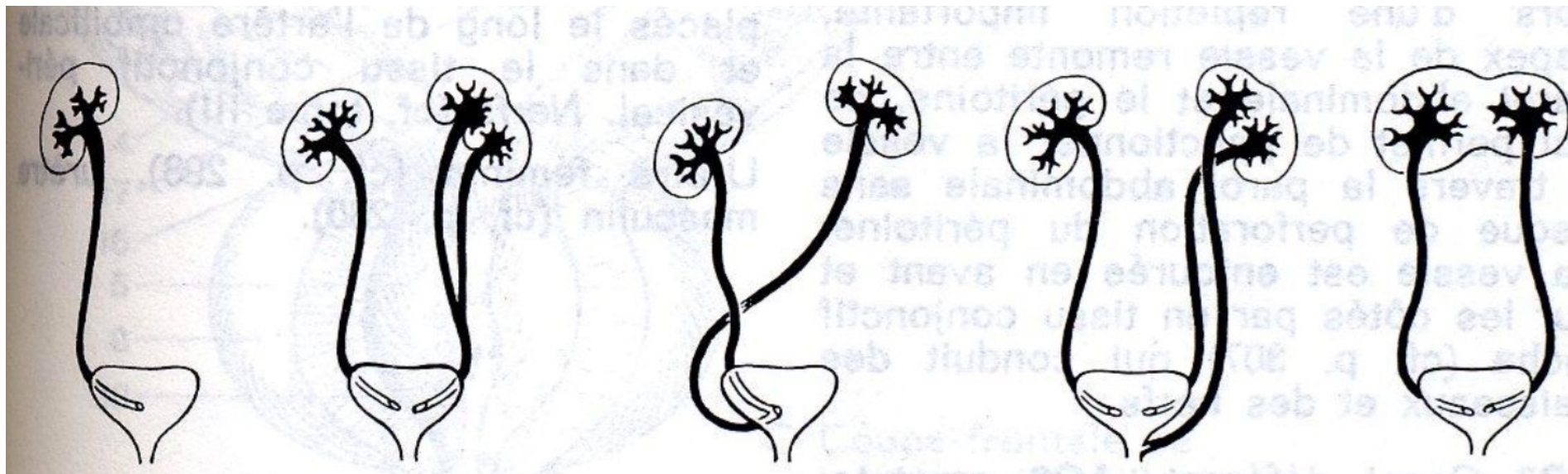
- Section si HST
- Fistule par dénervation dévascularisation
- Plicature



Anatomie

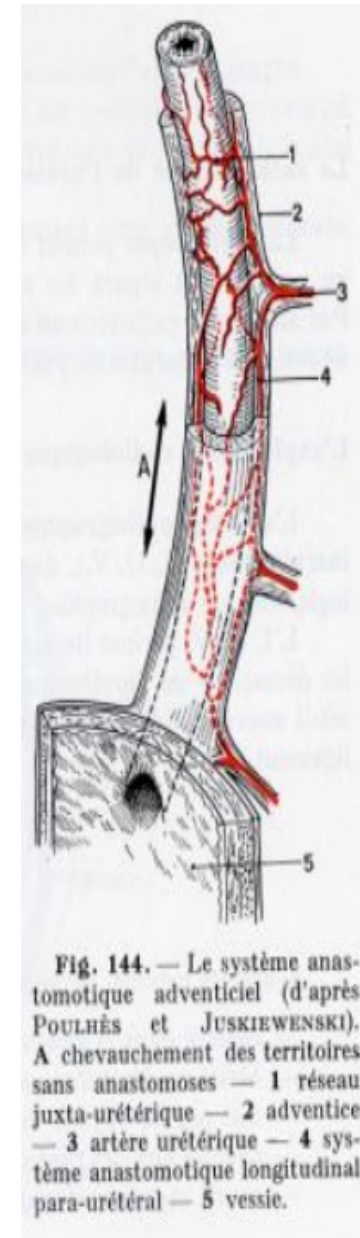


Variations et anomalies urétérales

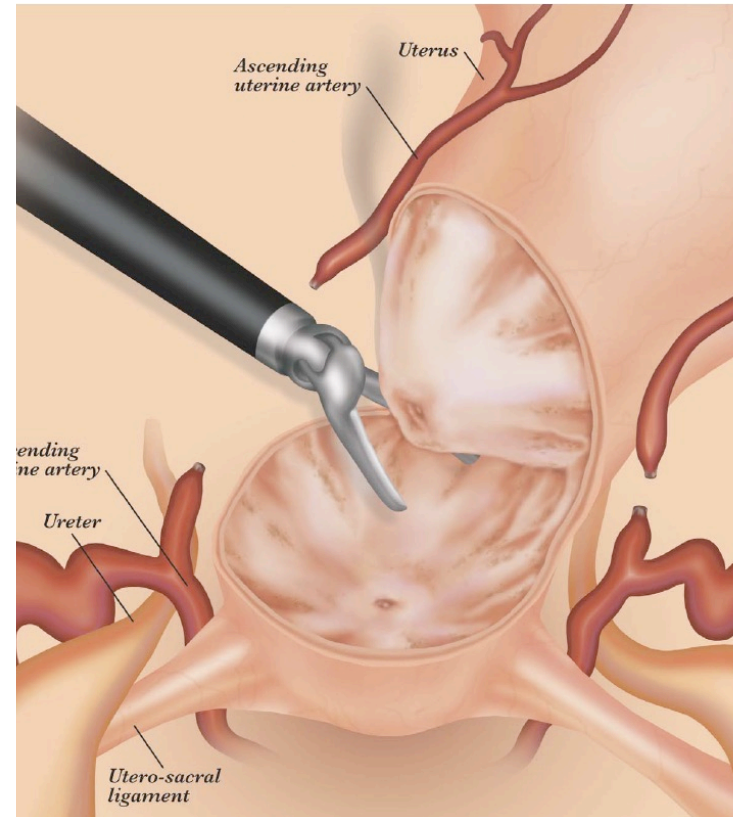
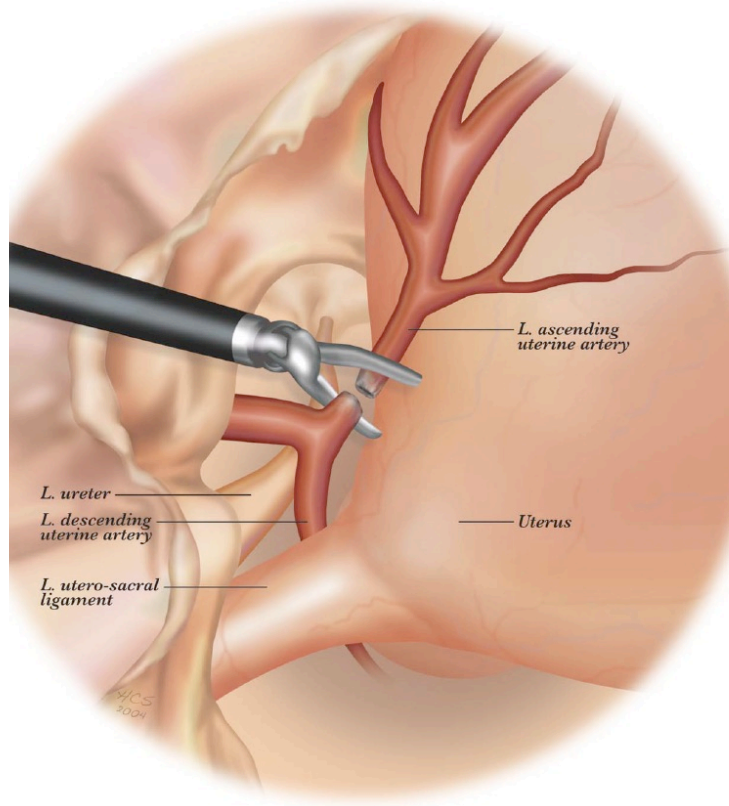


Fixité, Vascularisation, Innervation

- Ne pas trop détacher l'uretère du péritoine
 - risque de le dévasculariser.
- L'innervation dépend du système neurovégétatif (autonome, motricité involontaire).
 - L'innervation sympathique se fait via la chaîne sympathique para-vertébrale.
 - L'innervation parasympathique se fait via le nerf vague ou hypogastrique.



Hystérectomie subtotale coelio = risque de section de l'uretère



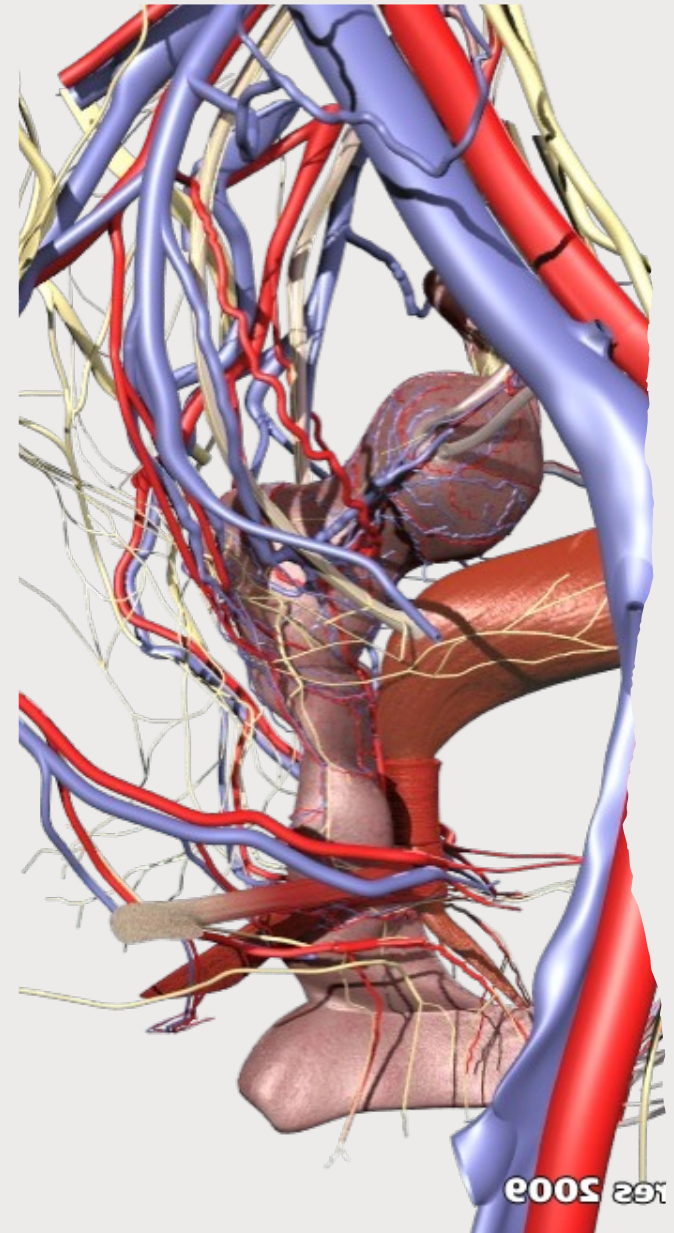
Todd R. Jenkins, 2004 Laparoscopic supracervical hysterectomy

Rôle des aides pour l'exposition +++

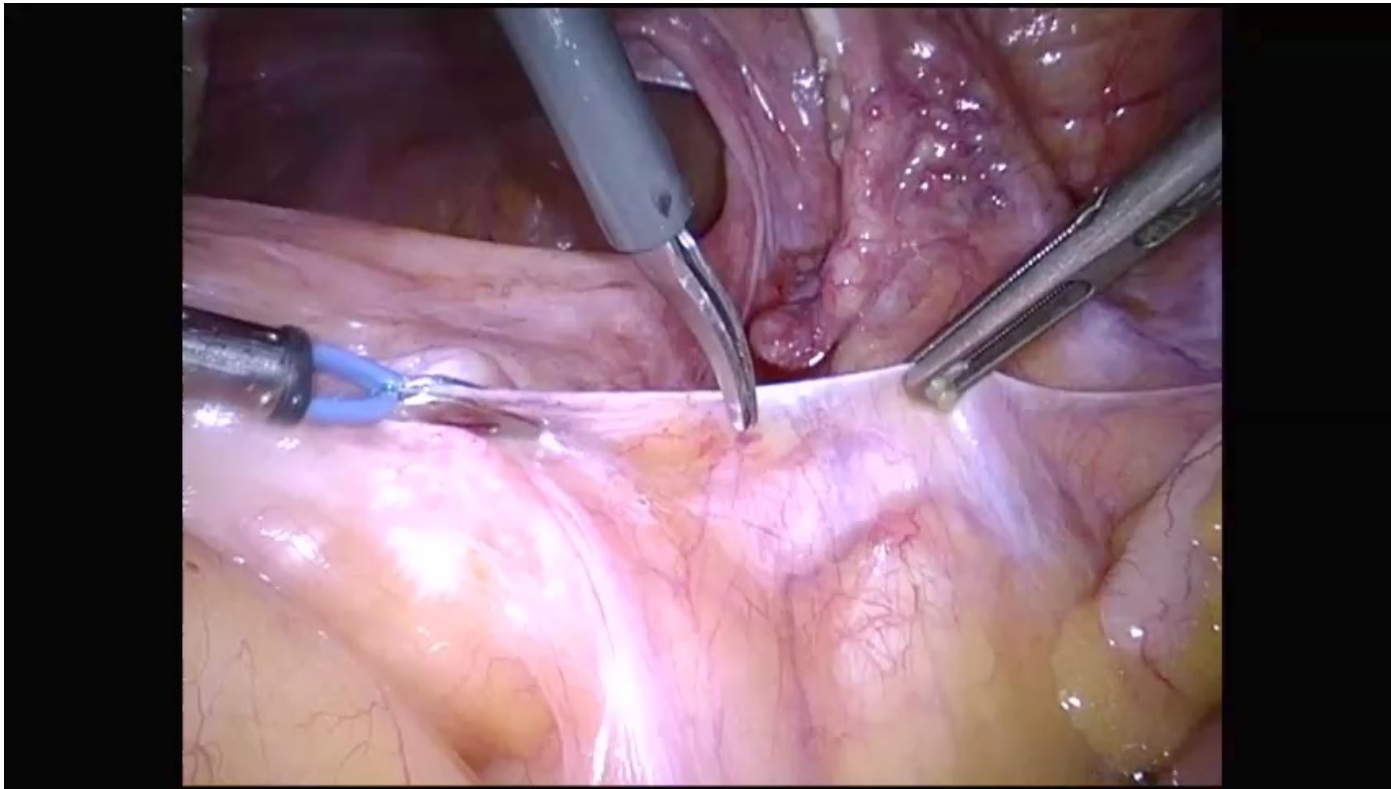
Piège urétéral

3 temps opératoires à
risque « urétéral »

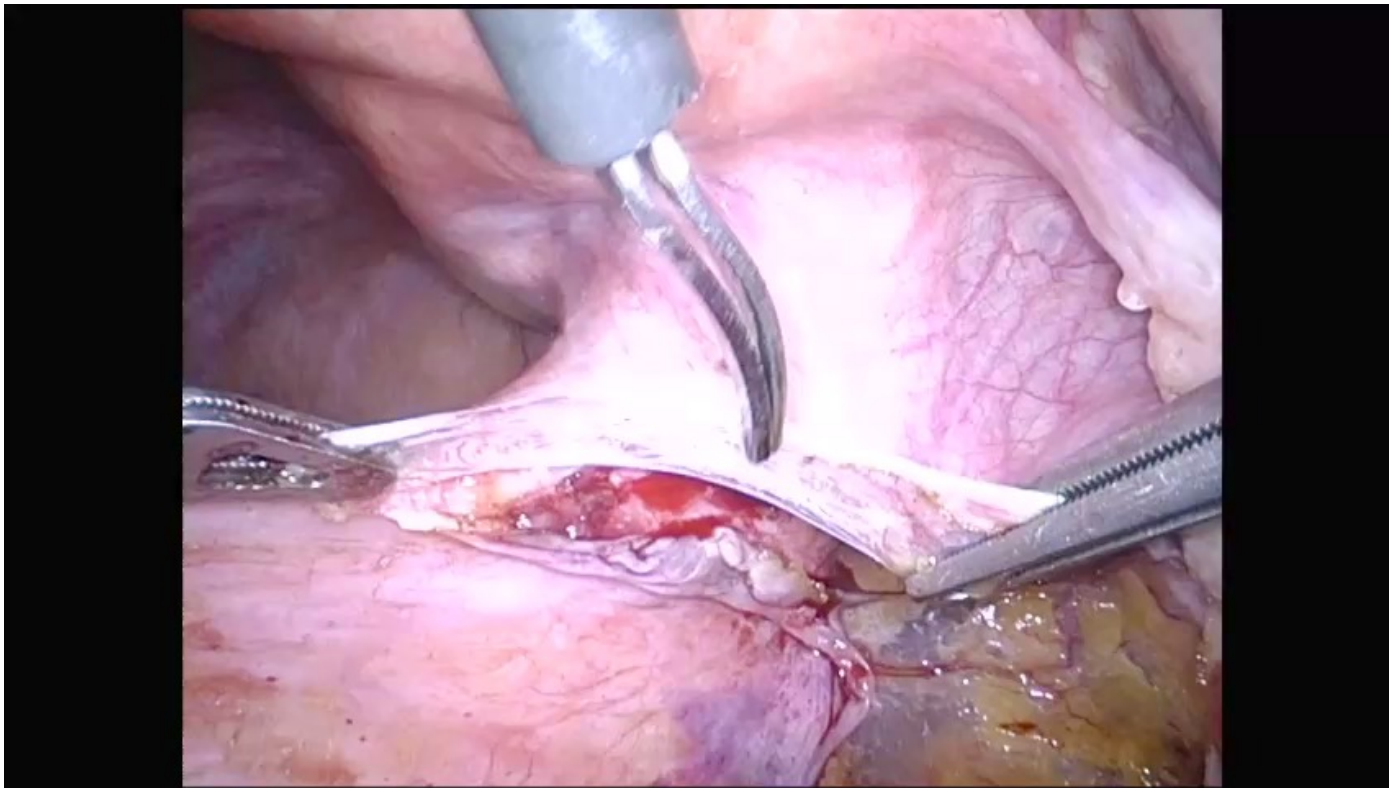
- Ouverture du
péritoine
- Passage dans le
paramètre
- Péritonisation



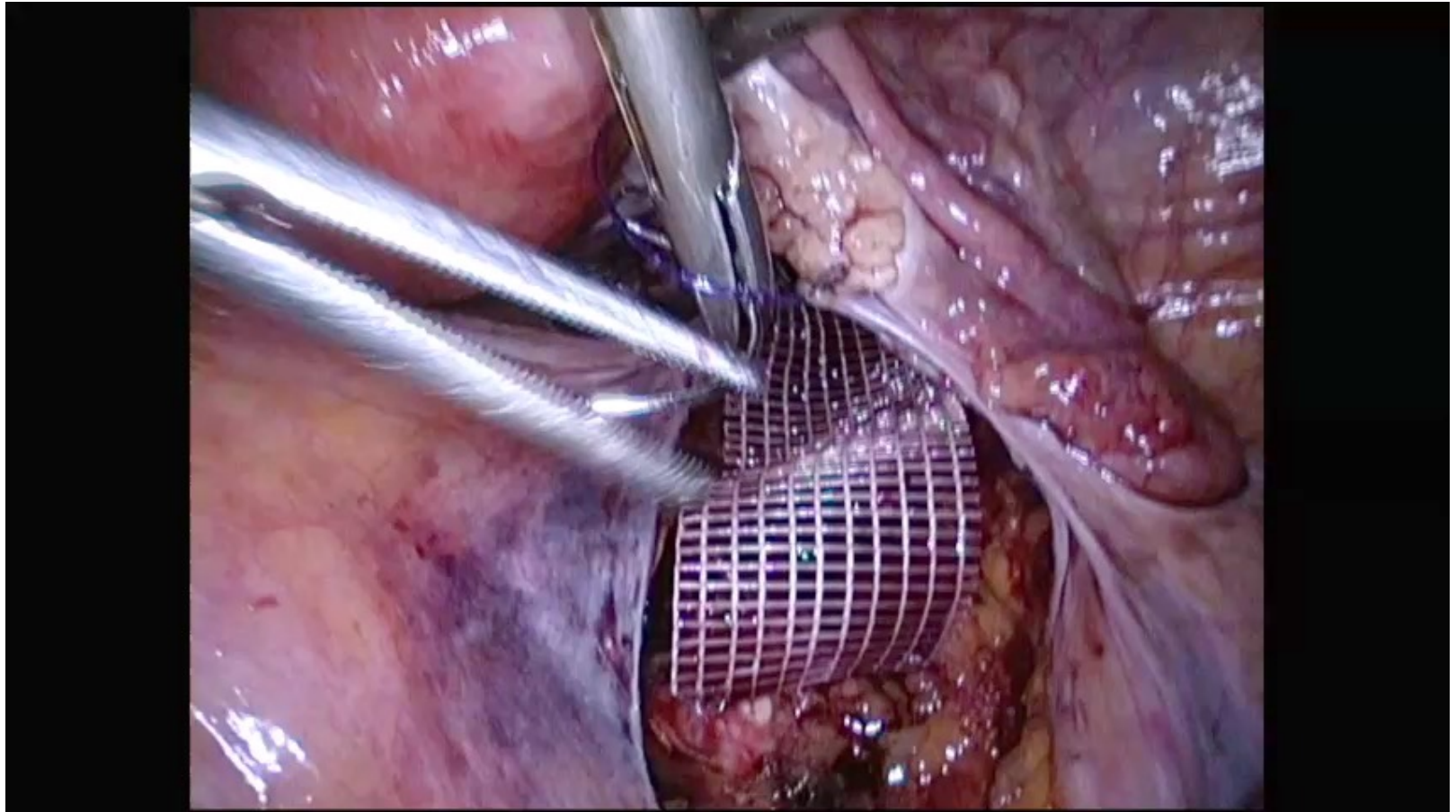
Risque urétéral à l'ouverture péritonéale



Risque urétéral lors du passage dans le paramètre droit



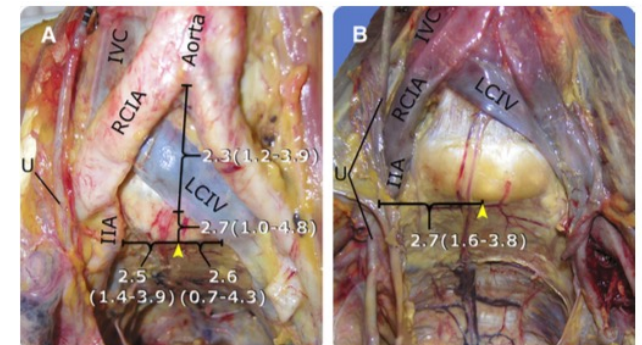
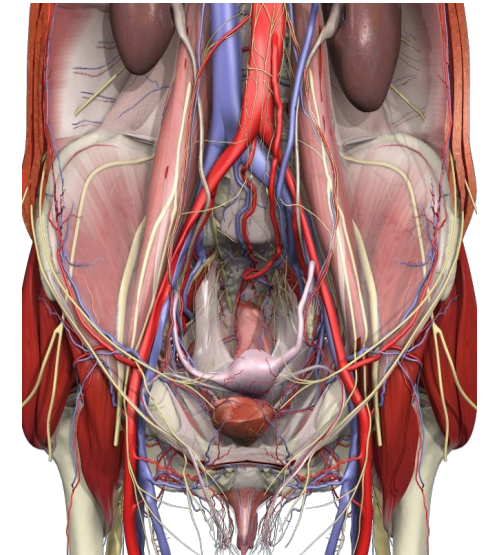
Plicature de l'uretère: « Ureteral Shrinking »



Pièges de la Promontofixation



- Piège Médico légal
- Piège Urétéral
- **Pièges Vasculaires du promontoire**
- Pièges Dissection Recto vaginale
- Pièges Dissection vésico vaginale



Pièges du promontoire

- Anatomie
- Pièges de la dissection promontoire
 - Veine iliaque commune G
 - Veine rectale supérieure
 - Nerf hypogastrique
- Aiguillage

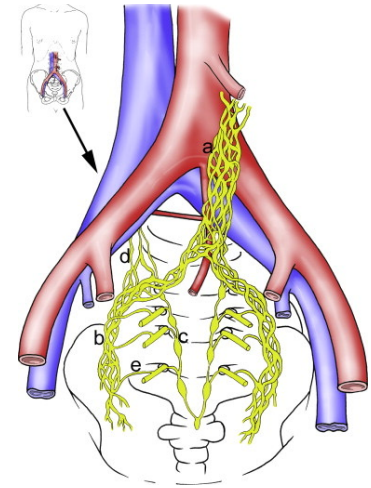
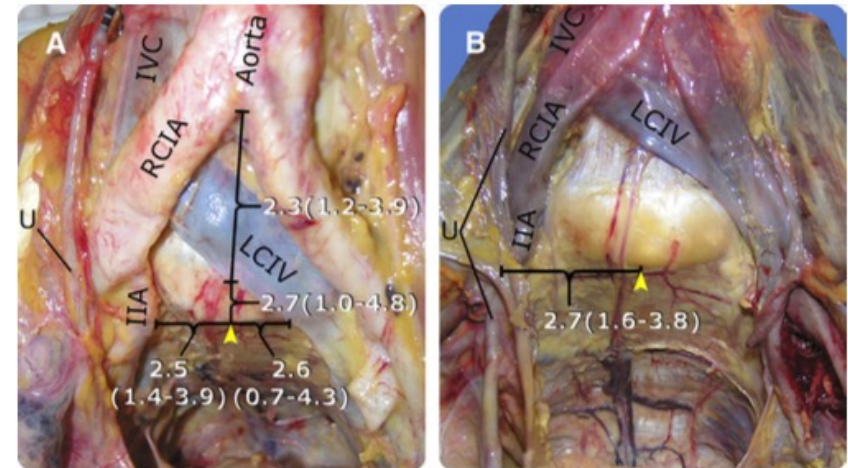


FIGURE 3
Exposed presacral space in 2 unembalmed cadavers

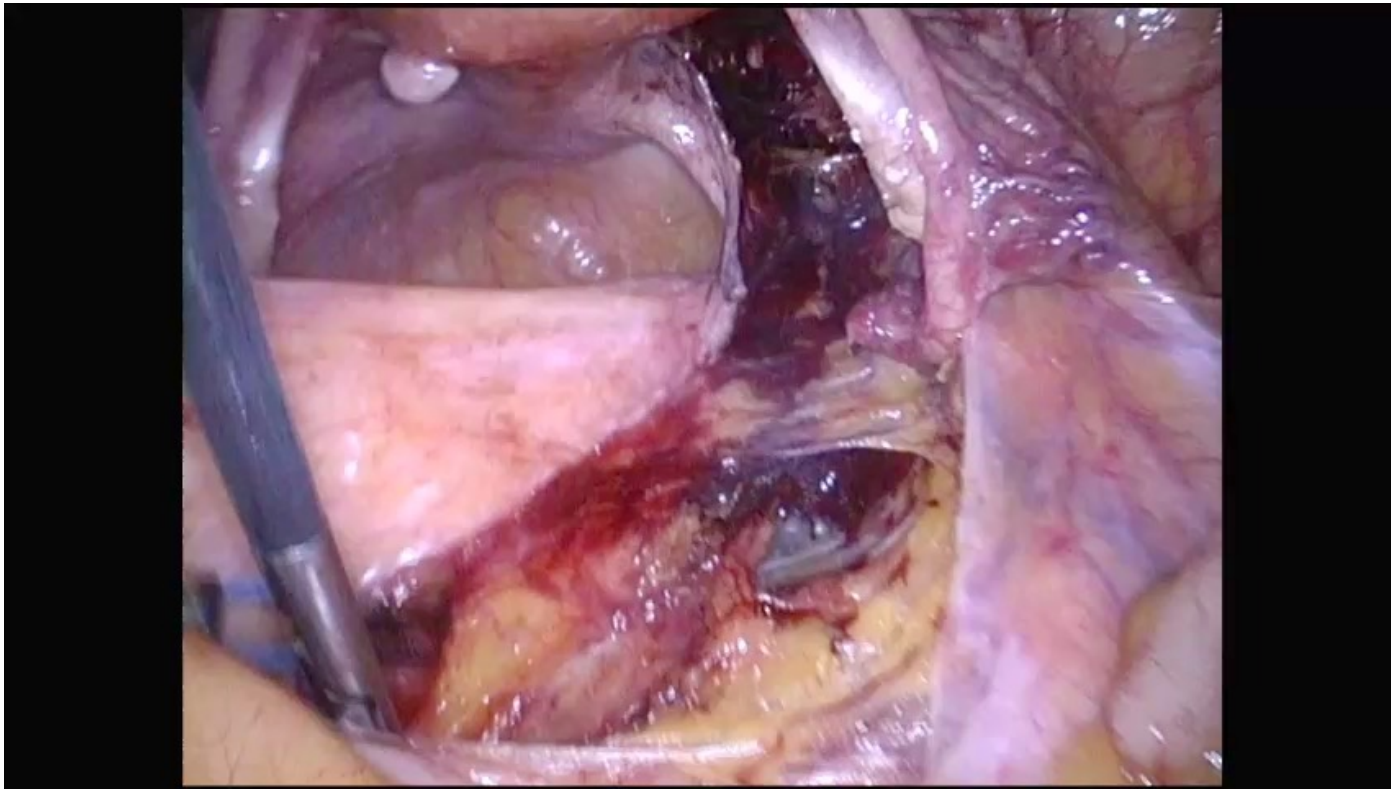


These exposed presacral space in the 2 unembalmed cadavers illustrate the average distances (in centimeters) and range from midsacral promontory (yellow arrowhead) to the **A**, vascular structures and to **B**, the right ureter. Note the proximity of LCIV to the midsacral promontory in the cadaver on the **A**, left panel.

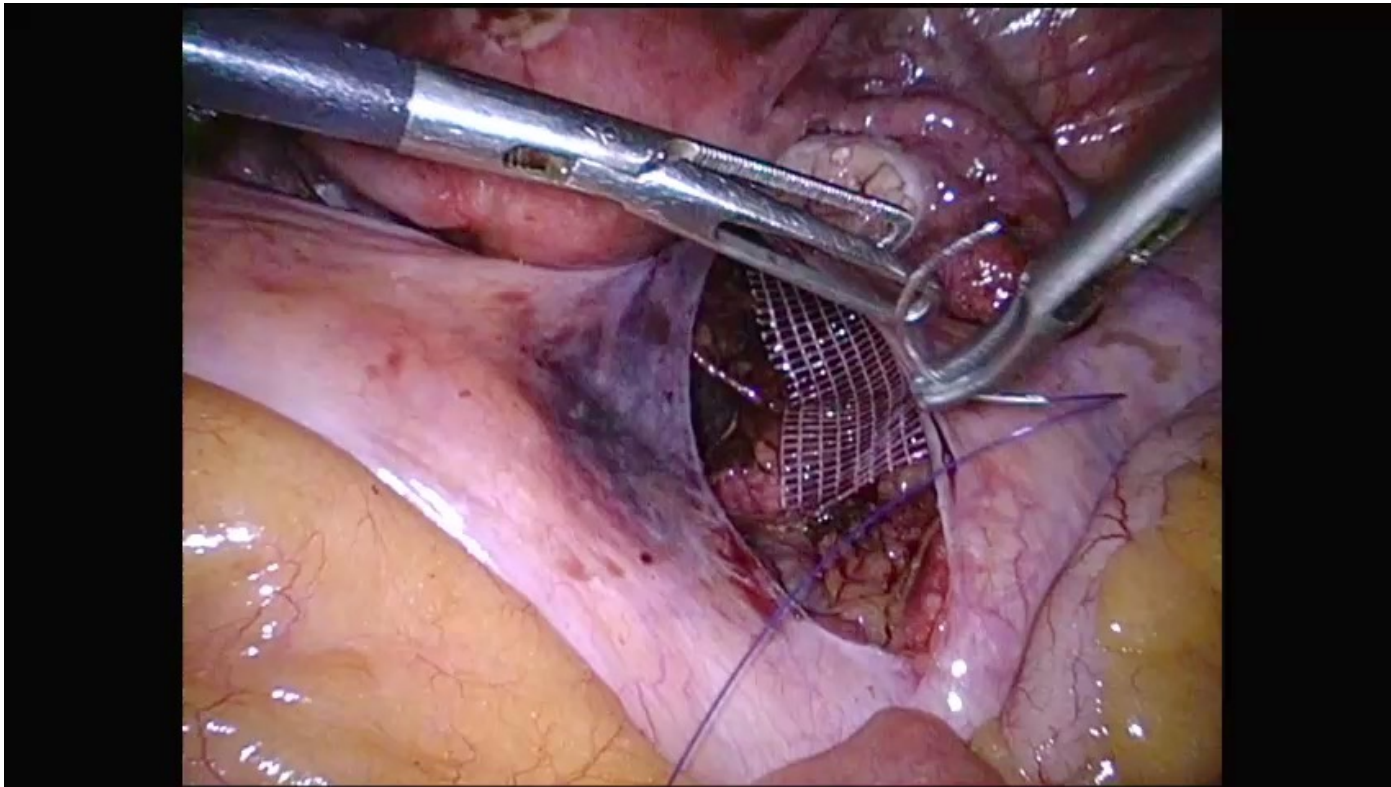
IIA, Internal iliac artery; LCIV, the left common iliac vein; RCIA, right common iliac artery; U, ureter.

Good. Vascular and ureteral anatomy in sacrocolpexy. *Am J Obstet Gynecol* 2013.

Dissection du promontoire



Aiguillage du promontoire

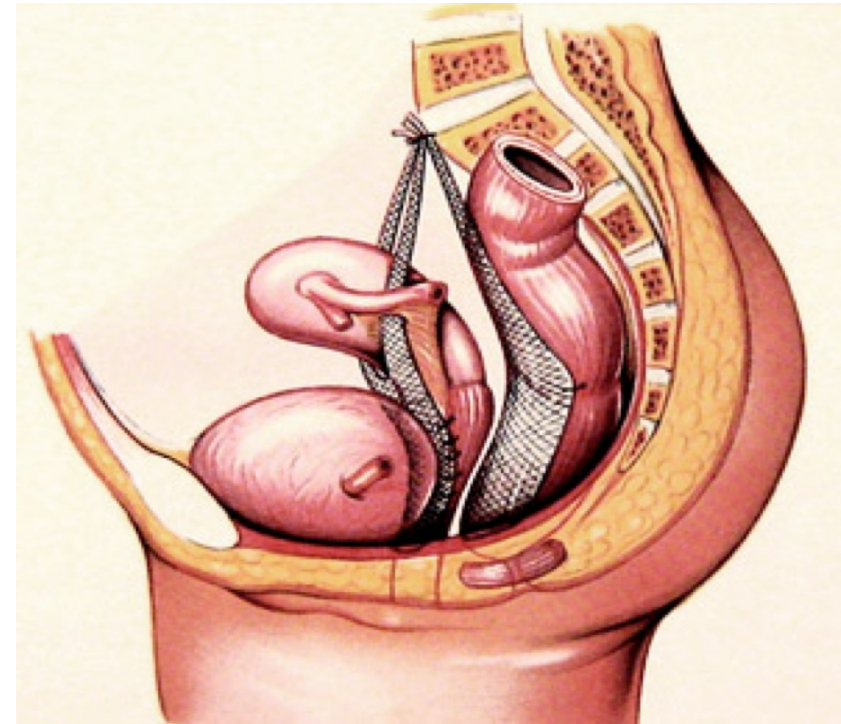


Pièges de la cloison recto vaginale

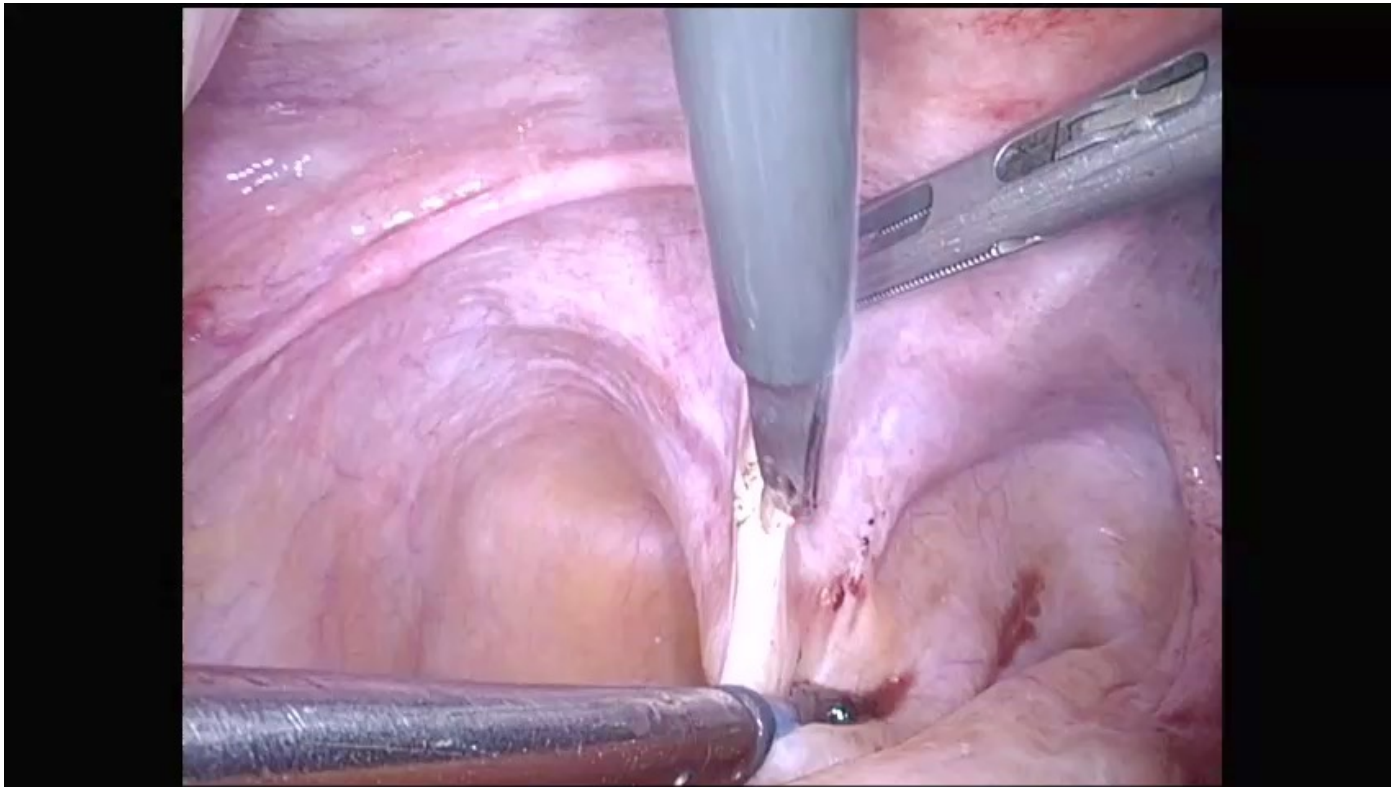
- Plaie rectale 0,5%
- Erosions vaginales
- Constipations post op
- Hématomes Douglas

NB: Attention si atcd de cure d'hémorroïdes

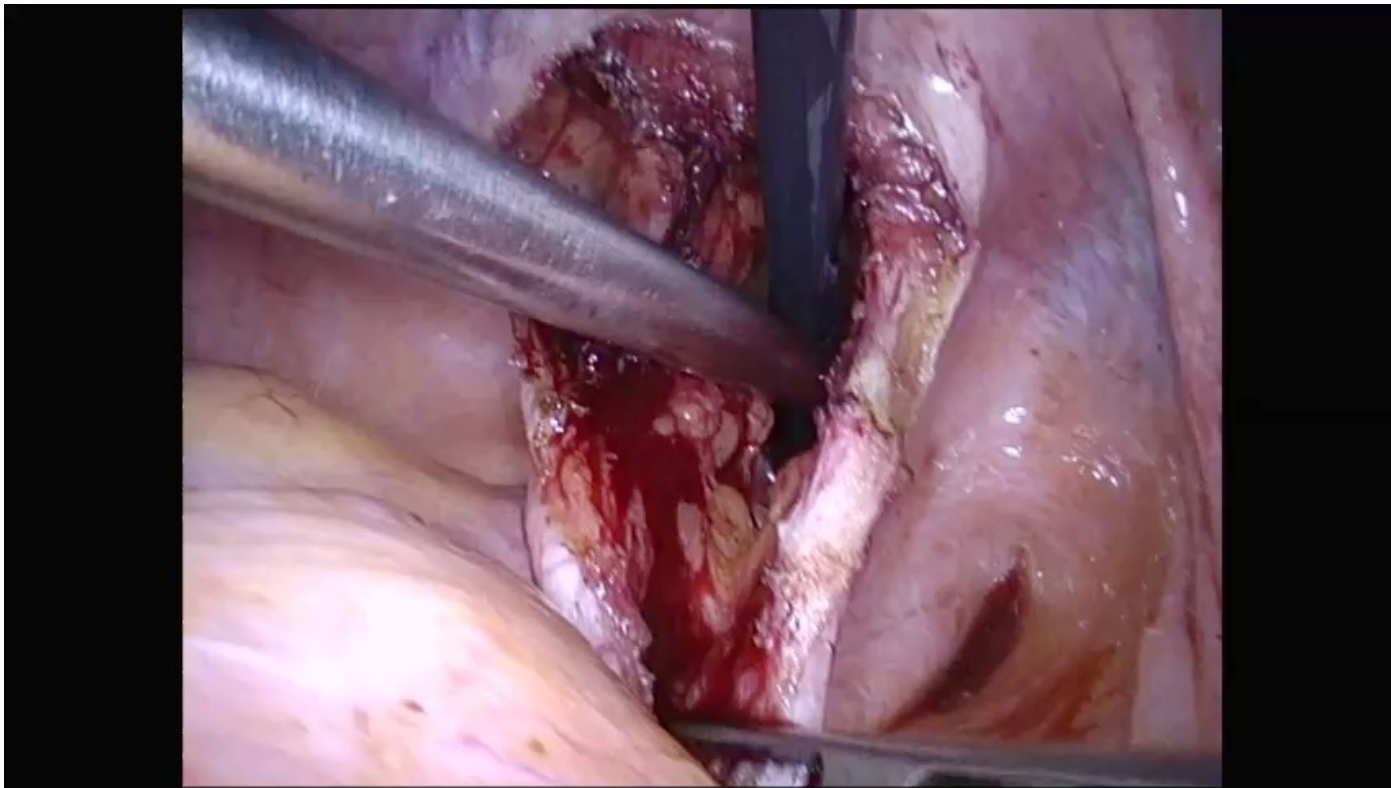
- Modification de la vascularisation



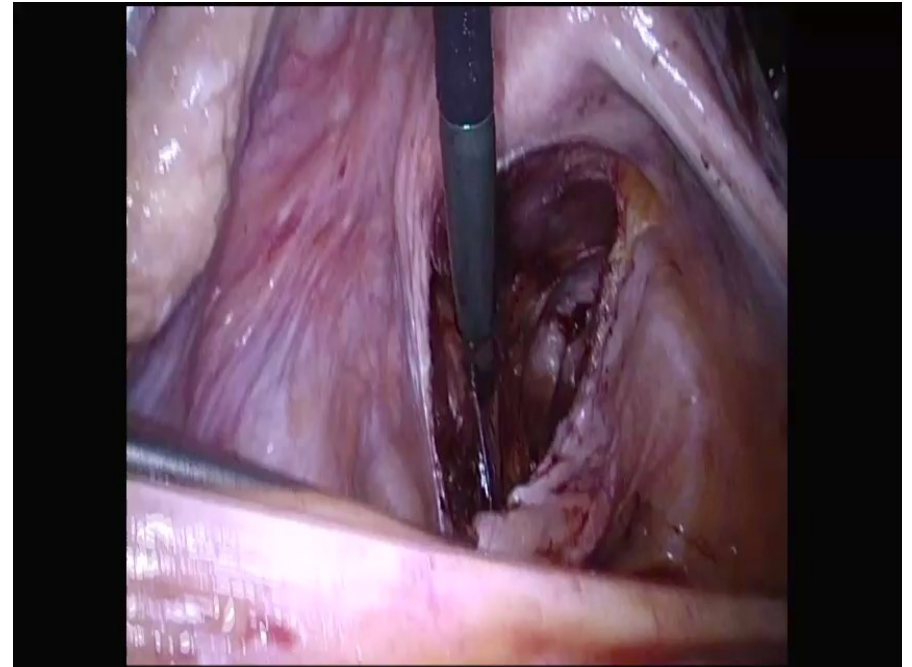
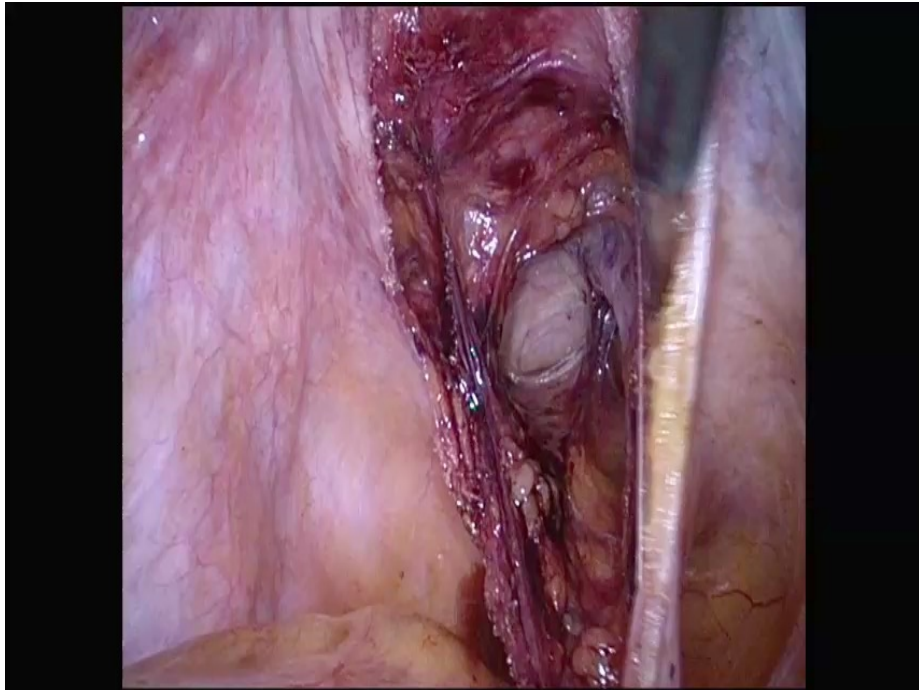
Abord de la cloison RV



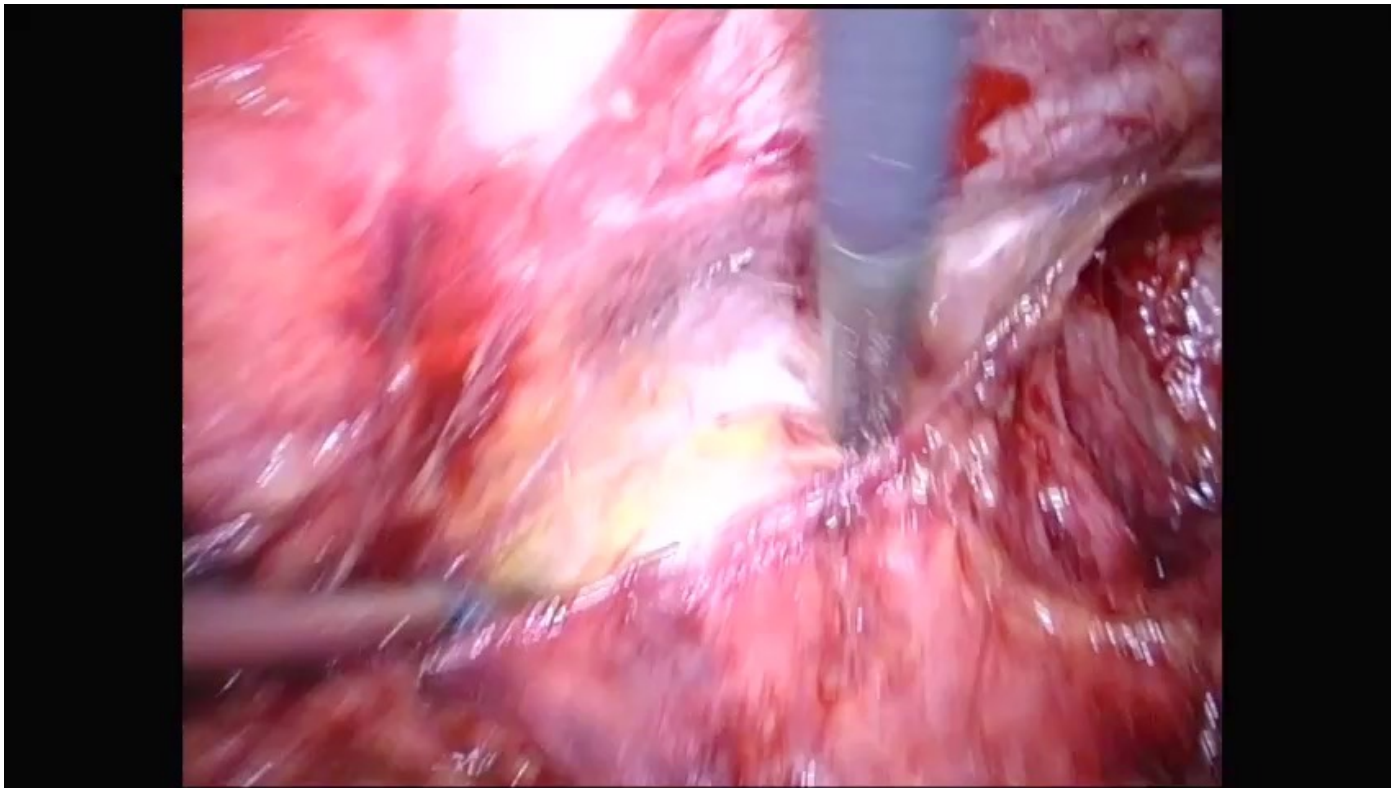
Mise en place de la valve



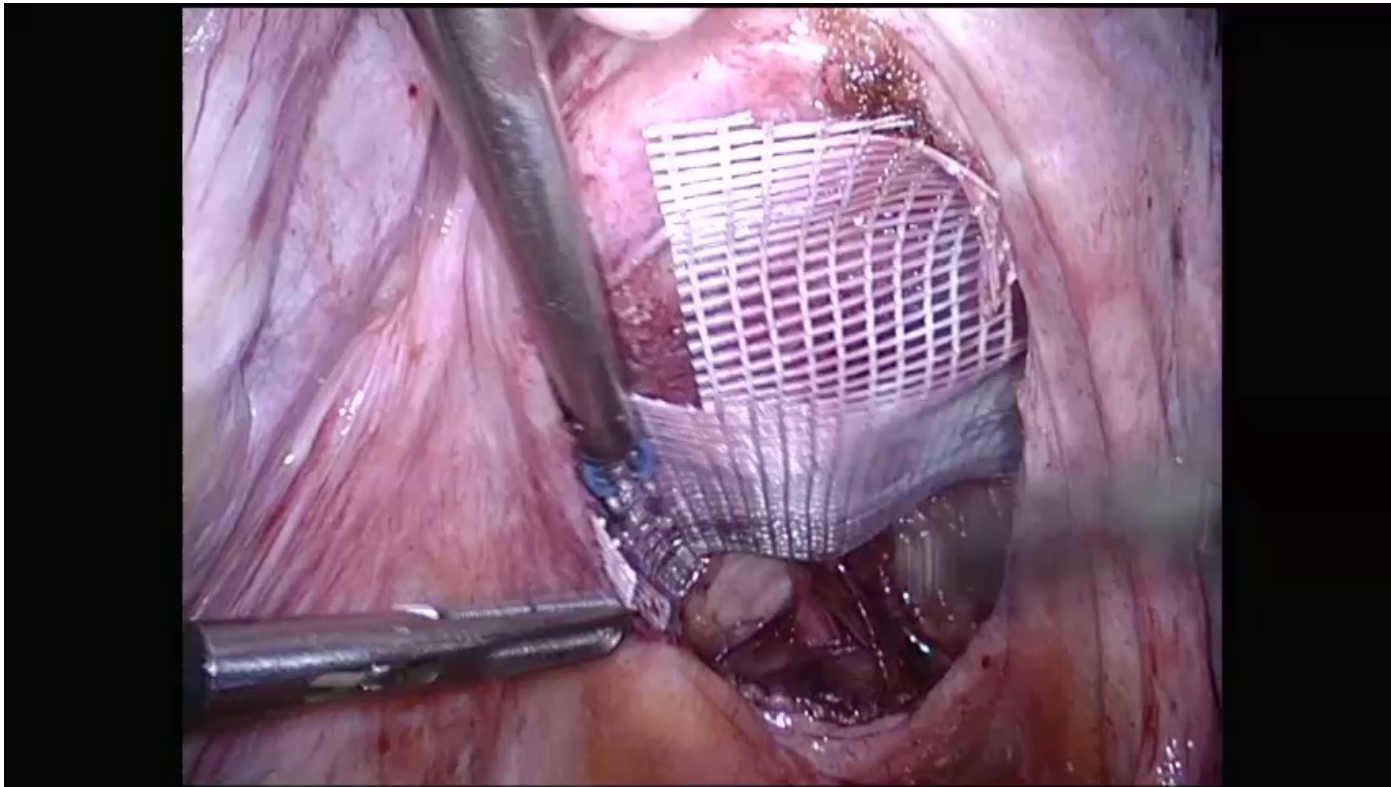
Dissection droite et G



Fin de la dissection cloison RV



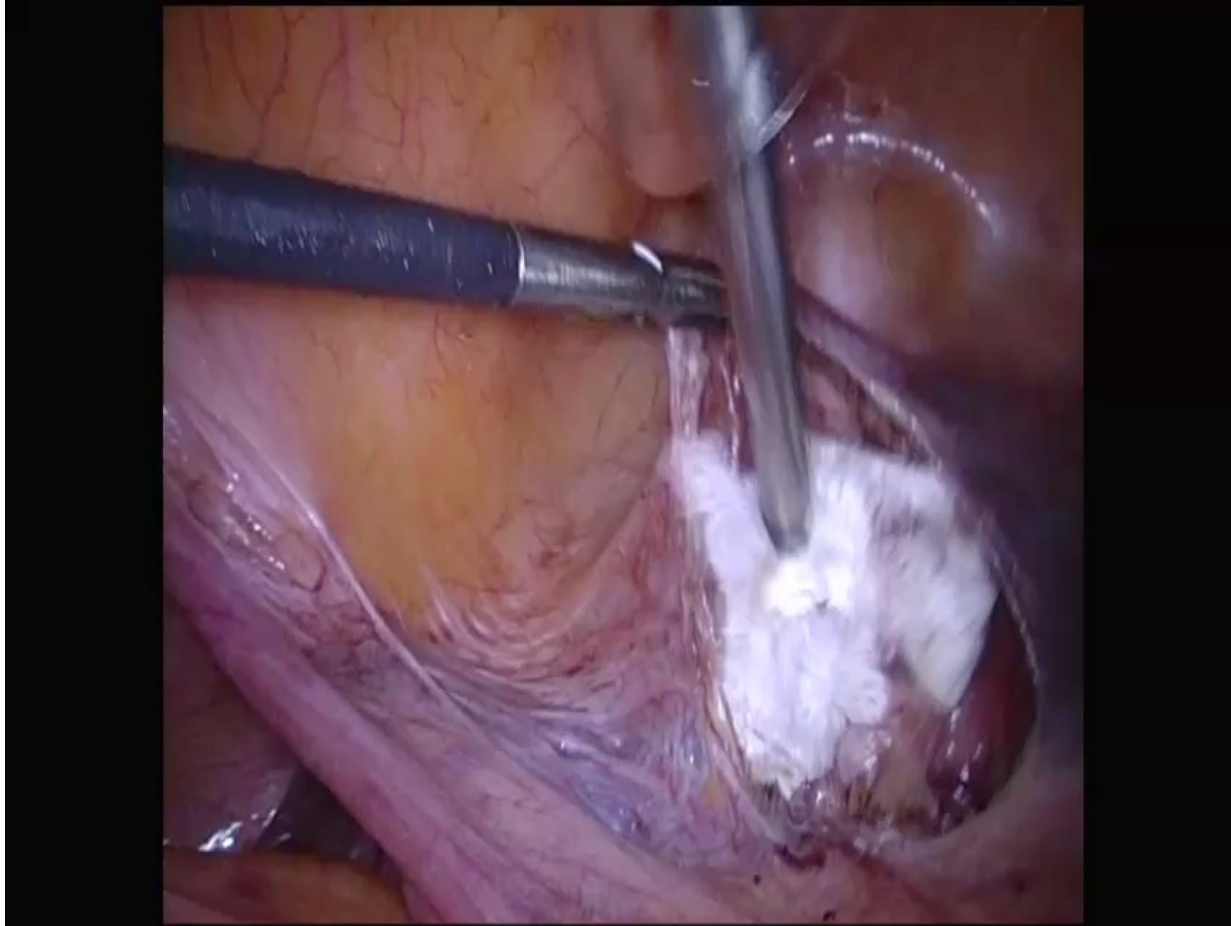
Etallement de la prothèse



Pièges de la dissection antérieure

- **Risque de plaie vésicale 1 à 2%**
 - Atcd de César
 - Pince à préhension de l'aide
- **Risque d'érosion vaginale**
 - exposition de prothèse
- **Risque de rétraction prothétique**

Dissection antérieure vésico vaginale





PF GOLD STANDARD mais de nombreux pièges ...



- **Le Prolapsus est une pathologie bénigne**
 - Si chirurgie : c'est une « Chirurgie fonctionnelle, de confort»
- **PIEGES à connaitre ++ : Risques de complications majeures et vitales**
- **PF = Decision à discuter en RCP**
 - La bonne indication
 - le choix d'une technique standardisée et maîtrisée
 - le respect des recommandations
 - chez une patiente informée
- **La disparition programmée des prothèses synthétiques, (TOT et de PF en France), fait prédire ...l'émergence des alternatives...**





Merci ...

Dr Olivier Toullalan

Hôpital de Cannes

«o.toullalan@ch-cannes.fr»

