

# Prolapsus pelvien de l'étage antérieur : techniques chirurgicales et résultats



## Cystocèle par voie vaginale : quelles techniques possibles en 2019?

*Equipe uro-gynécologie CHU Clermont-Ferrand :  
S Curinier, S Campagne-Loiseau, N Védrine, R Botchorishvili,  
L Guy, B Rabischong.*



REVIEW ARTICLE



# **A systematic review of outcome and outcome-measure reporting in randomised trials evaluating surgical interventions for anterior-compartment vaginal prolapse: a call to action to develop a core outcome set**



WORKING TOWARDS  
**CROWN**  
ENDORSEMENT

**Constantin M. Durnea<sup>1,2</sup> · Vasilios Pergialiotis<sup>3</sup> · James M. N. Duffy<sup>4,5</sup> · Lina Bergstrom<sup>6</sup> · Abdullatif Elfituri<sup>1</sup> · Stergios K. Doumouchtis<sup>1,3,6</sup> · CHORUS, an International Collaboration for Harmonising Outcomes, Research and Standards in Urogynaecology and Women's Health**

# Multitude de techniques chirurgicales, vers la standardisation des conduites à tenir?

J Gynecol Obstet Hum Reprod 46 (2017) 387–391



Available online at  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Guidelines for clinical practice

**Clinical Practice Guidelines: Synthesis of the guidelines for the surgical treatment of primary pelvic organ prolapse in women by the AFU, CNGOF, SIFUD-PP, SNFCP, and SCGP**



L. Le Normand<sup>a</sup>, M. Cosson<sup>b</sup>, F. Cour<sup>c</sup>, X. Deffieux<sup>d</sup>, L. Donon<sup>e</sup>, P. Ferry<sup>f</sup>, B. Fatton<sup>g</sup>, J.-F. Hermieu<sup>h</sup>, H. Marret<sup>i</sup>, G. Meurette<sup>j</sup>, A. Cortesse<sup>k</sup>, L. Wagner<sup>l</sup>, X. Fritel<sup>m,\*</sup>

meilleure à chaque patiente OU d'un travail en  
équipe/pluridisciplinaire

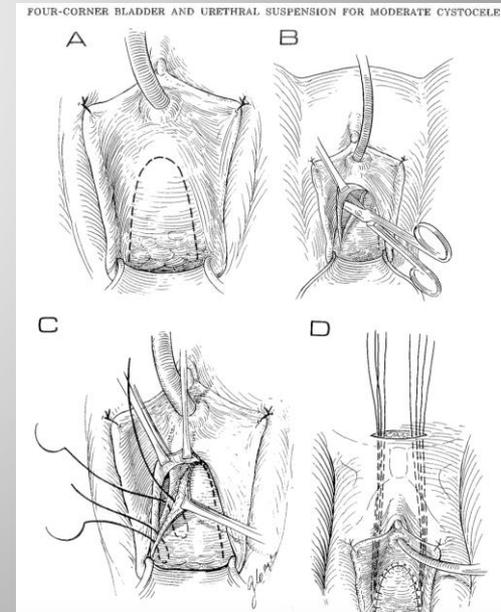
- Cystocèle récidivée

# Techniques autologues

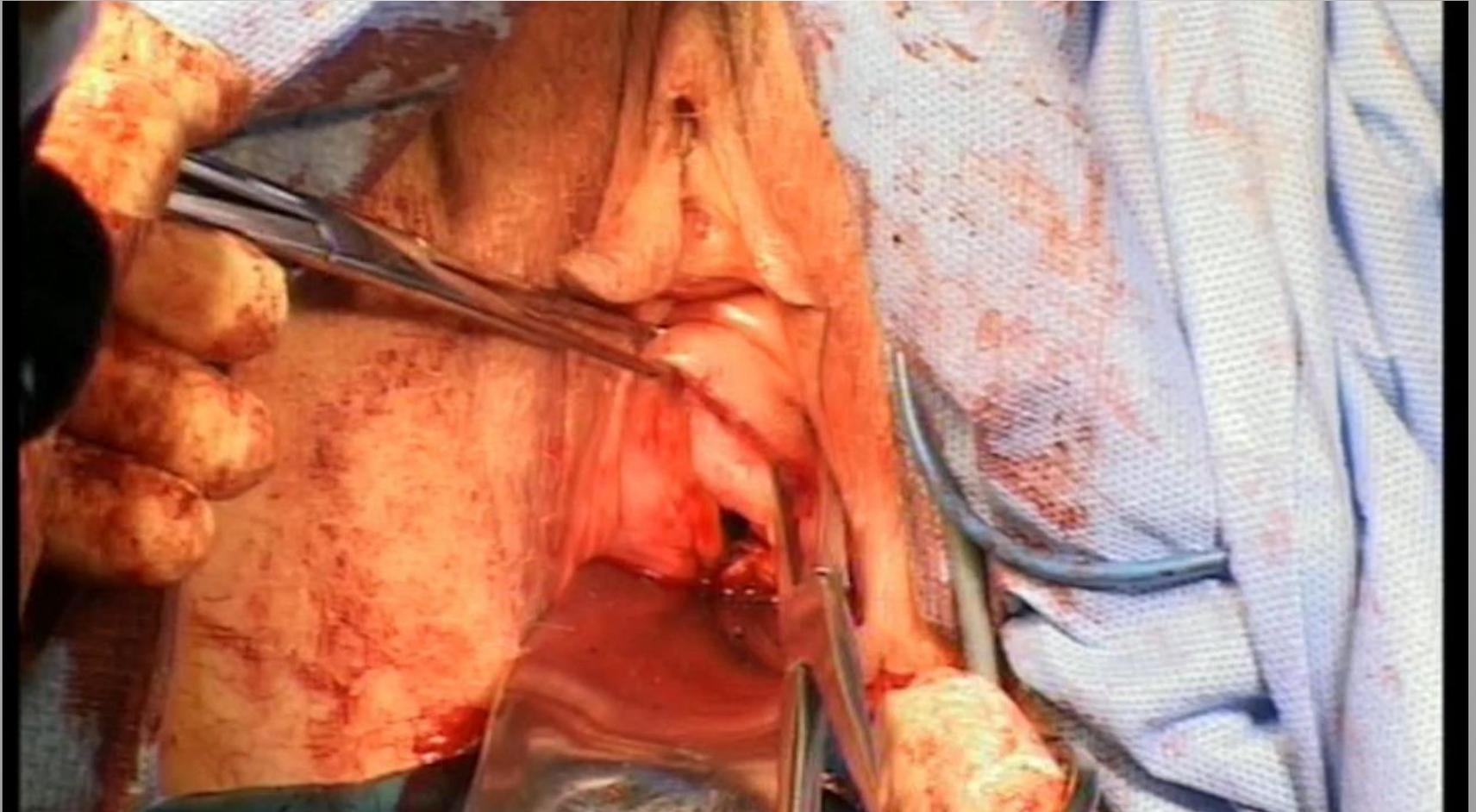
- Pour les cystocèles médianes :
  - Colporraphie antérieure « traditionnelle »
- Réparations para-vaginales :
  - Plastron
  - Colposuspension vaginale aux ligaments inguinaux

## Autres techniques :

- Suspension à l'aponévrose des muscles grands droits (stamey+/-modifié)
  - D.Raudrant, J Gynécol Obstét Biol reprod, 1989
  - Raz S,. J Urol 1989
- Cormio L, Mancini V, Liuzzi G, et al. Cystocele repair by autologous rectus fascia graft: the pubovaginal cystocele sling. J Urol 2015.
- Manchester : + efficace pour le compartiment apical qu'antérieur
  - *Oversand SH, Int Urogynecol 2018*
  - *Study protocol Schulten MM versus sacrospinous hystéropexy*
- Colpocleisis
  - *Lamblin, Gynecol Obstet Fertil Seno 2018*



# Colporraphie antérieure : technique chirurgicale



# Résultats de la colpographie antérieure

- Risque de récurrence aux alentours de 40%
  - » *Miedel A Int Urogynecol J 2008*
- Risque d'échec anatomique plus important qu'après pose de prothèse
  - *Maher Cochrane Database Syst Rev 2016*
- Echecs anatomiques à différencier des échecs fonctionnels
- Technique de plicature plus efficace que la « bourse »
  - *Chen Gynecol Obstet Invest 2007*

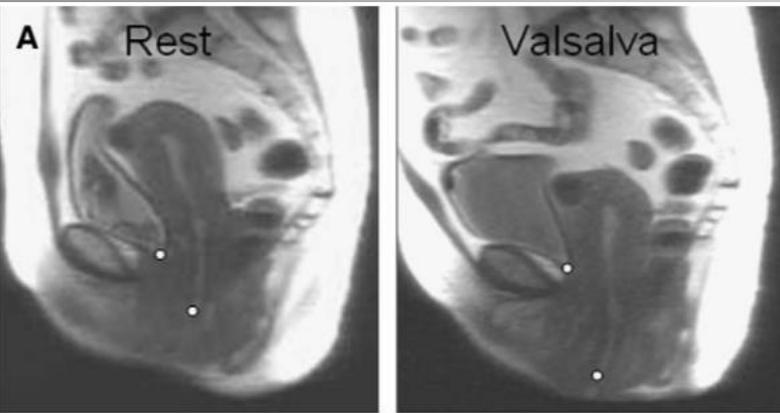
# Does the choice of suture material matter in anterior and posterior colporrhaphy?

Ida Bergman<sup>1</sup>  · Marie Westergren Söderberg<sup>1</sup> · Anders Kjaeldgaard<sup>2</sup> · Marion Ek<sup>1</sup>

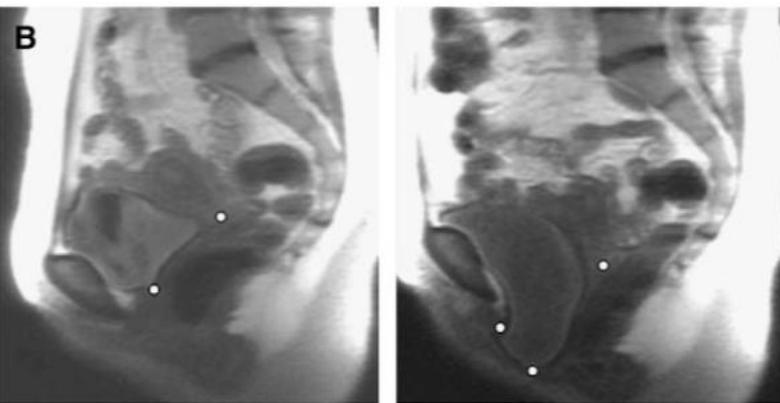
Etude rétrospective, colporraphie antérieure seule, 1<sup>ère</sup> chirurgie

501 patientes avec RA sutures (Vicryl<sup>®</sup>, Dexon<sup>®</sup>, Polysorb<sup>®</sup>)  
230 patientes avec SA sutures (PDS<sup>®</sup>, Maxon<sup>®</sup>)

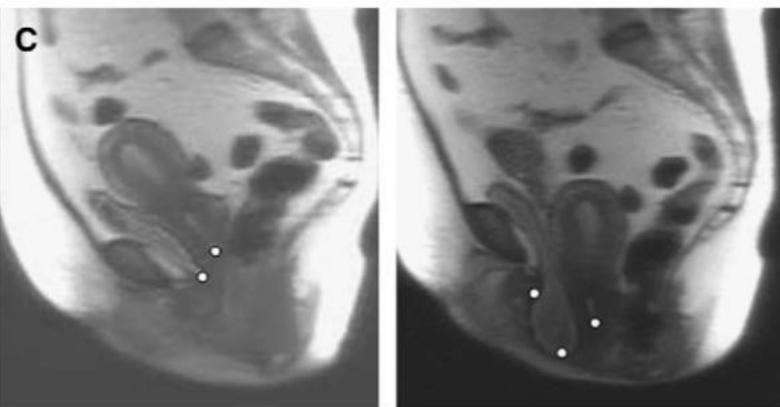
- À 1 an post-op : SA suture group : 22 % de récurrence symptomatique dans le groupe fils à résorption lente 30% dans le groupe résorption rapide (adjusted  $p = 0.01$ , OR 1.6)
- 83 % des patientes satisfaites dans le groupe « fils à résorption lente » versus 75 % dans le groupe fils à résorption rapide ( $p = 0.03$ , OR 1.6)



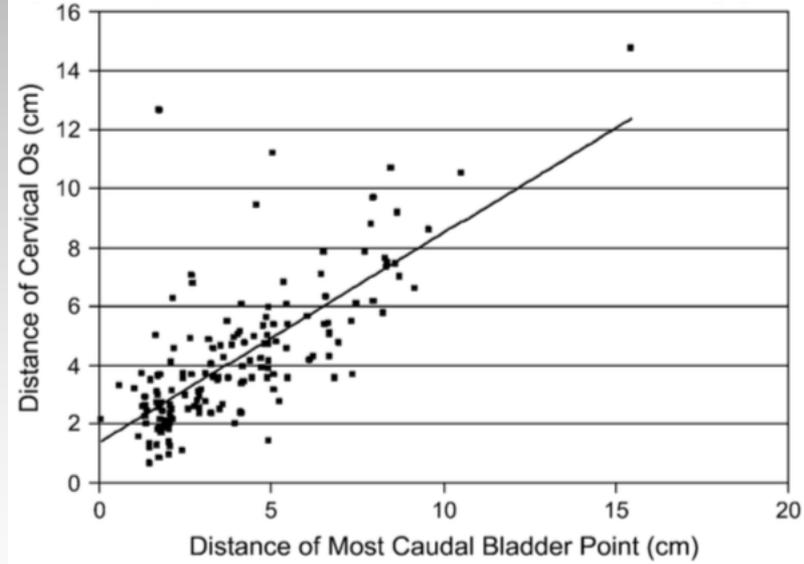
Hystérocèle



Cystocèle et urétrécèle isolées



Cystocèle et hystérocèle



**Figure 5** Correlation between bladder and uterus. The distance between the “normal” location and the position during maximal Valsalva maneuver for both the most caudal point of the bladder and the external cervical os.

# Soutien concomitant du compartiment moyen

- Ne pas négliger un prolapsus apical avec la valve du spéculum car en soutenant l'apex on réduit la cystocèle dans plus de la moitié des cas
  - » *Lowder Obstet Gynecol 2008*
- Plus de récurrences si pas de réparation apicale
  - » *Maher, Cochrane Database 2016*
  - » *Eilber Gynecol Obstet 2013* :  
étude Californienne, Medicare database : 3244 patientes taux de réopération à 10 ans :

**Table 2. Cumulative Reoperation Rates After Index Prolapse Surgery**

	Anterior	Anterior Plus Apical	P for Anterior vs Apical	Posterior
Procedures for recurrence (n)	382	258		246
Cumulative reoperation rate for all procedures	20.2	11.6	.005	14.6
Cumulative reoperation rate per procedure				
Pessary insertion	6.0	5.0	.727	6.1
Colpocleisis	1.3	0.8	.707	0.0
Anterior	4.2	1.9	.173	3.3
Anterior plus apical	1.0	0.0	.152	0.0
Posterior	4.7	3.1	.415	4.5
Posterior plus apical	4.7	2.3	.140	1.6
Anterior-posterior	2.9	1.6	.425	1.6
Anterior-posterior plus apical	4.2	1.6	.066	2.0
Apical	4.7	3.1	.415	2.4

Data are % unless otherwise specified.

**Table 1**  
**Summary of AC success and outcomes**

Author, Year	Type of Study	Single vs Multi Center	Apical Repair Performed if Indicated	No. of Patients Treated with AC	Mean Follow-up (mo)	Definition of Success	Success Rate	Other Reported Outcomes/Complications
Gandhi et al, <sup>13</sup> 2005	RCT	Single center	Yes	78	12	<Stage II anterior vaginal wall prolapse (POP-Q) Resolution of pelvic pressure Resolution of vaginal bulge	71% 69% 89%	
Meschia et al, <sup>47</sup> 2007	RCT	Multicenter	No	103	12	Anatomic point Ba $\leq$ -1 (POP-Q) Resolution of prolapse sensation	81% 87%	SUI: 13% OAB: 17% Dyspareunia: 10%
Guerette et al, <sup>14</sup> 2009	RCT	Multicenter	No	33	24	<Stage II anterior vaginal wall prolapse (POP-Q)	63%	Dyspareunia: 20%
Hviid et al, <sup>48</sup> 2010	RCT	Single center	No	31	12	<Stage II anterior vaginal wall prolapse (POP-Q)	85%	
Nieminen et al, <sup>49</sup> 2010	RCT	Multicenter	No	96	36	<Stage II anterior vaginal wall prolapse (POP-Q) Resolution of pelvic pressure	59% 72%	Reoperation rate: 10%
Altman et al, <sup>50</sup> 2011	RCT	Multicenter	No	186	12	(Composite) Stage 0 or I anterior vaginal wall prolapse (POP-Q) and subjective absence of vaginal bulge symptoms	35%	POP-Q Stage 0 or I:48% Bulge symptoms: 62% De novo SUI: 6% Bladder perforation: 0.5%
Vollebregt et al, <sup>51</sup> 2011	RCT	Multicenter	Yes	58	12	Rate of not having to undergo reoperation for anatomic failure	95%	Resolution of baseline dyspareunia: 80% De novo dyspareunia: 9%
Song et al, <sup>28</sup> 2012	Retrospective review	Single center	Yes	69	48	<Stage II anterior vaginal wall prolapse (POP-Q)	98%	Two patients had grade IV anterior vaginal wall prolapse and no recurrent of anterior prolapse
Lavelle et al, <sup>40</sup> 2016	Retrospective review	Single center	No	121	69	<Stage II anterior vaginal wall prolapse (POP-Q) OR no reoperation for symptomatic pelvic organ prolapse	54.6%	Intraoperative complication rate: 1.6% 30-d complication rate (Clavien I): 5.7% Rate of isolated recurrent anterior prolapse requiring secondary procedure: 3.3%

**Abbreviations:** AC, anterior colporrhaphy; OAB, overactive bladder; POP-Q, pelvic organ prolapse quantification system; RCT, randomized, controlled trial; SUI, stress urinary incontinence.

## **Risk factors for recurrence after hysterectomy plus native-tissue repair as primary treatment for genital prolapse**

Stefano Manodoro<sup>1</sup>  • Matteo Frigerio<sup>1,2</sup> • Alice Cola<sup>1,2</sup> • Federico Spelzini<sup>2,3</sup> • Rodolfo Milani<sup>1,2</sup>

- 519 patientes opérées par HV et réparation autologue dont high Mc Call :
- FDR de récurrence après analyse multivariée :
  - sur n'importe quel compartiment :
    - Si pas de réparation postérieure (OR 1,8)
    - Macrosomie (OR 2,7)
    - Patiente non ménopausée (OR 3,9)
    - Obésité (OR 2,2)
    - Stade POPQ pré-op 3 ou plus (OR 2,6)
  - sur le compartiment opéré :
    - Patiente non ménopausée (OR 4)
    - Stade POP Q 3 ou plus (OR 4,5)

## Risk factors for recurrence after hysterectomy plus native-tissue repair as primary treatment for genital prolapse

Stefano Manodoro<sup>1</sup>  · Matteo Frigerio<sup>1,2</sup> · Alice Cola<sup>1,2</sup> · Federico Spelzini<sup>2,3</sup> · Rodolfo Milani<sup>1,2</sup>

519 patientes opérées par HV et réparation autologue dont high Mc Call :

FDR de récurrence après analyse multivariée :

- sur n'importe quel compartiment :

- Si pas de réparation postérieure (OR 1,8)
- Macrosomie (OR 2,7)
- Patiente non ménopausée (OR 3,9)
- Obésité (OR 2,2)
- Stade POPQ pré-op 3 ou plus (OR 2,6)

– sur le compartiment opéré :

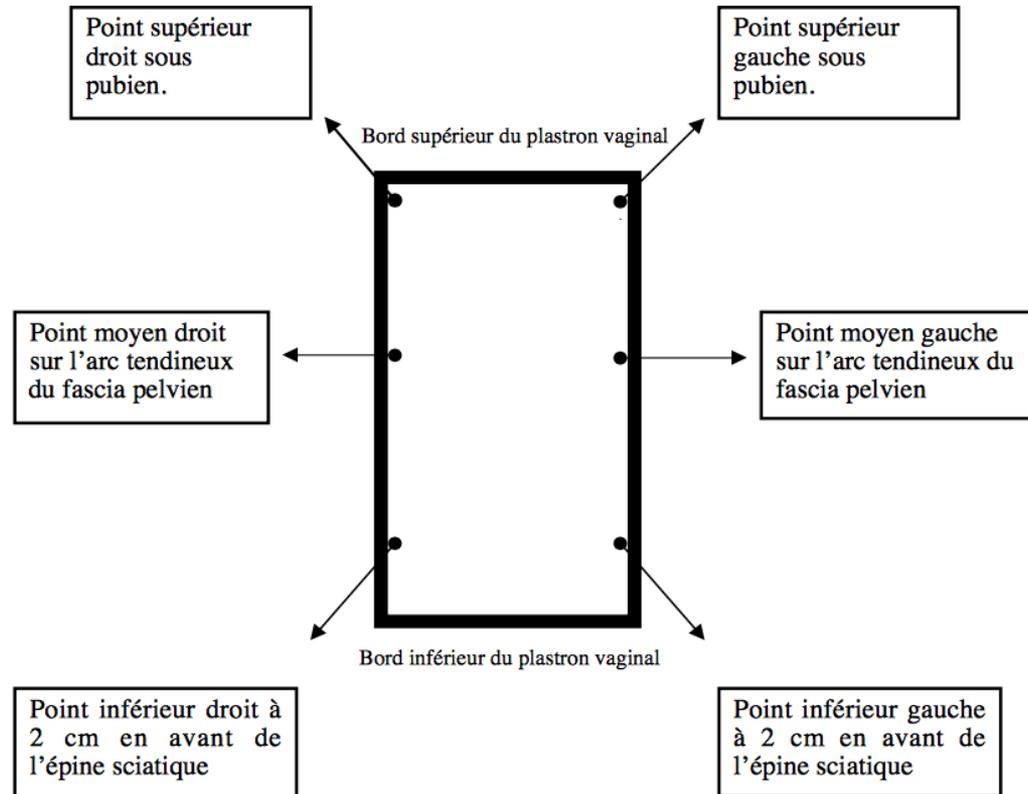
- Patiente non ménopausée (OR 4)
- Stade POP Q 3 ou plus (OR 4,5)

# Technique chirurgicale

## Cure de cystocèle par plastron vaginal

P. Collinet, M. Cosson, G. Crépin

*Pôle de Chirurgie Gynécologique, Clinique de Gynécologie-Obstétrique et Néonatalogie, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU Lille, France.*



**Figure 1** Positionnement des 6 points de fixation du plastron vaginal.

# Plastron



## *Cosson Eur J Obstet Gynecol reprod 2001*

- 46 patientes
- Recul de 16.4 mois (6-26 mois)
- 5 cas de granulomes (10.90%)
- 0 mucocèle
- 93% de succès anat sur la cystocèle : 2 échecs anatomique sur la cystocèle (et un stade 3 devenu stade 1) en début de série.
- 1 réintervention à 5 mois



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



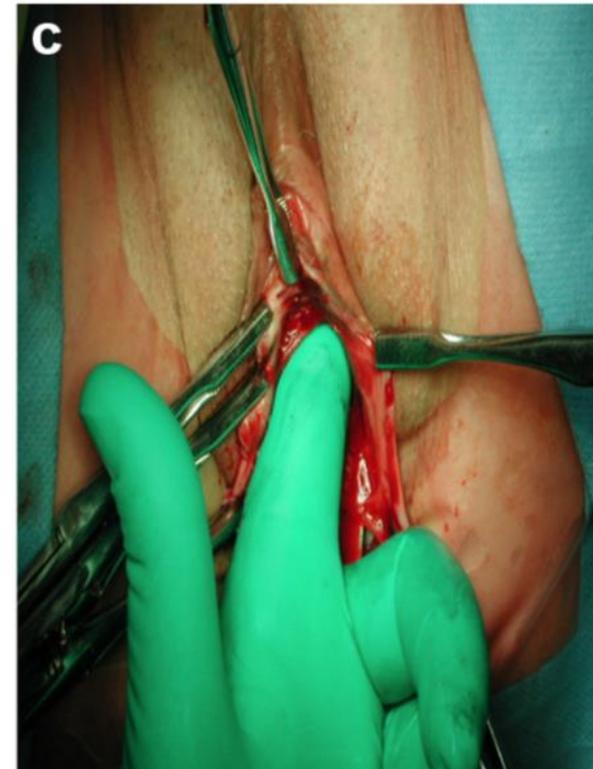
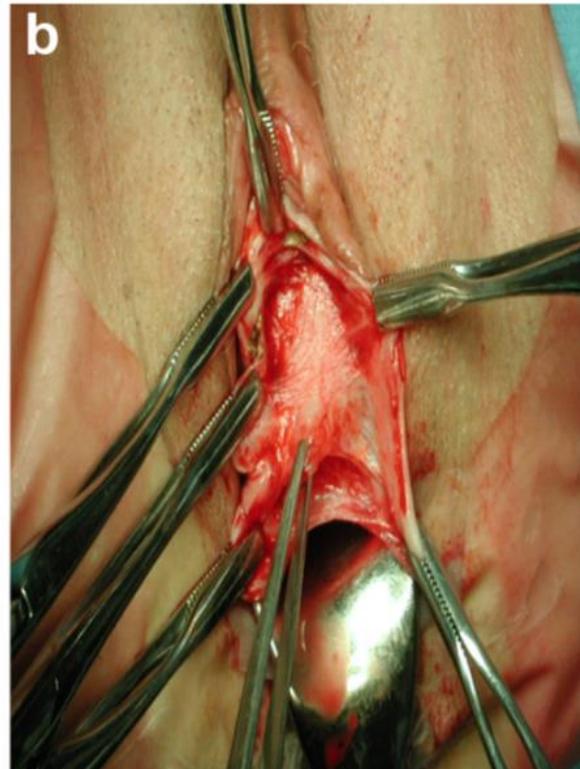
Comment je fais...

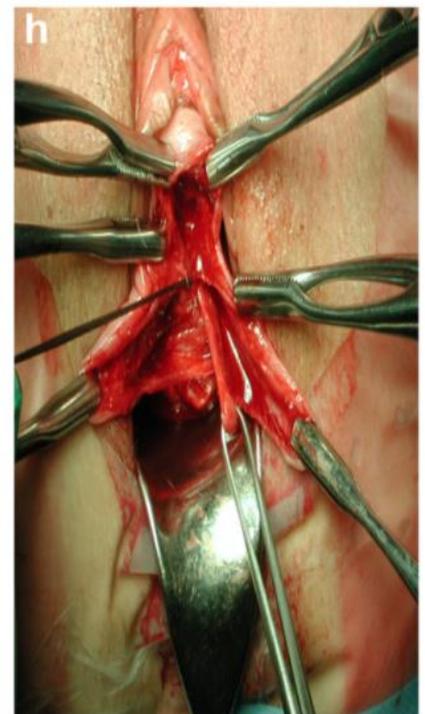
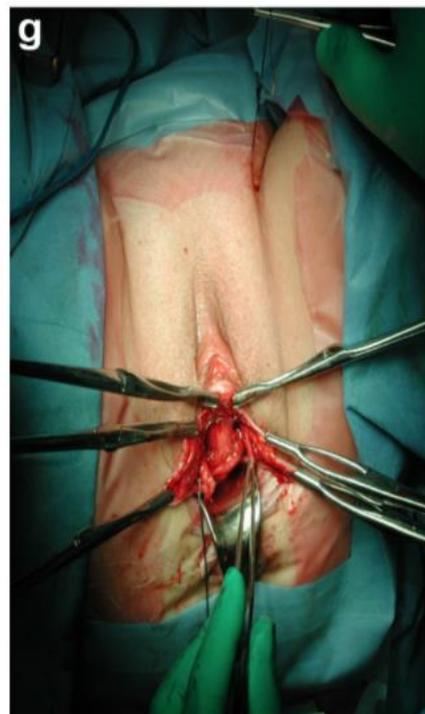
## Comment je fais... une cure de cystocèle de stade 3 par colposuspension vaginale

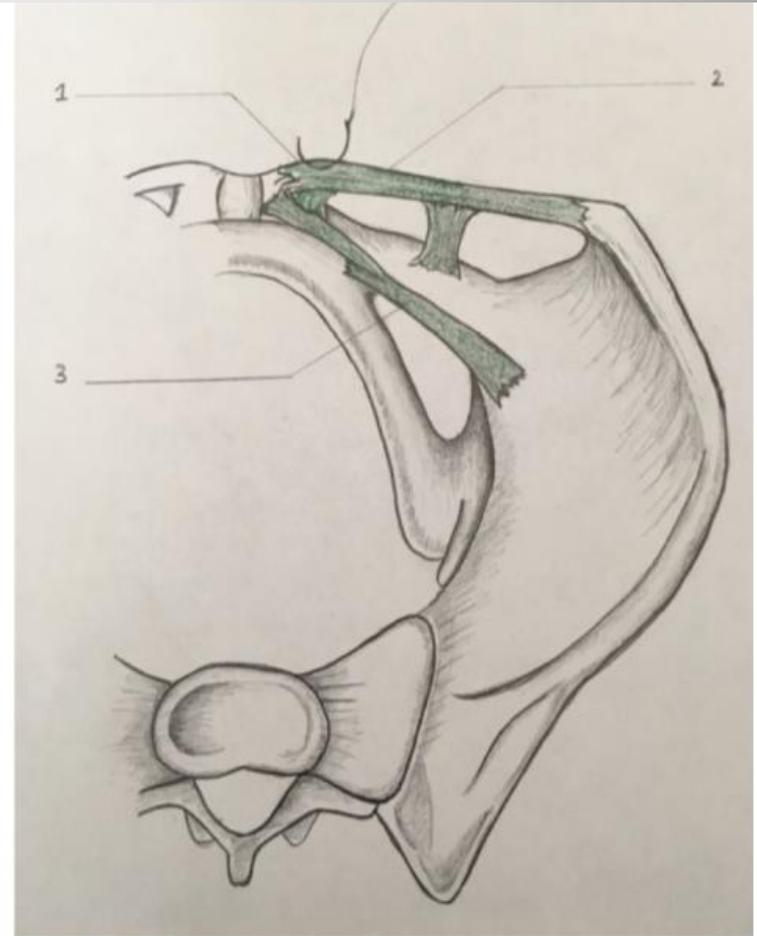
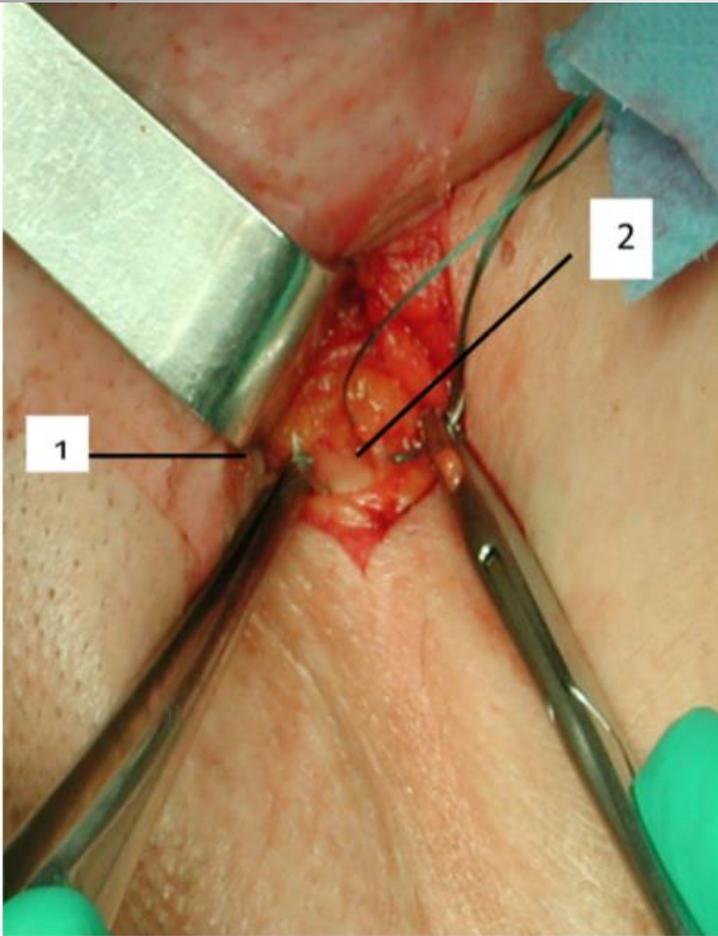


*How I do... the treatment of cystocele stage 3 by the vaginal colposuspension technique*

G. Lamblin\*, C. Azzi-Peltier, P. Chabert, K. Lebaill Carval, G. Chene, G. Mellier







## A randomized controlled trial comparing anatomical and functional outcome between vaginal colposuspension and transvaginal mesh

G. Lamblin · A. Van-Nieuwenhuysse · P. Chabert ·  
K. Lebail-Carval · S. Moret · G. Mellier



- Récidives plus fréquentes dans le groupe colposuspension
- Taux de succès à 2 ans : 84,4 % versus 100%  $p = 0,05$
- Résultats urinaires identiques, mais moins d'IUE de novo dans la chirurgie conventionnelle
- Scores de qualité de vie améliorés dans les 2 groupes
- Sexualité identique dans les 2 groupes
- Erosion < 5 % dans le groupe prothèse
- Pas de complication spécifique dans la chirurgie conventionnelle

The background features a gradient of pink and white colors. On the left side, there are several curved, parallel lines that create a sense of depth and movement. On the right side, there is a grid pattern of small squares, also in shades of pink and white, which appears to be receding into the distance.

# Quid des prothèses trans-vaginales en 2019?



**Cochrane**  
**Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

2016

## Surgery for women with anterior compartment prolapse (Review)

Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J

### Avantages des prothèses :

- ↑ résultats subjectifs RR: 0,66
- ↑ résultats objectifs RR: 0,40
- ↓ Réintervention pour prolapsus RR : 0,53

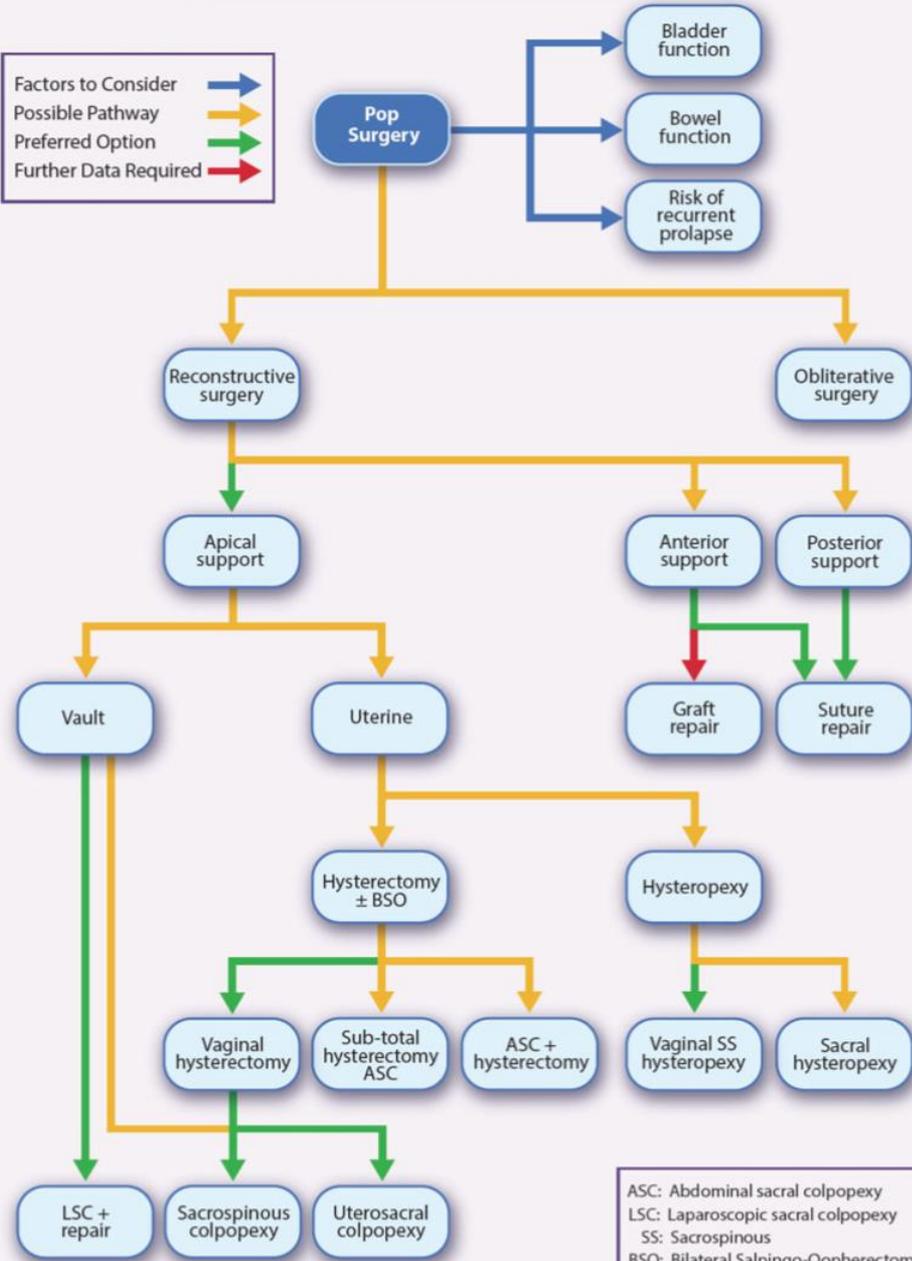
### Inconvénients des prothèses :

- ↑ plaie vessie RR 3,92
- ↑ IUE de novo RR: 1.39
- réinterventions pour exposition 8%
- ↑ **total réparation RR 2,40**

- Mais pas de différence sur les résultats fonctionnels (questionnaires)
- Dyspareunie : **1.06 [ 0.59, 1.90 ]**
- Dyspareunie de novo RR : **0.54 [ 0.27, 1.06 ]**

# ICI 2017 Surgical Treatment POP

Factors to Consider →  
 Possible Pathway →  
 Preferred Option →  
 Further Data Required →



ASC: Abdominal sacral colpopexy  
 LSC: Laparoscopic sacral colpopexy  
 SS: Sacrospinous  
 BSO: Bilateral Salpingo-Oophorectomy

- Etude de cohorte écossaise sur 18,986 patientes, 7% des interventions : prothèses en 1<sup>ère</sup> intention

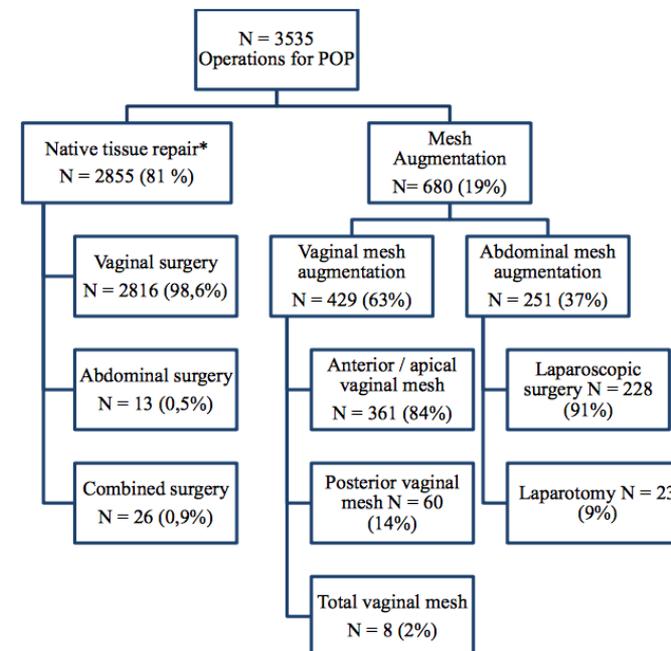
» Morling JR, Lancet 2017

- Etude Finlandaise : 3535 patientes opérées dans 41 hôpitaux ou cliniques

- Groupe TVM 10% : :
  - patientes plus âgées, moins sexuellement actives, avec plus de maladies CV ou de tt pour maladies chroniques.
  - Symptômes de prolapsus plus important
  - Prolapsus récidivé, cystocèle prédominante
  - La région de prise en charge +++

Mattsson NK, Acta Obstet Gynecol Scand 2019

**Figure 2.** Surgical methods of operations for POP included in the study.  
\*Native tissue repair methods are described in Appendix 2.





## UPDATE on Serious Complications Associated with Transvaginal Placement of Surgical Mesh for Pelvic Organ Prolapse: **FDA Safety Communication. 07/2011.**

### Dates clés

<b>2014</b>	La MHRA (Medicine and Healthcare products Regulatory Agency), autorité compétente sur les dispositifs médicaux au Royaume-Uni, confirme le rapport bénéfice/risque positif pour ces DM et demande que de nouvelles études cliniques soient mises en place.
<b>2015</b>	Le SCENHIR (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks), un comité scientifique de la Commission européenne, <u>identifie dans son rapport</u> que les implants de renfort pour le traitement de l'incontinence urinaire ou du prolapsus présentent des risques différents en fonction des caractéristiques techniques et de la voie d'implantation.
<b>2016</b>	La FDA (Food and Drug Administration) aux Etats-Unis, décide de modifier la classe des implants de renfort pour le traitement du prolapsus posés par voie vaginale, de la classe II à la classe III. Ceci implique désormais la mise en œuvre d'une procédure de mise sur le marché plus complexe auprès de la FDA.
<b>2017</b>	Le NICE (National Institute for Health and Care Excellence), institution britannique en charge notamment des pratiques cliniques, conclut que les procédures chirurgicales de cure de prolapsus de la paroi vaginale avec pose d'implants de renfort devraient être réalisées dans le cadre de recherches cliniques. Dans le même temps, en Australie, le TGA, autorité compétente sur les dispositifs médicaux, retire de son registre les implants de cure de prolapsus posés par voie vaginale.
	Mise en place en décembre d'une task-force européenne regroupant des autorités compétentes européennes.
<b>2018</b>	Certains états membres européens engagent une réflexion sur les pratiques cliniques. Au Royaume-Uni, le gouvernement a demandé en juillet 2018 une restriction temporaire d'utilisation des implants de renfort pelvien par voie vaginale, dans l'attente de recommandations pour encadrer les pratiques chirurgicales. L'Irlande a également pris une décision similaire. Aux Etats-Unis, la FDA a annoncé le 20 novembre 2018 la tenue en février 2019 d'un comité d'experts dédié à la sécurité et à l'efficacité de ces dispositifs.



Available online at  
**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Guidelines for clinical practice

## Clinical Practice Guidelines: Synthesis of the guidelines for the surgical treatment of primary pelvic organ prolapse in women by the AFU, CNGOF, SIFUD-PP, SNFCP, and SCGP



L. Le Normand<sup>a</sup>, M. Cosson<sup>b</sup>, F. Cour<sup>c</sup>, X. Deffieux<sup>d</sup>, L. Donon<sup>e</sup>, P. Ferry<sup>f</sup>, B. Fatton<sup>g</sup>, J.-F. Hermieu<sup>h</sup>, H. Marret<sup>i</sup>, G. Meurette<sup>j</sup>, A. Cortesse<sup>k</sup>, L. Wagner<sup>l</sup>, X. Fritel<sup>m,\*</sup>

Prothèse inter-vésico-vaginale **pas justifiée de manière systématique en 1<sup>ère</sup> intention**, doit être discutée au cas par cas si haut risque de récurrence (rapport bénéfices/risques incertain à long terme), RCP.

## Recommandations CNGOF 2013 :

Chez les patientes ayant une **cystocèle récidivée**, la mise en place d'une prothèse intervesicovaginale par voie vaginale est une **option raisonnable** pour réduire le risque de nouvelle récurrence.

Sous réserve :

- d'une information complète de la patiente,
- d'une formation du chirurgien à la technique,
- de l'absence de douleurs chroniques/dyspareunie pré-op.

- Etude sur 349 patientes opérées par Prolift® avec recul moyen de 8,5ans :
  - Taux de ré-intervention global (complications de prothèses, récurrence prolapsus ou IUE) : 14,5%
  - Taux de complications liées à la prothèse (exposition, infection, rétraction) : 4,3%
  - Taux de récurrence 7,2% (4% après Prolift® total)

» *Pécheux, Eur J Obstet Gynecol Reprod Bio 2019*

- 121 patientes opérées avec prothèse Uphold®, résultats à 1 an :
  - Taux de succès sur les symptômes : 94%
  - Taux de succès anatomique : 76,8%
  - Taux de succès composite : 72,4%
  - Différence significative sur le taux de succès composite dans les **centres** qui ont réalisé plus de 30 chirurgies du prolapsus versus les autres (80% vers 50% p=0,045)

» *Allegre, Neurourol Urodyn 2019*

- Résultat Uphold à 5 ans 70% de succès anatomique (stade ≤1)

» *Rahkola-Soisalo Female Pelvic Med Reconstr Surg 2019*

- Résultats Restorelle Direct Fix à 1 an : taux de succès 87,8% (stade ≤1)

» *Ferry, J Gynecol Obstet Hum Reprod 2018*



## **Complications after pelvic floor repair surgery (with and without mesh): short-term incidence after 1873 inclusions in the French VIGI-MESH registry.**

Fritel X<sup>1,2</sup>, Campagne-Loiseau S<sup>3</sup>, Cosson M<sup>4</sup>, Ferry P<sup>5</sup>, Saussine C<sup>6</sup>, Lucot JP<sup>7</sup>, Salet-Lizee D<sup>8</sup>, Barussaud ML<sup>9</sup>, Boisramé T<sup>10</sup>, Carlier-Guérin C<sup>11</sup>, Charles T<sup>12</sup>, Debodinance P<sup>13</sup>, Deffieux X<sup>14</sup>, Pizzoferrato AC<sup>15</sup>, Curinier S<sup>3</sup>, Ragot S<sup>16</sup>, Ringa V<sup>2</sup>, de Tayrac R<sup>17</sup>, Fauconnier A<sup>18</sup>.

- Complications sérieuses pour 52 patientes (2.8%, 95% CI 2.1-3.6)
- Sur les 811 BSU : 11 partiellement ou totalement retirées (1.4%, 0.7-2.3)
- Sur les 391 prothèses transvaginales : 2 partiellement ou totalement retirées (0.5%, 0.1-1.6)
- et 4 sur 611 prothèses placées par voie coelioscopiques (0.7%, 0.2-1.5).

Incidence des complications sérieuses à 6 mois post-op :

- 3.5% (2.0-5.0) après BSU seule
- 7.0% (2.8-11.3) après BSU+chirurgie du prolapsus
- 1.7% (0.0-3.8) après chirurgie vaginale autologue
- 2.8% (0.9-4.6) après prothèse trans-vaginale
- 1.0% (0.1-1.9) après chirurgie laparoscopique du prolapsus

# Conclusion

- Diminuer le risque de récurrence en cas de chirurgie autologue :
  - Standardiser les CAT, les techniques et les études pour pouvoir analyser les résultats
  - Ne pas négliger une cystocèle apicale
  - FORMATION : vidéos de chirurgie vaginale, pelvitainer, +/- modèles animaux.
  - Prévention secondaire (obésité, tabagisme, adaptation du poste de travail...)
- Prothèses sont efficaces en particulier dans les récurrences de prolapsus
  - Réduction des symptômes de prolapsus à 12-36 mois (RR 0,66)
  - Réduction du risque de réopération pour récurrence (RR 0,53)
  - Augmentation du risque de réopération pour IUE ou exposition prothétique (RR 2,40)
- Registre national VIGI-MESH +++
- Intérêt des réunions pluri-disciplinaires

Merci de votre attention!