
CHIRURGIE DU PROLAPSUS

Justification

Le prolapsus génital de la femme peut se définir comme une hernie dans la cavité vaginale dans laquelle s'engagent un ou plusieurs éléments du contenu abdomino-pelvien

C'est une affection fréquente, l'incidence cumulée de la chirurgie atteint 11 % au-delà de 70 ans.

elle est régulièrement prise en charge sur le plan chirurgical par les **gynécologues et par les urologues** .

Toutes les recommandations publiées et utilisées pour la réalisation de ce DPC s'adressent au public pressenti pour ce DPC :

En 2016 toutes les sociétés savantes françaises impliquées dans la prise en charge des prolapsus génitaux se sont associées pour valider des recommandations :

Association française d'urologie (AFU), Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), Société interdisciplinaire d'urodynamique et de pelvipérinéologie (SIFUD-PP), Société nationale française de colo-proctologie (SNFCP), Société de chirurgie gynécologique et pelvienne (SCGP).

Synthèse des recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme par l'AFU, le CNGOF, la SIFUD-PP, la SNFCP, et la SCGP

http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Clinique%252FRPC%252FRPC%2BCO LLEGE%252FRPC_2016_Prolapsus_gnital_VF.pdf

le 6/05/2021 L'HAS à émis des recommandations nationales de la pratique professionnelle

« Prolapsus génital de la femme – Prise en charge thérapeutique »
incluant des recommandations concernant la prise en charge chirurgicale

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/reco329_recommandation_prolapsus_cd_2021_05_06_lg.pdf

Résumé et objectifs

Les troubles de la statique pelvienne constituent un problème majeur de santé publique du fait de leur fréquence, de leur coût pour la collectivité et de leur retentissement sur la qualité de vie des patientes.

Ainsi, on estime que l'incidence cumulée de la chirurgie du prolapsus atteint 11% au-delà de 70 ans.

La prise en charge chirurgicale de ces pathologies a évolué avec les problèmes rencontrés par la pose de matériel prothétique par voie vaginale et la parution de nouveaux décrets encadrant maintenant l'utilisation de matériel prothétique dans les traitements chirurgicaux de ces pathologies.

De nouvelles recommandations pour la pratique clinique des prolapsus génitaux ont été publiées par la HAS en 2021. Elles visent entre autres à améliorer la prise en charge chirurgicale lorsqu'elle est nécessaire, objet de ce DPC .

Au cours de cette journée ne seront pas discutées les alternatives au traitement chirurgicale (type pessaire)et l'information préalable des patientes , par ailleurs obligatoire au choix éclairé (objet d'un autre DPC)

cette formation

argumentera les choix possibles des diverses interventions proposées une fois l'indication opératoire retenue

exposera les règles de bonne pratique dans sa réalisation

et les informations spécifiques à fournir à la patiente pour permettre une reconnaissance précoce d'une éventuelle complication dépendante de la technique choisie pour la cure du prolapsus présentée

Orientations prioritaires

83. Diagnostic et prise en charge des troubles pelvi-périnéaux de la femme

151. Prise en charge des troubles de la statique pelvienne

Cible

Méthodologie

Formation continue

Le module comporte 2 phases

- Phase non présentielle de travail en ligne ,limitée aux QCM, non valorisée
- Phase présentielle physique

OBJECTIFS DE LA FORMATION

I. Les Objectifs FMC collent aux périmètres de l'orientation

1 - Déterminer **la place et surtout le type de la chirurgie** (avec et sans matériel prothétique synthétique) dans la stratégie globale de prise en charge des prolapsus selon les caractéristiques de la patiente .

2 - Décrire les **bonnes pratiques dans la réalisation** des principales interventions chirurgicales

3 – rappeler les **bonnes pratiques dans l'information**, l'accompagnement et l'éducation de la patiente tout au long de la prise en charge pour permettre, le repérage et la prise en charge précoce des complications lié au choix thérapeutique effectué .

PHASE NON PRESENTIELLE EN LIGNE

Le participant est sollicité pour un travail de réflexion individuelle par l'envoi en ligne de documents QCMs,

I. Moyens mis en œuvre :

1. Logiciel d'enquête en ligne : Sphinx Déclic

Ce logiciel permet l'envoi de quizz, QCMs, cas/vignettes cliniques avec questions à réponses ouvertes ou QCMs, menus déroulants et la saisie de grilles d'audit.

Il permet

- La réalisation de synthèses des réponses anonymisées du groupe,
- La synthèse des réponses d'un même participant à une grille d'audit sur x dossiers
- L'analyse des réponses (analyses multivariées, critères de regroupement, conditionnelle...)
- L'envoi de cette synthèse aux participants et intervenants

2. Espace dédié pour les documents de la formation sur le Compte participant du site EvalFormSanté

Existence sur le compte des participants du site EvalFormSanté d'un espace dédié à la formation leur permettant d'accéder aux documents post-formation présentielle (diaporama, film des interventions principales, articles compléments de FMC, analyse des enquêtes ...) Ces documents resteront accessibles pendant 1an. Ils pourront ainsi servir de base de référence pour leur pratique .

3. Forum en Ligne

Un forum réservé aux participants et intervenants sera ouvert sur le site EvalFormSanté pendant quelques semaines à la suite de la formation présentielle

Les participants pourront ainsi

- Débattre des difficultés rencontrées dans leur pratique sur l'application des recommandations avec les intervenants et autres participants
- Réinterroger l'expert sur des points mal acquis

Les participants au forum sont avertis par une notification de nouveaux documents mis sur le forum et des nouvelles discussions et interventions au sein de ces discussions

II. DEROULE DE LA PHASE NON PRESENTIELLE EN LIGNE :

1. Formation cognitive non présentielle :

QUIZZ-QCMs pré post test (cf. ANNEXE). non valorisés

Des QUIZZ - QCMs correspondant aux messages principaux de la formation cognitive présentielle seront adressés par le logiciel d'enquête en ligne

- avant la phase présentielle.
- durant le mois suivant celle-ci en post test de lecture et évaluation des messages retenus

Il sera effectué les synthèses des réponses anonymisées pré et post du groupe qui seront analysées par les intervenants

- en pré formation afin de mieux cibler les besoins
- en post formation afin d'évaluer l'acquisition des messages principaux. L'expert/pilote les commenteront le cas échéant en précisant les messages mal acquis

La correction des QCMs, les synthèses des réponses anonymisées pré et post du groupe et les commentaires seront mises à disposition des participants sur l'espace dédié sur leur compte à l'issue de la formation afin de leur permettre une autoanalyse de leurs acquisitions

PHASE PRESENTIELLE

I. Moyens mis en oeuvre

Présentiel Physique

La formation aura lieu dans une salle dédiée au DPC permettant le respect des normes sanitaires et disposant des systèmes de communication adaptés au format de la formation (vidéo projection, connexion internet et notamment un système de communication Visio et audio permettant la retransmission des images opératoires et les échanges entre la salle d'opération et la salle de réunion)

Les modalités d'accès à la salle seront envoyées aux participants lors de la confirmation de la réunion ainsi que les personnes ressources à contacter en cas de difficultés ou de handicap.

II. CONTENU : Formation cognitive présentielle : 8 h

III. DEROULE DE LA PHASE PRESENTIELLE

A/ accueil des participants, exposé des attentes 10 min

B/ programme de la journée

Le programme respecte les attendus pédagogiques des fiches d'orientations

à partir de situation cliniques réelles et (patientes en direct du bloc opératoires ou par présentations d'interventions filmées de patientes devant être opérées d'un prolapsus)

pour chaque cas présentés :

description détaillée du contexte clinique et du bilan anatomique présentations de la fiche rcp

discussion sur les stratégies opératoires possibles et des critères présidant aux choix thérapeutiques

contrôle de la validité des indications au vu des recommandations AFU CNGOF ET HAS avec rappel de connaissances théoriques si besoin

démonstration de la technique opératoire (en direct du bloc ou en différé si la programmation n'a pas été possible) avec commentaires de l'experts sur les points techniques particuliers permettant de prévenir ou réduire les complications de cette chirurgie du prolapsus

rappel bonnes pratiques dans l'information des patientes

suivi d'une synthèse des points importants concernant la technique démontrée

Programme horaire :

- 0H-0H30 présentation programme, intervenants, lister les attentes
- 0H30-8H30 deux sessions de retransmission chirurgicale de 3h30 chacune entrecoupées d'une pause restauration d'une heure

(discussion de cas chirurgicaux dont la segmentation précise sera fonction de la durée de la chirurgie présentée)

La journée est bâtie comme une succession de présentations cliniques de femmes atteintes de troubles pelvipérinéaux relevant d'une prise en charge chirurgicale

Pour chaque patiente et dans le respect de l'anonymat

seront présentés

le contexte clinique et le bilan anatomique et para clinique ayant fait indiquer la chirurgie

la fiche RCP

permettant une discussion sur les stratégies opératoires possibles et des critères présidant aux choix thérapeutiques

puis la chirurgie sera retransmise :

démonstration de la technique opératoire (en direct du bloc ou en différé si la programmation n'a pas été possible) avec commentaires de l'experts sur les points techniques particuliers permettant de prévenir ou réduire les complications de cette chirurgie

sont pressenties la prise en charge :

d'un prolapsus complet par voie coelioscopique avec ou sans hystérectomie subtotale associée

diverses prises en charge de prolapsus par voie vaginale pour les défaut de chaque étage

défauts moyen

hystérectomie vaginale

défauts antérieurs: cure de cystocèle :

Plastron

suspension paravaginale

Et défauts Postérieurs :

Richter

plastie pré rectale

Périnée postérieure, plastie releveurs, plicature puborectaux

A part :

Colpocléisis

- 8H30-9H Questions diverses à l'expert et vérification de la réponse aux attentes, synthèse des pistes d'améliorations déterminées à chaque étape.

EVALUATION DE LA FORMATION

i) Questionnaire de satisfaction

Un questionnaire est rempli par chaque participant à l'issue de la formation présentielle. Il renseigne sur les conditions du déroulé de cette séquence.

ii) Évaluation des messages retenus FMC

En pré et post formation des QUIZZ -QCMs correspondant aux messages principaux de la formation cognitive présentielle et de la lecture d'article seront adressés en ligne en pré et post test

Notre logiciel d'enquête en ligne collige les réponses/participants, identifiés par leur email, et les garde en mémoire afin de s'assurer que tous ont répondu. Il permet des procédures de relance sélective.

Il permet par ailleurs une synthèse des réponses anonymisées du groupe. L'expert et le pilote chargé de cette formation réalisent une analyse comparée des synthèses des résultats aux enquêtes pré et post. Ils en font un commentaire en apportant d'éventuelles précisions sur les messages insuffisamment intégrés

Analyse, attendus et commentaire sont mis à disposition en ligne des participants sur l'espace dédié de leur compte et /ou par le biais du forum interactif. Ceux pourront ainsi y comparer leurs propres réponses et réfléchir à l'évolution de leurs pratiques

BIBLIOGRAPHIE

HAS 2021 « Prolapsus génital de la femme – Prise en charge thérapeutique » incluant des recommandations concernant la prise en charge chirurgicale

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/reco329_recommandation_prolapsus_cd_2021_05_06_lq.pdf

RPC 2016 Synthèse des recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme par l'AFU, le CNGOF, la SIFUD-PP, la SNFCP, et la SCGP

http://www.cngof.fr/component/rsfiles/aperçu?path=Clinique%252FRPC%252FRPC%2BCOLLEGE%252FRPC_2016_Prolapsus_gnital_VF.pdf

Cour F, Le Normand L, Meurette G. Traitement par voie basse des colpocèles postérieures : recommandations pour la pratique clinique. Prog Urol 2016;26:S47-60.

Deffieux X, Thubert T, Donon L, Hermieu JF, Le Normand L, Trichot C. Chirurgie d'occlusion vaginale, (Colpocleisis) pour prolapsus génital : recommandations pour la pratique clinique. Prog Urol 2016;26:S61-72.

<https://www.em-consulte.com/en/article/1077890>

Comment je fais... un colpocléisis selon la technique de Rouhier modifiée (École de chirurgie vaginale de Lyon)

March 2018 Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 46(4)

[https://www.researchgate.net/publication/324083909 Comment je fais un colpocleisis selon la technique de Rouhier modifiée Ecole de chirurgie vaginale de Lyon](https://www.researchgate.net/publication/324083909)

Fatton B, Cayrac M. L'hystérectomie modifie-t-elle les résultats anatomiques et fonctionnels de la cure du prolapsus ? Recom - mandations pour la pratique clinique. Prog Urol 2016;26:S73-88.

<https://www.em-consulte.com/en/article/1069842>

R. De tayrac *, M.H. Labaki, V. Letouzey, b. Fatton, p. Marès Indications respectives des différentes techniques de cure de prolapsus génital

[file:///Users/plbroux/Downloads/Indications respectives des différentes techniques de cure de prolapsus genital%20\(1\).pdf](file:///Users/plbroux/Downloads/Indications%20respectives%20des%20différentes%20techniques%20de%20cure%20de%20prolapsus%20genital%20(1).pdf)

Comment je fais... une cure de cystocèle de stade 3 par colposuspension vaginale, G. Lamblin, C. Azzi-Peltier, P. Chabert, K. Lebail Carval, G. Chene, G. Mellier,

Gynécologie Obstétrique & Fertilité,

Volume 44, Issues 7–8, 2016, Pages 437-439,

ANNEXE 1 QCM

Des QUIZZ - QCM correspondant aux messages principaux de la formation cognitive seront adressés en ligne en pré et post test.

Par exemple

1 Listez les facteurs de risque de complication post op ou de difficultés opératoires ou qui pourraient guider le choix thérapeutique cochez les vraies propositions

L'obésité

Le tabagisme,

Les antécédents chirurgicaux qui peuvent provoquer des difficultés d'abord chirurgicales ;

Un syndrome douloureux pelvien

Prolapsus de haut grade (POPQ stade 3 ou 4) ;

Large hiatus génital (béance vulvaire) ;

Facteurs d'hyperpression abdominale (liée à la profession, aux activités physiques et à la constipation et aux pathologies broncho-pulmonaires chroniques).

Réponses

tout est vrai

Les facteurs de risque de complications postopératoires ou de difficultés opératoires sont : l'obésité et le tabagisme,

facteurs de risque d'exposition prothétique (NP3) ;

les antécédents chirurgicaux qui peuvent provoquer des difficultés d'abord chirurgical ;

un syndrome douloureux pelvien avec hypersensibilisation qui est un probable facteur de risque de douleurs postopératoires et qui impose de poser l'indication opératoire avec beaucoup de précaution [7].

Il convient de rechercher certains facteurs qui pourraient guider le choix thérapeutique (AP) : prolapsus de haut grade (POPQ stade 3 ou 4) ; large hiatus génital (béance vulvaire) ; facteurs d'hyperpression abdominale (liée à la profession, aux activités physiques et à la constipation et aux pathologies broncho-pulmonaires chroniques).

2 l'hystérectomie modifie-t-elle les résultats anatomiques et fonctionnels de la cure de prolapsus ? (cochez les vraies propositions

L'allongement du col utérin est un facteur de risque de récidence

L'hystérectomie pendant la cure de prolapsus voie basse, avec prothèse destinée à traiter l'étage moyen, ne semble pas améliorer les résultats anatomiques

En cas de promontofixation, l'hystérectomie augmente la durée opératoire et les pertes sanguines.

La conservation utérine n'expose pas à un risque de récurrence plus important sur l'étage moyen et ne semble pas non plus réduire le taux de cystocèle secondaire

La conservation utérine ne semble pas modifier le risque d'érosion vaginale lors de la pose d'une prothèse par voie vaginale

Une hystérectomie totale concomitante à la promontofixation augmente le risque d'érosion prothétique.

En cas d'indication d'hystérectomie, une hystérectomie subtotale est préférée à une hystérectomie totale à condition d'une absence de pathologie cervicale.

Réponses tout est vrai

L'allongement du col utérin est un facteur de risque de récurrence

(NP3)

L'hystérectomie pendant la cure de prolapsus voie basse, avec prothèse destinée à traiter l'étage moyen, ne semble pas améliorer les résultats anatomiques (NP2)

En cas de promontofixation, l'hystérectomie augmente la durée opératoire (NP3), et les pertes sanguines (NP3).

La conservation utérine n'expose pas à un risque de récurrence plus important sur l'étage moyen et ne semble pas non plus réduire le taux de cystocèle secondaire (NP3)

La conservation utérine ne semble pas modifier le risque d'érosion vaginale lors de la pose d'une prothèse par voie vaginale

Une hystérectomie totale concomitante à la promontofixation augmente le risque d'érosion prothétique (NP3) [31].

En cas d'indication d'hystérectomie, une hystérectomie subtotale est préférée à une hystérectomie totale (grade C) à condition d'une absence de pathologie cervicale.

3 Quelles sont les Indications préférentielles de la Chirurgie vaginale ?

- Femmes âgées (> 60-70 ans)
- Cystocèle prédominante
- ATCD chirurgie abdominale adhésiogène
- Obésité morbide
- Récurrence après promontofixation
- Contre-indication AG, coelio, chir longue
- Dysplasie sévère col utérin
- Douleurs dorso-lombaires chroniques

Reponses toutes vraies

Une synthèse des réponses anonymisées du groupe à ces QCMs et quizz ainsi que la correction selon les recommandations sont adressées aux participants afin qu'ils puissent y comparer leurs propres réponses et réfléchir à l'évolution de leurs pratiques

Le pilote chargé de cette formation réalise une analyse comparée de ces résultats aux enquêtes pré et postérieure à la phase cognitive. Cette analyse est transmise à l'expert pour commentaire.

Analyse et commentaire sont adressés aux participants