

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020-2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Comparaison des résultats post-opératoires précoces entre deux techniques de cure du prolapsus génital féminin par voie basse : sacrospinofixation antérieure au fil et Uphold.

Présentée et soutenue publiquement le 14/10/2021 à 18 heures
au Pôle Formation
par **Louis-Édouard GALAN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Michel COSSON

Assesseur :

Madame le Docteur Sophie DELPLANQUE

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Stéphanie BARTOLO

Objectif – Le prolapsus génital concerne une femme sur trois, et 80% des indications chirurgicales concernent la cystocèle. Dans un contexte de retrait de retrait du marché des matériels prothétiques, l'objectif de l'étude est de comparer à 2 mois de l'intervention les résultats du Uphold, technique de référence n'étant plus réalisable, avec celui de la sacrospinofixation antérieure au fil.

Matériel et méthodes – Étude rétrospective observationnelle avant-après réalisée au CHRU de Lille sur une cohorte de patientes opérées de 2018 à 2020 ayant bénéficié d'une sacrospinofixation antérieure au fil et de pose de prothèse par voie vaginale de type Uphold. Le critère de jugement principal était la récurrence précoce du prolapsus, les critères secondaires la survenue de complications per-opératoires ou post-opératoires précoces ainsi que la révélation d'une incontinence urinaire d'effort méconnue.

Résultats - 466 patientes ont été incluses dans l'étude. 382 ont été opérées avec mise en place d'une prothèse type Uphold et 84 ont bénéficié d'une chirurgie type SSFA. Le taux d'échec à 2 mois était de 6/84 soit 7,14% pour les SSFA vs 17/382 soit 4,45% pour les Uphold, $p=0,30$. La non-réalisation d'un geste antérieur associé à la SSFA était retrouvée dans tous les échecs de la procédure (6/6 soit 100% contre 0/6, $p=0,03$) ainsi que la non-réalisation d'un double passage dans le ligament sacro-épineux (6/6 soit 100% contre 0/6, $p=0,04$).

Conclusion - La SSFA apparaît est une alternative satisfaisante aux prothèses dans la prise en charge de la cystocèle par voie vaginale surtout si un double-passage dans le ligament est réalisé et si elle est associée à un geste type colporraphie antérieure.

Table des matières

Introduction :	4
Matériels et méthodes	6
Résultats	9
Table 1. Caractéristiques démographiques.....	10
Table 2. Complications post-opératoires immédiates et précoces des 2 procédures.....	12
Table 3. Facteurs associés à l'échec de la procédure, analyse univariée (N=466)	14
Table 4. Facteurs associés à l'échec pour la procédure de SSFA, analyse univariée (N=6) ..	16
Table 5. Analyse multivariée du risque d'échec sur les facteurs avec $p < 0,10$ en analyse univariée (N=466).....	18
Discussion	19
Conclusion	23
Bibliographie	24

Introduction :

Le prolapsus génital est une pathologie fonctionnelle fréquente qui concerne un tiers des femmes et jusqu'à la moitié de celles ayant déjà accouché(1). Le risque estimé pour une femme d'être opérée durant sa vie pour prolapsus génital est de 11 à 19%(2,3) avec des taux de satisfaction autour de 85%(1). Le taux de ré-intervention est quant à lui élevé avec des chiffres aux alentours de 30%(3).

Le prolapsus du compartiment antérieur, ou cystocèle, représente la principale indication chirurgicale (4) et est dans la majorité des cas associé à un prolapsus du compartiment apical (5). Sa prise en charge chirurgicale repose sur des techniques chirurgicales réalisées principalement par voie coelioscopique ou transvaginale.

La chirurgie par voie vaginale présente des avantages par rapport à la coelioscopie : une durée opératoire plus courte, un retour aux activités de la vie quotidienne plus rapide un le coût de prise en charge moins élevé (6). La dernière méta-analyse de la Cochrane (6) mettait en évidence un taux de récurrence du prolapsus 2 fois plus important en cas de chirurgie par voie transvaginale avec tissus autologues qu'avec une prothèse en polypropylène ainsi qu'un taux d'intervention pour récurrence du prolapsus plus élevé. Cependant, elle soulignait la diminution du risque de chirurgies à répétition du fait de l'absence de risque d'exposition de prothèse vaginale. C'est dans ce contexte que les prothèses ont été retirées du marché américain puis mondial depuis avril 2019 (7).

Ne restent donc par voie basse que les techniques avec tissu autologue dont la principale technique utilisée pour le compartiment antérieur est la colporraphie antérieure, mais son taux de succès reste modéré entre 30 et 60%(8) et elle doit être associée à une sacrospinofixation postérieure pour corriger l'étage apical (9) (10).

Cette technique ne permettrait pas une bonne correction de l'axe vaginal (11), ce qui a conduit Winkler & Al en 2001 à décrire la technique de sacrospinofixation antérieure (12). Elle permettrait également de réduire le risque de récurrence au niveau du compartiment antérieur et de plaie rectale (13). Elle est réalisée sans geste d'hystérectomie associé en l'absence d'indication de type fibrome symptomatique, ce qui permet de diminuer notamment la durée d'hospitalisation et de réaliser plus souvent le geste en ambulatoire.

L'objectif de notre travail était donc de comparer les résultats de la sacrospinofixation antérieure au fil à la pose de prothèse antérieure par voie vaginale de type Uphold en termes de récurrence précoce et de complications per- et post-opératoires dans les deux premiers mois.

Matériels et méthodes

Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective observationnelle de type avant-après monocentrique. Notre centre est un Centre Hospitalier Universitaire avec une grande expérience de la chirurgie du prolapsus et réalise plus de 3000 interventions gynécologiques chaque année.

Nous avons inclus toutes les patientes opérées consécutivement au CHRU de Lille d'un prolapsus de l'étage antérieur, cystocèle isolée ou prédominante, par la technique de sacrospinofixation antérieure du 01 mai 2019 au 31 décembre 2020, soit pendant 20 mois. Les résultats ont été comparés avec ceux issus d'une base de données déjà publiée, antérieure à la date de retrait du marché des prothèses Uphold, et recensant tous les cas consécutifs de chirurgie de l'étage antérieur par cette technique au CHRU de Lille entre 2011 et 2018 (14). Toutes les patientes de l'étude ont été opérées par le même opérateur qui n'a pas changé ses indications de chirurgie par voie vaginale entre les 2 périodes. Les patientes ayant été opérées par une autre technique que la sacrospinofixation antérieure (SSFA) ou la mise en place d'une prothèse Uphold ont été exclues, tout comme celles ayant été opérées par des praticiens ayant pu modifier leurs prises en charges depuis le retrait du marché des prothèses. Les patientes ont signé un accord écrit à l'utilisation de leurs données pour cette étude.

Le critère de jugement principal était la récurrence dans le post-opératoire précoce du prolapsus génital dans n'importe lequel des compartiments, c'est-à-dire dans les 2 mois suivant la chirurgie, et les critères de jugement secondaires étaient la survenue d'une complication per- ou post-opératoire ou la révélation d'une IUE de novo dans les 2 mois.

Nous avons défini la récurrence comme un critère composite associant la réapparition des symptômes ou du prolapsus à l'examen clinique dans post-opératoire immédiat et à 2 mois ainsi que la nécessité d'une réintervention au niveau de l'étage opéré (15).

Les antécédents médicaux ainsi que chirurgicaux ont été recueillis à partir des dossiers médicaux, les données concernant la chirurgie à partir des comptes-rendus opératoires. Les données post-opératoires ont été recueillies à partir des comptes rendus de consultation post-opératoire précoce réalisée à 2 mois de l'intervention.

La technique de sacrospinofixation antérieure consistait en l'infiltration de la paroi vaginale antérieure avant colpotomie antérieure, dissection de l'espace vésico-vaginal puis de la fosse para-vésicale, puis hameçonnage du ligament sacro-épineux avec le dispositif Capiro et enfin fixation au fond vaginal. Ensuite, la suture vaginale était débutée, suivie de la mise en tension et fin de la fermeture de l'incision vaginale. Il pouvait être associé un double passage dans le ligament sacro-épineux et des gestes complémentaires de traitement par tissu autologue de la cystocèle ou d'un rectocèle.

Nous avons réalisé une analyse descriptive de la population et des complications post-opératoires. Nous avons également réalisé une analyse explicative univariée en comparant les pourcentages à l'aide de test de Chi2 ou de Fischer exact en fonction des effectifs. Les médianes ont été comparées à l'aide d'une analyse non paramétrique de type Kruskal et Wallis. Un résultat était jugé significatif lorsque le p était supérieur à 0.05. Une analyse multivariée a ensuite été réalisée à l'aide d'une régression logistique réalisée sur les facteurs dont le p était inférieur à 0,10 en analyse univariée. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA (version 13.0.0, StataCorp LP, College Station, TX, USA).

Un accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été délivré pour cette étude, numéro DEC20-282.

Résultats

382 patientes ont été incluses dans le groupe Uphold entre octobre 2011 et aout 2018, puis de mars 2019 à décembre 2020 84 patientes l'ont été dans le groupe SSFA.

Les caractéristiques démographiques sont disponibles dans le tableau 1. Les patientes opérées d'une SSFA avaient plus d'antécédent de cure préalable d'incontinence urinaire d'effort (13/84 soit 15,8% contre 32/382 soit 8,4%, $p=0,04$) et présentaient un plus haut taux de séjour ambulatoire (28/84 soit 37,8% contre 66/382 soit 17,3%, $p<0,001$) ; le reste des caractéristiques ne différaient pas.

Table 1. Caractéristiques démographiques

Catégorie	Uphold (n=382)		SSFA (n=84)		P value
	Nombre (%)	Médiane	Nombre (%)	Médiane	
Age médian		69		69	0,80
IMC médian		25,3		25,0	0,96
Parité voie basse		2		2	0,56
Tabac	15 (5,6%)		4 (5,6%)		0,53
Prolapsus antérieur grade ≥ 2	371 (97,8%)		82 (98,8%)		1
Prolapsus moyen grade ≥ 2	291 (83,4%)		70 (84,3%)		0,83
Prolapsus postérieur grade ≥ 2	84 (27,1%)		19 (23,2%)		0,47
ATCD HT	78 (20,5%)		15 (18,1%)		0,79
ATCD chirurgie prolapsus	68 (17,8%)		20 (23,8%)		0,21
ATCD cure IUE	32 (8,4%)		13 (15,8%)		0,04
Taux de rachianesthésie	83 (21,7%)		12 (14,8%)		0,26
Chirurgie vaginale concomitante	74 (19,4%)		20 (24,7%)		0,51
Temps postérieur concomitant	41 (10,7%)		10 (11,9%)		0,75
Taux d'ambulatoire	66 (17,3%)		28 (37,8%)		<0,001

Comme montré dans le tableau 2, les taux de rétention aiguë d'urine (3,6% vs 14,1%, $p=0,005$) et d'incontinence urinaire de novo (11,9% vs 33,8%, $p<0,001$) étaient significativement inférieurs dans le groupe SSFA. Cependant, les taux de récurrence au niveau antérieur ou intermédiaire étaient significativement plus importants pour le groupe SSFA par rapport au groupe Uphold (respectivement 5,95% vs 1,3% avec $p=0,008$).

Table 2. Complications post-opératoires immédiates et précoces des 2 procédures

	Uphold	SSFA	p
	Nombre (%)	Nombre (%)	
Rétention aigue d'urines	54 (14,1%)	3 (3,6%)	0,005
Saignement, hématome	15 (3,9%)	3 (3,6%)	0,88
IUE de novo	129 (33,8%)	10 (11,9%)	<0,001
Douleur	6 (1,6%)	1 (1,2%)	0,79
Récurrence compartiment antérieur/moyen	5 (1,3%)	5 (6,0%)	0,008
Récurrence compartiment postérieur	12 (3,1%)	1 (1,2%)	0,33
Complications infectieuses	3 (0,8%)	1 (1,2%)	0,72
Exposition de prothèse	6 (1,6%)	0	<0,001
Plaie vésicale	0	5 (6,0%)	<0,001
Autres*	0	3 (3,6%)	<0,001

* : décompensation cardiaque, luxation de prothèse de hanche, brûlure vaginale

Cependant, il n'y a pas de différence significative concernant le taux d'échec global en post-opératoire immédiat (6/84 soit 7,1 % vs 17/382 soit 4,5%, $p=0,30$) (Tableau 3.).

La présence d'une rectocèle de grade 2 ou plus était un facteur de risque d'un échec du geste (10/103 soit 9,7% vs 11/289 soit 3,8%, $p=0,04$).

Parmi les SSFA, 44,0% avaient bénéficié de la réalisation d'un geste antérieur (37/84). 10,7% ont eu une plicature sous-vésicale (9/84), 11,9% un plastron sous-vésical (10/84) et 21,4% un paletot sous-vésical (18/84). L'absence de réalisation concomitante d'un de ces gestes lors de la procédure était significativement associée au risque d'échec de celle-ci (6/47 soit 4,1% vs. 17/419 soit 12,8%, $p=0,009$).

Table 3. Facteurs associés à l'échec de la procédure, analyse univariée (N=466)

	n*/N	%	p
Total	23/466	4,9	
Technique			0,30
Uphold	6/84	7,1	
SSFA	17/382	4,5	
Âge (p50 +/- iqr)			0,10
Echec	67	±12	
Pas d'échec	69	±10	
IMC (p50 +/- iqr)			0,17
Echec	26,6	±10,3	
Pas d'échec	25,2	±5,1	
Tabac			1,00
Oui	1/19	5,3	
Non	21/417	5,0	
Ménopause			0,09
Oui	14/314	4,5	
Non	2/7	28,6	
Parité voie basse (p50 +/- iqr)			0,37
Echec	2	±1	
Pas d'échec	2	±2	
Antécédent d'hystérectomie			0,46
Oui	6/93	6,5	
Non	17/370	4,6	
Antécédent de chirurgie du prolapsus			0,41
Oui	6/88	6,8	
Non	17/377	4,5	
Antécédent de cure d'IUE			0,715
Oui	1/45	2,2	
Non	22/418	5,3	
Type d'anesthésie			0,52
Générale	20/365	5,5	
Rachianesthésie puis Générale	0/3	0	
Rachianesthésie	3/95	3,2	
Chirurgie vaginale concomitante			0,80
Oui	6/95	6,3	
Non	17/368	4,6	
Temps postérieur associé			0,73
Oui	3/51	5,9	
Non	20/415	4,8	
Cystocèle grade 2 ou plus			0,07
Oui	21/453	4,6	
Non			
Hystéroptose grade 2 ou plus			1,00
Oui	18/361	5,0	
Non	3/71	4,2	
Rectocèle grade 2 ou plus			0,04
Oui	10/103	9,7	

Non	11/289	3,8	0,009
Geste antérieur associé			
Oui	17/419	4,1	
Non	6/47	12,8	
* Nombre d'échecs			

Table 4. Facteurs associés à l'échec pour la procédure de SSFA, analyse univariée

(N=6)

	n*/N ⁺	%	p
Geste antérieur associé pour SSFA			0,03
Oui	0/6	0	
Non	6/6	100	
Double passage associé pour SSFA			0,04
Oui	0/6	0	
Non	6/6	100	

*nombre d'échecs

+nombre d'échecs totaux de la SSFA

Dans le cadre spécifique des échecs de la SSFA, la non-réalisation d'un geste antérieur associé à la procédure (6/6 soit 100% contre 0/6, p=0,03) et la non-réalisation d'un double passage dans le ligament sacro-épineux (6/6 soit 100% contre 0/6, p=0,04) étaient significativement associés au risque d'échec.

L'étude multivariée retrouvait comme facteur prédictif de réussite la réalisation d'un geste associé sur le compartiment antérieur (pour la classe « geste antérieur associé » OR =0,29, IC [0,09 ; 0,91]).

Le reste des facteurs testés n'atteignait pas le seuil de significativité.

Table 5. Analyse multivariée du risque d'échec sur les facteurs avec p<0,10 en analyse univariée (N=466)

Echec		OR	IC à 95%	P value
Geste antérieur associé				
	Non	1 (ref)		
	Oui	0,29	[0,09 ; 0,91]	0,03
Cystocèle >2				
	Non	1 (ref)		
	Oui	0,15	[0,02 ; 1,12]	0,06
Rectocèle >2				
	Non	1 (ref)		
	Oui	2,61	[0,83 ; 8,26]	0,10
Menopause				
	Non	1 (ref)		
	Oui	0,30	[0,04 ; 2,28]	0,24

Discussion

Cette étude rétrospective avant-après visait à comparer les complications post-opératoires immédiates de la sacrospinofixation antérieure et de la technique Uphold.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative au niveau de la récurrence globale dans les suites immédiates (7,1% vs 4,5%), toutefois toutes les récurrences ayant eu lieu dès le début de la réalisation de cette technique, celle-ci a été modifiée lors de la période par l'adjonction d'un double-passage du fil dans le ligament et/ou la réalisation d'une colporraphie antérieure associée. Nous n'avons ensuite plus eu aucun échec ni en cas de double-passage, ni en cas de réalisation d'une colporraphie. Notre taux d'échec semble légèrement plus bas que dans la littérature où celui-ci était estimé entre 8 et 12%(16,17).

Nous n'avons retrouvé aucune exposition chez les patientes opérées par la SSFA (qui pourtant peuvent présenter ce type de complication en cas de mise en place concomitante d'une bandelette sous-urétrale), mais il est intéressant de noter le faible nombre d'exposition de matériel dans la cohorte des Uphold (6 sur les 382 patientes, 1,6%), comparable avec les données d'autres études sur ce type de prothèse (18) et inférieur à celles de la dernière méta-analyse de Maher & Al. qui retrouvait un taux à 11,3% avec plusieurs modèles de prothèses (6).

Nous avons, en revanche, mis en évidence un plus faible taux de rétention aiguë d'urines dans le groupe SSFA (3,6% vs 14,1%), probablement du fait de l'absence de matériel prothétique. La mise en place d'une prothèse pourrait entraîner des modifications anatomiques au niveau urétral et vésical en cause dans le mécanisme de vidange (19), modifications que l'on estime moins importantes avec des tissus

autologues. Ces résultats sont cependant difficiles à interpréter, d'une part car une partie des patientes de notre étude a bénéficié d'une chirurgie de l'incontinence urinaire concomitante au geste sur le prolapsus antérieur, augmentant considérablement le risque obstructif, d'autre part car plusieurs patientes du groupe SSFA avaient dû être sondées de façon prolongée du fait de plaies vésicales.

En effet, un plus grand taux de plaie de vessie (6,0% vs 0%) était également observé, que nous avons du mal à expliquer : il s'agit pourtant de la même dissection dans les deux cohortes ce qui explique les mêmes taux de douleurs et d'hémorragies dans les deux groupes. Les données de la littérature ne montrent pas une fréquence de lésions vésicales à des taux aussi élevés pour ce type de dissection, voire même plus de lésions en cas de chirurgie prothétique (16).

Le taux d'incontinence urinaire d'effort de novo était plus important dans le groupe Uphold (33,7% vs 11,9%). A noter qu'initialement, les groupes n'étaient pas comparables en termes d'antécédents de chirurgie de cure d'IUE avec 2 fois plus d'interventions antérieures dans le groupe des SSFA. Une de nos hypothèses est que la mise en place d'une prothèse aurait tendance à sur-corriger le prolapsus ce qui appliquerait une force supplémentaire directement au niveau de la paroi antérieure en majorant le risque d'IUE(8,20). Le geste associé au niveau antérieur, souvent une colporraphie, pourrait également apporter un soutien supplémentaire au niveau du col vésical et de l'urètre et ainsi diminuer ce taux d'IUE de novo (18). Ces résultats étaient similaires à ceux de la dernière méta-analyse de Maher et al qui retrouvait un risque relatif à 0,67 de présenter une IUE de novo après chirurgie autologue, par rapport à une chirurgie prothétique(6).

La réalisation d'un geste antérieur concomitant apparaissait comme réduisant de façon significative la récurrence. Ce geste permettrait de renforcer le compartiment antérieur.

Nous notons une tendance à plus d'apparition en post-opératoire de rectocèle dans le groupe Uphold, et la littérature semble montrer un tiers (21) de récurrence à distance sur un compartiment différent de celui opéré. Nos hypothèses sont que, premièrement en limitant le risque de récurrence possible au niveau antérieur avec la mise en place d'une prothèse, on induit un déséquilibre au niveau des forces mises en jeu dans le pelvis, provoquant un transfert de celles-ci vers compartiment postérieur ; deuxièmement, ceci peut aggraver un prolapsus associé non symptomatique non détecté lors consultation. Du fait d'une moins grande rigidité par rapport aux prothèses, la SSFA permettrait peut-être une meilleure répartition des forces en post-opératoire en conservant une relative élasticité au niveau du compartiment antérieur. Ces résultats sont concordants avec ceux de la méta-analyse de Maher et al qui retrouvaient pour les chirurgies prothétiques un risque de développer un prolapsus de l'étage apical ou postérieur de 18% contre 5 à 18% pour les chirurgies autologues (6).

Les points forts de l'étude étaient l'utilisation d'une série consécutive de patientes, avec le même opérateur, la même équipe, et dont les caractéristiques générales, notamment les stades des prolapsus, étaient tous comparables.

Concernant les points faibles de l'étude, nous avons comparé la SSFA à une technique qui n'est plus utilisée mais qui était la référence jusqu'au retrait des prothèses du marché. Il existe un risque de biais d'indication, mais celui-ci est contenu par le fait qu'un seul opérateur ait posé l'ensemble des indications chirurgicales pour les Uphold puis les SSFA et qu'il n'a pas modifié ses pratiques en

orientant par exemple une partie des patientes vers la promontofixation. Le fait que l'évaluation post-opératoire ait été faite par le chirurgien ayant réalisé l'intervention pouvait introduire un potentiel biais de classification. Du fait du caractère rétrospectif de l'étude, et de l'interdiction des prothèses en dehors d'essais cliniques, nous n'avons pas pu procéder à une randomisation.

La description de la technique de la SSFA modifiée par le double-passage du fil dans le ligament n'avait jamais fait l'objet de publications auparavant. Cette technique présente un taux d'échec à court terme assez faible et avec peu de complications. Il apparaît donc nécessaire de réaliser d'autres études à moyen et long terme afin de comparer les taux d'échec car nos résultats précoces sont prometteurs. Il serait également pertinent de comparer les répercussions de cette chirurgie sur la vie sexuelle des patientes par rapport aux prothèses comme le Uphold dont les effets sont connus(22). Il est donc important de poursuivre les comparaisons entre chirurgie autologue et chirurgie prothétique. De plus la SSFA récemment modifiée semblant présenter de meilleurs résultats qu'auparavant, d'autres évolutions de cette technique pourraient être envisagées selon les résultats sur une plus grande période.

Conclusion

La technique de SSFA apparait donc comme une alternative satisfaisante aux prothèses par voie vaginale surtout si un double-passage dans le ligament est réalisé et si elle est associée à un geste antérieur type plastron.

Bibliographie

1. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecology J*. nov 2013;24(11):1783-90.
2. Fialkow MF, Newton KM, Lentz GM, Weiss NS. Lifetime risk of surgical management for pelvic organ prolapse or urinary incontinence. *Int Urogynecology J*. mars 2008;19(3):437-40.
3. Olsen A, Smith V, Bergstrom J, Colling J, Clark A. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. avr 1997;89(4):501-6.
4. Brincat CA, Larson KA, Fenner DE. Anterior Vaginal Wall Prolapse: Assessment and Treatment. :8.
5. Summers A, Winkel LA, Hussain HK, DeLancey JOL. The relationship between anterior and apical compartment support. *Am J Obstet Gynecol*. mai 2006;194(5):1438-43.
6. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. Surgery for women with anterior compartment prolapse. *Cochrane Gynaecology and Fertility Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 30 nov 2016 [cité 10 mars 2021]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004014.pub6>
7. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-takes-action-protect-womens-health-orders-manufacturers-surgical-mesh-intended-transvaginal>.
8. Daniel A, Tapio V, Ellström EM, Susanne A, Christian F. Anterior Colporrhaphy versus Transvaginal Mesh for Pelvic-Organ Prolapse. *N Engl J Med*. 2011;11.
9. Amreich J. [Technic in vaginal surgery]. *Arch Gynakol*. 1950;178:44-57.
10. Richter K. [The surgical anatomy of the vaginaefixatio sacrospinalis vaginalis. A contribution to the surgical treatment of vaginal blind pouch prolapse]. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 1968;28(4):321-327.
11. Solomon ER, St. Marie P, Jones KA, Harmanli O. Anterior Bilateral Sacrospinous Ligament Fixation: A Safe Route for Apical Repair. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. août 2020;26(8):e33-6.
12. Winkler HA, Tomeszko JE, Sand PK. Anterior sacrospinous vaginal vault suspension for prolapse. 2000;95(4):4.
13. Goldberg RP, Tomezsko JE, Winkler HA, Koduri S, Culligan PJ, Sand PK. Anterior or posterior sacrospinous vaginal vault suspension: long-term anatomic and functional evaluation. *Obstet Gynecol*. 1 août 2001;98(2):199-204.
14. Renard N, Bartolo S, Giraudet G, Declas E, Rubod C, Cosson M. Feasibility of vaginal mesh for anterior vaginal wall prolapse in an ambulatory setting: A retrospective case series. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. juin 2020;49(6):101684.

15. Barber MD, Brubaker L, Nygaard I, Wheeler TL, Schaffer J, Chen Z, et al. Defining Success After Surgery for Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol.* sept 2009;114(3):600-9.
16. Plair A, Dutta R, Overholt TL, Matthews C. Short-term outcomes of sacrospinous hysteropexy through an anterior approach. *Int Urogynecology J* [Internet]. 13 janv 2021 [cité 11 mars 2021]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-020-04641-6>
17. Cespedes RD. Anterior approach bilateral sacrospinous ligament fixation for vaginal vault prolapse. *Urology.* déc 2000;56(6):70-5.
18. Rahkola-Soisalo P, Mikkola TS, Altman D, Falconer C. Pelvic Organ Prolapse Repair Using the Uphold Vaginal Support System: 5-Year Follow-Up. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* mai 2019;25(3):200-5.
19. For the Nordic TVM group, Altman D, Mikkola TS, Bek KM, Rahkola-Soisalo P, Gunnarsson J, et al. Pelvic organ prolapse repair using the Uphold™ Vaginal Support System: a 1-year multicenter study. *Int Urogynecology J.* sept 2016;27(9):1337-45.
20. Alas AN, Chinthakanan O, Espaillet L, Plowright L, Davila GW, Aguilar VC. De novo stress urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery in women without occult incontinence. *Int Urogynecology J.* avr 2017;28(4):583-90.
21. Clark AL, Gregory T, Smith VJ, Edwards R. Epidemiologic evaluation of reoperation for surgically treated pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* nov 2003;189(5):1261-7.
22. Rahkola-Soisalo P, Altman D, Falconer C, Morcos E, Rudnicki M, Mikkola TS. Quality of life after Uphold™ Vaginal Support System surgery for apical pelvic organ prolapse—A prospective multicenter study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* janv 2017;208:86-90.

AUTEUR : Nom : GALAN

Prénom : Louis-Édouard

Date de soutenance : 14/10/2021

Titre de la thèse : Comparaison des résultats post-opératoires précoces entre deux techniques de cure du prolapsus génital féminin par voie basse : sacrospinofixation antérieure au fil et Uphold.

Thèse - Médecine - Lille « 2020-2021 »

Cadre de classement : *Gynécologie-Obstétrique*

DES + spécialité : *Gynécologie Obstétrique*

Mots-clés : Cystocèle, Chirurgie vaginale, Statique pelvienne, Sacrospinofixation

Résumé :

Objectif – Le prolapsus génital concerne une femme sur trois, et 80% des indications chirurgicales concernent la cystocèle. Dans un contexte de retrait de retrait du marché des matériels prothétiques, l'objectif de l'étude est de comparer à 2 mois de l'intervention les résultats du Uphold, technique de référence n'étant plus réalisable, avec celui de la sacrospinofixation antérieure au fil.

Matériel et méthodes – Etude rétrospective observationnelle avant-après réalisée au CHRU de Lille sur une cohorte de patientes opérées de 2018 à 2020 ayant bénéficié d'une sacrospinofixation antérieure au fil et de pose de prothèse par voie vaginale de type Uphold. Le critère de jugement principal était la récurrence précoce du prolapsus, les critères secondaires la survenue de complications per-opératoires ou post-opératoires précoces ainsi que la révélation d'une incontinence urinaire d'effort méconnue.

Résultats - 466 patientes ont été incluses dans l'étude. 382 ont été opérées avec mise en place d'une prothèse type Uphold et 84 ont bénéficié d'une chirurgie type SSFA. Le taux d'échec à 2 mois était de 6/84 soit 7,14% pour les SSFA vs 17/382 soit 4,45% pour les Uphold, $p=0,30$. La non-réalisation d'un geste antérieur associé à la SSFA était retrouvée dans tous les échecs de la procédure (6/6 soit 100% contre 0/6, $p=0,03$) ainsi que la non-réalisation d'un double passage dans le ligament sacro-épineux (6/6 soit 100% contre 0/6, $p=0,04$).

Conclusion - La SSFA apparaît est une alternative satisfaisante aux prothèses dans la prise en charge de la cystocèle par voie vaginale surtout si un double-passage dans le ligament est réalisé et si elle est associée à un geste type colporraphie antérieure.

Composition du Jury :

Président : Professeur Michel COSSON

Assesseurs : Docteur Sophie DELPLANQUE

Directeur de thèse : Docteur Stéphanie BARTOLO