



HAL
open science

Qualité de vie, symptômes et satisfaction à moyen terme après promontofixation laparoscopique. Facteurs prédictifs de satisfaction post opératoire

Marion Fermaut

► To cite this version:

Marion Fermaut. Qualité de vie, symptômes et satisfaction à moyen terme après promontofixation laparoscopique. Facteurs prédictifs de satisfaction post opératoire. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01646630

HAL Id: dumas-01646630

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01646630>

Submitted on 23 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N°177

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualité de vie, symptômes et satisfaction à moyen terme après
promontofixation laparoscopique. Facteurs prédictifs
de satisfaction post opératoire

Présentée et soutenue publiquement

le 30 septembre 2016

Par

Marion FERMAUT

Née le 5 juin 1986 à Mulhouse (68)

Dirigée par M. Le Docteur Georges Bader, PH

Jury :

M. Le Professeur Philippe Azouvi, PU-PHPrésident

Mme Le Professeur Arnaud Fauconnier, PU-PH

M. Le Professeur Loïc Josseran, PU-PH

M. Le Professeur François Genet, PU-PH

M. Le Docteur Alexis Schnitzler, PH

Mme. Le Professeur Susana Quijano, PU-PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

À mon Directeur de Thèse, le docteur Georges BADER. Chirurgien hors pair, plein d'humanité, rencontré en 5^{ème} semestre d'internat, je vous remercie de ce que vous m'avez appris. Je vous remercie de m'avoir mise sur la voie de l'Uro-Gynécologie en m'ayant prise en main au bloc, en m'ayant fait réfléchir en staff multi disciplinaire et en m'ayant soutenue dans ce travail. Vous êtes définitivement un modèle pour moi, tant pour les techniques chirurgicales enseignées, que pour l'exigence que vous imposez et le respect que vous avez envers chacun.

Au Professeur Arnaud FAUCONNIER. Rencontré en 5^{ème} semestre d'internat, c'est dans votre service que mon orientation professionnelle s'est dessinée beaucoup plus nettement. J'ai, à vos côtés et sur vos conseils avisés, choisi de faire un cursus d'Épidémiologie, choisi de faire de la chirurgie gynécologique et choisi de suivre un enseignement d'Anatomie. Je continuerai à écouter vos conseils attentivement.

Au Docteur Anne-Cécile PIZZOFERRATO, Chef de Clinique rencontrée en 3^{ème} semestre, retrouvée en 5^{ème} semestre, qui m'a suivie et encadrée tout au long de mon internat, oreille attentive à mes interrogations d'orientation, à mes questions de recherche, et qui a largement participé à la construction et à l'aboutissement de ce travail. Bien que ta carrière t'ait conduite à Caen, j'espère que nos routes continueront à se croiser fréquemment.

Au Docteur Vincent VILLEFRANQUE, praticien hospitalier rencontré en 3^{ème} semestre, mais surtout en 7^{ème} semestre, exemplaire pour l'énergie qu'il donne à ses patientes, à son service, à l'enseignement de la chirurgie. Un chirurgien généreux, rapide comme l'éclair, qui transmet ses « trucs » et « astuces » sans retenue.

Au Docteur Thomas BESSEDE, Chef de Clinique, initialement croisé au cours de l'externat, pour des conférences de préparation à l'ECN, faites sous le soleil strasbourgeois, puis en Urologie, où sa passion pour l'anatomie et la recherche m'a servi d'exemple. Et pour le temps partagé, au bloc opératoire, en musique, greffes rein-pancréas obligeant.

Au Docteur Laure-Marie BONToux, au Docteur Caroline LABROUSSE, deux praticiens hospitaliers, qui me servent elles aussi d'exemples, pour leur humanité envers les patientes, refusant la douleur dans le soin, pour leur justesse dans leur observation clinique et leur prise en charge.

Au Docteur Michel RAMI, rencontré en premier semestre, que je remercie pour sa confiance dans la vie, sa confiance dans les internes, aussi jeunes soient-ils, et sa confiance dans les femmes. Avec lui, j'ai vécu plusieurs « première fois » : premières spatules, premières césariennes, premier siège, premières IVG chirurgicales, première cœlioscopie pour grossesse extra utérine rompue... Et toujours en confiance, pour la petite interne que j'étais.

Au Professeur Emile SARFATI, rencontré en 9^{ème} semestre, que je remercie pour sa gentillesse et sa bonté qui forgent un chef de service incroyable ! Et pour la confiance qu'il m'a faite au cours de ce semestre de chirurgie digestive.

Au Docteur Camille LERAY, rencontré en 8^{ème} semestre, un médecin attentif, une femme avec qui j'aurais souhaité plus travailler, au vu de son engagement envers l'enseignement, les travaux et la formation des internes.

Au Professeur Emile DARAI, rencontré en 10^{ème} semestre, un homme admirable par tout ce qu'il a construit ! Un exemple, pour l'énergie qu'il a tous, tous les jours, pour la rigueur de ses prises en charge, pour son dévouement pour la médecine et ses équipes.

À mes chefs de clinique, conseillers de tous les instants, toujours prêts à nous laisser faire et à nous former :

Dr Maryam NIKPAYAM, Dr Sadia BOUBA, Dr Paul MARZOUK, Dr Amine BITTITI, Dr Hélène CORTE, Dr Elsa D'ANNUZIO, Dr Marine HUMEAU, Dr Elise FURET, Dr Iptissem NAOURA, Dr Geoffroy CANLORBE, Dr Sofiane BENDIFALLAH, Dr Patrick ARISTIZABAL, Dr Charles BUI, Dr Antoine TORRE, Dr Céline MURATORIO, Dr Héloïse GRONIER, Dr Audrey ROSEFORT, Dr Krystel NYANGOHO TIMOH, Dr Perrine CAPMAS, Dr Guillaume LEGENDRE, Dr Louis MARCELLIN, Dr Pietro SANTULLI, Dr Guillaume MACE, Dr Géraldine PIGNOT, Dr Astrid LEPAGNOL.

Aux praticiens hospitaliers qui m'ont aussi tant appris :

Dr Denis HEITZ, Dr Bernard GUYOT, Dr Hervé FOULOT, Dr Guillaume PIERRE, Dr Gilles GRANGÉ, Dr Yacine HAMOUDI, Dr Claire COLMANT, Dr Hélène BERSENEFF, Dr Laurence CAHEN-DOIDY, Dr Catherine NOEL, Dr Vanina CASTAIGNE, Dr Denis JANNET, Dr Ghada HATEM.

À mes co-internes :

Cécile MORIN, quatre semestres durant lesquels elle m'a supportée et portée. Une amie, qui j'espère, le restera longtemps, motivée, endurente et toujours disponible pour ses amis et ses patientes.

Chiara MAJ, co-interne d'une première année d'internat pleine de découvertes, qui a changé de spécialité mais sans que cela grève notre amitié. Nous avons repassé du temps studieux ensemble, en Master 2 de Santé Publique. Un exemple pour moi, par l'implication qu'elle a pour les choses qu'elle réalise.

Anne SABAILA, co-interne, du début d'internat aussi, qui est devenue une amie. Discrète mais amusante, impliquée et attentive, une personne sur laquelle on peut compter, qui donne ses conseils sans retenue.

Laure MELLE, Dr Mahdi LAJMI, Dr Amine BELAIBA, Dr Céline BUFFEL DU VAURE, Sophie CARREZ, Dr Jérémie BOUJENAH, Dr Mireille RUIZ, Dr Maëlla LELOUS, Dr Mathilde BARROIS, Perrine PRIER, Dr Laurence PELAGE, Emile NGUYEN BA, Grégoire BERNARD DE COURVILLE, Minh LUONG NGUYEN, Anne Charlotte DENORMANDIE, Justin ISSARD, Claire THÉODORE, Aude JAYOT, Coline

VRECOURT, Meriem KOUAL, Anna JAGUSIAK, Georges DAFERERAS, Dr Mona MATUSOIU, Dr Charlotte MAURIN.

À mes co-externes:

Delphine GALIANO, ma meilleure amie pour toujours, celle avec qui l'externat a été aussi festif que studieux...

Marion BISCH, Joanna CYRTA, Warren NOEL, les colocataires des premiers jours parisiens. Et en particulier, je remercie Marion pour notre conquête vers la spécialité au cours de la DCEM4, car durant cette préparation à l'ECN, elle a été d'un soutien et d'une motivation à toutes épreuves !!

À mes parents, mes supporteurs de toujours, sans qui je ne serai pas là. Leur soutien infaillible me servira aussi d'exemple.

À mon frère et mes sœurs, que je suis tellement chanceuse d'avoir à mes côtés. À Sophie, ma petite sœur a pris soin de relire ma thèse pour corriger les fautes d'orthographe, conjugaison et grammaire !

À Clément DIETSCHY, mon tendre époux, qui lors de l'écriture de cette thèse, ou lors de l'écriture du mémoire de D.E.S., ou des autres mémoires, ou des articles... a été un soutien de tous les instants. Et qui est toujours là, à mes côtés, que je rentre tard, que je parte tôt, ou que je sois de garde, ou fatiguée après une garde...

Table des matières

Remerciements	1
Table des matières	7
Abréviations	10
Tableaux et figures	11
Introduction	13
<i>Bases anatomiques</i>	15
1. Système de soutènement	15
1.1. Le bassin ostéo-fibreux :	15
1.2. Le diaphragme pelvien.....	17
2. Système suspenseur.....	19
2.1. Les ligaments ronds	19
2.2. Les ligaments utéro-sacrés	19
2.3. Les lames sacro-recto-génito-pubiennes (Figure 3).....	19
2.4. Les fascias vésico- utérin, vésico-vaginal, uréthro-vaginal, et recto-vaginal.	
20	
<i>Étiopathogénie du PGU</i>	21
1. Facteurs constitutionnels.....	21
2. Vieillessement et ménopause.....	21
3. Parité	22
4. Défécation pathologique	23
<i>Évaluation d'un PGU</i>	24

1. Évaluation clinique	24
2. Questionnaires de symptômes et de qualité de vie	26
<i>Techniques chirurgicales</i>	29
1. Historique.....	29
2. Technique actuellement décrite	29
<i>État des lieux</i>	32
Matériel et Méthode	34
1. Schéma expérimental	34
2. Population	34
3. Techniques chirurgicales.....	34
4. Modalités de recueil des données pré et post opératoires	35
5. Stratégie d'analyse des données.....	36
Résultats	38
1. Caractéristiques de la population	38
2. Complications liées à la PFL	41
3. Évaluation à moyen terme de la PFL	43
4. Facteurs prédictifs de satisfaction post opératoire	47
Discussion	56
1. Principaux résultats	56
2. Points forts, limites de l'étude.....	56
3. Comparaison aux données de la littérature	57
Conclusion	61

Bibliographie	62
Annexes	66

Abréviations

BSU	Bandelette sous urétrale
CRADI-8	Colo-Rectal-Anal Distress Inventory
CRAIQ-7	Colo-Rectal Anal Impact Questionnaire
EQ5D	EuroQol5D
ICIQ	International Consultation on Incontinence Questionnaire
PFDI 20	Pelvic Floor Disorder Inventory 20
PFIQ 7	Pelvic Floor Impact Questionnaire
PFL	promontofixation laparoscopique
PGI-I	Patient Global Impression Improvement
PGU	Prolapsus Génito Urinaire
PISQ 12	Pelvic Organ Prolapse / urinary Incontinence Sexual Questionnaire
POPDI-6	Pelvic Organ Prolapse – Distress Inventory
POPIQ-7	Pelvic Organ Prolapse – Impact Questionnaire
POP-Q	Pelvic Organ Prolapse– Quantification
UDI-6	Urinary Distress Inventory
UIQ – 7	Urinary Impact Questionnaire

Tableaux et figures

Tableau 1	Comparaison des patientes répondantes aux patientes non répondantes aux questionnaires post opératoires (N=152).
Tableau 2	Caractéristiques pré opératoires des patientes ayant répondu au questionnaire post opératoire.
Tableau 3	Complications per et post opératoires des 92 patientes ayant répondu aux questionnaires post opératoires.
Tableau 4	Comparaison des patientes répondantes aux patientes non répondantes à l'auto-questionnaire PISQ 12 (N=152).
Tableau 5	Symptômes des patientes ayant répondu au questionnaire, en pré et post opératoire. (n=92).
Tableau 6	Comparaison des scores aux auto-questionnaires évaluant les symptômes et la qualité de vie des patientes après 50,5 mois d'une PFL (N=92).
Tableau 7	Modèle 1 : Facteurs prédictifs pré opératoires et intra opératoires d'insatisfaction post opératoire : Variable de comparaison PGI-I > 2
Tableau 8	Modèle 2 : Facteurs prédictifs post opératoires d'insatisfaction post opératoire : Variable de comparaison PGI-I > 2
Tableau 9	Modèle 3 : Facteurs prédictifs pré opératoires et intra opératoires d'insatisfaction post opératoire : Variable de comparaison : PGI-I = 1
Tableau 10	Modèle 4 : Facteurs prédictifs post opératoires d'insatisfaction post opératoire. Variable de comparaison : PGI-I = 1

Figure 1	Le bassin osseux féminin
Figure 2	Le muscle élévateur de l'anus
Figure 3	Les lames sacro-recto-génito-pubiennes
Figure 4	La classification POP-Q
Figure 5	La classification de Baden et Walker
Figure 6	Flow Chart de l'étude

Introduction

Le prolapsus génito-urinaire (PGU) se définit cliniquement par la présence d'une cystocèle, et/ou d'une hystéroptose, et/ou d'une rectocèle. Il s'agit d'une pathologie fréquente de la femme puisqu'on estime la prévalence du PGU symptomatique entre 3 et 6% (1). Si l'on s'en tient à l'examen clinique, la prévalence de la cystocèle est de 32,9%, celle de l'hystéroptose est de 14,2% et celle de la rectocèle est de 18,3%, dans une population de femmes de 50 à 79 ans (2). Par ailleurs, le risque cumulé pour une femme d'être opérée pour un PGU ou d'une incontinence urinaire à l'âge de 80 ans est estimé entre 11% et 19% (3, 4).

Le PGU est responsable de symptômes multiples: la sensation de pesanteur pelvienne ou de « boule » intra-vaginale ou extériorisée est le symptôme principal en rapport avec le PGU. Elle peut s'accompagner de symptômes urinaires à type d'incontinence urinaire ou de dysurie, de symptômes ano-rectaux à type de constipation, dyschésie ou d'incontinence anale, et de symptômes génitaux à type de dyspareunie, avec un impact variable sur la qualité de vie des femmes (5).

L'évaluation clinique du PGU repose sur la classification POP-Q (6) et sur l'évaluation des symptômes liés au PGU ainsi que sur son retentissement sur la qualité de vie à l'aide d'auto-questionnaires standardisés validés en langue française.

La technique chirurgicale de référence est la promontofixation par voie abdominale. Celle-ci consiste en la fixation d'une prothèse antérieure entre la paroi vaginale antérieure et le ligament vertébral antérieur à hauteur du promontoire, associée ou non à la fixation d'une prothèse postérieure entre les muscles releveurs de l'anus, la paroi vaginale postérieure et le promontoire (7, 8). La promontofixation laparoscopique (PFL) a permis de réduire la morbidité de la laparotomie tout en conservant de bons résultats chirurgicaux et fonctionnels

(9). Sa supériorité par rapport aux renforts prothétiques vaginaux a également été démontrée dans un essai randomisé (10).

Le taux de succès de la chirurgie du PGU, basé sur l'absence de récurrence anatomique est moins bon que le taux de succès fonctionnel basé sur les symptômes ressentis par la patiente (11). Barber *et al.* ont comparé dix-neuf définitions du succès chirurgical après promontofixation abdominale au résultat de la satisfaction globale des patientes. Ces définitions comportaient des critères anatomiques ou/et des critères subjectifs en rapport avec des symptômes comme la « boule vaginale », et/ou des critères de complications post opératoires ou de ré intervention chirurgicale. L'absence de sensation de « boule vaginale » était dans cette étude significativement associée à la satisfaction globale des patientes, alors que les critères anatomiques ne l'étaient pas.

Ainsi une évaluation des symptômes post opératoires semble indispensable et plus adaptée que l'examen physique seul. Celle-ci pourra être faite par des auto-questionnaires validés de symptômes et qualité de vie associée à une évaluation de la satisfaction post opératoire par le Patient Global Impression of Improvement PGI-I (12).

Utilisant des questionnaires de symptômes et de qualité de vie, plusieurs études ont montré que la PFL apportait une amélioration significative des symptômes pelviens à un an post opératoire (13-15). Les données sur les symptômes et la qualité de vie à long terme manquent cependant.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les résultats à moyen terme de la PFL par des auto-questionnaires validés de symptômes et de qualité de vie. L'objectif secondaire est la recherche de facteurs prédictifs pré, intra et post opératoires d'insatisfaction post opératoire.

Bases anatomiques

(« la Nouvelle anatomie », E.Vitte et JM Chevallier, 2006)

Les organes abdomino-pelviens sont contenus par des structures de soutènement (bassin osseux, diaphragme pelvien et fascia endopelvien) et maintenus par un système de suspension (ligaments viscéraux, fascias, et lames sacro-recto-génito-pubiennes). Ces structures permettent un maintien des organes dans la cavité pelvienne malgré la pesanteur.

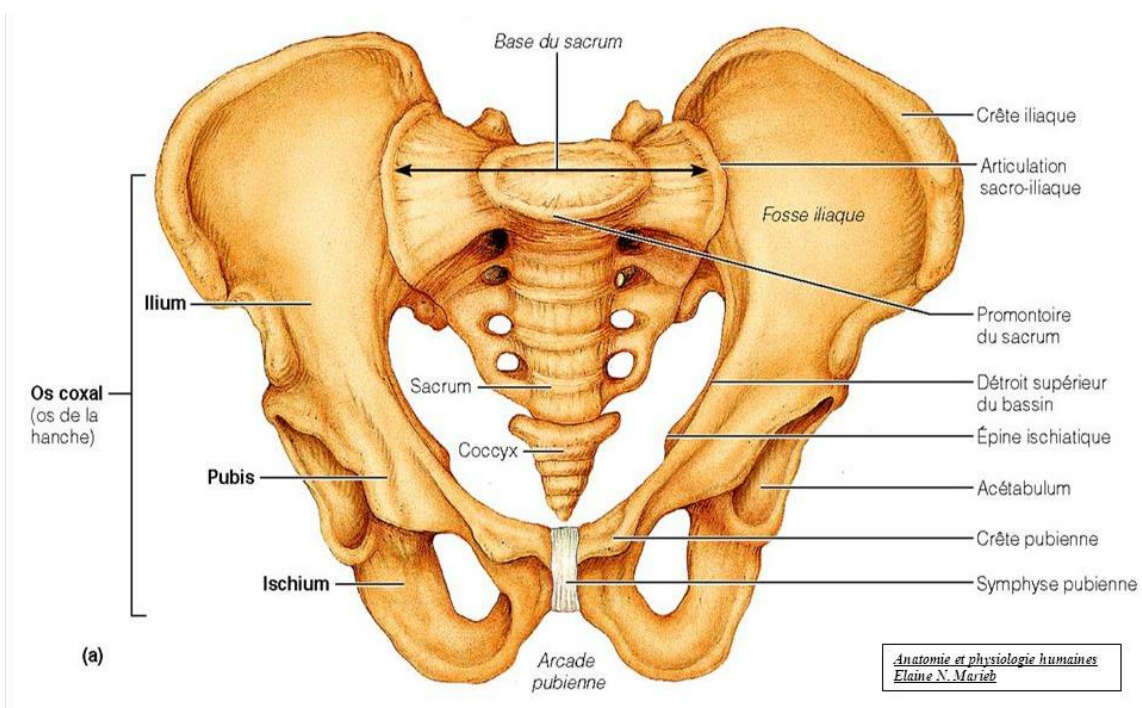
1. Système de soutènement

Il comprend le bassin ostéo-fibreux, le muscle levator ani et des espaces de conjonctifs sous péritonéaux que sont les loges viscérales du bassin.

1.1. Le bassin ostéo-fibreux :

Le bassin osseux (Figure 1) comprend la face ventrale du sacrum et la face endopelvienne des deux os coxaux, unis entre eux par les articulations sacro-iliaques dorsales et la symphyse pubienne, ventrale.

Figure 1: Le bassin osseux féminin (Anatomie et physiologie humaines. Elaine N. Marieb).



La face ventrale du sacrum comprend la première pièce sacrée largement étalée sous L5 avec deux surfaces latérales, les ailes du sacrum et une face antérieure, le promontoire. La fusion des pièces sacrées crée quatre trous, les foramens sacraux pelviens par lesquels sortent les racines nerveuses rachidiennes sacrées de S1 à S4.

La ligne arquée de l'os coxal part dorsalement de l'articulation sacro-iliaque et descend obliquement en bas et en avant. Elle divise la face pelvienne de l'os coxal en deux parties : au-dessus de la ligne arquée la fosse iliaque, en-dessous le foramen obturé et la surface quadrilatère limitant le petit bassin.

L'articulation sacro-iliaque unit la face latérale du sacrum à la hauteur des deux premières sacrées à l'os coxal à hauteur d'une surface articulaire. Elle permet des petits mouvements utiles lors de l'accouchement : inclinaison dorsale du sacrum (nutation) ou ventrale (contre-nutation). La symphyse pubienne est une amphiarthrose peu mobile unissant l'extrémité ventrale des deux os coxaux.

Le bassin a une forme de cône tronqué à base crâniale. Sa face pelvienne apparaît divisée en deux étages par le détroit supérieur, ouverture crâniale du pelvis.

L'ouverture crâniale du pelvis est elliptique. Elle est composée d'arrière en avant par le promontoire, le bord ventral de l'aile du sacrum, la ligne arquée, le pecten et le bord supérieur du pubis. Son plan oblique en bas et en avant fait un angle de 60° avec l'horizontal chez la femme. En dessous de l'ouverture crâniale c'est le petit bassin ou excavation pelvienne, constitué par dorsalement la concavité sacrée et le coccyx, latéralement le foramen obturé de l'os coxal et ventralement la symphyse pubienne.

Le petit bassin est limité caudalement par une circonférence inférieure qui correspond aux limites osseuse du périnée : dorsalement la pointe du coccyx, latéralement les tubérosités

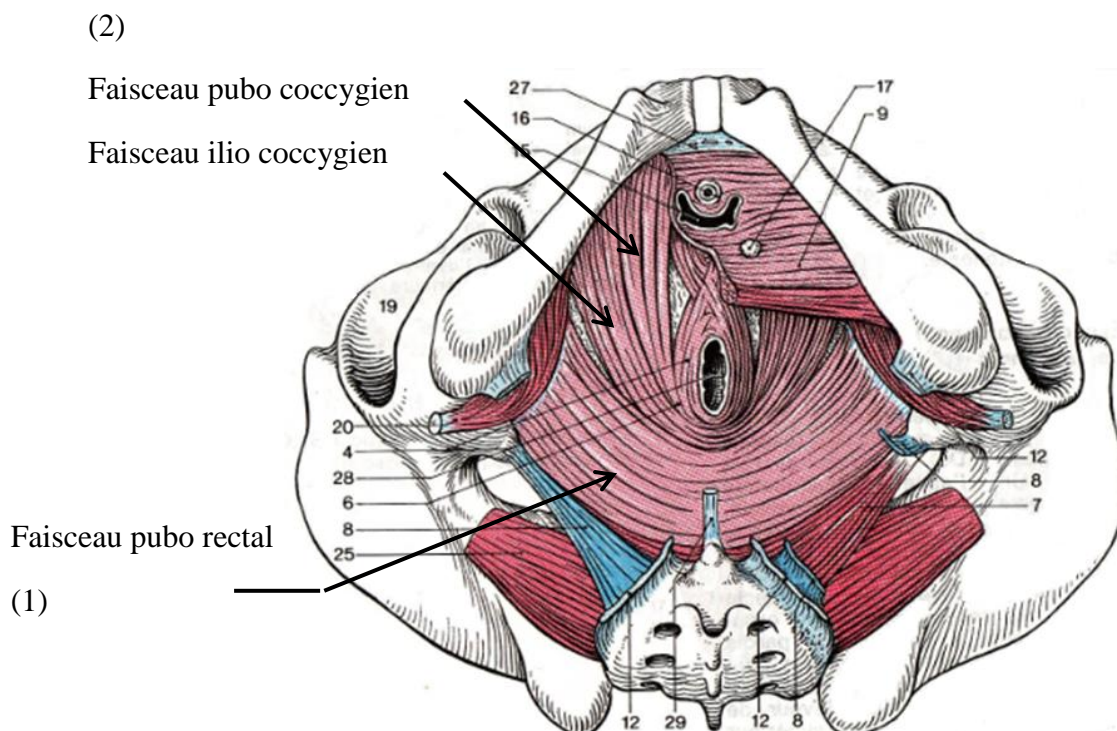
ischiatiques et les branche ischio-pubiennes, et ventralement le bord inférieur de la symphyse pubienne. Cette ouverture est presque horizontale.

1.2. Le diaphragme pelvien

Le diaphragme pelvien est constitué de différentes structures musculo aponévrotiques dont la principale est le muscle élévateur de l'anus (Figure 2).

C'est un muscle pair et symétrique qui constitue la partie principale du diaphragme pelvien en formant une cloison musculo aponévrotique divisant le petit bassin en deux parties : un étage supérieur pelvien et un étage inférieur périnéal.

Figure 2: Le muscle élévateur de l'anus (Précis d'anatomie et de dissection, H. Rouvière, 9^{ème} édition, 1976).



On lui décrit deux parties :

- Une partie élévatrice médiale épaisse et étroite (1) ; deux faisceaux droit et gauche s'insèrent ventralement sur la face dorsale du pubis et se dirigent presque verticaux et sagittaux, obliques en bas et en arrière vers le centre tendineux du périnée et dans les parois latérales du rectum (faisceau pubo-rectal). Certaines fibres hautes s'attachent à la couche longitudinale externe de la musculature rectale, d'autres très basses rejoignent le sphincter interne de l'anus, la paroi anale ou la peau de la marge anale, à travers les faisceaux du sphincter externe.
- Une partie sphinctérienne latérale (2) qui forme une lame musculaire large et mince partant des parois antérieures et latérales du pelvis vers le ligament ano-coccygien, structure fibreuse tendue sagittalement de la pointe du coccyx jusqu'à la face postérieure du canal anal. Le ligament ano-coccygien est formé par l'entrecroisement des faisceaux sphinctériens des muscles élévateurs de l'anus. On décrit à cette partie sphinctérienne deux faisceaux : pubo-coccygien et ilio-coccygien. Le faisceau pubo-coccygien part de la face dorsale du pubis en dehors du muscle pubo-rectal ; le faisceau ilio-coccygien s'insère sur le fascia du muscle obturateur interne le long d'un renforcement fibreux, l'arcade tendineuse du muscle élévateur de l'anus.

Le muscle élévateur de l'anus définit le hiatus urogénital qui est traversé par l'urètre et le vagin, et le hiatus anal, traversé par le canal anal.

Le diaphragme pelvien est aussi constitué par le muscle coccygien [7], qui s'insère sur les dernières vertèbres coccygiennes et se termine à l'arcade tendineuse du muscle élévateur de l'anus, par le muscle piriforme [25] et le muscle obturateur interne [20]. Il comprend également le ligament sacro-épineux [8] tendu entre les bords latéraux du sacrum et les tubérosités ischiatiques. L'ensemble de ces structures est recouvert du fascia endopelvien.

2. Système suspenseur

La mobilité de l'utérus est limitée par des ligaments :

2.1. Les ligaments ronds

Ils sont tendus de la corne utérine à la grande lèvre au niveau du mont du pubis après un passage pariétal dans le canal inguinal.

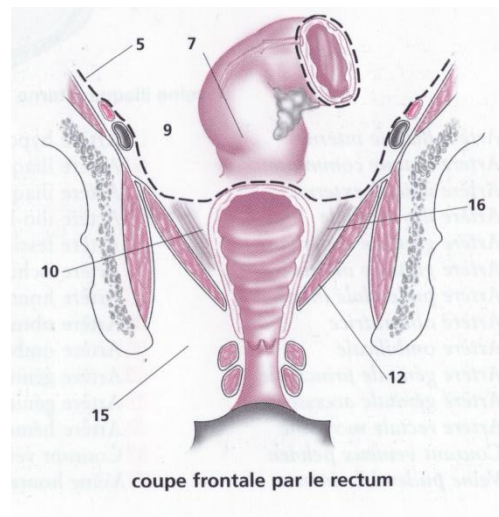
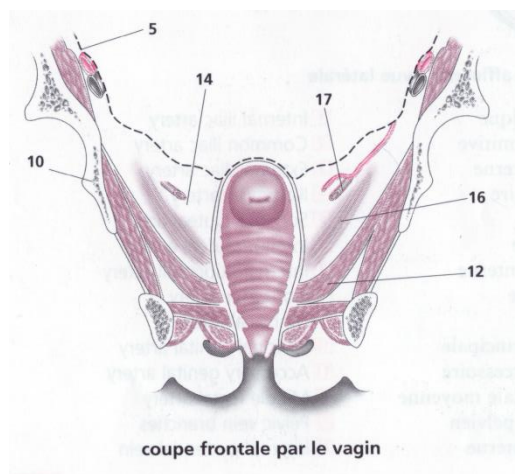
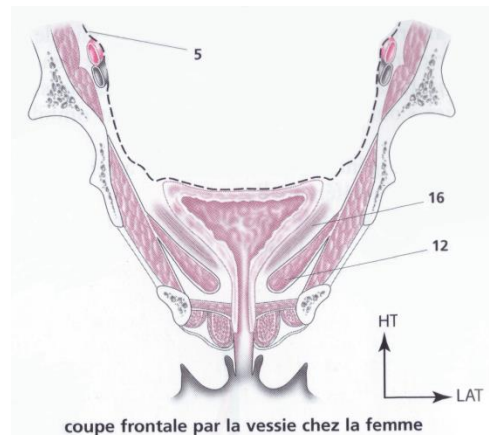
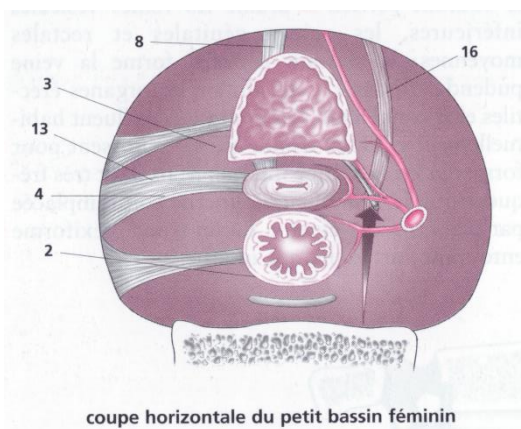
2.2. Les ligaments utéro-sacrés

Ils s'insèrent sur l'isthme utérin par un relief commun dorsal, le torus uterinum et se dirigent dorsalement pour se terminer un peu plus haut sur la face ventrale du sacrum, à hauteur des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} trous sacrés. Légèrement concaves médialement, ils soulèvent le péritoine et délimitent latéralement le récessus péritonéal recto-génital.

2.3. Les lames sacro-recto-génito-pubiennes (Figure 3)

Elles sont contenues dans les espaces conjonctifs sous péritonéaux latéro viscéraux, que sont la loge vésicale, autour de l'utérus et le vagin, les paramètres et autour du rectum sous péritonéal, l'espace pelvi rectal supérieur. Ces espaces conjonctifs contiennent des structures sagittales et des structures frontales. D'arrière en avant, de chaque côté des viscères, s'étendent les lames sacro-recto-génito-pubiennes qui contiennent les éléments du plexus nerveux hypogastrique apportant aux viscères les informations végétatives nécessaires à la défécation, au coït, à la grossesse, à l'accouchement et à la miction. À chaque niveau frontal, passent une artère et une veine destinées au viscère (artère rectale moyenne, artère vésicale, artère utérine...) accompagnées des conduits lymphatiques de drainage du viscère.

Figure3: Les lames sacro-recto-génito-pubienne (SRGP). (Nouvelle Anatomie Humaine, E.Vitte et JM Chevallier, 2006)



- 2. loge rectale
- 3. loge vésicale
- 4. loge génitale
- 5. péritoine pariétal
- 7. mésorectum
- 8. aileron vésical

- 9. étage péritonéal
- 10. étage pelvien sous péritonéal
- 12. muscle élévateur de l'an
- 14. paramètre
- 16. plexus nerveux hypogastrique inférieur
- 17. uretère pelvien

2.4. Les fascias vésico- utérin, vésico-vaginal, uréthro-vaginal, et recto-vaginal.

Ces fascias sont des structures de glissement et de cohésion entre les différents viscères pelviens.

Étiopathogénie du PGU

L'apparition d'un PGU peut résulter de différents mécanismes tels que l'hyperpression abdominale, la modification de la répartition des pressions, une atteinte neuromusculaire du plancher pelvien, une atteinte des mécanismes de cohésion et de suspension, une modification de la morphologie ou de la position des organes pelviens eux-mêmes. L'accouchement et les lésions de dénervation du plancher pelvien avec leur conséquence sur le tonus musculaire semblent le plus souvent en cause.

1. Facteurs constitutionnels

Il existe une prédisposition au PGU, avec notamment une prévalence chez les patientes nullipares de 5,8% dans une population d'âge moyen de 68,3 ans (16). Un défaut de développement de la musculature périnéale, incluant le muscle releveur de l'anus, une mauvaise qualité du tissu conjonctif (anomalies de la synthèse du collagène), une anomalie du bassin osseux modifiant la répartition des forces de poussées abdominales, ainsi que des facteurs ethniques ont été évoqués, mais non démontrés. Certaines pathologies neurologiques, centrales ou périphériques, entraînant une diminution du tonus du plancher pelvien, peuvent être à l'origine de PGU congénitaux (myélodysplasies, myéloméningocèle, dystrophie musculaire, exstrophie vésicale).

2. Vieillessement et ménopause

Avec l'âge, on observe une détérioration progressive de la qualité et de la quantité des fibres collagènes, avec une altération de la structure des fibres musculaires et une dégradation des matrices extracellulaires associée à une perte de la capacité adhésive des fibroblastes, affaiblissant les structures ligamentaires (17).

Après la ménopause, les tissus hormono-dépendants involuent. C'est le cas par exemple du trigone vésical, de l'urètre, de la muqueuse vaginale, de l'arc tendineux du périnée, des ligaments utéro-sacrés et des muscles releveurs de l'anus où l'on retrouve des récepteurs oestrogéniques.

Vieillesse et ménopause entraînent donc progressivement une involution graisseuse des fascias et des ligaments, qui perdent leur élasticité, se détendent et peuvent se rompre, une atrophie progressive de la musculature pelvi-périnéale, notamment du muscle pubo-rectal, et une hypotrophie vaginale responsable de trouble de la statique pelvienne.

3. Parité

Au cours de la grossesse, on observe une augmentation du poids des organes pelviens, avec une élongation du système suspensif, associée à une modification de l'axe des forces de pression. À l'accouchement, en particulier lors de l'expulsion, la présentation fœtale refoule le coccyx en arrière, distend le noyau fibreux central, et provoque un diastasis des muscles releveurs de l'anus (18). Ces délabrements peuvent s'observer en dehors de toute lésion cutanée visible, associés parfois à des lésions du sphincter anal. Constituées dès le premier accouchement, ces lésions s'aggravent ensuite à chaque nouvelle naissance.

Lors de l'accouchement, la compression du nerf pudendal entre les parois maternelles et le fœtus peut également provoquer des neuropathies d'étirement et d'écrasement. On observe une dénervation du nerf pudendal trois jours après un accouchement normal chez 42% des femmes, avec un retour à la normale en huit semaines (18). Un effet cumulatif a été décrit, avec une augmentation significative des lésions après le troisième accouchement et une apparition progressive de lésions irréversibles (19).

Il en résulte une myopathie neurogène, avec une diminution du nombre de fibres musculaires et un aspect cicatriciel peu fonctionnel des muscles du plancher. Allen a retrouvé chez 50% des femmes présentant un PGU une lésion de dénervation des muscles releveurs de l'anus associée à une neuropathie pudendale, avec perte du tonus musculaire, diminution des résistances ligamentaires et des modifications structurales des fascias pelviens (20).

La multiparité, le travail long, les manœuvres obstétricales, la macrosomie et les déchirures périnéales sont les facteurs favorisant l'apparition des lésions.

4. Défécation pathologique

Au repos, le muscle pubo-rectal possède une activité tonique permanente, et cravate le rectum en arrière. Lors de la défécation, il se relâche et contribue à l'ouverture de l'angle ano-rectal. Chez certaines femmes, ce mécanisme de déverrouillage n'est pas présent et la défécation ne se produit qu'en répétant des efforts de poussée. On parle de défécation pathologique, pouvant induire un étirement progressif du nerf pudental, avec parfois une myopathie de dénervation du plancher pelvien. L'incidence du PGU chez les constipées chroniques s'explique par le même mécanisme.

Évaluation d'un PGU

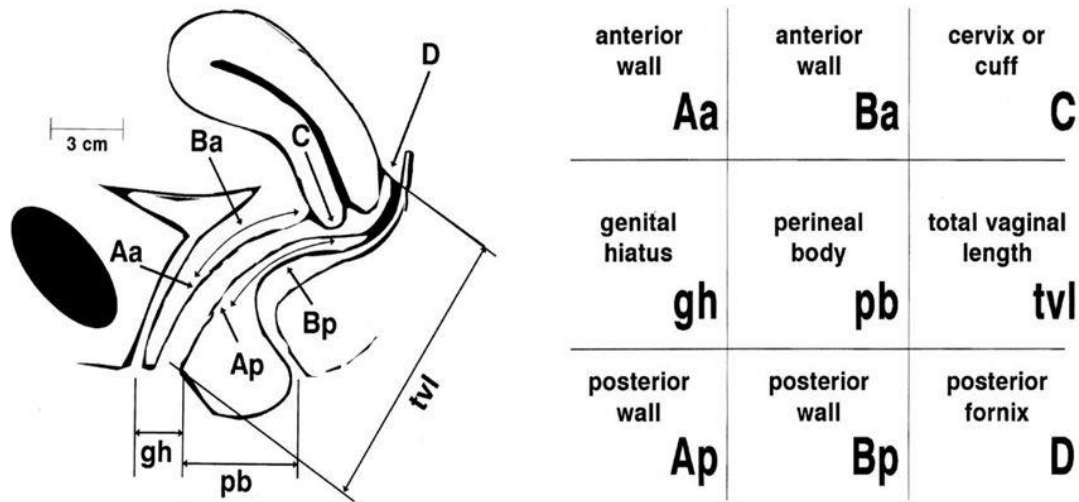
1. Évaluation clinique

L'évaluation clinique d'un PGU repose sur un examen des trois compartiments du pelvis par la réalisation d'un examen gynécologique au repos, en poussée, et au besoin debout, utilisant la classification POP-Q ou de Baden Walker (6, 21). L'examen est complété par la recherche d'une incontinence urinaire masquée au refoulement du prolapsus, par un toucher rectal et une évaluation de la contraction périnéale (22).

La classification du POP-Q permet d'évaluer la sévérité des PGU en mesurant la position du sommet de chacun des trois étages pelviens par rapport au plan hyménal, au cours d'un effort de poussée maximal. Les points proximaux en deçà de l'hymen (dans le vagin) ont une valeur négative, les points distaux au-delà de l'hymen auront une valeur positive ; le niveau hyménal ayant par définition la valeur 0 (Figure 4). Pour chaque étage, il existe cinq stades :

- Stade 0 : absence de prolapsus.
- Stade 1 : prolapsus situé au maximum à 1 centimètre en dedans du plan hyménal.
- Stade 2 : prolapsus situé entre - 1 cm et + 1 cm du plan hyménal.
- Stade 3 : prolapsus situé à plus d'1 centimètre en dehors par rapport au plan hyménal.
- Stade 4 : éversion vaginale complète (soit un prolapsus situé à plus de la longueur vaginale totale (TVL) moins 2 cm).

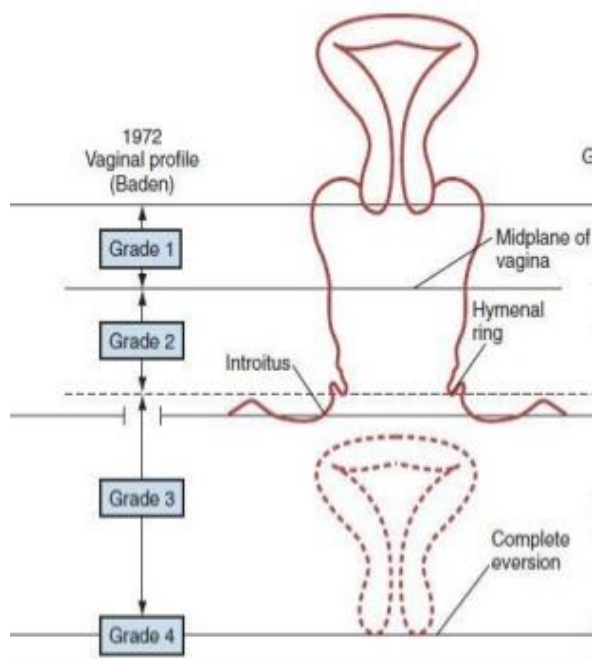
Figure 4: La classification POP-Q (6).



La classification de Baden Walker (Figure 5) également utilisée en pratique courante, est plus facile à réaliser mais moins spécifique. Elle est utilisée pour évaluer le PGU en décubitus dorsal, en position gynécologique lors d'une manœuvre de Valsalva et décrit le PGU avec l'hymen comme point de référence :

- grade 0 : position normale de l'étage étudié.
- grade 1 : descente de l'étage à mi-chemin entre sa position normale et l'hymen.
- grade 2 : descente de l'étage jusqu'au niveau de l'hymen.
- grade 3 : extériorisation de l'étage au-delà de l'hymen.
- grade 4 : extériorisation maximale ou éversion.

Figure 5 : Classification de Baden et Walker (21).



2. Questionnaires de symptômes et de qualité de vie

L'évaluation d'un PGU repose tout particulièrement sur l'évaluation des symptômes liés au PGU à l'aide d'auto-questionnaires standardisés validés par l'International Continence Society (ICS) et dont -des versions françaises validées existent. Lorsque des femmes présentent des symptômes liés au PGU, ceux-ci s'accompagnent d'une altération de la qualité de vie, également quantifiable par des auto-questionnaires spécifiques.

Pour de nombreux auteurs, la qualité de vie est le critère de jugement principal de l'efficacité de la prise en charge du PGU (23). Cette idée est défendue depuis longtemps mais la conception et la validation d'auto-questionnaires standardisés et validés en français, permettant une mesure reproductible, sont plus récentes.

Les questionnaires les plus souvent utilisés sont:

Le Pelvic Floor Distress Inventory, PFDI-20 (24): auto-questionnaire sur les symptômes liés au PGU qui explore les trois compartiments pelviens. Il comporte 3 sous questionnaires : le Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory (POPDI-6), 6 questions sur les symptômes vaginaux, le Urinary Distress Inventory (UDI – 6), 6 questions sur les symptômes urinaires et le Colo-rectal Anal Distress Inventory (CRADI-8), 8 questions sur les symptômes digestifs. Le score total est de 300. La gêne fonctionnelle de la patiente est d'autant plus importante que le score est élevé.

Le Pelvic Floor Impact Questionnaire PFIQ-7 (24): auto-questionnaire qui explore le retentissement du PGU sur la qualité de vie. Il comprend 3 sous questionnaires : le Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire (POPIQ-7), 7 questions sur le retentissement des symptômes vaginaux, le Urinary Impact Questionnaire (UIQ-7), 7 questions sur le retentissement des symptômes urinaires, le Colorectal Anal Impact Questionnaire (CRAIQ-7), 7 questions sur le retentissement des symptômes digestifs. Le score total est de 300. Plus le score est élevé et plus les symptômes ont un retentissement important sur la qualité de vie des patientes.

Le PGU peut avoir des conséquences sur la vie sexuelle de la femme. Pour les évaluer, un auto-questionnaire validé et spécifique existe :

Le Pelvic Organ Prolapse / urinary Incontinence Sexual Questionnaire, PISQ 12 (25): version courte du PISQ, il comprend 12 questions portant sur 3 domaines «comportements/émotions», «aspects liés au partenaire» et «aspects physiques et corporels».

Le PGU s'accompagne souvent d'incontinence urinaire d'effort ou mixte ou d'hyperactivité vésicale. Ces fuites urinaires sont patentées, ou masquées et parfois objectivées

par le refoulement du PGU. De ce fait, des questionnaires spécifiques à l'incontinence urinaire peuvent être également utilisés tel que :

L'International Consultation on Incontinence Questionnaire ICIQ (26): auto-questionnaire évaluant l'incontinence urinaire (d'effort, par hyperactivité vésicale, ou mixte) chez la femme. Il comprend 4 items, 3 portants sur le symptôme incontinence et 1 sur son impact sur la qualité de vie à l'aide d'une échelle de visualisation analogique.

Techniques chirurgicales

(La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique, Lansac J, Body G, Magnin G. 3^{ème} édition).

1. Historique

Au XIX^e siècle apparaissent les premières tentatives de cure chirurgicale du PGU par voie abdominale ainsi que l'idée de suspendre l'utérus au promontoire. La première intervention semble être l'œuvre de Kustner en 1890. Au XX^e siècle, l'hystérectomie subtotale avec amarrage du moignon cervical au promontoire est proposée par Oehlecker en 1918 puis par Schmid en 1923. Les complications post opératoires de cette technique la font progressivement abandonner.

Dans les années, 1957-58, Huguier, Ameline et Scali proposent une promontofixation en utilisant une prothèse avec amarrage de l'appareil génital à l'ogive pubienne et en arrière à l'aponévrose pré vertébrale, en regard du disque lombosacré. Leur technique va évoluer au cours du temps avec, dans les années 1970, une suppression de l'amarrage antérieure remplacée par une colpopexie rétropubienne selon Marshall-Marchetti ou Burch afin de corriger ou de prévenir une cystocèle.

Dans les années 1980, les fils de promontofixation sont remplacés par une prothèse vaginale postérieure fixée au promontoire à laquelle est progressivement associée une colpopexie antérieure systématique. La première description de la promontofixation laparoscopique date de 1994 (27).

2. Technique actuellement décrite

L'installation de la patiente est celle d'une cœlioscopie gynécologique, soit en décubitus dorsal, en position gynécologique, avec un trocart ombilical pour l'optique de cœlioscopie, et trois trocarts en fosse iliaque et en suspubien, selon une même ligne.

Les principaux temps opératoires sont :

- L'exposition du promontoire : le péritoine est incisé, et l'espace prévertébral est disséqué jusqu'au ligament prévertébral, après repérage de l'uretère droit, le nerf hypogastrique droit, la veine iliaque commune gauche et les veines présacrées. Le péritoine est ensuite incisé jusqu'au cul de sac recto utérin. Cette incision permet la péritonisation de la prothèse en fin d'intervention.
- La dissection de la cloison recto vaginale, en restant au contact du vagin, jusqu'au cap anal, pour exposer de chaque côté l'aponévrose du muscle releveur de l'anus.
- Le décollement vésico-utérin et vésico-vaginal, étendu pour réaliser plusieurs sutures sur le vagin.
- La mise en place de prothèses antérieure et postérieure : les prothèses utilisées sont composées de polypropylène mono filament ou de polyester multifilaments. La fixation postérieure est effectuée soit aux muscles releveurs de l'anus, soit à la face postérieure du vagin. La prothèse antérieure est fixée à la paroi vaginale par des points non transfixiants. La suture sera faite par des fils non résorbables.
- La fenestration du ligament large : en cas de conservation utérine, une fenêtre est réalisée d'avant en arrière dans le ligament large, à droite, afin de passer la prothèse à travers cet espace pour être fixée au promontoire.
- La fixation au promontoire : les deux bandelettes sont ensuite fixées au ligament prévertébral par un point de fil non résorbable.
- La péritonisation : il s'agit de fermer le péritoine en recouvrant les bandelettes afin d'éviter l'incarcération d'une anse digestive.

Si la technique de promontofixation laparoscopique s'est homogénéisée et est désormais bien codifiée, certains points techniques font l'objet de débat. Les

recommandations 2016 présentées au congrès de la SIFUD répondent ainsi à ces divergences (28):

- En l'absence d'indication spécifique, il n'y a pas de raison de réaliser systématiquement une hystérectomie au cours de la cure chirurgicale d'un PGU (grade C).
- Il n'y a pas d'argument pour mettre systématiquement une prothèse postérieure inter recto vaginale en prévention du risque de rectocèle secondaire (grade C).
- Il peut être proposé aux patientes de ne pas traiter l'incontinence urinaire d'effort simultanément à la chirurgie du PGU, à condition de les prévenir de l'éventualité d'une chirurgie en deux temps (grade C).

État des lieux

La prise en charge du PGU engendre une activité médicale importante puisqu'elle a été la cause de 36 679 (1,14 pour 1000 femmes) séjours hospitaliers en 2005 en France, soit 16,7% des admissions pour prise en charge chirurgicale d'une pathologie génitale (29). De plus, le PGU est la troisième cause d'hystérectomie pour pathologie bénigne en France.

La promontofixation laparoscopique est désormais considérée comme la technique de référence dans la prise en charge du PGU en première intention et en l'absence de contre-indication à la coéloscopie.

En 2009, une revue de la littérature, portant sur la promontofixation laparoscopique, a permis de colliger les résultats de 11 séries de plus de 40 cas, soit les résultats de plus de 1000 procédures. Le temps opératoire moyen était de 158 min (96 – 286 min) avec un taux de conversion en laparotomie à 2,7% (0-11%). Le suivi moyen post opératoire était de 24,6 mois, avec en moyenne 94,4% des femmes opérées satisfaites. Le taux de reprise chirurgicale dans les 30 jours post opératoires était de 1,6%, le taux de réintervention pour récurrence d'un PGU était de 6,2%. La récurrence du PGU n'était pas définie de façon identique dans les études : certains auteurs tenaient compte des récurrences de PGU symptomatiques, d'autres prenaient en compte des critères strictement cliniques basés sur la classification POP-Q. Le taux de récurrence était donc variable entre 0 et 42%. Le taux d'érosion de prothèse était de 2,7% (0-9%) mais semblait augmenter avec le temps avec un taux de 8,7 et 9% pour les deux études au suivi le plus long (66 mois).

Une méta-analyse en 2013, comparant 56 études randomisées ou quasi randomisées, a démontré la supériorité de la voie abdominale sur voie vaginale (8): le taux de récurrence et de dyspareunie post opératoire sont moins importants par voie abdominale que par voie vaginale.

Cependant, le temps opératoire est plus court par voie vaginale, le retour aux activités de la vie quotidienne plus rapide et le coût de prise en charge moins élevé.

Enfin, une étude prospective mono centrique française, publiée en juin 2016 (30), rapporte une nette amélioration des symptômes et de la qualité de vie des patientes opérées, après 36 mois de suivi avec une différence statistiquement significative des résultats aux auto-questionnaires validés (PFIQ 20, PFDI 7, PISQ 12) entre les périodes pré opératoire et post opératoire.

Matériel et Méthode

1. Schéma expérimental

Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle, et monocentrique qui a inclus les patientes opérées entre début 2004 et fin 2011 pour PGU par PFL, par deux chirurgiens expérimentés.

2. Population

Les patientes présentant un PGU symptomatique de stade supérieur ou égal à 2 selon la classification POP-Q, justifiant une prise en charge chirurgicale par promontofixation laparoscopique étaient incluses. Les patientes qui n'avaient pas rempli de questionnaire pré opératoire ou qui ne pouvaient pas être opérées par voie laparoscopique étaient exclues. Toutes les patientes ont signé un consentement de participation écrit et l'étude a été approuvée par le comité de protection des personnes (avis CPP n° 13082) et la commission nationale de l'information et des libertés (avis CNIL n°1721030 v 0).

3. Techniques chirurgicales

La technique chirurgicale de PFL était standardisée avec la pose d'une prothèse antérieure et/ou d'une prothèse postérieure, fixée au promontoire, la prothèse postérieure n'étant pas toujours fixée aux muscles releveurs de l'anus. Trois types de prothèses de polypropylène ont été utilisés : les prothèses Vipro®, Parietex® et Prolene®. La prothèse antérieure était fixée par 3 points vaginaux de fils non résorbables et 2 points sur l'isthme utérin par du fil non résorbable. La prothèse postérieure était fixée par 1 point de fils non résorbable, sur chaque muscle releveur de l'anus, un point de fil résorbable sur la paroi vaginale postérieure et par 2 points sur l'isthme utérin par du fil non résorbable. Lorsqu'une hystérectomie subtotale était justifiée par une pathologie utérine bénigne, elle pouvait être

réalisée. En cas de plainte d'incontinence urinaire d'effort patente, documentée par un bilan urodynamique, une pose de bandelette sous urétrale pouvaient être associée à la PFL.

4. Modalités de recueil des données pré et post opératoires

Chaque patiente a répondu à un questionnaire préopératoire (Annexe 1) comprenant les données générales telles que l'âge, le poids, la taille, les antécédents gynéco-obstétricaux, des questions concernant les symptômes pelviens, urinaires et digestifs, et des auto-questionnaires validés (CRADI-8 Colo-Recto-Anal Distress Inventory, UDI-6 Urinary Distress Inventory et ICIQ International Consultation on Incontinence Questionnaire).

En post opératoire, un autre questionnaire a été envoyé aux patientes en octobre 2013. En avril 2014, le questionnaire a été envoyé une seconde fois aux patientes qui n'y avaient pas répondu à la suite du premier envoi. Durant l'été 2014, certaines patientes ont été jointes par téléphone en raison de questionnaires incomplets. Si sur l'ensemble du questionnaire post opératoire les patientes n'avaient pas répondu à 5 questions au maximum, elles étaient rappelées pour compléter leur questionnaire. Au-delà de 5 questions incomplètes, le questionnaire n'était pas complété par téléphone.

Le questionnaire post opératoire (Annexe 2) comprenait 6 auto-questionnaires validés en français: le PFDI-20, l'ICIQ, le PFIQ-7, le PISQ 12, le PGI-I, (Patient global Impression and Improvement) (31), instrument de mesure généraliste développé et validé pour quantifier la satisfaction post opératoire des chirurgies du PGU et de l'incontinence urinaire ; ainsi que l'EuroQol5D, auto-questionnaire évaluant la qualité de vie globale (32).

Le recueil des complications a été réalisé par l'analyse des dossiers des patientes qui contenaient l'évaluation pré, per et post opératoire immédiate ainsi que les éléments de la

consultation post opératoire à 6 semaines. Les complications plus tardives ont été recueillies par des questions spécifiques contenues dans le questionnaire post opératoire.

Nous avons défini la récurrence post opératoire par la présence d'une récurrence de sensation de « boule vaginale » ou par une ré-intervention pour PGU.

5. Stratégie d'analyse des données

Le critère de jugement principal était les scores des différents auto-questionnaires post opératoires. Lorsque la comparaison entre les scores des auto-questionnaires pré et post opératoires était possible, elle a été réalisée par des tests de Student. Un score de satisfaction PGI-I ≤ 2 définissait une bonne satisfaction post opératoire. Un score de satisfaction PGI-I=1 définissait la meilleure satisfaction post opératoire possible. Les paramètres quantitatifs ont été décrits par leurs moyennes et leurs écarts types et les paramètres qualitatifs ont été décrits en effectifs et pourcentages. Pour la comparaison des moyennes, le test de Student a été utilisé. Pour la comparaison des effectifs, les tests du Chi2 ou exact de Fisher ont été utilisés. La recherche de facteurs prédictifs de satisfaction ou d'insatisfaction a été réalisée en deux étapes :

(1) une analyse univariée de facteurs pré, intra et post opératoire entre les patientes satisfaites (PGI-I ≥ 2) et les patientes moins satisfaites et une analyse univariée des facteurs pré, intra et post opératoire entre les patientes les plus satisfaites et les autres.

Pour construire les modèles de l'analyse multivariée, la recherche de corrélation entre les variables a été réalisée par les tests de Chi2 ou exact de Fisher.

(2) les analyses multivariées ont consisté en la construction de quatre modèles de régression logistique binaire, pas à pas descendant de Wald: deux modèles comparant les patientes satisfaites (PGI-I >2) aux patientes moins satisfaites selon des facteurs en pré et intra

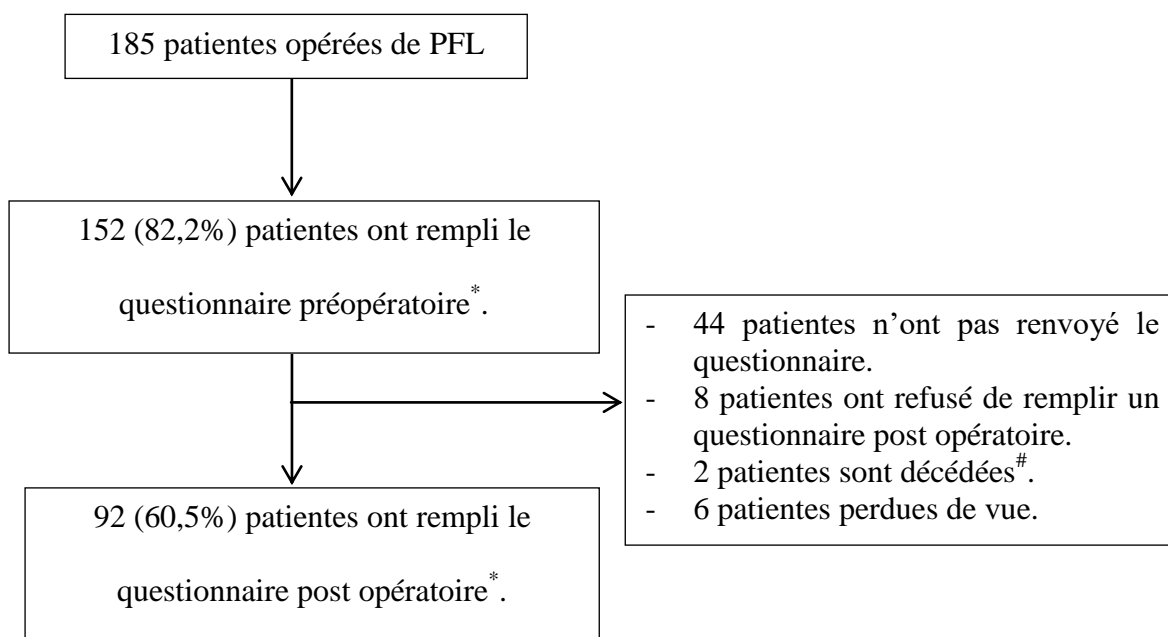
opératoire, et en post opératoire, les deux autres comparant les patientes les plus satisfaites (PGI-I=1) aux autres selon ces mêmes facteurs en pré et intra opératoire, et en post opératoire. Les analyses multivariées ont exclus les variables pré, intra et post opératoires corrélées entre elles, et ont inclus les variables ayant un degré de significativité $p < 0,15$ en analyse univariée. L'analyse statistique de cette étude a été réalisée sur le logiciel SPSS version 22 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Résultats

1. Caractéristiques de la population

Notre étude a inclus 152 patientes, opérées par PFL d'un PGU de stade ≥ 2 selon la classification POP-Q, et qui ont répondu au questionnaire pré opératoire. Parmi ces patientes, 92 femmes (60,5%) ont répondu aux questionnaires post opératoires (Figure 6). Les patientes répondantes et les non répondantes n'étaient pas statistiquement différentes selon les caractéristiques générales de la population d'étude (Tableau 1).

Figure 6 : Flow chart de l'étude



PFL : promontofixation laparoscopique

* données exploitables.

#Aucun décès lié à la PFL

Tableau 1 : Comparaison des patientes répondantes aux patientes non répondantes aux questionnaires post opératoires (N=152).

Caractéristiques	Non répondantes (n=60)	Répondantes (n=92)	P value
Age (année, moyenne)	57,18	58,39	0,42
IMC (kg/m ² , moyenne)	24,61	24,40	0,68
Ménopause			
Non	13	18	0,88
Oui	47	73	
NA		1	
Parité			
0-1	11	13	0,49
≥ 2	49	79	
Stade pré opératoire du PGU selon la classification du POP-Q			
2	15	27	0,57
3 ou 4	44	64	
NA	1	1	

IMC, indice de masse corporelle ; NA, not available, PGU, prolapsus génito urinaire ; POP-Q, Pelvic Organ Prolapse – Quantification.

Les caractéristiques pré-opératoires des patientes qui ont répondu au questionnaire post opératoire sont détaillées dans le tableau 2. En cas de double PFL, la prothèse postérieure était fixée au muscle releveur de l’anus dans 70,7% des cas. Une hystérectomie subtotale a été réalisée dans 16,4% des cas, justifiée par une pathologie bénigne. Une pose de bandelette sous urétrale (BSU) a été réalisée en cas d’incontinence urinaire patente documentée par un bilan urodynamique, soit dans 17,1% des cas.

Tableau 2 : Caractéristiques pré opératoires des patientes ayant répondu au questionnaire post opératoire (N=92).

	Moyenne (\pm SD)	Min.	Max.
Age (ans) (\pmSD)	57,9 (8,9)	35	76
Body Mass Index (kg/m²)	24,5 (3.1)	18.2	35.6
	N	%	
Tabagisme actif			
Non	81		88,0%
Oui	10		10,9%
NA	1		1,1%
Diabète			
Non	90		97,8%
Oui	2		2,2%
Antécédent de chirurgie pelvienne			
POP	4		4,3%
BSU	5		5,4%
Parité			
0 ou 1	13		14,1%
≥ 2	79		85,9%
Ménopausée			
Non	18		19,6%
Oui	73		79,3%
NA	1		1,1%
Stade pré opératoire du PGU selon la classification du POP-Q			
2	27		29,3%
3 or 4	64		69,6%
NA	1		1,1%
Durée de l'intervention (moyenne, min, max)	2h55(0h49)	1h40	6h30
Type de prothèse			
Double prothèse	74		80,4%
Prothèse antérieure seule	17		18,5%
BSU associée			
Oui	14		15,2%
Non	78		84,8%
Hystérectomie supracervicale associée			
Oui	18		19,6%
Non	74		80,4%

SD, standard déviation ; PGU, prolapsus génito urinaire ; POP-Q, Pelvic Organ Prolapse – Quantification ; BSU, bandelette sous urétrale ; NA, not available

2. Complications liées à la PFL

Les complications liées à la PFL, classées selon la classification DINDO, pour les patientes ayant répondu au questionnaire, sont décrites dans le tableau 3. L'ensemble des plaintes des patientes à distance de la PFL sont décrites. Les symptômes de novo ont été considérés comme des complications liées à la PFL. Nous constatons que 23,9% des patientes présentent au moins deux complications post opératoires à distance. Parmi les 5 patientes se plaignant d'incontinence anale au gaz ou/et au selle, 4 présentent également une constipation.

Parmi les patientes n'ayant pas répondu, on note une conversion chirurgicale du fait d'une inaccessibilité au promontoire et une plaie vésicale per opératoire suturée.

Nous avons constaté que 19 (20,7%) patientes présentaient une récurrence de PGU : 9 patientes se plaignaient d'une récurrence de sensation de « boule vaginale » et 10 ont été réopérées pour un PGU récidivé.

Tableau 3 : Complications per et post opératoires des 92 patientes ayant répondu au questionnaire post opératoire.

	N	Description
Complications per opératoires*	0	
Complications immédiates* (jusqu'à J7)	2	
Grade Dindo IIIB	1	- 1 syndrome de loge d'un membre inférieur.
Grade Dindo I	1	- 1 trouble neurologique du membre supérieur droit.
Complications à 6 semaines*	40	
Grade Dindo IIIB	2	- 1 hernie ombilicale - 1 bartholinite
Grade Dindo II	36	- 9 infections urinaires - 27 constipations résiduelles avec utilisation de laxatifs
Grade Dindo I	2	- 2 hématomes cutanés non opérés
Complications post opératoires à long terme#		
Total (N)	68	
Grade Dindo IIIA	1	Granulome vaginal
Grade Dindo II	15	- 11 constipations avec utilisation de laxatifs - 4 douleurs abdominopelviennes ou dorsales chroniques justifiant des antalgiques hebdomadaires
Grade Dindo I	52	- 7 constipations de novo sans utilisation de laxatifs - 12 douleurs abdominopelviennes chroniques intermittentes. - 7 dyspareunies de novo - 21 incontinences urinaires de novo - 5 incontinences anales de novo (selles ou gaz).
Patientes présentant :		
Total	46	
1 complication	27	
2 complications	16	
3 complications	3	

* Données extraites des dossiers médicaux des patientes.

Données extraites des questionnaires post opératoires, en rapport avec des questions spécifiques ouvertes.

3. Évaluation à moyen terme de la PFL

Le recul moyen de cette étude est de 50,5 ($\pm 20,3$) mois soit 4,2 ans. L'évaluation de la PFL à travers les symptômes pelviens est détaillée dans le tableau 5. Les symptômes urinaires, ano-rectaux et sexuels sont relativement fréquents. Nous constatons une incontinence urinaire persistante chez 27 patientes, dont 6 avaient été opérées dans le même temps opératoire par la mise en place d'une BSU.

L'évaluation des symptômes et de la qualité de vie des patientes à l'aide d'auto-questionnaires est détaillée dans le tableau 6. Nous constatons une satisfaction post opératoire élevée : 53,3% des patientes se disent « beaucoup mieux » après la PFL et 27,8% se disent « mieux ». De plus, 89,1% « referaient la même intervention » si c'était nécessaire et 87,0% « recommanderaient cette intervention à une amie ou à une proche ».

Concernant le PFDI-20, les réponses au sous-score CRADI-8 sont significativement plus élevées en post opératoire qu'en pré opératoire.

Concernant l'évaluation de la sexualité par le PISQ-12, le taux de réponse est plus faible (36,2%) car 24 (64,9%) patientes n'avaient pas d'activité sexuelle en post opératoire, 9 (24,3%) n'ont pas répondu à suffisamment de questions pour que les données soient exploitées, et 4 (10,8%) ne donnent pas d'explication. Les patientes répondantes au PISQ-12, sont statistiquement différentes des patientes non répondantes selon les caractéristiques descriptives (tableau 4).

En pré opératoire, 40 (43,5%) patientes se plaignaient de dyspareunies, et 19 (20,6%) n'avaient pas d'activité sexuelle. Parmi les 66 patientes sexuellement actives en pré opératoire, 18 n'étaient pas satisfaites par leur activité sexuelle du fait du PGU et 14 avaient des dyspareunies du fait du PGU.

Parmi les patientes sexuellement actives avant la PFL, 52 (78,8%) ont gardé une activité sexuelle après l'intervention, et 3 (15,8%) patientes ont repris une activité sexuelle. Parmi les 6 patientes présentant une dyspareunie de novo, 2 patientes ont eu une double PFL avec BSU, 2 ont eu une double PFL et 2 ont une PFL avec prothèse antérieure seule.

Tableau 4 : Comparaison des patientes répondantes au non répondantes à l'auto-questionnaire PISQ 12 (N=92).

Caractéristiques	Non répondantes (n=37)	Répondantes (n=55)	P value
Age (année, moyenne)	63,14	55,20	<0,001
BMI (kg/m ² , moyenne)	24,27	24,58	0,61
Ménopause			
Non	2	16	0,004
Oui	35	38	
NA		1	
Parité			
0-1	4	9	0,45
≥ 2	33	46	
Stade pré opératoire du PGU selon la classification du POP-Q			
2	16	11	0,02
3 ou 4	21	43	
NA	1	1	

PISQ 12 : Pelvic Organ Prolapse / urinary Incontinence Sexual Questionnaire ; NA, not available, PGU, prolapsus génito urinaire ; POP-Q, Pelvic Organ Prolapse – Quantification.

Tableau 5 : Symptômes des patientes ayant répondu au questionnaire, en pré et post opératoire, après un délai de suivi moyen de 50,1 mois (n=92).

	Pré opératoire	Post opératoire
Symptôme principal ¹:		
- Boule	82,6%	
- fuites urinaires	8,7%	
- Boule et fuites urinaires	3,3%	
- Autre symptôme urinaire	4,3%	
- Douleurs	1,1%	
Symptômes ano-rectaux :		
- constipation sévère*	12,0%	
- incontinence anale [#]	8,7%	
- constipation sévère de novo		12,0%
- incontinence anale de novo		5,4%
Symptômes urinaires :		
- incontinence urinaire d'effort (IUE)	35,9%	
- IUE de novo		22,8%
- IUE persistante		29,3%
Sexualité :		
- Dyspareunie	43,5%	
- Dyspareunie de novo		6,5%
- Dyspareunie persistante		16,3%

* justifiant l'utilisation quotidienne de laxatif.

[#] aux gaz ou/et aux selles.

¹ question : Quel est le SYMPTOME qui vous gêne le plus et qui motive votre consultation ?

Tableau 6 : Comparaison des scores aux auto-questionnaires évaluant les symptômes et la qualité de vie des patientes après 50,5 mois d'une PFL (N=92).

		Pré opératoire Moyenne (±SD)	Post opératoire Moyenne (±SD)	p
PFDI 20	(n= 92)	NA	52,61(46,42)	
POPDI – 6		NA	11,95 (15,85)	
CRADI – 8		11,01 (10,39)	18,61 (18,25)	<0,001
UDI – 6		18,27 (14,38)	22,44 (23,28)	0,07
ICIQ	(n= 82)	3,60 (5,37)	3,89 (4,68)	0,63
PFIQ – 7	(n= 82)	NA	15,62 (32,33)	
POPIQ-7			3,25 (10,29)	
CRAIQ-7			5,34 (14,19)	
UIQ-7			7,38 (13,58)	
PISQ 12	(n= 55)	NA	34,82 (7,58)	
EQ5D	(n=66)	0,77 (0,19)	0,90 (0,16)	<0,001
PGI-I			1,80 (1,1)	

PFL, promontofixation laparoscopique ; NA, not available ; PFDI 20, Pelvic Floor Disorder Inventory ; POPDI, Pelvic Organ Prolapse – Distress Inventory ; CRADI-8, Colo-Rectal-Anal Distress Inventory ; UDI, Urinary Distress Inventory ; ICIQ, International Consultation on Incontinence Questionnaire ; PFIQ, Pelvic Floor Impact Questionnaire ; POPIQ, Pelvic Organ Prolapse – Impact Questionnaire ; CRAIQ, Colo-Rectal Anal Impact Questionnaire ; UIQ, Urinary Impact Questionnaire ; PISQ, Pelvic Organ Prolapse / urinary Incontinence Sexual Questionnaire ; EQ5D, EuroQol5D ; PGI-I, Patient Global Impression Improvement.

4. Facteurs prédictifs de satisfaction post opératoire

Les deux modèles multivariés analysant les variables post opératoires mettent en évidence qu'une récurrence est associée à une insatisfaction post opératoire [Modèle 2 : OR= 5,39 (IC 95% 1,31 – 22,18), $p = 0,02$; Modèle 4 : OR= 8,11 (IC 95% 2,28 – 28,94), $p = 0,01$] (tableaux 9 et 10). L'existence d'une constipation post opératoire est également un facteur prédictif d'insatisfaction post opératoire démontré par un des modèles [Modèle 2 : OR= 3,47 (IC 95% 1,02 – 11,83), $p = 0,05$]. Le deuxième modèle suggère la même association [Modèle 4 : OR = 3,44 (IC 95% 0,91 – 12,97), $p = 0,07$].

Dans le modèle comparant les patientes satisfaites aux patientes moins satisfaites (PGI-I >2), l'incontinence anale aux gaz ou/et au selle pré opératoire est associée à une insatisfaction post opératoire (tableau 7).

Dans le modèle comparant les patientes très satisfaites aux autres patientes (PGI-I=1), un surpoids (IMC >25) pré opératoire semble diminuer la satisfaction post opératoire (OR = 2,87 (IC 95% 1,02 – 8,05) $p = 0,05$). Une chirurgie de l'incontinence urinaire associée à la PFL semble associée à une moins bonne satisfaction post opératoire (OR = 12,50 (2,32 – 66,97) $p = 0,003$) (tableau 8).

Dans le modèle comparant les patientes très satisfaites aux autres patientes (PGI-I=1), un stade de PGU pré opératoire ≥ 3 est un facteur prédictif de satisfaction post opératoire (OR = 0,33 (IC 95% 0,11 – 0,97), $p = 0,04$).

Tableau 7: Modèle 1 : Facteurs prédictifs pré opératoires et intra opératoires d'insatisfaction post opératoire : variable expliquée PGI-I > 2

Caractéristiques		Echec n (%)		OR (IC 95%)	p	OR ajusté [#] (IC 95%)	P
Age (années)	<60	8	18%	1			
	≥ 60	9	20%	1,10 (0,38-3,15)	0,87		
IMC (kg/m ²)	<25	11	20%	1			
	≥25	6	17%	0,82 (0,28 – 2,46)	0,74		
Parité	0-1	1	8%	1			
	≥2	16	21%	3,15 (0,38– 26,04)	0,45		
Ménopausée *	Non	1	6%	1			
	Oui	16	23%	4,95 (0,61-40,10)	0,11(F)		
Antécédent d'une chirurgie de PGU	Non	17	20%	1			
	Oui	0	0%	0,80 (0,72 –0,90)	1,00 (F)		
Symptôme principal= présence d'une boule	Non	5	33%	1			
	Oui	12	16%	0,38 (0,11 – 1,31)	0,12		
Présence d'une boule *	Non	4	50%	1			
	Oui	13	16%	0,19 (0,04 – 0,86)	0,04 (F)		
Incontinence urinaire	Non	6	11%	1			
	Oui	11	33%	4,00 (1,31 –12,20)	0,01		
Constipation	Non	7	15%	1			
	Oui	6	23%	1,67 (0,50-5,64)	0,41		
Constipation sévère *	Non	9	15%	1			
	Oui	4	36%	3,37 (0,82– 13,88)	0,10 (F)		
Incontinence anale *	Non	10	14%	1		1	
	Oui	3	43%	4,58 (0,89 – 23,57)	0,09 (F)	7,71 (1,30 – 45,91)	0,025
Dyspareunie	Non	7	16%	1			
	Oui	9	23%	1,63 (0,54 – 4,88)	0,40		
Stade du PGU ≥ 3	Non	6	22%	1			
	Oui	11	18%	0,76 (0,250 – 2,30)	0,60		
PFL par double prothèse	Non	5	28%	1			
	Oui	12	17%	0,52 (0,16 – 1,73)	0,28		

PFL par prothèse antérieure seule	Non	12	16%	1			
	Oui	5	29%	2,12 (0,63 – 7,13)	0,22		
Fixation aux muscles releveurs de l'anus, de la prothèse postérieure*	Non	10	26%	1			
	Oui	7	14%	0,44 (0,15 – 1,28)	0,12		
Hystérectomie subtotale associée.	Non	17	24%	1			
	Oui	0	0%	0,76 (0,67 – 0,87)	0,02		
Chirurgie associée de l'incontinence urinaire	Non	14	18%	1			
	Oui	3	21%	1,21 (0,30 – 4,91)	1,00		

PGI-I, Patient global Impression and Improvement ; OR, odds ratio ; IMC, indice de masse corporelle ; PGU, prolapsus génito-urinaire, PFL, promontofixation laparoscopique ; (F), test exact de Fisher.

** Variables introduites dans le modèle multivarié.*

Régression logistique binaire pas à pas descendante de Wald.

Variables corrélées : Age et ménopause, incontinence urinaire et présence d'une boule, constipation et constipation sévère (usage de laxatif quotidien), constipation sévère et stade préopératoire ≥ 3 , présence d'une boule et symptôme principal = présence d'une boule.

Tableau 8 : Modèle 2 : Facteurs prédictifs post opératoires d'insatisfaction post opératoire : variable expliquée PGI-I > 2

Caractéristiques		Echec n (%)		OR (IC 95%)	P	OR ajusté [#] (IC 95%)	P
Incontinence urinaire*	Non	5	12%	1			
	Oui	12	25%	2,47 (0,79 – 7,71)	0,11		
Incontinence urinaire de novo	Non	14	21%	1			
	Oui	3	15%	0,67 (0,17 – 2,61)	0,56		
Incontinence urinaire persistante	Non	8	13%	1			
	Oui	9	33%	3,25 (1,09 – 9,67)	0,03		
Constipation*	Non	10	14%	1		1	
	Oui	6	35%	3,27 (0,99 – 10,86)	0,05	3,44 (0,91 – 12,97)	0,07
Constipation de novo	Non	14	18%	1			
	Oui	2	20%	1,12 (0,26 – 5,88)	0,89		
Dyspareunie	Non	6	15%	1			
	Oui	4	29%	2,27 (0,53 – 9,65)	0,42		
Dyspareunie de novo	Non	10	19%	1			
	Oui	1	20%	1,05 (0,11 – 10,44)	1,00		
Incontinence anale post opératoire	Non	13	17%	1			
	Oui	2	33%	2,36 (0,40 – 14,42)	0,59		
Incontinence anale de novo	Non	13	17%	1			
	Oui	2	40%	3,23 (0,49 – 21,30)	0,23		
Récidive d'un PGU*	Non	9	12%	1		1	
	Oui	8	47%	6,32 (1,94 – 20,58)	0,001	8,11 (2,28 – 28,94)	0,01
Complications (tout type)	Non	10	18%	1			
	Oui	5	29%	1,92 (0,55 – 6,67)	0,30		
Douleurs chroniques	Non	13	19%	1			
	Oui	4	24%	1,35 (0,38 – 4,82)	0,74		

PGI-I, Patient global Impression and Improvement ; OR, odds ratio ; PGU, prolapsus génito-urinaire.

** Variables introduites dans le modèle multivarié.*

Régression logistique binaire pas à pas descendante de Wald.

Variables corrélées : complications et douleurs chroniques, dyspareunies et dyspareunies de novo, dyspareunies et constipation, dyspareunies et constipation de novo, incontinence urinaire et incontinence urinaire de novo, incontinence urinaire et incontinence urinaire persistante, constipation et incontinence anale.

Tableau 9 : Modèle 3 : Facteurs prédictifs pré opératoire et intra opératoire d'insatisfaction post opératoire : variable de comparaison PGI-I=1

Caractéristiques		Echec n (%)		OR (IC 95%)	P	OR ajusté [#] (IC 95%)	P
Age (années)	<60	22	50%	1			
	≥ 60	20	43%	0,77 (0,34-1,77)	0,54		
IMC (kg/m ²)*	<25	21	38%	1		1	
	≥25	21	60%	2,43 (1,02 – 5,79)	0,04	2,87 (1,02 – 8,05)	0,05
Parité	0-1	5	38%	1			
	≥2	37	48%	1,48 (0,44 – 4,93)	0,52		
Ménopausée	Non	6	33%	1			
	Oui	36	51%	2,06 (0,70 – 6,09)	0,19		
Antécédent d'une chirurgie de PGU	Non	40	47%	1			
	Oui	2	50%	1,15 (0,16 – 8,54)	1,00 (F)		
Symptôme principal= présence d'une boule	Non	12	80%	1			
	Oui	30	40%	0,17 (0,04 – 0,64)	0,009 (F)		
Présence d'une boule	Non	7	88%	1			
	Oui	35	43%	0,11 (0,01 – 0,93)	0,02		
Incontinence urinaire*	Non	22	41%	1			
	Oui	19	58%	1,97 (0,82 – 4,75)	0,13		
Constipation	Non	16	35	1			
	Oui	17	65	3,54 (1,29-9,73)	0,012		
Constipation sévère (usage régulier de laxatif)	Non	25	40%	1			
	Oui	9	82%	6,67 (1,33– 33,45)	0,02 (F)		
Incontinence anale	Non	32	45%	1			
	Oui	4	57%	1,63 (0,34 – 7,80)	0,70 (F)		
Dyspareunie	Non	20	44%	1			
	Oui	17	44%	0,97 (0,41 – 2,29)	0,94		
Stade du PGU ≥ 3*	Non	17	63%	1		1	
	Oui	25	40%	0,40 (0,16 – 1,01)	0,05	0,33 (0,11 – 0,97)	0,04

PFL par double prothèse	Non	8	44%	1			
	Oui	34	47%	1,12 (0,39 – 3,16)	0,83		
PFL par prothèse antérieure seule	Non	34	47%	1			
	Oui	8	47%	1,02 (0,35 – 2,94)	0,97		
Fixation aux releveurs de la prothèse postérieure*	Non	24	63%	1		1	
	Oui	18	35%	0,31 (0,13 – 0,74)	0,007	0,40 (0,15 – 1,10)	0,08
Hystérectomie subtotale associée.	Non	34	47%	1			
	Oui	8	44%	0,90 (0,32 – 2,53)	0,83		
Chirurgie associée de l'incontinence urinaire*	Non	30	39%	1		1	
	Oui	12	86%	9,20 (1,92 – 44,05)	0,002	12,50 (2,32 – 66,97)	0,003

PGI-I, Patient global Impression and Improvement ; OR, odds ratio ; IMC, indice de masse corporelle ; PGU, prolapsus génito-urinaire, PFL, promontofixation laparoscopique ; (F), test exact de Fisher.

** Variables introduites dans le modèle multivarié.*

Régression logistique binaire pas à pas descendante de Wald.

Variables corrélées : incontinence urinaire et présence d'une boule, incontinence urinaire et symptôme principal = présence d'une boule, constipation et constipation sévère (usage de laxatifs quotidien), constipation sévère et stade préopératoire ≥ 3 , présence d'une boule et symptôme principal = présence d'une boule, constipation et fixation aux releveurs de la prothèse postérieure.

Tableau 10 : Modèle 4 : Facteurs prédictifs post opératoires d'insatisfaction post opératoire : variable de comparaison : PGI-I = 1

Caractéristiques		Echec n (%)		OR (IC 95%)	P	OR ajusté [#] (IC 95%)	P
Incontinence urinaire	Non	17	41%	1			
	Oui	25	52%	1,60 (0,69 – 3,70)	0,27		
Incontinence urinaire de novo	Non	32	48%	1			
	Oui	9	45%	0,90 (0,33 – 2,44)	0,83		
Incontinence urinaire persistante*	Non	25	42%	1			
	Oui	16	59%	2,04 (0,81 – 5,13)	0,13		
Constipation*	Non	28	40%	1		1	
	Oui	12	71%	3,60 (1,14 – 11,34)	0,02	3,47 (1,02 – 11,83)	0,05
Constipation de novo	Non	33	43%	1			
	Oui	7	70%	3,11 (0,75 – 12,95)	0,11		
Dyspareunie	Non	17	43	1			
	Oui	7	50%	1,35 (0,40 – 4,59)	0,63		
Dyspareunie de novo	Non	24	46%	1			
	Oui	2	40%	0,78 (0,12 – 5,05)	1,00(F)		
Incontinence anale	Non	32	43%	1			
	Oui	3	50%	1,34 (0,25 – 7,10)	1,00 (F)		
Incontinence anale de novo	Non	32	42%	1			
	Oui	3	60%	2,06 (0,33 – 13,07)	0,65 (F)		
Récidive d'un PGU*	Non	29	40%	1		1	
	Oui	13	77%	4,93 (1,47 – 16,62)	0,008 (F)	5,39 (1,31 – 22,18)	0,02
Complications (de tout type)*	Non	25	45%	1		1	
	Oui	3	60%	2,27 (0,74 – 7,01)	0,15	3,24 (0,95 – 11,01)	0,06
Douleurs chroniques	Non	33	47%	1			
	Oui	8	47	1,00 (0,35 – 2,88)	1,00		

PGI-I, Patient global Impression and Improvement ; OR, odds ratio ; PGU, prolapsus génito-urinaire ;(F), test exact de Fisher.

** Variables introduites dans le modèle multivarié.*

Régression logistique binaire pas à pas descendante de Wald.

Variables corrélées : Complications et douleurs chroniques, dyspareunies et dyspareunies de novo, dyspareunies et constipation, dyspareunies et constipation de novo, incontinence urinaire et incontinence urinaire de novo, incontinence urinaire et incontinence urinaire persistante, constipation et incontinence anale.

Discussion

1. Principaux résultats

Cette étude a permis de démontrer une nette satisfaction des patientes à moyen terme après PFL ainsi qu'une amélioration persistante des symptômes et de la qualité de vie des patientes opérées à distance de l'intervention chirurgicale. Nous constatons cependant des symptômes urinaires, ano-rectaux et sexuels assez fréquents.

Notre étude a identifié des facteurs prédictifs de satisfaction ou d'insatisfaction post opératoire. Repérer ces facteurs permettrait d'améliorer la qualité de l'information faite aux patientes, et de mieux sélectionner les patientes qui nécessitent une prise en charge chirurgicale.

2. Points forts, limites de l'étude

Cette étude présente l'intérêt d'un suivi prolongé en post opératoire de PFL, réalisé à l'aide d'auto-questionnaires de symptômes et de qualité de vie. Cette évaluation fonctionnelle semble indispensable puisque le PGU entraîne une gêne fonctionnelle avec altération de la qualité de vie. De plus, cette évaluation a été réalisée avec des questionnaires spécifiques et validés dans la littérature, ce qui limite un potentiel biais de classement et rend ces résultats comparables à d'autres études.

Malgré la durée de suivi, le taux de réponses au questionnaire post opératoire est satisfaisant. Les données manquantes liées aux patientes non répondantes ont pu induire un biais de sélection. Cependant, nous n'avons pas retrouvé de différence entre les patientes répondantes et les non-répondantes, bien que certaines caractéristiques, telles que le niveau d'étude des patientes, n'ont pu être évaluées.

Cette étude présente des limites liées au caractère rétrospectif et monocentrique du suivi de cette population. La durée d'inclusion des patientes entraîne une possible hétérogénéité des pratiques chirurgicales au cours du temps. Par ailleurs, la réalisation de gestes chirurgicaux associés, bien que fréquente en pratique clinique courante, modifie également la population d'étude.

La durée de suivi de ces patientes entraîne un potentiel biais de mémoire et modifie la qualité de réponse aux questionnaires post opératoire, notamment concernant le recueil de complications ou de ré-interventions. Cependant les données post opératoires à court terme étaient également recueillies dans les dossiers médicaux des patientes.

Bien que les questions fussent centrées sur l'évaluation de la PFL, notamment concernant la qualité de vie globale, les patientes ont pu répondre en tenant compte d'autres pathologies apparues après l'intervention.

Nous n'avons pas convoqué toutes ces patientes pour un examen clinique. Bien que l'évaluation des symptômes semble être un critère d'évaluation fiable, centrée sur l'attente de chaque patiente (33), il manque dans cette étude, un examen clinique pour compléter la comparaison avec la période pré opératoire.

3. Comparaison aux données de la littérature

Nos résultats fonctionnels sont concordants avec ceux que d'autres études ont démontré, concernant la PFL (13, 15, 30). Ainsi Chevrot *et al.* (30) trouvent comme résultats à 36 mois post opératoires, un score PFDI-20 à 42,2 (\pm 42,15), un score PFIQ-7 à 24,7 (\pm 48,7) et un score PISQ-12 à 38,5 (\pm 5,1).

En comparaison des études qui ont permis de valider chacun de ces auto-questionnaires, les résultats de notre étude sont similaires à ceux de la littérature. Barber *et al.*

(24) utilisent pour valeurs post opératoires : PFDI-20 à 50,2 (\pm 38,9), POPDI-6 à 12,3 (\pm 13,7), CRADI-8 à 16,3 (\pm 14,7), UDI-6 à 21,6 (\pm 21,7) et PFIQ-7 à 23,8 (\pm 39,4).

Nous avons cependant constaté un taux plus élevé de récives post opératoires par rapport à d'autres études. Ceci est probablement dû à la définition que nous avons choisie, et au recul moyen de la population, qui était plus long dans notre étude (8, 34).

En post opératoire, nous avons identifié que la récive d'un PGU était associée à l'insatisfaction des patientes. Ce facteur avait été précédemment identifié par Barber *et al.*, qui relèvent comme facteurs associés au succès de la chirurgie « l'absence de boule vaginale » dans 92,7% des cas et « l'absence de nouveau traitement chirurgical » dans 97,2% des cas.

Nous avons identifié que la constipation post opératoire était associée à une diminution de la satisfaction des patientes. Cette complication est fréquente en post opératoire immédiat selon la littérature avec des taux rapportés de constipation post opératoire de 5,5 à 47% (35) et de constipation de novo de 10% ou 14% (36). Elle persiste dans notre population à distance de la chirurgie, avec un effet délétère sur le succès de la chirurgie. Cette constatation doit renforcer l'information faite aux patientes du risque de constipation post opératoire.

Nous avons également identifié des facteurs prédictifs pré opératoires de satisfaction ou d'insatisfaction post opératoire. Nous avons mis en évidence qu'un stade pré opératoire de $PGU \geq 3$ semble prédire une meilleure satisfaction post opératoire. Cette constatation peut s'expliquer par le fait qu'un PGU à un stade extériorisé est responsable de symptômes plus marqués, qu'à PGU non extériorisé (37). La différence de symptômes vaginaux entre la période pré opératoire et la période post opératoire pour ces patientes est peut-être plus marquée, ce qui engendrerait une meilleure satisfaction.

Nous avons montré qu'un surpoids pré opératoire serait un facteur prédictif d'insatisfaction post opératoire. La littérature retrouve des résultats contradictoires en terme d'association entre obésité et prévalence du PGU ou entre obésité et symptomatologie du PGU (38-40). Certains auteurs considèrent l'obésité comme facteur de risque indépendant de développer un PGU, d'autres n'établissent pas d'association (41). Concernant les symptômes pelviens, certains auteurs ont relevé une aggravation des symptômes avec l'augmentation de l'IMC essentiellement sur les scores ano-rectaux (41). Par ailleurs, Wasserberg *et al.* qui se sont intéressés à l'impact de la perte de poids après chirurgie bariatrique sur les symptômes relatifs au PGU, ont constaté une amélioration des symptômes par une différence significative des résultats aux auto-questionnaires PFDI-20 et PFIQ-7 (42). Ces éléments rapportés peuvent expliquer que les patientes en surpoids soient dans notre étude moins satisfaites que les autres patientes, du fait de symptômes plus marqués, notamment ano-rectaux.

Nous avons identifié comme facteur prédictif d'insatisfaction post opératoire l'incontinence anale aux gaz ou/et aux selles pré opératoire. Cette association peut s'expliquer par deux éléments cumulatifs : la gêne importante des patientes présentant une incontinence anale et l'efficacité de la promontofixation marquée sur les symptômes vaginaux, et non sur les symptômes ano-rectaux.

Enfin, nous avons identifié que la mise en place d'une BSU dans le même temps que le PFL était associée à une moins bonne satisfaction des patientes à moyen terme. L'incontinence urinaire d'effort (IUE) étant souvent associée au PGU, la mise en place de BSU concomitante est discutée dans la littérature. Dans une méta-analyse de la littérature, Van der Ploeg *et al.* ont démontré une réduction du risque d'incontinence urinaire d'effort en cas de gestes chirurgicaux combinés (43). Cependant, l'association d'une chirurgie du PGU et de l'IUE entraîne des complications post opératoires et des dysuries plus fréquentes. La même équipe a ensuite mené une étude randomisée comparant le taux d'incontinence urinaire à un

an chez des patientes opérées d'un PGU par voie vaginale associée ou non à une cure d'IUE par BSU. Ils ont démontré que parmi ces patientes présentant toutes une incontinence urinaire d'effort associée au PGU, le taux d'IU post opératoire était moins important qu'en cas de chirurgie du PGU seul (44). Cependant, dans le groupe sans BSU, seules 17% des patientes, avaient recours au deuxième temps chirurgical pour mise en place d'une BSU. Le faible taux de ré-intervention est donc à mettre en balance aux risques liés à la mise en place d'une BSU. Cette même constatation a été faite pour la voie abdominale, car le traitement isolé du PGU par PFL permet de traité à lui seul 50% des IUE masquées (45).

Ces conclusions, appuyées par l'association constatée dans notre étude entre moins bonne satisfaction et mise en place d'une BSU dans le même temps opératoire, ne semblent pas favorables à une chirurgie concomitante. Les recommandations pour la pratique clinique éditée en 2016 en France, concernant le PGU, suggèrent qu'on peut proposer aux patientes de ne pas traiter l'IUE patente dans le même temps opératoire, à condition de les prévenir de l'éventualité d'une chirurgie en deux temps (28).

Conclusion

Cette étude a permis de démontrer une nette satisfaction des patientes à moyen terme après PFL avec une efficacité à moyen terme confirmée par l'amélioration persistante des symptômes et de la qualité de vie des patientes. Nous avons cependant relevé un nombre de récurrences notable (20,7%) et la présence de symptômes post opératoires tels que la constipation chronique sévère (12,0%) ou l'incontinence urinaire d'effort de novo (22,8%) ou persistante (29,3%). Nous avons pu identifier de potentiels facteurs prédictifs de satisfaction ou d'insatisfaction post opératoire :

(1) Une récurrence post opératoire ou une constipation chronique post opératoire sont associées à une moins bonne satisfaction post opératoire.

(2) En pré opératoire, l'incontinence anale et le surpoids semblent être prédictifs d'une moins bonne satisfaction post opératoire. Un stade de PGU ≥ 3 semble être prédictif d'une meilleure satisfaction post opératoire.

(3) La mise en place d'une BSU dans le même temps opératoire semble être associée à une moins bonne satisfaction post opératoire.

Cette prise en charge chirurgicale doit être accompagnée d'une information complète aux patientes, notamment du risque de constipation de novo ou de la majoration d'une constipation préexistante après PFL. La constatation d'une meilleure satisfaction post opératoire en l'absence de surpoids suggère qu'une perte de poids peut être motivée avant une PFL.

La prise en charge d'une IUE patente ou occulte est également à discuter avec la patiente. Il nous semble prudent de proposer une chirurgie en deux temps en cas PGU et d'incontinence urinaire du fait de résultats post opératoires moins satisfaisants.

Bibliographie

1. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *International urogynecology journal*. 2013;24(11):1783-90.
2. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2002;186(6):1160-6.
3. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstetrics and gynecology*. 1997;89(4):501-6.
4. Smith FJ, Holman CD, Moorin RE, Tsokos N. Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstetrics and gynecology*. 2010;116(5):1096-100.
5. Fritel X, Varnoux N, Zins M, Breart G, Ringa V. Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors. *Obstetrics and gynecology*. 2009;113(3):609-16.
6. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1996;175(1):10-7.
7. Benson JT, Lucente V, McClellan E. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: a prospective randomized study with long-term outcome evaluation. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1996;175(6):1418-21; discussion 21-2.
8. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013(4):CD004014.
9. Freeman RM, Pantazis K, Thomson A, Frappell J, Bombieri L, Moran P, et al. A randomised controlled trial of abdominal versus laparoscopic sacrocolpopexy for the treatment of post-hysterectomy vaginal vault prolapse: LAS study. *International urogynecology journal*. 2013;24(3):377-84.
10. Maher CF, Feiner B, DeCuyper EM, Nichlos CJ, Hickey KV, O'Rourke P. Laparoscopic sacral colpopexy versus total vaginal mesh for vaginal vault prolapse: a randomized trial. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2011;204(4):360 e1-7.
11. Barber MD, Brubaker L, Nygaard I, Wheeler TL, 2nd, Schaffer J, Chen Z, et al. Defining success after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstetrics and gynecology*. 2009;114(3):600-9.
12. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L. Validation of the Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) for urogenital prolapse. *International urogynecology journal*. 2010;21(5):523-8.

13. Thibault F, Costa P, Thanigasalam R, Seni G, Brouzyine M, Cayzergues L, et al. Impact of laparoscopic sacrocolpopexy on symptoms, health-related quality of life and sexuality: a medium-term analysis. *BJU international*. 2013;112(8):1143-9.
14. Bovbjerg VE, Trowbridge ER, Barber MD, Martirosian TE, Steers WD, Hullfish KL. Patient-centered treatment goals for pelvic floor disorders: association with quality-of-life and patient satisfaction. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2009;200(5):568 e1-6.
15. Bui C, Ballester M, Chereau E, Guillo E, Darai E. [Functional results and quality of life of laparoscopic promontofixation in the cure of genital prolapse]. *Gynecologie, obstetrique & fertilité*. 2010;38(10):563-8.
16. Nygaard I, Bradley C, Brandt D, Women's Health I. Pelvic organ prolapse in older women: prevalence and risk factors. *Obstetrics and gynecology*. 2004;104(3):489-97.
17. Jackson SR, Avery NC, Tarlton JF, Eckford SD, Abrams P, Bailey AJ. Changes in metabolism of collagen in genitourinary prolapse. *Lancet*. 1996;347(9016):1658-61.
18. Sze EH, Sherard GB, 3rd, Dolezal JM. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. *Obstetrics and gynecology*. 2002;100(5 Pt 1):981-6.
19. Snooks SJ, Henry MM, Swash M. Anorectal incontinence and rectal prolapse: differential assessment of the innervation to puborectalis and external anal sphincter muscles. *Gut*. 1985;26(5):470-6.
20. Allen RE, Hosker GL, Smith AR, Warrell DW. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 1990;97(9):770-9.
21. Baden WF, Walker TA. Genesis of the vaginal profile: a correlated classification of vaginal relaxation. *Clinical obstetrics and gynecology*. 1972;15(4):1048-54.
22. Donon L, Warembourg S, Lapray JF, Cortesse A, Hermieu JF, Fatton B, et al. Bilan avant le traitement chirurgical d'un prolapsus génital : Recommandations pour la pratique clinique. *ProgUrol*. 2016;26(07):8 - 26.
23. Wall LL, Versi E, Norton P, Bump R. Evaluating the outcome of surgery for pelvic organ prolapse. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1998;178(5):877-9.
24. Barber MD, Kuchibhatla MN, Pieper CF, Bump RC. Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2001;185(6):1388-95.
25. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Darrow A, Murray K, Olsen A, Barber M, et al. Sexual function after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse: a multicenter prospective study. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2004;191(1):206-10.
26. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourology and urodynamics*. 2004;23(4):322-30.

27. Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. *Obstetrics and gynecology*. 1994;84(5):885-8.
28. Le Normand L, Cosson M, Cour F, Deffieux X, Donon L, Ferry B, et al. Recommandations pour la pratique Clinique: synthèse des recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme. *ProgUrol*. 2016;26(07):1- 7.
29. Subramanian D, Szwarzensztejn K, Mauskopf JA, Slack MC. Rate, type, and cost of pelvic organ prolapse surgery in Germany, France, and England. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2009;144(2):177-81.
30. Chevrot A, Droupy S, Linares E, de Tayrac R, Costa P, Wagner L. [Impact of laparoscopic sacrocolpopexy on symptoms, health-related quality of life and sexuality: A 3-year prospective study]. *Progres en urologie : journal de l'Association française d'urologie et de la Société française d'urologie*. 2016.
31. Yalcin I, Bump RC. Validation of two global impression questionnaires for incontinence. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2003;189(1):98-101.
32. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health policy*. 1996;37(1):53-72.
33. Hullfish KL, Bovbjerg VE, Gibson J, Steers WD. Patient-centered goals for pelvic floor dysfunction surgery: what is success, and is it achieved? *American journal of obstetrics and gynecology*. 2002;187(1):88-92.
34. Ganatra AM, Rozet F, Sanchez-Salas R, Barret E, Galiano M, Cathelineau X, et al. The current status of laparoscopic sacrocolpopexy: a review. *European urology*. 2009;55(5):1089-103.
35. Golfier F, Sesques A, Benayoun D, Krauth JS, Lunel Potencier A, Benchaib M, et al. [Laparoscopic promontofixation: defining early morbidity using a standardized method]. *Gynecologie, obstetrique & fertilité*. 2014;42(6):378-82.
36. Rivoire C, Botchorishvili R, Canis M, Jardon K, Rabischong B, Wattiez A, et al. Complete laparoscopic treatment of genital prolapse with meshes including vaginal promontofixation and anterior repair: a series of 138 patients. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2007;14(6):712-8.
37. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet*. 2007;369(9566):1027-38.
38. Bradley CS, Kenton KS, Richter HE, Gao X, Zyczynski HM, Weber AM, et al. Obesity and outcomes after sacrocolpopexy. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(6):690 e1-8.
39. Wasserberg N, Haney M, Petrone P, Ritter M, Emami C, Rosca J, et al. Morbid obesity adversely impacts pelvic floor function in females seeking attention for weight loss surgery. *Diseases of the colon and rectum*. 2007;50(12):2096-103.

40. Washington BB, Erekson EA, Kassis NC, Myers DL. The association between obesity and stage II or greater prolapse. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2010;202(5):503 e1-4.
41. Thubert T, Deffieux X, Letouzey V, Hermieu JF. [Obesity and urogynecology: a systematic review]. *Progres en urologie : journal de l'Association française d'urologie et de la Societe française d'urologie*. 2012;22(8):445-53.
42. Wasserberg N, Petrone P, Haney M, Crookes PF, Kaufman HS. Effect of surgically induced weight loss on pelvic floor disorders in morbidly obese women. *Annals of surgery*. 2009;249(1):72-6.
43. van der Ploeg JM, van der Steen A, Oude Rengerink K, van der Vaart CH, Roovers JP. Prolapse surgery with or without stress incontinence surgery for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2014;121(5):537-47.
44. van der Ploeg JM, Oude Rengerink K, van der Steen A, van Leeuwen JH, Stekelenburg J, Bongers MY, et al. Transvaginal prolapse repair with or without the addition of a midurethral sling in women with genital prolapse and stress urinary incontinence: a randomised trial. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2015;122(7):1022-30.
45. Visco AG, Brubaker L, Nygaard I, Richter HE, Cundiff G, Fine P, et al. The role of preoperative urodynamic testing in stress-continent women undergoing sacrocolpopexy: the Colpopexy and Urinary Reduction Efforts (CARE) randomized surgical trial. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*. 2008;19(5):607-14.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire pré opératoire

Ce questionnaire est destiné à aider le médecin à évaluer au mieux vos symptômes et votre gêne. Ce questionnaire fait partie de votre dossier médical. Toutes ces informations nous sont utiles pour diagnostiquer vos troubles et pour vous proposer un traitement adapté.

INSTRUCTIONS :

Lisez ATTENTIVEMENT chaque question avant de répondre.

Répondez en ENTOURANT les réponses qui vous conviennent le mieux. Les réponses en chiffres doivent être notées dans les cases prévues.

Rappelez-vous qu'il n'y a pas de mauvaise réponse, il faut simplement choisir la réponse qui vous semble la plus juste, MEME SI ELLE N'EST QU'APPROXIMATIVE. Si vous avez UN DOUTE pour répondre à la question écrivez une réponse en clair à côté de la question.

Merci de répondre à chacune des questions, même si votre réponse est « NON » car toutes les questions sont importantes.

Vous remettrez ce questionnaire au médecin au début de la consultation

DATE à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
jour			mois			année			

Nom d'épouse :.....

Nom de jeune fille:.....

Prénom :

Date de naissance :

_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
jour			mois			année			

Nom et adresse du ou des **médecins** à qui vous désirez que l'on envoie un compte-rendu de votre Examen :

1°/Docteur.....

.....

2°/Docteur.....

.....

I. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Quelle est votre **situation de famille** actuelle ?

- Mariée..... 1
Vit en couple 2
Célibataire 3
Divorcée 4
Veuve 5

(Entourez un Chiffre)

Quelle est l'**ORIGINE GEOGRAPHIQUE** de votre **famille** ? (Entourez une réponse)

- | | | | | |
|----------------------------|---------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| France Métrop ₁ | T.O.M ₄ | Europe de l'est ₇ | Maghreb ₁₀ | Amérique du sud ₁₃ |
| Antilles ₂ | C.E.E ₅ | Russie ₈ | Afrique noire ₁₁ | Autre ₁₄ |
| Réunion ₃ | Suisse ₆ | Asie ₉ | U.S.A. ₁₂ | Préciser : |

Préciser le **PAYS DE VOTRE NAISSANCE**:

Avez-vous poursuivi vos **études** au-delà du temps de scolarité obligatoire **OUI₁** **NON₀**

Avez-vous un **diplôme d'études supérieures** OU une **qualification professionnelle équivalente** ?

OUI₁ **NON₀**

Quelle est (était) votre **PROFESSION** ?

Parmi les propositions suivantes, quelle est celle qui décrit le mieux votre **ACTIVITE PRINCIPALE** ?

- Salariée ou installée à votre compte 1
En **recherche d'emploi** 2
En **arrêt maladie** de plus de 1 mois 3
En **invalidité** 4
En **retraite**..... 5
Etudiante 6
Femme au foyer 7
Autre (veuillez préciser) 8

(Entourez un Chiffre)

Quelle est votre **taille** ?

| _ | _ | _ | centimètres

Quel est votre **poids** actuel ?

| _ | _ | _ | kilogrammes

FUMEZ-vous actuellement ? **OUI₁** **NON₀**

Si NON, avez-vous **ARRETE** de fumer ? **OUI₁** **NON₀**

Si vous fumez ACTUELLEMENT, **COMBIEN** de cigarettes **fumez-vous** dans la **JOURNEE** ? | _ | _ | cigarettes

Pratiquez-vous régulièrement un **SPORT** ou une **ACTIVITE PHYSIQUE** de loisir ?

non 1

Une fois par **mois** 2

Une fois par **semaine** 3 (Entourez un Chiffre)
 Plusieurs fois par semaine 4

Le(s)quel(s) :

II. VOS ANTECEDENTS MEDICO-CHIRGICAUX

Quels **MEDICAMENTS** prenez-vous actuellement de façon habituelle (Enumérez tous vos médicaments ainsi que la date du début)

NOM du Médicament	Nombre de prise par jour (comprimés gélules ou autre)	DATE de début (approximativement)
<i>Exemple</i> :DIAMICRON	2 comprimés	10 12 1998
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <i>jour mois année</i>
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <i>jour mois année</i>
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <i>jour mois année</i>
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <i>jour mois année</i>

Avez-vous des **MALADIES CHRONIQUES ?**

- Diabete :** **OUI₁** **NON₀**
Hypertension Arterielle : **OUI₁** **NON₀**
Bronchite Ou Toux Chronique : **OUI₁** **NON₀**
Maladies Neurologiques : **OUI₁** **NON₀**
Sciaticque, Douleurs Au Dos : **OUI₁** **NON₀**
Hernie Discale : **OUI₁** **NON₀**
Colopathie : **OUI₁** **NON₀**

Autres maladies
 (préciser) :.....

Etes-vous **MENOPAUSEE ?** **OUI₁** **NON₀**

Si OUI, pourriez-vous donner la **DATE** approximative de la survenue de votre **MENOPAUSE**

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ou depuis |_|_|_| années
jour mois année

Prenez-vous, ou avez-vous déjà pris un traitement **HORMONAL** de la **MENOPAUSE ?**

OUI₁ **NON₀**

Si **OUI**, pourriez vous préciser le **NOM** du (des) **MEDICAMENT(S)**, le **NOMBRE DE JOUR** de prise dans le mois la **date** (même approximative) du **début** et de **fin** de ce traitement ?

NOM du Médicament	Nombre de JOURS dans le MOIS	DATE de DEBUT (approximativement)	DATE de FIN (approximativement)
<i>Exemple : Gel ESTREVA</i>	<i>1^{er} au 25^{ème} jour du mois</i>	<i>12 1998</i>	<i>10 08 1998</i>
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ jour mois année	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ jour mois année
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ jour mois année	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ jour mois année

Avez-vous subi des **INTERVENTIONS CHIRURGICALES** sur l'abdomen ou les organes génitaux ?

Nature de l'intervention	DATE de l'intervention (approximativement)
	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ jour mois année
	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ jour mois année
	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ jour mois année
	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ jour mois année

Vos **ACCOUCHEMENTS** ?

(Remplissez une colonne pour chaque

accouchement)

	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	5 ^{ème}
DATE (année)					
POIDS de l'enfant					
Y'a-t-il eu CESARIENNE ?	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A-t-il été nécessaire d'utiliser le FORCEPS ?	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A-t-il été nécessaire d'utiliser la VENTOUSE ?	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Y'a-t-il eu EPISIOTOMIE ?	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Y'a-t-il eu DECHIRURE spontanée ?	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A-t-on APPUYE sur votre ventre pour faire sortir le bébé ?	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anesthésie : <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> Péridurale, <input type="checkbox"/> Générale (Cochez la case correspondante)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> G

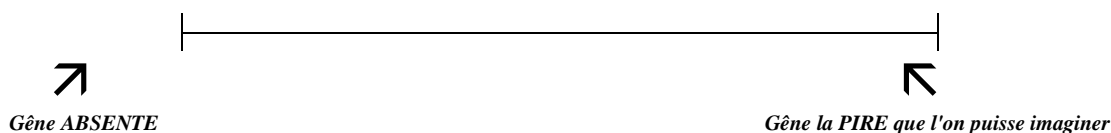
Y'a-t-il des **MALADIES** dans votre **FAMILLE** ? **OUI₁** **NON₀**

Si oui, la(es)quelle(s) :

II. LES SYMPTOMES DONT VOUS SOUFFREZ ACTUELLEMENT

Quel est le **SYMPTOME** qui vous **gêne le plus** et qui motive votre consultation ?.....

Reportez par une croix sur l'échelle ci-après la **GENE** occasionnée par ce symptôme



Depuis quand (approximativement) **SOUFFREZ-VOUS** de ce symptôme ?

<table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">jour</td> <td style="text-align: center;">mois</td> <td style="text-align: center;">année</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>									jour	mois	année						OU	depuis	<table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			années
jour	mois	année																				

Avez-vous déjà pris des **MEDICAMENTS** pour ce problème ? **OUI₁** **NON₀**

Si oui, le(s)quel(s).....

Pendant combien de temps ?

Ce **traitement** vous a-t-il **AMELIOREE**

- Pas du tout 1
- Un peu 2
- Moyennement..... 3 (Entourez un Chiffre)
- Beaucoup 4
- Complètement 5

Avez-vous déjà suivi des **SEANCES** de **KINESITHERAPIE** pour ce problème ?

OUI₁ **NON₀**

Ces séances vous ont- elles **AMELIOREE**

- Pas du tout 1
- Un peu 2
- Moyennement..... 3 (Entourez un Chiffre)
- Beaucoup 4
- Complètement 5

Si oui, combien de séances ? | _ | _ | séances

Avez-vous subi une **INTERVENTION CHIRURGICALE** pour **ce problème**

OUI₁ **NON₀**

Laquelle ?.....

....

Si oui, à quelle(s) date(s) ?

jour			mois			année				

Cette intervention vous a-t-elle **AMELIOREE**

Pas du tout 1

Un peu 2

Moyennement 3 (*Entourez un Chiffre*)

Beaucoup 4

Complètement 5

Les questions suivantes concernent les organes génitaux (pensez aux quatre ou cinq dernières semaines)

Souffrez-vous de :

(*Entourez un Chiffre*)

	NON, pas du tout	OUI, un peu	OUI, Moyennement	OUI, beaucoup
Douleurs localisées au <u>bas du ventre</u> ?	0	1	2	3
Sensation de pesanteur dans le <u>bas du ventre</u> ?	0	1	2	3
Brûlures ou douleurs <u>vulvaires</u> (entrecuisse) ?	0	1	2	3
Démangeaisons <u>vulvaires</u> ?	0	1	2	3
Sécheresse <u>vulvaire</u> ?	0	1	2	3
Sécheresse <u>vaginale</u> ?	0	1	2	3
Douleurs au cours des <u>rapports sexuels</u> ?	0	1	2	3

Si vous n'avez **PAS DE RAPPORT SEXUEL** cochez ici

Avez-vous l'impression qu'une **BOULE SORT PAR LE VAGIN** ? **OUI₁** **NON₀**

Si OUI, à quel **MOMENT DE LA JOURNEE** ressentez-vous cette **sensation de boule** ?

Le **matin** après le réveil 1

Dans le **milieu** de la journée 2

Le **soir** 3 (*Entourez un Chiffre*)

Variable dans la journée sans moment particulier 4

Toute la journée 5

En quoi cette **boule** vous **GENE**-t-elle ? (*Plusieurs réponses sont possibles*)

Elle ne me gêne pas 0

Elle **FROTTE** sur les vêtements 1

Elle est **DOULOUREUSE** 2

Elle **BLOQUE LES URINES** 3

Elle **BLOQUE LES SELLES** 4

(*Entourez un Chiffre*)

Elle **gêne** les **RAPPORTS SEXUELS**5
Autre raison6 (préciser.....)

***Les questions suivantes concernent le transit intestinal et les selles
(pensez aux quatre ou cinq dernières semaines)***

Combien de fois allez-vous à la **SELLE** par semaine ? | _ | _ |

Comment estimez-vous la **CONSISTANCE** de vos selles

Normale.....1

Trop **dure**.....2 (*Entourez un Chiffre*)

Trop **liquide**.....3

Tantôt dure, tantôt liquide...4

Souffrez-vous de :

(Entourez un chiffre)

	NON, pas du tout	OUI, un peu	OUI, Moyennement	OUI, beaucoup
Pertes involontaires de gaz	0	1	2	3
Pertes involontaires seulement pour les matières liquides	0	1	2	3
Pertes involontaires pour les matières normales	0	1	2	3
Constipation ?	0	1	2	3
Nécessité d'utiliser des laxatifs ou des lavements	0	1	2	3
Envies d'aller à la selle trop souvent	0	1	2	3
Envies très pressantes d'aller à la selle	0	1	2	3
Pousser pour évacuer les selles	0	1	2	3
Etre obligée de mettre les doigts dans le vagin ou à coté de l'anus pour évacuer les selles	0	1	2	3
Douleurs en évacuant les selles	0	1	2	3
Impression d'avoir quelque chose dans l'anus ou dans le rectum après la selle	0	1	2	3
Un bourrelet sort par l'anus après la selle	0	1	2	3
Pertes de sang par l'anus après la selle	0	1	2	3
Envies d'y retourner immédiatement Après avoir été à la selle	0	1	2	3

***Les questions suivantes concernent les voies urinaires et les mictions
(pensez aux quatre ou cinq dernières semaines)***

LA NUIT, combien de fois vous levez-vous pour **URINER** ? | _ | _ |

Dans **LA JOURNEE**, combien de **TEMPS** se passe entre deux **MICCTIONS** ?

| _ | heure(s) **OU** | _ | _ | minute(s)

Quand vous ressentez l'ENVIE d'uriner, combien de **TEMPS** arrivez-vous à vous **RETENIR** ?

| _ | heure(s) **OU** | _ | _ | minute(s)

Souffrez-vous de :

(Entourez un chiffre)

	NON, pas du tout	OUI, un peu	OUI, Moyennement	OUI, beaucoup
Des besoins trop fréquents d'uriner ?	0	1	2	3
Des difficultés à retenir votre envie d'uriner après en avoir senti le besoin	0	1	2	3
Des brûlures ou des douleurs en urinant	0	1	2	3
Besoin de forcer ou de pousser pour uriner	0	1	2	3
Le jet est haché , en plusieurs fois	0	1	2	3
Nécessité de prendre certaines position pour uriner (par exemple se pencher en avant)	0	1	2	3
Mettre les doigts dans le vagin pour uriner	0	1	2	3
L'impression que la vessie est toujours pleine après avoir uriné ?	0	1	2	3
Nécessité d' uriner en plusieurs fois	0	1	2	3
Douleurs après avoir uriné	0	1	2	3
Le jet est faible , en goutte-à-goutte	0	1	2	3

Avez-vous des **FUITES involontaires D'URINE** ? **OUI₁** **NON₀**

Si **OUI**, pouvez-vous préciser la **DATE** où ces **fuites d'urines** sont apparues pour la **première fois** ? |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **OU** depuis |_|_|_|
années
jour mois année

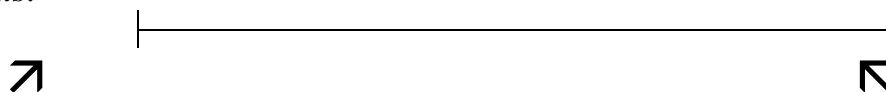
Actuellement, a quelle **FREQUENCE** avez-vous ces fuites d'urines ?

- Jamais**.....1
Au maximum une fois par **semaine**.....2
 Deux à trois fois par **semaine**.....3 (*Entourez un chiffre*)
 Environ une fois par **jour**.....4
 Plusieurs **fois par jour**.....5
Tout le temps.....6

Selon votre estimation, quelle **QUANTITE D'URINES** perdez-vous habituellement lors d'une fuite ?

- Nulle**..... 0
 Une **petite** quantité (quelques gouttes, culotte humide)..... 2 (*Entourez un chiffre*)
 Une quantité **moyenne**(un filet, culotte mouillée)..... 4
 Une **grande** quantité (un flot qui traverse les vêtements ou qui coule le long des jambes) 6

De manière générale, à quel point vos **FUITES d'URINES** vous **DERANGENT**-elles dans votre vie de tous les jours ? *Indiquez-le en mettant une croix sur l'échelle ci-dessous.*



AUCUNE gêne

Gêne la PIRE que l'on puisse imaginer

Dans quelle(s) **CIRCONSTANCE(S)** avez-vous des **fuites d'urines** ? Plusieurs réponses sont possibles

(Entourez le ou les chiffres se rapportant le mieux à

votre cas)

- Jamais 0
Lorsque vous avez **ENVIE D'URINER**, avant de pouvoir arriver aux toilettes 1
Lorsque vous **TOUSSEZ** ou que vous **ETERNUEZ**..... 2
La nuit, lorsque vous **DORMEZ** 3
Quand vous avez une **ACTIVITE PHYSIQUE** ou que vous faites de l'**EXERCICE** 4
Quand vous avez **FINI D'URINER** et que vous êtes rhabillée 5
Fuites d'urines **SANS CAUSE APPARENTE** 6
Fuites d'urines **TOUT LE TEMPS**..... 7

Utilisez-vous des **GARNITURES** ou des **PROTECTIONS** en raison de vos **fuites** ?

- Aucune 1
1 à 3 par semaine 2
4 à 6 par semaine 3 *(Entourez un chiffre)*
1 à 4 par jour..... 4
Plus de 4 par jour 5

Si vous portez des garnitures ou des protections, est-ce ?

- Uniquement par **PRECAUTION** 1
Occasionnellement, en cas d'**EFFORT** 2 *(Entourez un chiffre)*
Tous les jours 3

Lorsque vous étiez enfant aviez-vous des **FUITES NOCTURNES** OUI₁ NON₀

Si oui, jusqu'à quel **AGE** ? |__|__| ans

Lorsque vous étiez enfant aviez-vous des **FUITES DANS LA JOURNEE** OUI₁ NON₀

Si oui, jusqu'à quel **AGE** ? |__|__| ans

Avez-vous déjà souffert d'**INFECTIONS URINAIRE(S) à répétition** ? OUI₁ NON₀

Si OUI, Au cours des 12 DERNIERS MOIS combien avez-vous fait d'**INFECTIONS URINAIRE(S)** ? |__|__| infections urinaires

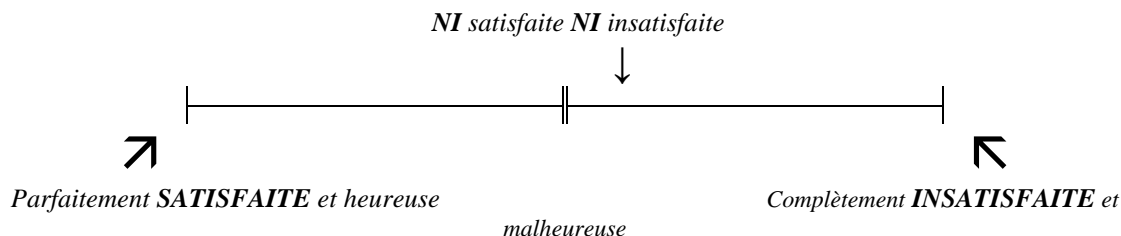
Voici une liste de **SITUATIONS** ou **D'ACTIVITES**, dites, pour chacune d'elle si elle entraîne des **FUITES D'URINES**

(Entourez un chiffre)

	NON, pas du tout	OUI, un peu	OUI, Moyennement	OUI, beaucoup	Cela ne s'applique <u>pas pour moi</u>
Quintes de toux	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Toux isolée	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Eternuements	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Rire	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Course à pied, ou en sautant	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Sport ou activité physique	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Soulever ou porter quelque chose	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Rapports sexuels	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Monter ou descendre des escaliers	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Marche à pied	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Sortir du lit ou se lever d'un siège	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Se pencher en avant , se mettre à genou ou s' accroupir	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Bruit de robinet ou d'eau qui coule	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Contact de l'eau	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Arrivée à proximité des toilettes	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Contact du froid	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Enervement ou stress	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Peur	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Orgasme	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Envie urgente d'uriner	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Fuites permanentes <u>debout</u>	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Fuites insensibles SANS besoin NI effort	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Fuites en dormant	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Autres circonstances	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

VI. Cette partie concerne le RETENTISSEMENT des SYMPTOMES ou des DOULEURS sur votre QUALITE DE VIE

Si vous deviez **PASSER LE RESTE DE VOTRE VIE** avec vos **problèmes** tels qu'ils sont **actuellement**, vous sentiriez-vous ? (*placez une croix sur l'échelle ci-dessous*)



Vos **problèmes de santé** vous **GENENT**-ils dans : (*Entourez un chiffre*)

	<i><u>Pas du tout</u></i>	<i><u>Un peu</u></i>	<i><u>Moyennement</u></i>	<i><u>Beaucoup</u></i>
Vos tâches ménagères (la cuisine, le ménage, la lessive)	0	1	2	3
Vos activités sportives : marche, natation, autres exercices	0	1	2	3
Vos sorties (cinéma, concerts, etc.)	0	1	2	3
Vos déplacements de plus de 30 minutes (voiture, autobus, métro ou train)	0	1	2	3
Vos déplacements à pied	0	1	2	3
Pour participer à des activités sociales en dehors de votre domicile	0	1	2	3
Votre travail	0	1	2	3
Affectent-ils votre humeur (nervosité, dépression, etc.)	0	1	2	3
Feeling frustrated	0	1	2	3

Au cours des 4 dernières semaines, vos **problèmes** vous ont-ils **gêné** :
(*Entourez un chiffre*)

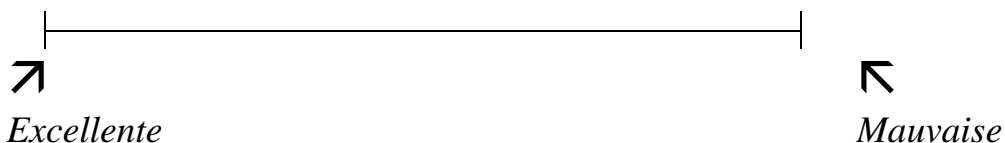
	<i><u>Pas du tout</u></i>	<i><u>Un peu</u></i>	<i><u>moyennement</u></i>	<i><u>Beaucoup</u></i>	<i><u>Enormément</u></i>
Lorsque vous étiez à l'extérieur de chez vous ?	0	1	2	3	4
Pour faire les courses ou les achats ?	0	1	2	3	4
Pour porter quelque chose de lourd ?	0	1	2	3	4
Vos problèmes ont-ils nécessité que vous interrompiez fréquemment votre travail ou vos activités quotidiennes	0	1	2	3	4

Au cours des 4 dernières semaines, à cause de vos **problèmes** : (*Entourez un chiffre*)

	<i><u>Jamais</u></i>	<i><u>Rarement</u></i>	<i><u>De temps en temps</u></i>	<i><u>Souvent</u></i>	<i><u>En permanence</u></i>
Avez-vous ressenti un sentiment de honte ou de dégradation ?	0	1	2	3	4
Avez-vous craint de sentir mauvais ?	0	1	2	3	4
Avez-vous perdu patience ?	0	1	2	3	4
Avez-vous craint de sortir de chez vous ?	0	1	2	3	4
Avez-vous été obligée de vous relever plusieurs fois pendant votre sommeil	0	1	2	3	4

Compte tenu de vos problèmes, comment évaluez-vous actuellement votre **qualité de vie** ?

Indiquez-le en mettant une croix sur l'échelle ci-dessous



*Les questions, qui suivent, portent sur **votre santé** telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans **votre vie de tous les jours**.*

Dans l'ensemble, pensez-vous que **votre santé** est :

- Excellente 1
- Bonne 2
- Passable 3
- Mauvaise 4
- Très mauvaise 5

(Entourez un chiffre)

Voici une **liste d'activités** que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez **si vous êtes LIMITEE en raison de votre état de santé actuel**

(Entourez un chiffre)

	<u>Non, pas du tout limitée</u>	<u>Oui, un peu limitée</u>	<u>Oui, Beaucoup limitée</u>
a. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	0	1	2
b. Monter plusieurs étages par l'escalier	0	1	2

Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre **état physique,**

- a. Avez-vous **accompli moins** de choses que ce que vous auriez souhaité à votre travail ou à vos activités habituelles ? OUI₁ NON₀
- b. Avez-vous eu des **difficultés** à faire votre travail ou toute autre activité ? OUI₁ NON₀

Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre **état émotionnel,** (comme vous sentir triste, nerveuse ou déprimée)

- a. Avez-vous **accompli moins** de choses que ce que vous auriez souhaité à votre travail ou à vos activités habituelles ? OUI₁ NON₀
- b. Avez-vous eu des **difficultés** à faire ce que vous aviez à faire **avec autant de soin et d'attention** que d'habitude ? OUI₁ NON₀

Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos **douleurs physiques** vous ont-elles limité(e) dans votre **travail** ou vos **activités domestiques** ?

- Pas du tout..... 1
 Un petit peu 2
 Moyennement..... 3 (Entourez un chiffre)
 Beaucoup 4
 Enormément 5

Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il eu des **moments** où **vous vous êtes sentie** :
 (Entourez un chiffre)

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
a. calme et détendue	1	2	3	4	5	6
b. débordante d' énergie	1	2	3	4	5	6
c. triste et abattue	1	2	3	4	5	6

Au cours des 4 dernières semaines y a-t-il eu des moments où **votre état de santé, physique ou émotionnel**, vous a gêné dans votre **vie sociale** et vos **relations avec les autres**, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- En permanence 1
 Une bonne partie du temps 2
 De temps en temps..... 3 (Entourez un chiffre)
 Rarement 4
 Jamais 5

Veillez indiquer, **pour chacune des rubriques suivantes**, l'affirmation qui décrit le mieux **VOTRE ETAT DE SANTE** aujourd'hui

MOBILITE

- Je n'ai **aucun problème** pour me **déplacer à pied** 1
 J'ai des **problèmes** pour me **déplacer à pied** 2 (Entourez un chiffre)
 Je suis obligée de rester **alitée** 3

AUTONOMIE DE LA PERSONNE

- Je n'ai aucun problème pour **prendre soin de moi** 1
 J'ai des **problèmes** pour me **laver** ou **m'habiller toute seule** 2 (Entourez un chiffre)
 Je suis **incapable** de me **laver** ou **m'habiller toute seule** 3

ACTIVITES COURANTES (exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- Je n'ai **aucun problème** pour accomplir mes **activités courantes** 1
 J'ai des **problèmes** pour me **laver** ou **m'habiller toute seule** 2 (Entourez un chiffre)

Je suis **incapable** de me laver ou m'habiller toute seule.....3

DOULEURS/GENE

Je n'ai NI **douleurs** NI **gêne** 1

J'ai des **douleurs** OU une **gêne MODEREE**.....2 (*Entourez un chiffre*)

J'ai des **douleurs** OU une **gêne EXTREME**3

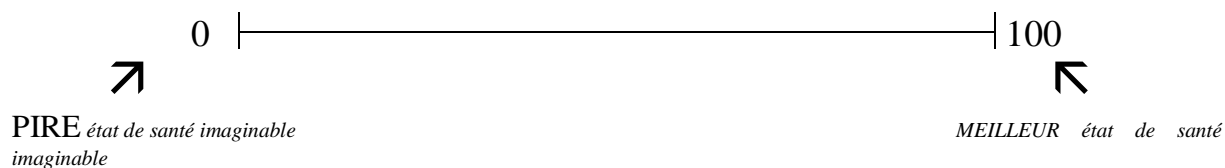
ANXIETE/ DEPRESSION

Je ne suis NI **anxieuse** NI **déprimée**..... 1

Je suis **MODEREMENT anxieuse** OU **déprimée**.....2 (*Entourez un chiffre*)

Je suis **EXTREMEMENT anxieuse** OU **déprimée**.....3

Indiquez dans quelle mesure vous considérez **VOTRE ETAT DE SANTE** comme **bon** ou **mauvais** aujourd'hui en mettant une croix sur l'échelle ci-dessous. (*Sur cette échelle 0 correspond au PIRE état de santé que vous puissiez imaginer tandis que 100 correspond au MEILLEUR état de santé que vous puissiez imaginer*)



Annexe 2 : Questionnaire post opératoire.

Nous vous prions de nous retourner le questionnaire complété par le biais de l'enveloppe préaffranchie prévue à cet effet

Madame,

Le service de Gynécologie – Obstétrique du CHI de Poissy/St-Germain a eu l'honneur de vous compter parmi ses patientes dans le cadre de la prise en charge du Prolapsus des Organes Pelviens (Prolapsus Génital) par Coélioscopie.

Afin d'analyser les résultats et les complications de cette chirurgie, nous vous proposons de participer à une étude clinique. En participant à notre enquête, vous contribuerez à l'avancement des connaissances scientifiques.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Les renseignements personnels vous concernant seront gardés confidentiels.

Pour répondre aux questions, il vous suffit de cocher la case qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire dans un endroit calme et si possible seule. Prenez tout le temps qui vous sera nécessaire.

Veuillez, s'il vous plaît renvoyer le questionnaire dans l'enveloppe affranchie prévue à cet effet. Si vous ne souhaitez pas répondre à ces questions nous vous prions de bien vouloir le renvoyer non complété, afin de ne pas altérer la qualité de l'enquête.

DATE à laquelle vous complétez ce questionnaire : | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | _ | _ |
jour mois année

Nom d'épouse (1^{ère} lettre) : | _ |

Nom de jeune fille (1^{ère} lettre) : | _ |

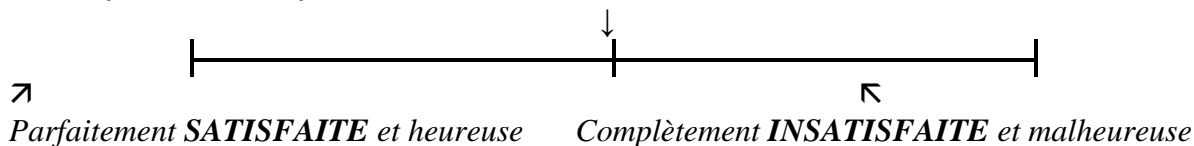
Prénom (1^{ère} lettre) : | _ |

Date de naissance : | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | _ | _ |
jour mois année

I. Cette partie concerne votre Satisfaction après la chirurgie (PGI-I)

Etes-vous satisfaite de l'Intervention Chirurgicale ? mettez une croix sur l'échelle ci dessous

NI satisfaite NI insatisfaite



Entourez le chiffre décrivant au mieux comment sont actuellement vos problèmes uro-gynécologiques, en comparaison à ce qu'ils étaient avant le traitement

Chiffre	Description
1	Beaucoup mieux
2	Mieux
3	Légèrement mieux
4	Pas de changement
5	Légèrement moins bien
6	Moins bien
7	Beaucoup moins bien

Si c'était à refaire, referiez-vous cette intervention ? **OUI₁ NON₀**

Recommanderiez-vous cette intervention à une amie OU une proche ? **OUI₁ NON₀**

II. Cette partie concerne la Période POSTOPERATOIRE

Date de votre intervention : | |
jour mois année

Avez-vous eu des complications postopératoires (ou événement indésirable) ? **OUI₁NON₀**

Si OUI, Lesquelles ?

Avez-vous reçu un traitement médicamenteux ? **OUI₁NON₀**

Avez-vous été réopérée pour cette complication ? **OUI₁NON₀**

Si OUI, Précisez :

Date de cette réopération : | |
jour mois année

Sous Anesthésie Locale **OUI₁NON₀** **OU** Sous Anesthésie Générale **OUI₁NON₀**

Si OUI, avez-vous été opérée **DANS NOTRE ETABLISSEMENT** ? OUI₁NON₀

Si NON, Précisez lieu de l'intervention

Avez-vous été réopérée pour une **récidive de votre Prolapsus ou Incontinence Urinaire** ? OUI₁ NON₀

Si OUI, Précisez :

Date de cette réopération : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
jour mois année

Si OUI, avez-vous été opérée **DANS NOTRE ETABLISSEMENT** ? OUI₁NON₀

Si NON, Précisez lieu de l'intervention.....

III. Cette partie concerne le résultat fonctionnel de la chirurgie

PFDI 20

Veillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre situation actuelle :

1. Avez-vous souvent l'impression que quelque chose *appuie* dans le bas du ventre ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
 Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

2. Avez-vous souvent une sensation de *pesanteur* ou de *lourdeur* dans la région génitale ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
 Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

3. Avez-vous souvent une « boule » ou quelque chose qui dépasse que vous pouvez toucher ou voir au niveau du vagin ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
 Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

4. Devez-vous parfois appuyer sur le vagin ou autour de l'anus pour arriver à évacuer des selles ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
 Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

5. Avez-vous souvent l'impression de ne pas arriver à vider complètement votre vessie ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
 Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

6. Devez-vous parfois repousser avec les doigts une « boule » au niveau du vagin pour

uriner ou vider complètement votre vessie ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

7. Avez-vous l'impression de devoir beaucoup forcer pour aller à la selle ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

8. Avez-vous l'impression d'une évacuation incomplète après être allée à la selle ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

9. Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont solides ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

10. Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont très molles ou liquides ?
 Non ; Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

11. Avez-vous souvent des gaz involontaires (pets) ?
 Non ; Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

12. Avez-vous souvent mal lors de l'évacuation des selles ?
 Non ; Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

13. Avez-vous des besoins tellement pressants que vous devez vous précipiter aux toilettes pour aller à la selle ?
 Non ; Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

14. Arrive-t-il qu'une partie de votre intestin dépasse de l'anus lorsque vous allez à la selle ou après y être allée ?
 Non ; Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

15. Allez-vous fréquemment uriner ?
 Non ; Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...
0 1 2 3 4
Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

16. Avez-vous souvent des fuites urinaires involontaires associées à un besoin pressant d'uriner ?
 Non ; Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...
0 1 2 3 4

	Pas du tout	-	Un peu	-	Moyennement	-	Beaucoup
17. Avez-vous souvent des fuites urinaires lorsque vous tousssez, que vous éternuez ou que vous riez ?							
<input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...						
0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
	Pas du tout	-	Un peu	-	Moyennement	-	Beaucoup
18. Avez-vous souvent de petites fuites urinaires (quelques gouttes) ?							
<input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...						
0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
	Pas du tout	-	Un peu	-	Moyennement	-	Beaucoup
19. Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie ?							
<input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...						
0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
	Pas du tout	-	Un peu	-	Moyennement	-	Beaucoup
20. Avez-vous souvent des douleurs ou une sensation d'inconfort dans le bas du ventre ou dans la région génitale ?							
<input type="checkbox"/> Non ; <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, cela vous gêne-t-il...						
0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
	Pas du tout	-	Un peu	-	Moyennement	-	Beaucoup

Avez-vous **A NOUVEAU** une « **BOULE EXTERIORISEE** » **PAR LE VAGIN** ?

OUI₁NON₀

Si **OUI**, Combien de temps après l'intervention cela c'est-il produit ?

|__| mois **OU** |__| |__| année

Si **OUI**, en quoi cette **boule** vous **GENE**-t-elle ? (*Plusieurs réponses sont possibles*)

- Elle ne me gêne pas.....0
- Elle **FROTTE** sur les vêtements 1
- Elle est **DOULOUREUSE**2
- Elle **BLOQUE LES URINES**.....3 (*Entourez un Chiffre*)
- Elle **BLOQUE LES SELLES**4
- Elle **gêne** les **RAPPORTS SEXUELS**5
- Autre raison.....6 (préciser.....)

CETTE PARTIE CONCERNE LE TRANSIT INTESTINAL

ACTUELLEMENT, Combien de fois allez-vous à la **SELLE** par semaine ? |__| |__|

ACTUELLEMENT, Souffrez-vous de :

Constipation sévère avec usage de Laxatifs ? OUI₁ NON₀

Incontinence (fuite) anale aux selles (liquides ou solides) ? OUI₁ NON₀

CETTE PARTIE CONCERNE LES TROUBLES URINAIRES

Souffriez-vous des **FUITES Urinaires avant votre intervention** ? OUI₁NON₀

Souffrez-vous de **FUITES D'URINES depuis l'intervention** ? OUI₁ NON₀

Si **OUI**, pouvez-vous préciser la **DATE** où ces **fuites d'urines** sont apparues pour la **Première fois APRES LA CHIRURGIE** ?

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 jour mois année

LA NUIT, combien de fois vous levez-vous pour **URINER** ? |_|_|_|

Dans **LA JOURNEE**, combien de **TEMPS** se passe entre deux **MICTIONS** ?
 |_|_| heure(s)

OU |_|_| minute(s)

Quand vous ressentez l'ENVIE d'uriner, combien de **TEMPS** arrivez-vous à vous **RETENIR** ?

|_|_| heure(s)

OU |_|_| minute(s)

Souffrez-vous de : (Entourez un chiffre)

	NON, <u>pas du tout</u>	OUI, <u>un peu</u>	OUI, <u>Moyennement</u>	OUI, <u>beaucoup</u>
Des besoins trop fréquents d'uriner ?	0	1	2	3
Des difficultés à retenir votre envie d'uriner après en avoir ressenti le besoin	0	1	2	3
Des brûlures ou des douleurs en urinant	0	1	2	3
Besoin de forcer ou de pousser pour uriner	0	1	2	3
Le jet est haché , en plusieurs fois	0	1	2	3
Nécessité de prendre certaines position pour uriner (par exemple se pencher en avant)	0	1	2	3
Mettre les doigts dans le vagin pour uriner	0	1	2	3
L'impression que la vessie est toujours pleine après avoir uriné ?	0	1	2	3
Nécessité d' uriner en plusieurs fois	0	1	2	3
Douleurs après avoir uriné	0	1	2	3
Le jet est faible , en goutte-à-goutte	0	1	2	3

CIRCONSTANCES DES FUITES URINAIRES (QCF)

Voici une liste de **SITUATIONS** ou **D'ACTIVITES**, dites, pour chacune d'elle si elle entraîne des **FUITES D'URINES**

(Entourez un chiffre)

	NON, pas du tout	OUI, un peu	OUI, Moyennement	OUI, beaucoup	Cela ne s'applique pas pour moi
Quintes de toux	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Toux isolée	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Eternuements	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Rire	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Course à pied, ou en sautant	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Sport ou activité physique	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Soulever ou porter quelque chose	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Rapports sexuels	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Monter ou descendre des escaliers	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Marche à pied	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Sortir du lit ou se lever d'un siège	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Se pencher en avant, se mettre à genou ou s'accroupir	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Bruit de robinet ou d'eau qui coule	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Contact de l'eau	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Arrivée à proximité des toilettes	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Contact du froid	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Enervement ou stress	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Peur	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Orgasme	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Envie urgente d'uriner	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Fuites permanentes <u>debout</u>	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Fuites insensibles SANS besoin NI effort	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Fuites en dormant	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Autres circonstances	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Préciser lesquelles :					

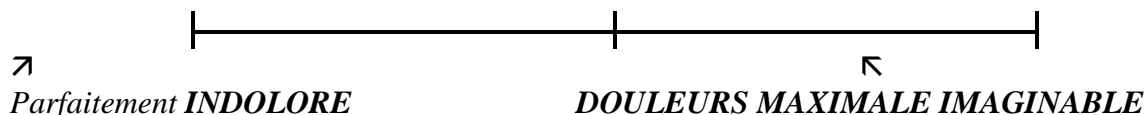
**Cette partie concerne les Douleurs Postopératoires
DOULEURS PELVIENNES (au bas du ventre) et DOULEURS PERINEALES**

Avant votre INTERVENTION, Souffriez-vous de DOULEURS PELVIENNES ?

OUI 1

NON 0

Si OUI, reportez par une croix sur l'échelle ci-après l'intensité moyenne de ces douleurs.

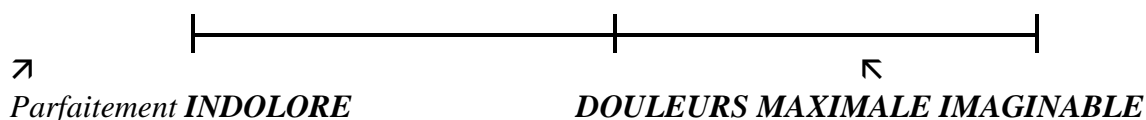


Avant votre INTERVENTION, Souffriez-vous de DOULEURS LORS DES RAPPORTS SEXUELS?

OUI 1

NON 0

PAS DE RAPPORT 3



1. ACTUELLEMENT, Souffrez-vous de douleurs localisées AU BAS DU VENTRE ou bien au niveau du PÉRINÉE ?

OUI 1

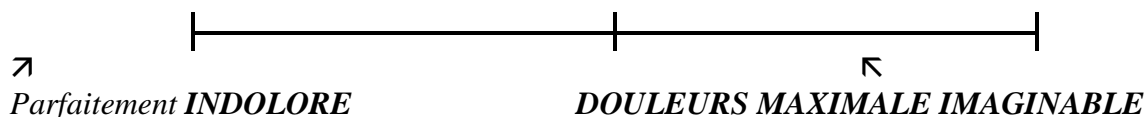
NON 0

2. Si OUI, pouvez-vous décrire votre douleur principale :

3. Si OUI, pouvez-vous préciser la date où ces douleurs sont apparues pour la première fois ?

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

4. Si OUI, reportez par une croix sur l'échelle ci-après l'intensité moyenne de ces douleurs.



5. En vous basant sur le dernier mois, estimez le nombre de jours pendant lesquels vous avez souffert de ces DOULEURS :

|_|_| jours

6. En vous basant sur le dernier mois, estimez le nombre de jours pendant lesquels vous avez été obligée d'interrompre votre ACTIVITE HABITUELLE (professionnelle ou autre) à cause de ces DOULEURS :

|_|_| jours

7. En vous basant sur le dernier mois, estimez le **nombre de jours** où vous avez été obligée de **rester allongée** à cause de ces **DOULEURS**
|_|_| jours

8. Quels **MEDICAMENTS** utilisez-vous **pour vous soulager** de ces **DOULEURS** (sans compter les douleurs de règles)? (*Citez le **nom** des médicaments et la **quantité utilisée** en une journée*)

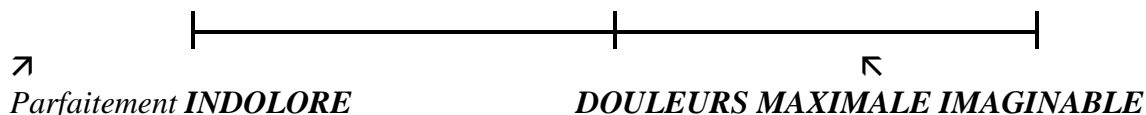
9. **Votre douleur a-t-elle évoluée au cours du temps et comment ?**

10. **Vos douleurs sont-elles aggravées dans certaines situations et si oui lesquelles ? (Exemple : la marche, le stress ...)**

11. Avez-vous des **douleurs au cours des rapports sexuels** ? (ou immédiatement après ceux-ci)

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| Jamais ou exceptionnellement | <input type="checkbox"/> 0 |
| Parfois | <input type="checkbox"/> 1 |
| Souvent | <input type="checkbox"/> 2 |
| Toujours | <input type="checkbox"/> 3 |

12. Reportez par une croix sur l'échelle ci-après l'**intensité moyenne des douleurs ressenties lors des rapports sexuels**



13. Si vous avez des douleurs lors des rapports sexuels, à quelle **DATE** ces douleurs sont-elles **apparues** ?

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

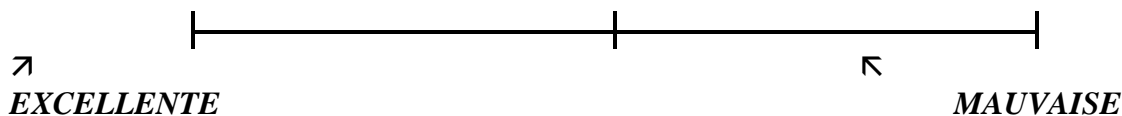
14. Si vous avez des douleurs lors des rapports sexuels, de quelle manière **ces douleurs retentissent-elles sur les rapports** ?

- Les douleurs **ne gênent pas** les rapports
 0
- Les douleurs **gênent** les rapports mais **n'obligent pas à les interrompre**
 1
- Les douleurs obligent parfois à **interrompre le rapport**
 2
- Les rapports sont **impossibles** à cause de la douleur
 3

Cette partie concerne votre QUALITE DE VIE APRES LA CHIRURGIE

Comment évaluez-vous actuellement votre **qualité de vie** ?

Indiquez-le en mettant une croix sur l'échelle ci-dessous



EQ5 D

Veuillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé **aujourd'hui**, en cochant la case appropriée.

Mobilité

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied 1
J'ai des problèmes pour me déplacer à pied 2
Je suis obligée de rester alitée 3

Autonomie de la personne

- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi 1
J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller toute seule 2
Je suis incapable de me laver ou de m'habiller toute seule 3

Activités courantes (exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes 1
J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes 2
Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes 3

Douleurs/gêne

- Je n'ai ni douleur ni gêne 1
J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s) 2
J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s) 3

Anxiété/Dépression

- Je ne suis ni anxieuse ni déprimée 1
Je suis modérément anxieuse ou déprimée 2
Je suis extrêmement anxieuse ou déprimée 3

Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle où vous situez votre état de santé aujourd'hui.

Pour cela veuillez tracer une ligne allant de l'encadré ci-dessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre **état de santé aujourd'hui**

Votre état de
santé



PFIQ 7

Certaines femmes constatent que leurs symptômes urinaires, intestinaux ou vaginaux ont un **impact sur leurs activités**, leurs relations avec les autres et leur état d'esprit. Pour chaque question, cochez (X) la réponse décrivant le mieux à quel point vos symptômes ou troubles urinaires, intestinaux ou vaginaux ont affecté vos activités, vos relations avec les autres ou votre état d'esprit **au cours des 3 derniers mois**. Merci de cocher une réponse dans **chacune des trois colonnes** pour chaque question.

De manière générale, à quel point les symptômes ou troubles suivants →→→→ affectent-ils ↓	Symptômes urinaires ou vessie	Symptômes intestinaux ou rectum	Symptômes vaginaux ou pelviens
1. Votre capacité à faire des tâches ménagères (cuisine, ménage, lessive) ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
2. Votre capacité à avoir une activité physique (marche, natation ou autre forme d'exercice physique) ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
3. Vos sorties, par exemple aller au cinéma ou à un concert ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
4. Votre capacité à effectuer un trajet en voiture ou en bus à plus de 30 minutes de chez vous ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
5. Votre capacité à participer à des activités avec d'autres personnes en dehors de chez vous ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
6. Votre état émotionnel (nervosité, dépression, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
7. Votre sentiment de frustration ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup

VI. Cette partie concerne votre Sexualité (PISQ 12)

Les questions suivantes portent sur votre sexualité avec votre partenaire.
Vos réponses resteront strictement confidentielles et ne seront utilisées que pour permettre aux médecins de mieux comprendre ce qui est important pour les patientes dans leur sexualité.

Aviez-vous des relations sexuelles avant l'intervention ?

OUI₁ NON₀

Si OUI, considérez-vous que vos relations sexuelles étaient satisfaisantes ?

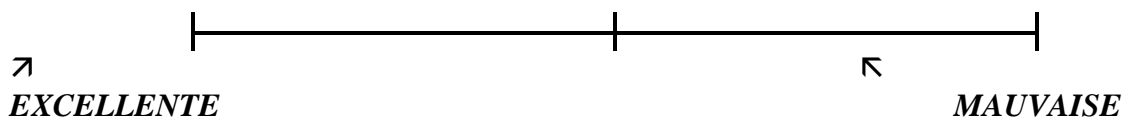
OUI₁ NON₀

Si NON, était-ce en rapport avec votre PROLAPSUS ?

OUI₁ NON₀

Comment évaluez-vous votre sexualité avant l'intervention ?

Indiquez-le en mettant une croix sur l'échelle ci-dessous



Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse, en tenant compte de votre sexualité au cours **des 6 derniers mois**.

1 - À quelle fréquence ressentez-vous du désir sexuel ? Cela peut comprendre le fait d'avoir envie ou de prévoir des relations sexuelles, de se sentir frustrée par manque d'activité sexuelle, etc.

Tous les jours Au moins une fois par semaine Au moins une fois par mois Moins d'une fois par mois Jamais

2 – Avez-vous un orgasme lors de vos rapports sexuels avec votre partenaire ?

Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais

3 – Ressentez-vous de l'excitation lors des activités sexuelles avec votre partenaire ?

Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais

4 – Êtes-vous satisfaite de la variété de vos activités sexuelles actuelles ?

Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais

5 – Avez-vous mal pendant vos rapports sexuels ?

Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais

6 – Avez-vous des fuites d'urines (incontinence urinaire) lors des activités sexuelles ?

Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais

7 – Limitez-vous les activités sexuelles par peur d'avoir une incontinence (d'urines ou de selles) ?

Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
8 – Evitez-vous les rapports sexuels à cause d'une « boule » dans le vagin (descente de l'utérus, de la vessie, du rectum ou du vagin) ?

Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais

9 – Lorsque vous avez des relations sexuelles avec votre partenaire, ressentez vous des émotions négatives, par exemple de la peur, de la honte, ou de la culpabilité ?

Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais

10 – Votre partenaire a-t-il des problèmes d'érections qui perturbent vos activités sexuelles ?

Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais

11 – Votre partenaire a-t-il des problèmes d'éjaculation précoce qui perturbent vos activités sexuelles ?

Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais

12 – Par rapport aux orgasmes que vous avez eus dans le passé, diriez-vous que les orgasmes que vous avez eus au cours des 6 derniers mois sont :

Beaucoup moins intenses Moins intenses Aussi intenses Plus intenses Beaucoup plus intenses

Qualité de vie, symptômes et satisfaction à moyen terme après promontofixation laparoscopique. Facteurs prédictifs de satisfaction post opératoire.

Introduction : Le prolapsus génito urinaire (PGU) est une pathologie fréquente responsable de symptômes pelviens associés à une altération de la qualité de vie. La promontofixation laparoscopique (PFL) est reconnue comme la technique chirurgicale de référence, selon les données de la littérature, qui s'appuient sur des résultats anatomiques ou des résultats fonctionnels à court terme. L'objectif de cette étude est d'évaluer les symptômes et la qualité de vie des patientes à moyen terme après une PFL. L'objectif secondaire est d'identifier des facteurs prédictifs de satisfaction post opératoire.

Matériel et méthode : Cette étude rétrospective, monocentrique a inclus les patientes opérées entre 2004 et 2011 par PFL pour un PGU symptomatique de stade ≥ 2 , qui avaient rempli un questionnaire pré opératoire. Un questionnaire post opératoire similaire a été envoyé à ces patientes contenant des auto-questionnaires validés et spécifiques au PGU. Cette étude a reçu un avis favorable du comité de protection des personnes.

Résultats : 152 patientes ont été incluses et 92 (60,5%), âgées de 57,9 (± 8.9) ans, ont rempli le questionnaire post opératoire. La durée de suivi moyen était de 50,5 mois (4,2 ans). La qualité de vie des patientes était significativement améliorée en post opératoire ($p < 0.001$) et les patientes satisfaites (PGI-I = 1.80 (± 1.1)). Les scores moyens du PFDI20, du PFIQ 7, de l'ICIQ et du PISQ-12 étaient respectivement de 52.8 (± 47.0), 15.44 (± 32.17), 6.1 (± 20.8) et de 34.8 (± 7.57). La constipation post opératoire et la récurrence du PGU sont associées à une moins bonne satisfaction. Un stade de PGU ≥ 3 semble prédictif d'une meilleure satisfaction post opératoire.

Conclusion : Cette étude a permis de démontrer la nette satisfaction des patientes à moyen terme après PFL avec une efficacité à moyen terme confirmée par l'amélioration persistante des symptômes et de la qualité de vie des patientes.

Mots clés : prolapsus génito urinaire, coelioscopie, satisfaction.

Quality of life, symptoms and satisfaction at medium term follow-up after laparoscopic sacrocolpopexy. Predictive factors of post-operative satisfaction

Objectives: The Pelvic Organ Prolapse (POP) is a common condition that can lead to pelvic disorders, with an impact on the quality of life. Laparoscopic Sacrocolpopexy (LSCP) is currently considered the reference technique for repair of POP. Published results are focused on anatomical results or short time functional results. The main objective of our study was to evaluate the medium term effect of the LSCP on symptoms with valid self-questionnaires. Our second objective is to determine if some pre and intra-operative factors are associated with post-operative women's satisfaction.

Methods: This retrospective single center trial included women suffering from grade 2 and above POP, who underwent LSCP between October 2004 and January 2011. Included patients had completed a preoperative questionnaire and received a similar postoperative one with specific and valid self-questionnaires. Our study has received a favorable opinion from the French Ethics Committee.

Results: 152 patients, average aged of 57.9 (± 8.9) were included and 92 returned the completed questionnaire (60.5%). The mean follow up was of 50.5 months (4.2 years). The quality of life of patients were significantly improved after LSCP ($p < 0.001$) and the patients were satisfied (PGI-I score = 1.80 (± 1.1)). The mean postoperative PFDI20, PFIQ 7, ICIQ, and PISQ12 score were respectively 52.8 (± 47.0), 15.44 (± 32.17), 6.1 (± 20.8) et de 34.8 (± 7.57). The post-operative constipation and the recurrence of POP are associated with a poorer satisfaction. A grade ≥ 3 seems to predict a better post-operative satisfaction.

Conclusions: At a mean follow up of 4.2 years, the patients' satisfaction remains high after LSCP. The efficiency of LSCP persists with a permanent improvement of pelvic symptoms and quality of life.

Keywords : pelvic organ prolapse, satisfaction, laparoscopy

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06

