



HAL
open science

Prise en charge en ambulatoire des cures de prolapsus génitaux de la femme : étude prospective multicentrique

Cécilia Ricard

► To cite this version:

Cécilia Ricard. Prise en charge en ambulatoire des cures de prolapsus génitaux de la femme : étude prospective multicentrique. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02121182

HAL Id: dumas-02121182

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02121182>

Submitted on 6 May 2019

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

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2019

**PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE
DES CURES DE PROLAPSUS GÉNITAUX DE LA FEMME :
ÉTUDE PROSPECTIVE MULTICENTRIQUE**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Par Cécilia RICARD

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le 11 avril 2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Mme le Professeur Pascale HOFFMANN

Membres :

M. le Docteur François ISTASSE (directeur de thèse)

M. le Professeur Didier RIETHMULLER

M. le Professeur Jean-Luc DESCOTES

Mme le Docteur Caroline THUILLIER

Mme le Docteur Caroline DEYROLLE-TOUZEAU

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIE TERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A mon jury de thèse :

À Madame le Professeur Pascale HOFFMANN, présidente de ce jury. Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Merci également pour votre soutien tout au long de ces 5 années d'étude.

À Monsieur le Professeur Didier RIETHMULLER, merci d'avoir accepté de participer à mon jury, j'ai beaucoup de respect à l'égard de votre travail.

A Monsieur le Professeur Jean-Luc DESCOTES, merci pour votre pédagogie, je garderai un excellent souvenir de mon passage dans votre service.

Au Docteur Caroline THUILLIER, merci infiniment pour ton enthousiasme et tes conseils envers mon travail de thèse, ainsi que ta disponibilité permanente, qui m'ont beaucoup aidé.

Au Docteur Caroline DEYROLLE, merci de m'avoir transmis la passion de la chirurgie, vous êtes une personne que j'admire. C'est un plaisir de vous compter dans les membres de mon jury.

Au Docteur François ISTASSE, directeur de thèse. Merci de m'avoir toujours soutenue, dès le début de mon internat, et jusqu'à la fin ! Merci pour ces heures de relecture, et merci de m'avoir rassurée !

A ma famille

Mes parents, pour votre soutien tout au long de ces années d'études, vous êtes le fruit de ma réussite et cette thèse, c'est aussi un peu la vôtre...

Yo, mon grand frère, à nos discussions, nos conseils, nos désaccords. Lola, ma petite sœur, parce que la route a été longue pour se trouver, mais aujourd'hui je suis heureuse qu'on fasse du chemin ensemble.

Mes tantes et oncle, cousins, cousines, vous êtes des personnes chères à mes yeux, que j'ai toujours un immense plaisir à voir.
Mes grands-parents, que j'aurais aimé connaître plus.

A ma belle famille

Brigitte et Pierre, pour m'avoir accueillie comme quelqu'un de la famille.
Jérôme et Amélie, car on peut toujours compter sur vous.
Aux oncles et tantes en or. A Pauline (ma patiente coiffeuse) et Audrey, on ne s'ennuie jamais avec vous ! Cécé et Dorian. Micha pour ton rire communicatif.
Adrien pour supporter et rendre heureuse ma sœur au quotidien !

A mes amis de toujours

Cindy, malgré les années et la distance, tu restes toujours là.
Lolo et Juju (à nos 400 coups, nos épreuves de la mort), Chris et Jérémy.
Claire, pour ta joie de vivre et ta spontanéité.
Fabienne et Richard, mes parents de cœur, Marcelle, la gentillesse incarnée, et tous les autres amis de mes parents, avec qui j'adore passer de bons moments.

A mes copains de la fac

Mes deux colocs fétiches, à ces années si heureuses à Jean Moulin.

Chloé, co-organisatrice de vacances. Aux heures passées à discuter, à ton soutien et tes bons conseils.

Hono, pas besoin d'un one man show pour nous faire mourir de rire. A toutes tes honorades et cette famille pour laquelle tu n'es jamais à court d'anecdotes, ta cousine du Canada, ton oncle du Tyrol, et j'en passe...

Le reste du noyau dur, à nos soirées, nos voyages à travers le monde...

Malgré la distance toutes les occasions sont bonnes pour se retrouver !

Théo, le meilleur parmi les meilleurs, à nos petits restos de repos de garde, Geoffrey et tes bouteilles d'eau même laissées sur le bord d'un chemin, Robin l'ardéchois et tes fêtes votives, Sylvebarbe, tu ne suis pas toujours tout mais tu finis quand même par être là !

A vos copines, qui ajoutent encore de la gaité et de la diversité à ce groupe merveilleux.

Aux amis de Mathieu, qui au fil des années sont devenus les miens

La team Barcelone, puis Milan (et je n'espère jamais Disney !!!) : à nos week-end fiesta. Laurie, la spécialiste des volets espagnols, Soso, la maman du groupe, Elsa, toujours un petit sandwich au chorizo dans la poche et Lauriane, bonne perdante au jeu de l'alcool.

A Will, Ju, Ben's, Benj, Véro et tous les autres, pendant ces années d'études vous faites partie de ceux qui m'ont permis de décompresser, et j'ai tellement apprécié ces soirées sans un mot ne se rapportant à l'univers médical...

A toutes les personnes que j'ai rencontré durant ces années d'internat

Aux médecins qui m'ont formé :

L'équipe du CHU

Anne Laure, pour ton énergie et ta volonté, Catherine, pour votre bienveillance et votre franchise, Véronique, pour m'avoir soutenu dans mon master 2 et donné la passion d'HemoGYN ! Virginie pour ta classe et ton calme dans toutes les situations. Thierry, pour l'autonomisation tout au long de l'internat, Anne Cécile, pour ta rigueur et ta précision, François, pour ta disponibilité envers les patientes et les internes.

L'équipe d'Annecy, qui a connu mes premiers pas d'interne. Merci à Martin, pour ses heures aux blocs à chanter en écoutant Nostalgie.

L'équipe de Chambéry, vous m'avez énormément appris, au début comme à la fin de mon internat.

L'équipe de chirurgie digestive de Chambéry, une spécialité difficile pour moi, mais votre présence a permis de la rendre plus agréable. Merci spécialement à Amélie et Auré, des infirmières en or, bien que peu structurées ;)

L'équipe d'urologie du CHU, ça a été un tel plaisir de travailler avec vous, j'ai apprécié connaître et apprendre auprès de chaque personne de votre équipe.

L'équipe de Voiron, merci de votre confiance en cette fin d'internat, grâce à vous je me sens presque déjà comme une chef !

Les assistants :

Fabien, mon premier forceps ! Tu m'as connue bébé interne, j'ai hâte de faire ce dernier semestre de vieille avec toi. Camille M., les années passent et tu ne changes pas, tu restes la personne brillante et agréable avec qui j'aime tellement travailler. Camille D., pour ton humour décapant et toutes tes connaissances. Aurore, pour ta franchise. Andrea, pour tes lumières sur la PMA !

Les Chambériens : Émilie, Caroline, Stéphanie, Kathleen, Claire, Marianne, Anaïs et Fanny. Les urologues : Gaëlle, tellement impressionnante et en même temps disponible, Delphine, pour ta bonne humeur, Ji-Wann, pour ta gentillesse.

Mes co internes :

Mes amies du premier semestre, Marie, Marion et Alice, j'ai passé 6 mois formidables, entre les marseillais, la piscine, le Papy Bingo... On a bien rigolé ;)

Meryam, ma copine depuis le premier jour. On a commencé l'internat ensemble et j'aurais tellement aimé le finir avec toi, mais quoi qu'il en soit, je sais que Tic et Tac, c'est for ever.

Pierre-Alain, à cette amitié à laquelle je n'aurais pas cru ! Aux spatules, aux jumeaux, à ta confiance et ton soutien.

Cécile, d'abord co-interne, puis maintenant vraie copine, aux heures de trains passées à parler thèse, fringues, et repas Pinterest !

Sophie, pour ton organisation et ta gentillesse. A nos petits repas bien sympas

Alex, pour ton éternelle bonne humeur et nos rigolades.

A tous les autres gygy, Anne Pau, Dédé, Agathe(s), Alienor, Lucile, Stefan, Anna, Charles, Julia, Julie, Charlotte, Théo, Claire, Maureen (la traductrice !), Clément, Max, Ahmed, Maryline, Célia, Manon, Chloé, Alexia. A ceux avec qui je n'ai pas travaillé mais que j'ai apprécié connaître au détour des congrès, DIU et autres réjouissances.

Aux viscéraux : Juan, le meilleur des co internes, Natalia.

Aux urologues pour ce semestre de folie ! les staffs autour de bière et de chips, les séances de biblio en terrasse... JB, Christophe, Yvanou, Clément, Ghani et Jehanne.

A mes encadrants du M2, François et Vincent, pour m'avoir fait découvrir un autre univers passionnant ! Merci pour votre patience et votre aide.

Aux sages-femmes, qui m'ont tant appris au cours de tout mon internat, avec qui j'adore discuter, parfois même jusqu'au bout de la nuit. Aux infirmières, auxi, ASH, aides-soignantes, brancardiers... toutes ces personnes avec qui j'ai pris un grand plaisir à travailler.

Et enfin

A Mathieu, à la douceur de la vie à tes côtés, merci de m'apprendre à prendre « avec légèreté les choses graves et gravité les choses légères ». Tu as toujours les mots qu'il faut, merci pour ça et tout le reste...

À ceux que j'ai pu oublier mais qui m'ont aidé à devenir la personne que je suis.

Merci aux femmes, merci à tous.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS	10
RÉSUMÉ	11
ABSTRACT	12
INTRODUCTION	13
MATÉRIEL ET MÉTHODES	16
DESIGN DE L'ETUDE.....	16
CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	16
VARIABLES D'INTERET	18
ANALYSE STATISTIQUE	19
PREMIERE PARTIE DE L'ETUDE	20
DEUXIEME PARTIE DE L'ETUDE.....	21
RÉSULTATS	23
PREMIERE PARTIE	23
<i>Caractéristiques de la population</i>	23
<i>Faisabilité de la chirurgie par voie vaginale (pose de prothèse intervésico vaginale) en ambulatoire</i>	25
<i>Faisabilité de la chirurgie par cœlioscopie (promontofixation) en ambulatoire</i>	27
DEUXIEME PARTIE	28
<i>Caractéristiques de la population</i>	28
<i>Chirurgie par voie vaginale (pose de prothèse intervésico vaginale) en ambulatoire</i>	30
<i>Chirurgie par cœlioscopie (promontofixation) en ambulatoire</i>	30
DISCUSSION	32
RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	32
LIMITES DE L'ETUDE	33
PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE DES CURES DE PROLAPSUS	36
<i>Sélection des patientes</i>	36
<i>Rédaction d'un protocole dédié</i>	37
<i>Importance de l'anesthésie et l'analgésie</i>	38
<i>Réalisation d'un geste associé</i>	40
<i>Particularités liées à la chirurgie par voie vaginale</i>	41
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	45
ANNEXES	50

LISTE DES ABREVIATIONS

ASA : American Society of Anesthesiologist

CH : Centre Hospitalier

CHUGA : Centre Hospitalo-Universitaire Grenoble Alpes

BPCO : Bronchopneumopathie Obstructive

ENS : Échelle numérique simple

EVA : Échelle visuelle analogique

IMC : Indice de masse corporelle

POPQ : Pelvic Organ Prolapse Quantification

SFAR : Société Française d'Anesthésie et Réanimation

RÉSUMÉ

Objectif: Évaluer la prise en charge ambulatoire des cures de prolapsus antérieurs et moyens par voie vaginale (avec pose de prothèse intervésico vaginale) et cœlioscopie (promontofixation antérieure).

Matériel et Méthodes: Il s'agit d'une étude prospective, multicentrique, ouverte. Elle a été divisée en deux parties : une étude de faisabilité dans un premier temps, où les patientes étaient prises en charge dans les conditions de l'ambulatoire, mais gardées une nuit en observation. Dans la deuxième partie de l'étude, les patientes incluses étaient celles réellement opérées en ambulatoire. Le critère de jugement principal était la réussite de l'ambulatoire, conditionnée par la validation du score de Chung et la bonne reprise mictionnelle des patientes.

Résultats: Entre le 1^{er} septembre 2017 et le 1^{er} février 2019, 25 patientes ont été incluses dans la première partie de l'étude, et 15 dans la deuxième partie. La faisabilité de l'ambulatoire a été validée pour 17 patientes (85%) opérées par voie vaginale, et les 5 patientes (100%) opérées par cœlioscopie. Dans la deuxième partie de l'étude, l'ambulatoire a été une réussite pour les 15 patientes incluses, soit 2 par voie vaginale et 13 par cœlioscopie.

Conclusion : La prise en charge en ambulatoire des cures de prolapsus par voie vaginale avec mise en place d'une prothèse ou par cœlioscopie avec promontofixation est réalisable. La réussite de celle-ci passe notamment par une bonne sélection et information des patientes, ainsi que des protocoles dédiés. Une étude multicentrique randomisée permettrait de conforter nos résultats.

ABSTRACT

Objective: Evaluate outpatient management of vaginal prolapse surgery (with mesh) and laparoscopy (sacrocolpopexy).

Methods: This is a prospective, multicentric study. It was divided in two parts: a feasibility study, where patients were treated under ambulatory conditions, but kept overnight for observation. In the second part of the study, the patients included were those really operated on as outpatients. The main judgement criterion was the ambulatory's success, conditioned by the validation of the Chung score and the voiding recovery of the patients.

Results: From September 1st, 2017 to February 1st, 2019, 25 patients were included in the first part of the study, and 15 in the second part. The feasibility of the ambulatory surgery was validated for 17 patients (85%) operated by the vaginal procedure, and the 5 patients (100%) operated by laparoscopy. In the second part of the study, the ambulatory surgery was a success for the 15 patients included, 2 by the vaginal route and 13 by laparoscopy.

Conclusions: Outpatient management of prolapse is possible. The success of this strategy depends on a good selection and information of the patients, as well as dedicated protocols. A randomized multicentric study would confirm our results.

INTRODUCTION

Le prolapsus de la femme se définit comme la ptose d'un organe pelvien dans ou au-delà du vagin, du périnée ou du canal anal ⁽¹⁾.

On décrit actuellement trois étages différents de prolapsus vaginaux en fonction de l'organe touché :

- Le compartiment antérieur avec l'urètre et la vessie (cystocèle)
- Le compartiment postérieur avec l'anus et le rectum (rectocèle)
- Le compartiment moyen contenant le vagin et l'utérus (hystero-cèle) ou le fond vaginal (colpocèle) et le cul de sac de Douglas (elytro-cèle) chez les femmes hystérectomisées.

Deux classifications sont utilisées dans la pratique courante pour établir la sévérité du prolapsus, celle de Baden-Walker (Annexe n°1) et le POPQ (pelvic organ prolapse quantification) (Annexe n°2) ⁽²⁾.

Les facteurs de risque de prolapsus ⁽³⁾ identifiés sont la multiparité, l'âge, la surcharge pondérale, les bronchopathies chroniques, le tabac, et l'antécédent d'hystérectomie.

Le prolapsus génital de la femme est une pathologie fréquente. Sa prévalence varie entre 2,9 et 11,4 % lorsque l'on utilise un questionnaire pour le dépistage et entre 31,8 et 97,7 % à l'examen clinique selon la classification de Baden-Walker ou POPQ, respectivement ⁽⁴⁾.

Les patientes désireuses de prise en charge de ces troubles fonctionnels sont de plus en plus nombreuses en consultation de gynéco-urologie et l'on estime à 11 % les

femmes de plus de 70 ans qui bénéficieront d'une chirurgie de prolapsus ou d'incontinence urinaire ⁽⁵⁾.

Le traitement du prolapsus peut être médical (rééducation périnéale, dispositifs intra vaginaux (Pessaire), traitement local de la trophicité vulvo-vaginale), ou chirurgical.

Il existe plusieurs techniques chirurgicales validées dans la prise en charge des cures des prolapsus génitaux de l'étage antérieur et moyen à l'heure actuelle ⁽⁶⁾, les plus utilisées dans nos centres étant la promontofixation antérieure par voie coelioscopique et la pose de prothèse intervésico vaginale par voie basse.

La prise en charge chirurgicale actuelle se réalise dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle dans la plupart des pays industrialisés, notamment en France ⁽⁷⁾. Or il s'agit d'une chirurgie peu morbide et peu douloureuse ⁽⁸⁾, avec des patientes en bon état général sans grande comorbidité associée dans la majorité des cas. En post opératoire, la reprise alimentaire est rapide et les soins ne nécessitent pas de présence médicale ou para médicale particulière.

Ces arguments nous ont conduit à penser qu'une prise en charge en ambulatoire de ces patientes est envisageable. Celle-ci a d'ailleurs déjà été décrite dans la littérature française et internationale, mais sous forme d'études avec un nombre limité de cas, notamment pour l'évaluation de la promontofixation avec une dizaine de patiente seulement ⁽⁹⁻¹²⁾.

La chirurgie ambulatoire, devenue un objectif majeur en Santé Publique en France, se définit comme une hospitalisation inférieure à 12 heures. Elle connaît un

développement important ces dernières années, notamment en gynécologie, mais n'est pas décrite en pratique courante dans la chirurgie des prolapsus.

Elle possède également de nombreux avantages, individuels en augmentant la satisfaction des patientes, diminuant le risque d'infection nosocomiale et thromboembolique ⁽¹³⁾, mais également collectifs car elle permet une réduction des coûts hospitaliers allant de -25 à -68% par rapport à la chirurgie conventionnelle ⁽¹³⁾.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la prise en charge ambulatoire des cures de prolapsus antérieurs et moyens par voie vaginale (avec pose de prothèse intervésico vaginale) et coelioscopie (promontofixation).

Les objectifs secondaires sont multiples :

- Recueillir la satisfaction des patientes sur la prise en charge
- Analyser la douleur post-opératoire
- Recueillir les complications éventuelles immédiates et à distance de la chirurgie :
 - Hémorragiques (Reprise chirurgicale pour saignement actif, hématome du site opératoire)
 - Infectieuses (infection de prothèse, abcès)
 - Urinaires (rétention aigue d'urine)
 - Exposition de prothèse.
- Évaluer la correction du prolapsus à 6 semaines de la chirurgie, ainsi que les symptômes urinaires éventuels.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Design de l'étude

Nous avons réalisé une étude prospective, multicentrique, ouverte, au Centre Hospitalo-Universitaire Grenoble Alpes et au Centre Hospitalier de Chambéry, entre le 1^{er} septembre 2017 et le 1^{er} février 2019.

Notre étude s'est divisée en deux parties :

- Première partie : nous avons réalisé une étude de faisabilité où les patientes étaient hospitalisées une nuit en post opératoire de principe pour surveillance.
- Deuxième partie : les patientes incluses dans l'étude étaient celles réellement opérées en ambulatoire.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons inclus les patientes majeures opérées d'une chirurgie de prolapsus de l'étage antérieur et moyen (par voie vaginale ou par coelioscopie), éligibles à l'ambulatoire.

Leur consentement éclairé pour la participation à l'étude a été recueilli. Les patientes recevaient les informations préalables à l'intervention, à la technique chirurgicale employée et à la prise en charge ambulatoire. Le déroulement des deux interventions est détaillé en annexe. Concernant la promontofixation, elle était réalisée par coelioscopie seule ou coelioscopie robot-assistée, en fonction de la pratique de l'opérateur.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Patientes ne répondant pas aux conditions d'éligibilité à l'ambulatoire ⁽¹⁴⁾ :
 - Score ASA (American Society of Anesthesiologist) ⁽¹⁵⁾ à III déséquilibré ou supérieur ou égal à IV,
 - IMC (Indice de masse corporelle) supérieur à 40kg/m²
 - Diabète déséquilibré (Hémoglobine glyquée supérieure à 7%),
 - Pathologies cardiovasculaires déséquilibrées (Hypertension artérielle, insuffisance coronarienne, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque congestive)
 - Troubles des voies respiratoires (asthme et Bronchopneumopathie Obstructive) symptomatiques (crise datant de moins de 30 jours)
- Patientes sous traitement anticoagulant
- Difficulté du geste (par exemple une deuxième intervention pour une chirurgie de prolapsus)
- Présence d'un geste chirurgical associé non réalisé habituellement en ambulatoire.

VARIABLES D'INTÉRÊT

Nous avons relevé les variables suivantes :

- Caractéristiques des patientes :
 - Âge
 - Indice de masse corporelle
 - Antécédents généraux, chirurgicaux, obstétricaux
 - Présence de facteurs de risque de prolapsus
 - Sévérité du prolapsus (classification de Baden Walker et de POP Q)
 - Présence de symptômes urinaires, gynécologiques ou digestifs associés au prolapsus.
 - Traitements du prolapsus déjà entrepris

- Type de chirurgie réalisée
 - Prothèse voie vaginale
 - Promontofixation

- Gestes chirurgicaux éventuels associés

- Caractéristiques per opératoires
 - Type d'anesthésie
 - Durée de l'intervention
 - Quantification des pertes sanguines
 - Incidents éventuels

- Caractéristiques post-opératoires immédiates
 - Score de Chung⁽¹⁶⁾
 - Reprise mictionnelle avec délai par rapport à la chirurgie
 - ENS (échelle numérique simple) : Le patient quantifie sa douleur sur une échelle virtuelle allant de 0 ("Douleur absente") à 10 ("Douleur maximale imaginable")
 - Durée d'hospitalisation, éventuelles réadmissions.
 - Complications éventuelles
 - Satisfaction des patientes prises en charge en ambulatoire à J1

- Caractéristiques post opératoires 6 semaines après la chirurgie
 - Correction du prolapsus
 - Évolution de l'incontinence urinaire
 - Complications éventuelles.

Analyse statistique

L'analyse descriptive des différents paramètres quantitatifs a été exprimée avec leurs moyennes et écart types. Concernant les variables qualitatives, les pourcentages (%) ont été présentés avec leur effectif respectif (N).

L'analyse comparative entre les groupes « voie vaginale » et « coelioscopie » a été réalisée grâce au test non paramétrique de Mann-Withney Wilcoxon. L'analyse statistique n'a été effectuée que pour les groupes dont les effectifs étaient supérieurs à 5, condition de validité du test. Tous les tests ont été réalisés avec

des hypothèses bilatérales. Pour chacun des tests réalisés, une valeur de p inférieure au seuil du risque alpha fixé à 5 % ($p < 0,05$) était considérée comme significative.

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel R-Software (version 3.5.2).

Première partie de l'étude

Durant la période du 1er septembre 2017 au 31 janvier 2018, les patientes étaient prises en charge en hospitalisation conventionnelle, hospitalisées la veille ou le jour de l'intervention.

Une réhabilitation post-opératoire précoce était mise en place, avec une ablation de la sonde vésicale et de la mèche vaginale (dans les cas des cures de prolapsus par voie vaginale) à la sortie de la salle de réveil, une antalgie per os et une collation précoce dans le service. Les patientes étaient hospitalisées une nuit en post opératoire pour surveillance, afin de pouvoir identifier des facteurs limitants à la prise en charge ambulatoire (notamment les complications hémorragiques, les rétentions aiguës d'urine par désondage trop précoce, et les douleurs importantes post opératoire avec une ENS supérieure à 7).

Notre critère de jugement principal était un critère composite, comprenant la validation du score de Chung ^(16,17), soit un score de 9 ou de 10/10, ainsi que la bonne reprise mictionnelle, entre la 6^{ème} et la 8^{ème} heure post opératoire.

Le score de Chung, validé dans la prise en charge en ambulatoire en pratique courante, évalue 5 items avec un score entre 0 et 2 pour chaque item, critères conditionnant la sortie possible du service (Tableau 1).

Paramètres	Modalités	Points
Constantes vitales (température, pouls, respiration)	Variation <20% par rapport aux données pré-opératoires	2
	Variation comprise entre 20 et 40%	1
	Variation de plus de 40%	0
Déambulation	Démarche assurée, sans vertige	2
	Marche possible avec assistance	1
	Démarche non assurée, vertiges	0
Nausées et/ou vomissements	Minimes	2
	Modérés	1
	Sévères	0
Douleurs	Minimes (ENS inférieure à 3)	2
	Modérées (ENS entre 3 et 5)	1
	Sévères (ENS supérieure à 7)	0
Saignement chirurgical	Minime	2
	Modéré	1
	Sévère	0
Total		/10

Tableau 1 Score de Chung

Deuxième partie de l'étude

Durant la période du 1^{er} février 2018 au 1^{er} février 2019, nous avons inclus les patientes qui ont réellement été opérées en ambulatoire.

Le protocole de réhabilitation post opératoire était similaire avec une ablation précoce de la sonde à demeure et de la mèche vaginale (avant la sortie de salle de réveil). Une information précise des consignes post opératoires et des risques de complications avec les coordonnées du service était remise aux patientes sous forme écrite. Les patientes étaient appelées au lendemain de l'intervention afin de recueillir leur satisfaction, les éventuelles douleurs ou complications.

Le critère de jugement principal était la réussite de la prise en charge en ambulatoire, conditionnée par la validation du score de Chung, la bonne reprise mictionnelle et l'absence de réhospitalisation dans la semaine suivant la chirurgie.

La satisfaction des patientes a été évaluée par téléphone, à J1 de l'intervention, à l'aide de la question suivante : « Êtes-vous satisfaite de la prise en charge en ambulatoire ? » (Très satisfaite, satisfaite, moyennement satisfaite, peu satisfaite, non satisfaite).

RÉSULTATS

Première partie

Caractéristiques de la population

Entre septembre 2017 et janvier 2018, sur les 36 patientes opérées de prolapsus (28 par voie vaginale, 8 par promontofixation), 25 patientes (69%) ont été incluses dans notre étude. Les causes de non inclusion à l'étude sont résumées dans la Figure 1.

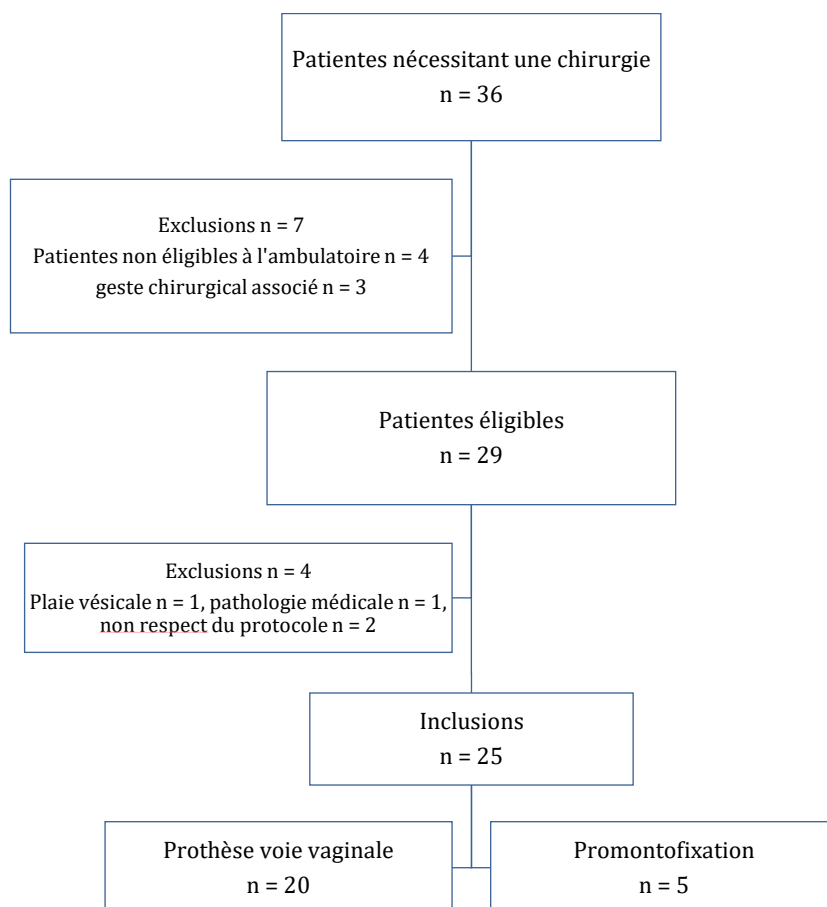


Figure 1 Flowchart 1ère partie de l'étude

Parmi les 25 patientes, 20 ont été opérées par voie vaginale, 5 par cœlioscopie.

L'âge moyen des patientes opérées par voie vaginale était de 68,8 ans et de 53,4 ans pour le groupe cœlioscopie. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,03$, IC95% [2.4 ; 28.4]).

Les caractéristiques des deux populations sont détaillées dans le Tableau 2.

Population totale n=25						
		Voie vaginale n=20		Cœlioscopie n=5		p-value
		n	%	n	%	
Facteurs de risque de prolapsus						
Surpoids (25 < IMC < 30)		7	35	1	20	NS
Obésité (IMC > 30)		5	25	1	20	NS
Tabac		3	15	0	0	NS
BPCO		2	10	2	40	NS
Antécédent d'hystérectomie		0	0	1	20	NS
Multiparité		15	75	4	80	NS
Ménopause		18	90	4	80	NS
Score ASA						
1		2	10	0	0	NS
2		14	70	4	80	NS
3		4	20	1	20	NS
Degré du prolapsus						
Baden Walker	1	0	0	0	0	NS
	2	9	45	4	80	NS
	3	9	45	1	20	NS
	4	2	10	0	0	NS
POP-Q	1	0	0	0	0	NS
	2	10	50	4	80	NS
	3	10	50	1	20	NS
	4	0	0	0	0	NS
Symptômes associés au prolapsus						
Gynécologiques	Douleurs vaginales	7	35	2	40	NS
	Pesanteur pelvienne	14	70	4	80	NS
	Saillie anormale	12	60	5	100	NS
	Retentissement vie sexuelle	6	30	3	60	NS
Urologiques	Dysurie	7	35	3	60	NS
	Pollakiurie	7	35	3	60	NS
	Incontinence urinaire d'effort ou mixte	9	45	2	40	NS
Digestifs	Constipation	6	30	2	40	NS
	Incontinence anale	6	30	1	20	NS
Traitements du prolapsus déjà entrepris						
Rééducation		10	50	3	60	NS
Traitement local de la trophicité		12	60	2	40	NS
Pessaire		7	35	3	60	NS
Chirurgie antérieure		8	40	2	40	NS

Tableau 2 Caractéristiques des patientes de la première partie de l'étude

Faisabilité de la chirurgie par voie vaginale (pose de prothèse intervésico vaginale) en ambulatoire

Parmi les 20 patientes opérées avec une pose de prothèse par voie vaginale, 17 (85%) ont validé le score de Chung et repris une miction spontanée entre 6 et 8 heures après la fin de l'intervention.

La première miction a eu lieu en moyenne 6 heures (3-8) après la sortie de salle d'intervention. Trois patientes (15%) ont présenté une rétention aiguë d'urine résolutive après un sondage de moins de 24h, et étaient les mêmes patientes n'ayant pas validé le score de Chung.

Une rachianesthésie a été réalisé pour 2 patientes, les autres ont été opérées sous anesthésie générale. Le temps opératoire moyen était de 40 minutes (25-70).

Une patiente a bénéficié d'un geste chirurgical supplémentaire de type plicature postérieure pour le traitement d'une rectocèle.

Concernant l'évaluation de la douleur, le score ENS au soir de l'intervention était inférieur à 3 pour 15 patientes, et entre 3 et 7 pour 5 patientes. Le lendemain de l'intervention, toutes les patientes avaient une ENS inférieure à 3 hormis une (ENS à 5).

Il n'y a pas eu d'autre complication dans la nuit suivant l'intervention que les trois cas de rétention aiguë d'urine, et toutes les patientes ont pu sortir au lendemain de l'intervention.

Aucune complication n'a été relevée à distance de l'intervention.

Lors de la consultation post opératoire, une bonne correction du prolapsus était notée pour toutes les patientes. La chirurgie avait démasqué ou aggravé une incontinence urinaire chez 9 patientes (45%), et 5 d'entre elles (25%) ont nécessité la pose secondaire d'une bandelette sous urétrale. Inversement, 6 patientes (30%) ont remarqué une correction de leur incontinence urinaire en post opératoire.

Faisabilité de la chirurgie par cœlioscopie (promontofixation) en ambulatoire

Après la fin de l'intervention, toutes les patientes ont validé le score de Chung entre 6 et 8 heures avec une reprise mictionnelle spontanée en moyenne 5h50 (5-8) après la sortie de la salle d'intervention.

Le temps opératoire moyen était de 100 minutes (90-120). Aucun geste opératoire supplémentaire n'a été réalisé.

L'ENS au soir de l'intervention était à inférieure à 3 pour deux patientes et comprise entre 3 et 7 pour 2 patientes. Le lendemain, toutes les patientes cotaient une ENS inférieure à 3.

Aucune complication post opératoire immédiate n'a été relevée. La seule complication à distance à type de douleur urétrale sans exposition de prothèse a été résolutive à 3 mois post opératoire.

La chirurgie avait démasqué ou aggravé une incontinence urinaire chez 2 patientes (40%), sans nécessiter la pose secondaire d'une bandelette sous urétrale. Inversement, 2 patientes (40%) ont remarqué une correction de leur incontinence urinaire en post opératoire.

Deuxième partie

Caractéristiques de la population

Pour la période étudiée, parmi les 62 patientes nécessitant une prise en charge chirurgicale de leur prolapsus (24 par voie vaginale, 38 par promontofixation), 15 patientes (24,2 %) ont été sélectionnées et incluses pour une prise en charge en chirurgie ambulatoire (Figure 2).

Les raisons d'une hospitalisation conventionnelle pour les 47 patientes restantes étaient une inéligibilité ou un refus de la prise en charge en ambulatoire (certaines patientes parfois orientées avec une information contraire), ainsi qu'un choix du chirurgien lors de gestes chirurgicaux associés (tels qu'une hystérectomie) ou s'annonçant compliqués.

Parmi les patientes exclues, 22 patientes ont été opérées par voie vaginale et 25 par coelioscopie.

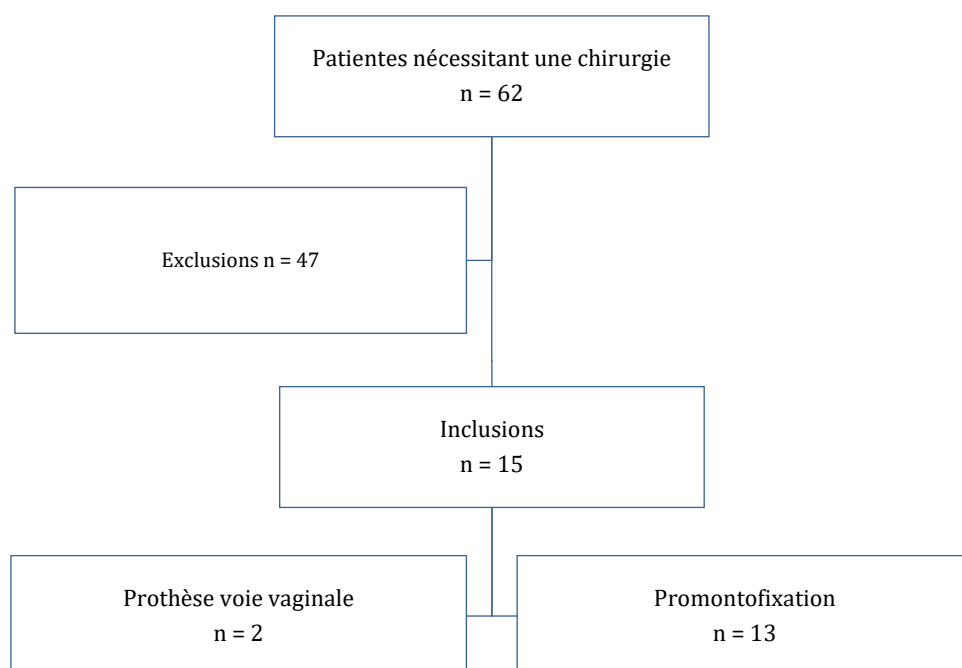


Figure 2 Flowchart 2ème partie de l'étude

L'âge moyen des patientes était de 64,5 ans chez celles opérées par voie vaginale et 59,8 ans par cœlioscopie.

Les caractéristiques des deux populations sont détaillées dans le Tableau 3.

Population totale n=16					
		Voie vaginale n=2		Cœlioscopie n=13	
		n	%	n	%
Facteurs de risque de prolapsus					
Surpoids (25<IMC<30)		0	0	5	38,5
Obésité		1	50	0	0
Tabac		0	0	1	7,7
BPCO		0	0	1	7,7
Antécédent d'hystérectomie		1	50	0	0
Multiparité		1	50	13	100
Ménopause		2	100	10	76,9
Scora ASA					
1		0	0	9	69,2
2		2	100	4	30,8
3		0	0	0	0
Degré du prolapsus					
Baden Walker	1	0	0	0	0
	2	0	0	2	15,4
	3	2	100	7	53,8
	4	0	0	4	30,8
POP-Q	1	0	0	0	0
	2	0	0	5	38,5
	3	2	100	8	61,5
	4	0	0	0	0
Symptômes associés au prolapsus					
Gynécologiques	Douleurs vaginales	0	0	1	7,7
	Pesanteur pelvienne	2	100	11	84,6
	Saillie anormale	2	100	12	92,3
	Retentissement vie sexuelle	0	0	1	7,7
Urologiques	Dysurie	2	100	7	53,8
	Pollakiurie	0	0	1	7,7
	Incontinence urinaire d'effort ou mixte	2	100	5	38,5
Digestifs	Constipation	2	100	1	7,7
	Incontinence anale	0	0	2	15,4
Traitements du prolapsus déjà entrepris					
Rééducation		0	0	5	38,5
Traitement local de la trophicité		0	0	6	46,2
Pessaire		1	50	6	46,2
Chirurgie antérieure		0	0	0	0

Tableau 3 Caractéristiques des patientes de la deuxième partie de l'étude

Chirurgie par voie vaginale (pose de prothèse intervésico vaginale) en ambulatoire

La prise en charge en ambulatoire a été une réussite pour les deux patientes opérées par voie vaginale.

Les patientes ont été opérées sous anesthésie générale. La durée opératoire moyenne était de 55 minutes (50-60). La pose d'une bandelette sous urétrale de type TOT a été réalisée dans le même temps pour les deux patientes du fait d'une incontinence urinaire d'effort importante.

Les deux patientes se disaient très satisfaites de la prise en charge en ambulatoire au lendemain de l'intervention avec une ENS à J1 à 0, l'absence de complication immédiate et à distance, ainsi qu'aucune réadmission à l'hôpital dans la semaine suivant l'intervention.

A six semaines, on notait une bonne correction du prolapsus ainsi que de l'incontinence urinaire.

Chirurgie par cœlioscopie (promontofixation) en ambulatoire

La prise en charge en ambulatoire a été une réussite pour les 13 (100%) patientes opérées par cœlioscopie.

Le temps opératoire moyen était de 100 min (50-140). Parmi les gestes chirurgicaux associés, on notait une annexectomie gauche et une salpingectomie bilatérale.

Au lendemain de l'intervention, 10 patientes (77%) étaient très satisfaites de la prise en charge en ambulatoire et 3 patientes (23%) étaient satisfaites. L'ENS à J1 était inférieure à 3 pour 6 patientes (46%) et entre 3 et 5 pour 7 patientes (54%). Il n'a pas été noté de complication à distance ni de réadmission à l'hôpital.

A six semaines, on notait une bonne correction du prolapsus pour toutes les patientes avec seulement une apparition de rectocèle stade 1 (classification de Baden Walker et POP-Q).

La chirurgie avait démasqué ou aggravé une incontinence urinaire chez 4 patientes (30%), dont une nécessitant la pose secondaire d'une bandelette sous urétrale. Inversement, 2 patientes (15%) ont remarqué une correction de leur incontinence urinaire en post opératoire.

DISCUSSION

Rappel des principaux résultats

Dans la première partie de l'étude, les résultats sur la faisabilité de la prise en charge en ambulatoire ont été très prometteurs, avec 85% des patientes opérées par voie vaginale et 100% des patientes par cœlioscopie ayant validé le score de Chung et repris une miction dans les 6 à 8 heures suivant l'intervention. Il n'avait pas été noté de complication durant la nuit suivant l'hospitalisation, hormis chez les patientes n'ayant pas validé le score de Chung, ce qui nous a conforté dans le choix de poursuivre avec la deuxième partie de l'étude.

Dans la deuxième partie de l'étude, les résultats sont également très concluants, avec une réussite de l'ambulatoire pour toutes les patientes opérées, par voie vaginale ou par cœlioscopie.

Ces taux de succès sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature, Hamid ⁽¹¹⁾ et Sinhal ⁽¹²⁾ décrivant respectivement une réussite de l'ambulatoire pour 87% (56 patientes) et 93,4% (111 patientes) des patientes opérées par voie vaginale avec pose de prothèse, et Drapier ⁽⁹⁾ et Rambeaud ⁽¹⁰⁾ respectivement 100% (3 patientes) et 93% (14 patientes) pour des patientes opérées par cœlioscopie.

Le taux de satisfaction des patientes était similaire à ceux de la littérature avec 80% de patientes très satisfaites et 20% satisfaites. Dans une étude spécifiquement dédiée à l'évaluation de la chirurgie ambulatoire gynécologique,

Rachedi retrouvait un taux de satisfaction global à j1 de 94,2% (53% très satisfait, 41% satisfait) ⁽¹⁸⁾.

Dans la première partie de l'étude, la seule complication observée était une rétention aigue d'urine pour 15% des patientes opérées par voie vaginale. Ce chiffre est proche de celui décrit par Sinhal (11,7%) et plus important que celui décrit par Hamid (5,3%).

Limites de l'étude

Une des principales limites de notre étude est que notre évaluation porte sur des effectifs de petite taille, notamment concernant les patientes opérées en ambulatoire par voie vaginale.

Pour cette chirurgie, le nombre de patientes incluses dans la deuxième partie de l'étude par rapport à la première partie est beaucoup plus faible (2 versus 20).

Ceci peut s'expliquer notamment par l'influence de l'âge dans la prise en charge en ambulatoire.

En effet, la seule différence significative entre les deux populations dans la première partie de l'étude est l'âge moyen, avec des patientes significativement plus âgées dans le groupe « voie vaginale » que dans le groupe « promontofixation » (68,8 ans versus 53,4 ans, $p=0,03$, IC95% [2.4 ; 28.4]). Cela est en accord avec la tendance actuelle qui vise à privilégier une prise en charge par voie vaginale par rapport à la promontofixation chez les personnes âgées ⁽¹⁹⁾, notamment du fait d'une réduction du temps opératoire et d'une reprise plus précoce des activités

⁽²⁰⁾

L'âge avancé n'est pas une contre-indication à la prise en charge en ambulatoire. Au contraire, il a été constaté moins d'incidents respiratoires et de complications péri opératoires (douleur post opératoire non contrôlée, nausées et vomissements, taux d'infection nosocomiale) en ambulatoire par rapport à l'hospitalisation conventionnelle.

La chirurgie ambulatoire tend également à être favorisée pour éviter la désorientation, les troubles cognitifs ou confusionnels dus à une hospitalisation prolongée. On note en effet une moindre incidence de troubles du comportement post opératoire en ambulatoire en comparaison à une hospitalisation conventionnelle ⁽²¹⁻²³⁾.

Néanmoins, s'agissant de patientes souvent plus fragiles, il y a fréquemment une réticence et une inquiétude à accepter un retour au domicile le jour même.

La possibilité ou non d'une chirurgie en ambulatoire dépend aussi de la qualité de l'entourage, qui était très probablement sous-évaluée dans notre étude de faisabilité, alors qu'elle l'a été beaucoup plus dans la deuxième partie, notamment par l'anesthésiste lors de la consultation pré opératoire.

La réticence par rapport à l'âge est aussi notable de la part des chirurgiens, surtout s'agissant de chirurgie pelvienne fonctionnelle, quand on sait notamment que l'âge est un facteur de risque indépendant de rétention urinaire post opératoire ⁽²⁴⁾, ainsi que de mortalité et morbidité péri opératoire.

La moindre proportion de voie vaginale dans la deuxième partie de l'étude peut également être expliquée du fait de l'utilisation de plus en plus controversée des prothèses vaginales, pouvant orienter les praticiens vers une prise en charge plutôt par promontofixation ou par voie vaginale sans prothèse.

En effet, les recommandations françaises ⁽⁶⁾ et européennes ⁽²⁵⁾ retiennent l'utilisation de prothèses dans le traitement des cures de prolapsus par voie vaginale mais la réserve aux cas de cystocèles importantes ou récidivées.

Cependant, l'utilisation de prothèse reste quand même dans nos centres le traitement le plus utilisé des prolapsus par voie vaginale, notamment du fait d'un taux d'échec important lors d'utilisation de tissus autologues (environ un tiers des patientes présentant une récurrence de prolapsus dont 50% nécessiteraient un traitement supplémentaire ⁽²⁶⁾).

De plus, les critères de sélection ont sûrement été plus restrictifs dans la deuxième partie de l'étude que lors de la faisabilité. Cela montre que la faisabilité reste une approximation de la réalité, et bien que la première partie de l'étude soit nécessaire d'un point de vue éthique, la deuxième partie reste la plus intéressante afin de répondre à l'objectif principal de notre recherche.

La deuxième limite de notre étude est son faible niveau de preuve, du fait de son design. Il est donc nécessaire de réaliser à une plus grande échelle un étude multicentrique randomisée comparant l'ambulatoire versus l'hospitalisation conventionnelle dans les cures de prolapsus. Une étude de ce type dans l'évaluation de la promontofixation est d'ailleurs actuellement en cours et a débuté en janvier 2019 dans plusieurs centres français (AMBULAPSE).

Prise en charge en ambulatoire des cures de prolapsus

Les résultats de notre étude montrent que la prise en charge en ambulatoire des cures de prolapsus est réalisable, que ce soit par voie vaginale ou par coéloscopie. Cette pratique doit être bien anticipée et encadrée, pour limiter au maximum les réadmissions ou les échecs de procédure.

Sélection des patientes

Il s'agit d'un point essentiel de la prise en charge en ambulatoire. La sélection des patientes repose sur des critères médicaux, mais également sur des critères d'ordre psychologique et social. Une sélection bien réalisée permet d'éviter des complications post-opératoires et augmente la satisfaction des patients ⁽²⁶⁾.

La motivation des patientes paraît être un élément important de la réussite de l'ambulatoire, et cela passe notamment par une information détaillée de la prise en charge.

En effet, il a été décrit que les patients ayant reçu une information claire écrite et/ou orale étaient plus satisfaits que ceux qui disaient ne pas en avoir eu ⁽²⁷⁾.

Concernant le terrain et les comorbidités, nous avons décidé dans notre étude de ne pas inclure les patientes sous traitement anticoagulant, pour éviter le risque d'hématome secondaire, notamment lors des interventions par voie vaginale où la mèche servant de compression au niveau du site opératoire était retirée plus tôt qu'habituellement.

Néanmoins, selon les recommandations de l'HAS, l'existence d'un traitement anticoagulant ou anti agrégant n'est pas une contre-indication formelle à la chirurgie ambulatoire, la conduite à tenir dépend de leurs indications, du profil à risque des patients, et nécessite une discussion pluridisciplinaire. La gestion péri-opératoire de ces patientes doit donc être bien codifiée.

Rédaction d'un protocole dédié

La rédaction d'un protocole permet d'augmenter les chances de réussite de l'ambulatoire. Dans une étude évaluant l'impact de la mise en œuvre d'un protocole sur la durée de séjour après une hystérectomie, Nensi ⁽²⁸⁾, montre que la durée de séjour moyenne globale des participants à l'étude était de 0,25 jour, ce qui est nettement inférieur à 0,90 jour avant la mise en œuvre du protocole ($p < 0,0001$).

Un protocole post opératoire dédié à la chirurgie du prolapsus en ambulatoire est nécessaire. En effet, la rédaction d'un protocole adapté à chaque pathologie permet une meilleure gestion des risques péri opératoires ⁽²⁹⁾. Cela est d'autant plus important dans les cures de prolapsus, où la reprise mictionnelle est un facteur déterminant pour la sortie d'hospitalisation. La vérification du désondage, surtout lorsqu'il doit être réalisé en salle de réveil, doit être prescrite de façon claire par les praticiens et réalisée par les infirmières du service, afin de ne pas retarder l'heure de la première miction.

Ce protocole doit donc obtenir l'adhésion de tous les intervenants médicaux et paramédicaux. Dans la première partie de notre étude, les deux

exclusions pour non-respect du protocole étaient dues à un défaut de communication entre les équipes chirurgicale, anesthésique et paramédicale, avec des patientes désondées bien après l'heure prévue et cela malgré une prescription médicale. Une information adaptée des équipes et leur participation à la rédaction du protocole permettraient de limiter ces erreurs.

Importance de l'anesthésie et l'analgésie

La coordination avec l'équipe d'anesthésie est très importante. On note d'ailleurs une forte implication des anesthésistes concernant la chirurgie ambulatoire, comme le montrent les recommandations de la SFAR ⁽¹⁴⁾.

Les techniques d'anesthésie et d'analgésie doivent être adaptées à la prise en charge, d'autant qu'il a été montré que la douleur est un motif de mécontentement de patients et d'échec. Dans son étude, Rachedi ⁽¹⁸⁾ décrit une ENS moyenne de 2,25 [1,79—2,71] chez les patientes satisfaites de l'ambulatoire contre 5,38 [2,55—8,20] chez les patientes avec une satisfaction médiocre ($p < 0,001$).

Il est également nécessaire de limiter au maximum les doses d'opioïdes⁽³⁰⁾, pourvoyeurs de nausées et vomissements post opératoires, et d'avoir recours aux techniques d'anesthésies locales complémentaires : infiltration d'anesthésiques locaux per opératoire (infiltration pariétale pour la cœlioscopie, péri cicatricielle pour la voie vaginale).

Plusieurs études ont montré l'efficacité de ces techniques en diminuant les besoins en morphiniques per opératoires, les douleurs post opératoires ⁽³¹⁾, et donc l'utilisation d'antalgiques post opératoire ^(32,33).

Contraintes organisationnelles

Les deux interventions étudiées sont plus longues que la plupart des interventions réalisées communément en ambulatoire en gynécologie (hystérocopie, cœlioscopie simple, conisation), en moyenne 55 minutes (50-60) pour la pose de prothèse intervésico-vaginale par voie basse et 100 minutes (50-140) pour la promontofixation par cœlioscopie.

Ceci implique donc une programmation en début de journée pour les patientes opérées de cures de prolapsus, et limite le nombre de celles-ci à deux par jour. En effet, un retour dans le service trop tardif pourrait compromettre la sortie le jour-même. Ceci est d'autant plus vrai que nous avons observé une reprise mictionnelle dans les 6 heures en moyenne suivant l'intervention (entre 3 et 8 heures lors de la chirurgie par voie vaginale, et 5 et 8 heures pour la promontofixation).

De ce fait, la durée de séjour prolongée rend impossible la rotation des lits pour l'ambulatoire.

Réalisation d'un geste associé

Dans notre étude, nous avons choisi d'exclure les patientes nécessitant un geste chirurgical associé non réalisé habituellement en ambulatoire. En effet, nous craignons que cela n'entraîne un biais de confusion (échec de l'ambulatoire dû au deuxième geste et non à l'intervention initiale de cure de prolapsus).

Les gestes associés par voie vaginale de type pose de bandelette trans-obturatrice et plicature rectale n'ont pas modifié la prise en charge en ambulatoire. Il en est de même pour les annexectomies par coelioscopie. Ces interventions sont communément réalisées à l'heure actuelle en chirurgie ambulatoire⁽³⁴⁻³⁶⁾, et augmentaient le temps opératoire de 15 minutes en moyenne.

Les gestes associés exclus dans notre étude étaient notamment les hystérectomies et la mise en place de bandelettes postérieures.

Bien qu'également décrits dans la littérature comme réalisables en ambulatoire^(37,38), ces gestes ne le sont pas de façon courante par nos opérateurs.

De plus, même si la durée d'intervention n'est pas un critère d'éligibilité selon les recommandations de l'HAS, notre objectif était d'éviter les gestes qui prolongent la durée opératoire de façon importante. En effet, il a été décrit dans la littérature qu'un temps opératoire prolongé était associé à un risque accru d'échec de l'ambulatoire ou de réadmission précoce⁽³⁹⁾.

Particularités liées à la chirurgie par voie vaginale

Place de la rachianesthésie

Dans la première partie de l'étude, parmi les trois patientes n'ayant pas validé le score de Chung avec défaut de reprise mictionnelle, deux avaient bénéficié d'une rachianesthésie. Toutes les autres patientes du groupe voie vaginale étaient opérées sous anesthésie générale. Se pose donc la question d'une responsabilité de la rachianesthésie au retard à la reprise mictionnelle et à la déambulation ainsi qu'à l'échec de l'ambulatoire, notamment par prolongation du bloc anesthésique.

Une méta-analyse ⁽⁴⁰⁾ a montré que la rachianesthésie prolongeait la durée d'induction (différence pondérée de 8,1 min [IC 95 % : 4,1—12,1]) et le délai de sortie de l'unité de chirurgie ambulatoire de 34,6 min [IC 95 % : 13—56,1], par rapport à une anesthésie générale. Mais elle montre d'autre part que la rachianesthésie permet de réduire les score EVA, les nausées et vomissements et la consommation d'antalgiques en post opératoire, ce qui est important pour la réussite de l'ambulatoire.

La réduction de la dose d'anesthésique local est nécessaire en chirurgie ambulatoire pour raccourcir la durée du bloc, mais elle expose au risque d'échec, et ne peut donc être utilisée pour les interventions de courte durée. Elle se discute donc en cas de gestes s'annonçant plus difficiles, par exemple lors de chirurgie récidive de prolapsus, où la dissection peut-être plus longue.

La rachianesthésie doit être optimisée en tenant compte des améliorations anesthésiques ⁽⁴¹⁾. Son succès dépend en grande partie de l'anesthésiste et doit être pratiquée dans ces cas seulement par des personnes qualifiées et habituées à

ce geste ⁽⁴²⁾.

Problème de la reprise mictionnelle

Dans notre étude, un des principaux facteurs limitant l'ambulatoire après pose de prothèse par voie vaginale a été le défaut de reprise mictionnelle. Celui-ci n'a été observé que pour la chirurgie par voie vaginale, jamais lors de promontofixation. Cela est cohérent avec les résultats de la littérature ⁽⁹⁻¹¹⁾. Dans l'étude d'Hamid, sur les 7 patientes ayant nécessité une conversion en hospitalisation, 3 (43%) présentaient une rétention urinaire persistante.

Afin d'éviter cette complication, il est nécessaire d'identifier les facteurs de risque de rétention inhérent à chaque patiente ⁽²⁴⁾: l'âge (risque de rétention 2,4 fois plus important chez les patients de plus de 50 ans ⁽⁴³⁾), l'antécédent de chirurgie pelvienne, les antécédent urologiques, l'existence d'une maladie neurologique concomitante.

Cela permettra ainsi d'adapter au mieux la prise en charge opératoire des patientes les plus à risque.

CONCLUSION

La prise en charge en ambulatoire des cures de prolapsus par voie basse avec mise en place d'une prothèse inter-vésico-vaginale ou par cœlioscopie avec promontofixation est faisable, avec une satisfaction importante des patientes, et un taux faible de complications péri opératoires, d'échec ou de réadmission hospitalière.

La réussite de cette procédure est conditionnée par une bonne sélection et information des patientes, des équipes formées à l'ambulatoire, ainsi que des protocoles pré, per et post-opératoires bien rédigés.

L'organisation et la planification des interventions reste également un élément clé du succès de l'ambulatoire.

Enfin, l'étude multicentrique randomisée AMBULAPSE comparant la prise en charge en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle de ces patientes, à laquelle le CHU de Grenoble participe actuellement, permettra certainement de corroborer les résultats de notre étude.

THÈSE SOUTENUE PAR CECILIA RICARD

TITRE :

PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE DES CURES DE PROLAPSUS GENITAUX DE LA FEMME : ETUDE PROSPECTIVE MULTICENTRIQUE

CONCLUSION :

La prise en charge en ambulatoire des cures de prolapsus par voie basse avec mise en place d'une prothèse inter-vesico-vaginale ou par cœlioscopie avec promontofixation est faisable, avec une satisfaction importante des patientes, et un taux faible de complications péri opératoires, d'échec ou de réadmission hospitalière.

La réussite de cette procédure est conditionnée par une bonne sélection et information des patientes, des équipes formées à l'ambulatoire, ainsi que des protocoles pré, per et post-opératoires bien rédigés.

L'organisation et la planification des interventions reste également un élément clé du succès de l'ambulatoire.

Enfin, l'étude multicentrique randomisée AMBULAPSE comparant la prise en charge en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle de ces patientes, à laquelle le CHU de Grenoble participe actuellement, permettra certainement de corroborer les résultats de notre étude.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 2010/3/19

**LE DOYEN
DE L'UFR DE MÉDECINE**



Pr. Patrice MORAND

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
JURY DE MÉDECINE**



Pr. HOFFMANN Pascale

Pour le Président
et par délégation

—
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

BIBLIOGRAPHIE

1. Bump RC, Mattiasson A, DeLancey JOL, Klarskov P, ShuU BL, Smith ARB. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *AmJ ObstetGynecol.* 1996;8.
2. Mouritsen L. Classification and evaluation of prolapse. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* déc 2005;19(6):895-911.
3. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* mai 1997;104(5):579-85.
4. Lousquy R, Costa P, Delmas V, Haab F. État des lieux de l'épidémiologie des prolapsus génitaux. *Prog En Urol.* déc 2009;19(13):907-15.
5. Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: Current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol.* juin 2001;184(7):1496-503.
6. Le Normand L, Cosson M, Cour F, Deffieux X, Donon L, Ferry P, et al. Clinical Practice Guidelines: Synthesis of the guidelines for the surgical treatment of primary pelvic organ prolapse in women by the AFU, CNGOF, SIFUD-PP, SNFCP, and SCGP. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* mai 2017;46(5):387-91.
7. Deffieux X, Thubert T, de Tayrac R, Fernandez H, Amarenco G, Jousse M, et al. Recommandations concernant la convalescence après chirurgie de l'incontinence ou du prolapsus génital : une enquête chez des chirurgiens français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* févr 2011;40(1):29-35.
8. Niro J, Philippe A-C, Jaffeux P, Amblard J, Velemir L, Savary D, et al. Douleurs postopératoires après cure de prolapsus génital par voie vaginale avec ou sans renfort prothétique. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* nov 2010;38(11):648-52.

9. Drapier E, De Poncheville L, Dannappel T, Clerc P, Smirnoff A. Prise en charge ambulatoire de la promontofixation laparoscopique pour prolapsus génital. *Prog En Urol.* janv 2014;24(1):51-6.
10. Rambeaud C, Marcelli M, Cravello L, Boubli L, Tourette C, Agostini A. Étude pilote de faisabilité de la promontofixation coelioscopique en ambulatoire. *Prog En Urol.* sept 2017;27(11):569-75.
11. Hamid D. Résultats préliminaires de la prise en charge ambulatoire du prolapsus vaginal. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* juin 2016;45(6):580-4.
12. Sinhal D, Iyer J, Mous M, Muller R, Rane A. Anterior-Apical Mesh Repair System in an ambulatory setting. *Ambul Surg.* 2013;4.
13. Castoro C, Bertinato L, Baccaglioni U, Drace CA, McKee M. Day Surgery: Making it Happen. :32.
14. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. *Ann Fr Anesth Réanimation.* janv 2010;29(1):67-72.
15. Fitz-Henry J. The ASA classification and peri-operative risk. *Ann R Coll Surg Engl.* avr 2011;93(3):185-7.
16. Chung F, Ghan WS, Ong D. A Post-Anesthetic Discharge Scoring System for Home Readiness after Ambulatory Surgery. :7.
17. Marshall SI, Chung F. Discharge Criteria and Complications After Ambulatory Surgery. *ANESTH ANALG.* :10.
18. Rachedi Sahmoune L, Fernandez H, Capmas P. Évaluation de la satisfaction des patientes prises en charge en ambulatoire en chirurgie gynécologique : une étude prospective. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* janv 2016;45(1):36-42.
19. Tayrac RD, Labaki MH, Letouzey V, Fatton B, Marès P. Indications respectives des différentes techniques de cure de prolapsus génital. :16.
20. Maher CF, Baessler KK, Barber MD, Cheong C, Consten ECJ, Cooper KG, et al.

Surgical management of pelvic organ prolapse. *Climacteric*. 21 déc 2018;1-7.

21. Johnson T, Monk T, Rasmussen LS, Abildstrom H, Houx P, Korttila K, et al. Postoperative Cognitive Dysfunction in Middle-aged Patients: *Anesthesiology*. juin 2002;96(6):1351-7.

22. Krenk L, Rasmussen LS, Kehlet H. Delirium in the fast-track surgery setting. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. sept 2012;26(3):345-53.

23. Bettelli G. Anaesthesia for the elderly outpatient: preoperative assessment and evaluation, anaesthetic technique and postoperative pain management: *Curr Opin Anaesthesiol*. déc 2010;23(6):726-31.

24. Baldini G, Bagry H, Aprikian A, Carli F. Postoperative Urinary Retention: Anesthetic and Perioperative Considerations. *Anesthesiology*. mai 2009;110(5):1139-57.

25. Chapple CR, Cruz F, Deffieux X, Milani AL, Arlandis S, Artibani W, et al. Consensus Statement of the European Urology Association and the European Urogynaecological Association on the Use of Implanted Materials for Treating Pelvic Organ Prolapse and Stress Urinary Incontinence. *Eur Urol*. sept 2017;72(3):424-31.

26. Day case and short stay surgery: 2: Guidelines: Day case and short stay surgery. *Anaesthesia*. mai 2011;66(5):417-34.

27. Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H. Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. *Qual Saf Health Care*. 1 juin 1999;8(2):86-91.

28. Nensi A, Coll-Black M, Leyland N, Sobel ML. Implementation of a Same-Day Discharge Protocol Following Total Laparoscopic Hysterectomy. *J Obstet Gynaecol Can*. janv 2018;40(1):29-35.

29. Slim K, Theissen A, Raucoules-Aimé M. Gestion des risques en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation courte. *J Chir Viscérale*. févr 2016;153(1):53-8.

30. White PF. The Role of Non-Opioid Analgesic Techniques in the Management of Pain After Ambulatory Surgery: *Anesth Analg.* mars 2002;94(3):577-85.
31. Long JB, Eiland RJ, Hentz JG, Mergens PA, Magtibay PM, Kho RMC, et al. Randomized trial of preemptive local analgesia in vaginal surgery. *Int Urogynecology J.* janv 2009;20(1):5-10.
32. Liu Y-Y, Yeh C-N, Lee H-L, Wang S-Y, Tsai C-Y, Lin C-C, et al. Local anesthesia with ropivacaine for patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *World J Gastroenterol.* 2009;15(19):2376.
33. Papaziogas B, Argiriadou H, Papagiannopoulou P, Pavlidis T, Georgiou M, Sfyra E, et al. Preincisional intravenous low-dose ketamine and local infiltration with ropivacaine reduces postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc.* sept 2001;15(9):1030-3.
34. Rathat G, Defez C, Courtieu C. Transobturator tape (TOT) en chirurgie ambulatoire et sous anesthésie locale: étude rétrospective sur un échantillon de 84 patientes. *Pelvi-Périnéologie.* avr 2007;2(1):20-6.
35. Serey-Eiffel S, Coquet J-B, Fournier G, Valeri A, Perrouin-Verbe M-A. Bandelette sous-urétrale en ambulatoire chez la femme : revue de la littérature. *Prog En Urol.* déc 2015;25(17):1204-12.
36. Le Brun JF, Dravet F, Campion L, Classe JM. Cœlioscopie diagnostique en cancérologie gynécologique, annexectomie bilatérale prophylactique : étude de faisabilité sur 22 cas. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* mars 2014;43(3):229-34.
37. Powar MP, Ogilvie JW, Stevenson ARL. Day-case laparoscopic ventral rectopexy: an achievable reality. *Colorectal Dis.* juin 2013;15(6):700-6.
38. Dedden SJ, Geomini PMAJ, Huirne JAF, Bongers MY. Vaginal and Laparoscopic hysterectomy as an outpatient procedure: A systematic review. *Eur*

J Obstet Gynecol Reprod Biol. sept 2017;216:212-23.

39. Garcea G, Majid I, Pattenden CJ, Sutton CD, Neal CP, Berry DP. Predictive factors for unanticipated admission following day case surgery: Factors for unplanned admission following surgery. J Eval Clin Pract. 16 janv 2008;14(1):175-7.

40. Liu SS, Strodbeck WM, Richman JM, Wu CL. A Comparison of Regional Versus General Anesthesia for Ambulatory Anesthesia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials: Anesth Analg. déc 2005;1634-42.

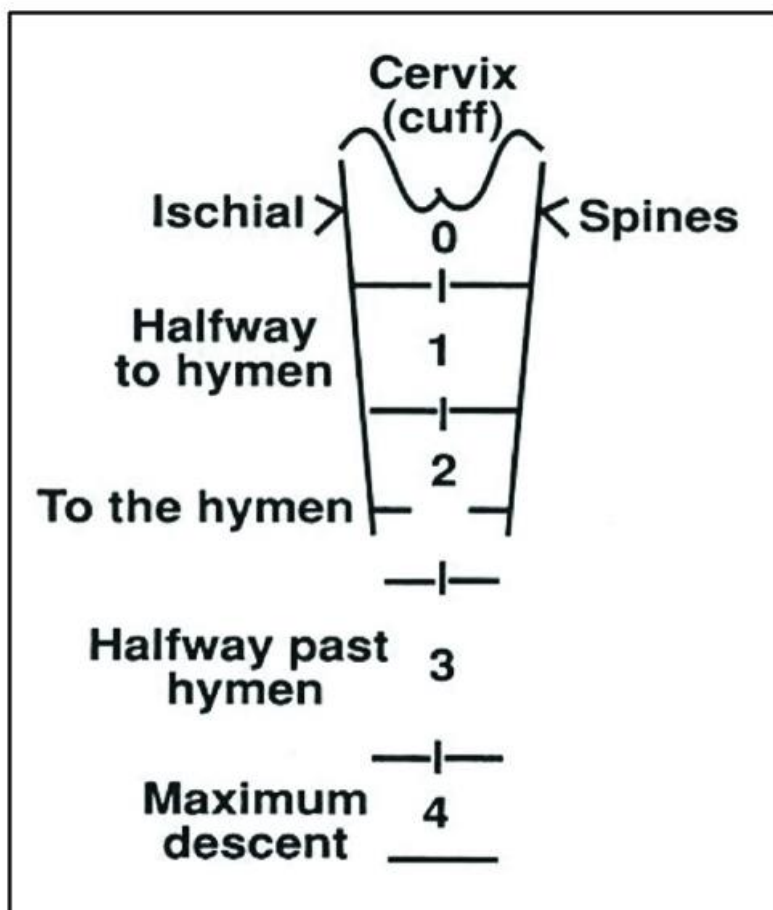
41. Aveline C. Rachianesthésie en chirurgie ambulatoire : nouvelles indications (podcast). Prat En Anesth Réanimation. avr 2014;18(2):129-36.

42. Hadzic A. Is Regional Anesthesia Really Better than General Anesthesia?: Anesth Analg. déc 2005;1631-3.

43. Keita H, Diouf E, Tubach F, Brouwer T, Dahmani S, Mantz J, et al. Predictive Factors of Early Postoperative Urinary Retention in the Postanesthesia Care Unit: Anesth Analg. août 2005;101(2):592-6.

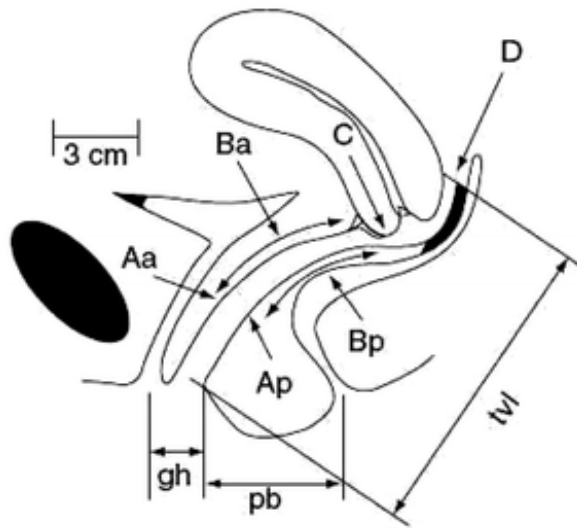
ANNEXES

Annexe n°1 : Score de Baden Walker



Source : https://www.researchgate.net/figure/Baden-Walker-half-way-system-6-It-consists-of-four-grades-grade-0-no-prolapse_fig2_51063190

Annexe n°2 : score de POP Q



Anterior wall Aa	Anterior wall Ba	Cervix or cuff C
Genital hiatus gh	Perineal body pb	Total vaginal length tvl
Posterior wall Ap	Posterior wall Bp	Posterior fornix D

Source : <https://www.racgp.org.au/afp/2015/july/pelvic-organ-prolapse---a-review/>

Annexe n°3 : compte rendu opératoire type intervention par voie vaginale

COMPTE RENDU OPERATOIRE Mme Née le <u>Médecins correspondants :</u>	Chirurgien : Aide : Anesthésiste : Nature de l'intervention : - Cure de prolapsus antérieur et apical par prothèse Uphold Date :
-----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INDICATION

Patiente de

COMPTE RENDU

Check list HAS déclamée.

Anesthésie **générale/rachianesthésie.**

Antibioprophylaxie

Patiente en position gynécologique.

Mise en place d'une sonde urinaire à demeure.

Instillation de 60cc de bleu de méthylène instillé dans la vessie. Clampage vésical.

Infiltration anesthésique locale : Naropéine 1 %/ mélange de xylocaine adrénalinée 1% et de naropéine 2mg/mL diluée dans du sérum physiologique.

Colpotomie médiane antérieure.

Dissection vaginale antérieure entre la vessie et fascia de Halban, ouverture des fosses para vésicales droite puis gauche. Dissection en direction de l'épine sciatique qui est palpée au doigt à droite puis à gauche.

Abord des ligaments sacro-épineux.

Mise en place d'une prothèse Uphold **Lot n°**

Positionnement de la prothèse en sous vésical de façon harmonieuse **appuyée par 4 points de monosyn 3/0 sous urétral et dans le paravagin à droite et à gauche.**

Mise en place de points de Prolène 3.0 permettant de fixer la prothèse au dôme vaginal.

Passage du fil postérieur de la prothèse dans le ligament sacro épineux à droite puis à gauche à l'aide du système Capiro. Ajustement de la prothèse et retrait des fils et gaine de protection.

Résection de muqueuse vaginale : **OUI/NON**

Fermeture de la colporaphie par un surjet passé de **Monocryl 2.0/3.0.**

Déclampage de la sonde urinaire.

Mise en place d'une mèche vaginale bétadinée.

Geste associé :

Durée de l'intervention:

Complication per opératoire : **OUI/NON**

Pertes sanguines :

Consignes : Ablation de la sonde urinaire et de la mèche vaginale à H2 de la fin de l'intervention (avant le retour de la patiente dans le service).

Annexe n° 4 : compte rendu opératoire type intervention par coelioscopie

COMPTE RENDU OPERATOIRE Mme Née le 17/08/1962 <u>Médecins correspondants :</u>	Chirurgien : Aide : Anesthésiste : Nature de l'intervention : - Promontofixation antérieure coelioscopique Date :
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

COMPTE RENDU

Check list HAS déclamée.

Anesthésie générale.

Décubitus dorsal, bras le long du corps. Antibioprophylaxie

Mise en place d'une sonde à demeure dans le champ opératoire +/- d'une voie basse.

Infiltration des orifices de trocarts à la Naropéine.

Abord péritonéal par open-coelioscopie péri ombilicale. Mise en place d'un trocart ombilical de 10 mm et insufflation d'un pneumopéritoine à 12 mmHg. 2/3 trocarts de 5 mm en sus pubien, fosse iliaque gauche et droite, et d'un trocart de 10 mm en sus-pubien.

Inspection de la cavité abdominale :

Repérage, dissection et exposition du promontoire, au niveau du ligament pré sacré. Repérage des uretères à distance.

Coagulation section du péritoine de façon sagittale médiane, en direction du ligament large.

Mise en place d'une valve vaginale pour exposer le plan inter-vésico-vaginal.

Ouverture du péritoine vésico-utérin. Dissection du plan cervico-vagino-vésical, de façon à progresser entre les piliers vésicaux jusqu'à la région du trigone vésical, repéré par le ballonnet de la sonde urinaire. Hémostase progressive.

Mise en place d'une prothèse antérieure, en polyester, type Pelvistop Lot n°, fixée au vagin et au col par 5 points extra corporels de prolène 3.0 / bandelette Parietex de 3cm de large fixée sur le vagin par des points séparés de Vicryl 3.0, associé à un point de Mersuture transfixiant sur l'isthme pour l'amarrage de solidité.

Passage de la bandelette dans l'ouverture au niveau du ligament large et positionnement de celle-ci de façon harmonieuse en regard du promontoire.

La prothèse est amarrée au promontoire par 1/2 point(s) au Mersuture 1/0, passé dans le ligament vertébral antérieur de la première vertèbre sacrée. Recoupe de l'excédent de prothèse.

Recouvrement de la prothèse par péritonisation par un surjet Monocryl 2.0/Vicryl 3.0.

Toilette péritonéale. Vérification de l'hémostase. Retrait des trocarts sous contrôle de la vue. Exsufflation. Retrait du trocart optique.

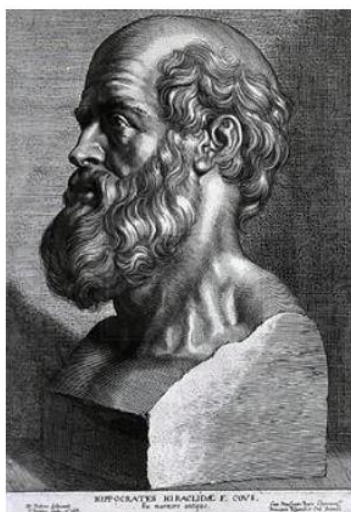
Fermeture aponévrotique par un point en X Vicryl 0.

Fermeture cutanée par points inversants Monosyn 3.0/Vicryl rapide 3/0.

Complications per opératoires : OUI/NON.

Pertes sanguines : cc.

Durée de l'intervention :



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.