



HAL
open science

Facteurs d'échecs du pessaire un an après la pose chez des femmes présentant un prolapsus génital symptomatique

Cléo Levadé

► **To cite this version:**

Cléo Levadé. Facteurs d'échecs du pessaire un an après la pose chez des femmes présentant un prolapsus génital symptomatique. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04249135

HAL Id: dumas-04249135

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04249135>

Submitted on 19 Oct 2023

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.

Ecole de sage-femme de Caen
Université de Caen, Normandie

**Facteurs d'échecs du pessaire un an après la
pose chez des femmes présentant un
prolapsus génital symptomatique**

Sous la Direction du Docteur Anne-Cécile PIZZOFERRATO

Mémoire présenté et soutenu par

Cléo LEVADÉ

Née le 03 juin 1998

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Années universitaires : 2019 - 2023



CAEN - CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie : http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Bibliothèque universitaire Santé
Pôle des formations et de recherche en santé
2, rue des Rochambelles
CS 14032
14032 CAEN CEDEX 5

02 31 56 82 06

bibliotheque.sante@unicaen.fr

scd.unicaen.fr/

REMERCIEMENTS

Au docteur Anne-Cécile Pizzoferrato, sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour. Merci de m'avoir fait découvrir ce sujet si important dans la santé gynécologique, d'avoir accepté de prendre la direction de ce mémoire et de m'avoir accompagnée.

À Madame Isabelle Goupille, pour son soutien, ses nombreuses relectures, sa disponibilité et ses précieux conseils.

À Monsieur Christian Creveuil, pour m'avoir accordé de son temps afin de réaliser les analyses statistiques, me les expliquer et corriger le travail que j'avais effectué.

À toute l'équipe pédagogique, pour nous avoir accompagné durant ces quatre années.

Aux membres du jury, Docteur Villot, Madame Mouton, Madame Bellais, pour vous être intéressées à mon travail, pour avoir pris le temps de le lire, lui apporter votre regard critique et votre expertise.

À ma famille et tout particulièrement à mes parents pour m'avoir permis d'accéder à ces études et pour leur soutien inconditionnel. Merci d'avoir toujours cru en moi.

À toute ma promo, pour tous ces super moments passés ensemble. C'est sans aucun doute que je peux vous dire que vous allez tous être de super sage-femmes.

À Enora, Fatma, Marie, Alice, Angélique, Blanche, Pauline et Camille, mes amies, la rive gauche, pour tous nos fous rires, nos moments de partage et pour votre soutien.

À mes ami.e.s, pour avoir toujours cru en moi, m'avoir changé les idées, s'être adapté à toutes mes contraintes et pour avoir partagé avec moi de très bons moments.

A Léon, merci pour tout.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
Historique :	1
Le prolapsus des organes pelviens : généralités	2
Prise en charge des prolapsus	6
MATERIELS ET METHODE	12
Méthode	12
1. Étude PeSaCUP	12
2. Notre étude sur les facteurs de risque d'échec du pessaire	13
Matériels	14
RÉSULTATS	15
DISCUSSION	22
I. Résultats globaux	22
II. Facteurs d'échecs à 1 an dans notre étude	23
1. L'âge	23
2. Antécédent de chirurgie du prolapsus	24
3. Longueur vaginale	24
4. Hiatus vaginal	24
5. Rapport gH / TVL	25
6. Rectocèle	25
7. Score PFDI-20 au questionnaire initial	26
III. Facteurs non significatifs mais qui le sont dans la littérature	26
1. Le stade du prolapsus	26
2. L'IMC	27
3. Nombre de pessaire testés	27
4. Patientes n'ayant pas une sexualité active	27
IV. Synthèse	28
V. Limites et points forts	28
1. Points forts	28
2. Limites	29
CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	
Annexe I : Avis favorable du CLERS	
Annexe II : Questionnaire initial PeSaCUP	
Annexe III : Questionnaire récurrent PeSaCUP	
RÉSUMÉ	

GLOSSAIRE

ANSM : Agence Nationale de Sûreté du Médicament et des produits de santé

ATCD : Antécédents

CLERS : Comité Local d'Éthique de la Recherche en Santé

CPP : Comité de Protection des Personnes

EI : Effet.s Indésirable.s

gH : *genital Hiatus* = hiatus génital

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

POP : Prolapsus des Organes Pelviens

TVL : *Total Vaginal Length* = longueur total du vagin

INTRODUCTION

Historique :

Les prolapsus génito-urinaires ou prolapsus des organes pelviens (POP) féminins (appelés couramment « descente d'organes ») sont définis par la descente dans le vagin, jusqu'à parfois leur extériorisation par la vulve, des différents organes du petit bassin. Ils sont décrits depuis l'Antiquité et mentionnés dans des textes anciens tels que les papyrus de Kahoun (2000 avant J.-C.) et les papyrus d'Ebers (1500 avant J.-C.).

Le pessaire, dispositif introduit dans la filière génitale pour maintenir les organes prolapsés, fait partie des thérapeutiques actuelles proposées aux patientes. Les premières traces de l'utilisation du pessaire datent aussi de l'Antiquité : Hippocrate (400 avant J.-C.) introduisait dans la filière vaginale des femmes une grenade bouillie dans du vin puis enduite de miel et de résine pour entraîner la matrice (= utérus) de la femme à regagner sa place. Au fil des années, le matériel constituant le pessaire a changé (fruits, pierres, étoffes, laine) mais le principe est resté le même : mettre quelque chose dans la filière vaginale permettant à l'utérus de rester à l'intérieur du corps. Le plus vieux pessaire (200 avant J.-C. à 400 après J.-C.) ayant été retrouvé date de la Rome antique, il a une forme de donut (forme encore utilisée de nos jours) et il est fait de bronze (Figure 1). [1]



Figure 1 : Image pessaire bronze [2]

Au début du Moyen Âge, en Occident, la religion chrétienne prend une part importante, et définit les prolapsus comme étant un « mal régi par la volonté de Dieu », on a alors arrêté de les traiter. A la fin du Moyen Âge, la création des universités a

relancé l'apprentissage de l'utilisation de pessaires (en liège, cuir, laine, laiton) et a permis la formation de médecins et chirurgiens.

À l'Époque Moderne, les autopsies étant de plus en plus pratiquées, les connaissances de l'anatomie humaine se sont améliorées. L'apparition de l'imprimerie a permis une plus grande diffusion de la connaissance. Les premières chirurgies vaginales ont vu le jour (1670 : première hystérectomie vaginale). Durant la dernière moitié du 19ème siècle, l'évolution des connaissances et l'apparition de nouvelles pratiques ont participé au développement des traitements chirurgicaux des prolapsus : 1860-1910 première cure du prolapsus par voie basse, 1950 première promontofixation par laparoscopie, 1990 promontofixation par coéloscopie et 2000 prothèse voie basse. [3]

C'est ainsi qu'en France, dans les années 2000, le pessaire a été délaissé au profit de la chirurgie, notamment la chirurgie par voie vaginale avec prothèse. Cependant l'Agence nationale de sûreté des médicaments et des produits de santé (ANSM) a fait une évaluation de l'utilisation de ces implants de renfort pour la chirurgie par voie basse. Cette évaluation s'est avérée défavorable à leur utilisation, menant à l'arrêt de leur commercialisation en 2020. À l'heure actuelle, une évaluation est en cours sur les implants de chirurgie utilisés par voie haute.

Suite à cette conclusion, la Haute Autorité de santé (HAS) a émis en juin 2021 de nouvelles recommandations concernant la prise en charge des POP symptomatiques : elle recommande l'utilisation des pessaires et de la rééducation périnéale en première intention. [4]

Fortes de leur formation en rééducation périnéale et ayant acquis le droit de prescrire et de poser des pessaires en mars 2022, les sages-femmes sont des actrices de première ligne dans la prise en charge de la santé génésique des femmes. D'autant plus que la démographie des médecins gynécologues est en diminution ces dernières années. [5]

Le prolapsus des organes pelviens : généralités

Les prolapsus des organes pelviens féminins peuvent concerner différents organes du petit bassin. Cela peut être la vessie (cystocèle), l'utérus (hystéroptose), le col de l'utérus (trachéloptose) ou le fond vaginal en cas d'hystérectomie totale, le

rectum (rectocèle), le cul-de-sac péritonéal (élytrocèle) ou les anses intestinales (entéroçèle). [6]

Les POP sont fréquents dans la population féminine, mais il est difficile d'évaluer précisément la prévalence car les symptômes sont tabous et les patientes estiment souvent que l'apparition de ces symptômes est normale avec l'âge, justifiant l'absence de consultation. Malgré tout, une revue de la littérature (d'Europe et d'Amérique du Nord, des années 1999 à 2009) conclut que l'estimation de la prévalence des POP féminins peut varier de 2,9% à 11,4% si on utilise des questionnaires d'auto-évaluation ou de 31,8 à 97,7% si on utilise un examen clinique avec la classification POP-Q. [7]

Il existe plusieurs facteurs de risque d'apparition des POP. On retrouve notamment l'âge, la ménopause, les antécédents obstétricaux d'accouchement par voie basse, d'extraction instrumentale, de macrosomie fœtale, d'épisiotomie et de grossesse multiple ainsi que les éléments amenant à une hyperpression abdominale (tels que l'obésité, la toux chronique, la constipation, une mauvaise posture lors de la défécation, le port de charges lourdes). [4,6]

Les POP peuvent n'occasionner aucun symptôme et être ainsi découverts fortuitement lors d'un examen clinique. Mais les femmes qui sont amenées à consulter présentent une symptomatologie clinique, telle la sensation d'une pesanteur / d'une boule vaginale. Les symptômes peuvent aussi être des troubles urinaires (incontinence urinaire, difficultés d'évacuation à la miction, infections urinaires à répétition), des troubles ano-rectaux (constipation, difficultés d'évacuation des selles, incontinence anale), des troubles vaginaux (gêne, douleurs, saignements, érosion), des troubles sexuels (douleurs, gêne) et des symptômes généraux (anxiété, dépression). [4,6]

Ces symptômes peuvent avoir de réelles conséquences sur la vie des patientes, occasionnant parfois l'arrêt de leur activité professionnelle, sportive ou sexuelle. Elles peuvent également présenter des difficultés à maintenir une vie sociale, engendrant un mal être général et une baisse de qualité de vie. [8]

Pour mesurer l'impact des symptômes présentés par les patientes, il est possible d'utiliser un questionnaire, le PFDI-20 (= *Pelvic Floor Distress Inventory* = « Inventaire des troubles du plancher pelvien »). Le PFDI-20 est un auto-questionnaire traduit et validé en français, qui permet de faire "l'inventaire" des symptômes des

patientes ainsi que de leur qualité de vie. Le questionnaire permet également après la mise en place d'un traitement de constater une amélioration ou non des symptômes et de la qualité de vie. (Annexe II et III "Les symptômes périnéaux (PFDI-20)")

Selon les recommandations 2021 de la HAS, l'évaluation clinique initiale permettra de confirmer le diagnostic de POP, décrire les compartiments atteints et éliminer une pathologie pelvienne. Il est recommandé de réaliser l'examen en position couchée ou gynécologique puis debout si besoin et de demander à la patiente de faire des efforts de poussée pour estimer le degré d'extériorisation des différents compartiments. [4]

Il existe plusieurs classifications pour les prolapsus, mais la HAS recommande d'utiliser préférentiellement la classification POP-Q car sa reproductibilité inter et intra examinateur est bonne. Pour cela six mesures sont faites en poussée afin d'évaluer le degré de protrusion par rapport à la ligne hyménéale les points Aa et Ba en antérieur, Ap et Bp en postérieur, C et D en apical. Trois marqueurs anatomiques sont mesurés au repos : la longueur vaginale totale (TVL = *total vaginal length*), le hiatus génital (gH = *genital hiatus*) et l'épaisseur du périnée (pb). (Figure 2) Les mesures sont faites en centimètres : si le point reste dans le vagin, la valeur sera négative et s'il est en dehors, il aura une valeur positive.

A partir de ces neuf mesures, il est possible de classer le prolapsus selon cinq stades :

- Grade 0 : pas de prolapsus, tous les points sont à plus de 3 cm au-dessus de l'hymen
- Grade I : le point le plus bas du prolapsus reste à 1 cm au-dessus de l'hymen (dans le vagin)
- Grade II : le point le plus bas situé se situe entre - 1 cm et + 1 cm de part et d'autre de l'hymen
- Grade III : le point le plus bas situé est situé à plus de 1 cm sous l'hymen, mais la longueur de l'extériorisation reste au moins inférieure de 2 cm par rapport à la longueur vaginale totale
- Grade IV : tout point au-delà du stade III, le retournement complet vaginal ; la longueur de l'extériorisation vaginale correspond à l'ensemble de la longueur vaginale. [9] (Figure 3)

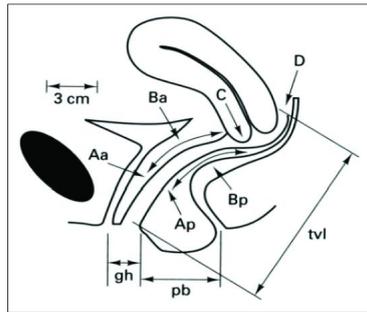


Figure 2 : Points de repères pour l'examen avec classification POP-Q [10]

Une autre classification couramment utilisée est la classification de Baden-Walker. (figure 3) Elle se fait également en position allongée et le point de repère est la ligne hyménéale. Elle évalue le degré de protrusion à l'effort des différentes parties : antérieure (cystocèle), moyenne (col utérin/utérus) et postérieure (rectocèle ou élytrocèle). Voici la classification :

- Grade 0 : position normale de l'étage étudié
- Grade 1 : descente de l'étage à mi-chemin sur le plan médian du vagin
- 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.

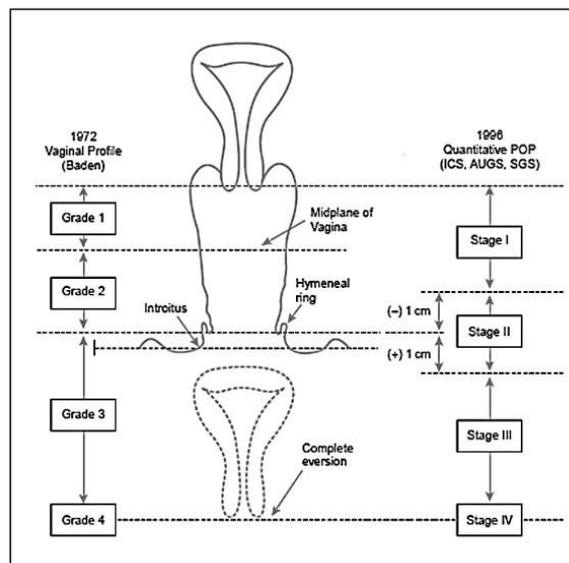


Figure 3 : Classification des prolapsus selon Mouritsen L. Schéma regroupant les repères de 2 classifications de prolapsus, POP-Q et Baden-Walker. Traduction : *Stage* = stade. *Midplane of vagina* = plan médian du vagin. *Hymeneal ring* = anneau hyménéal. *Complete eversion* = éversion complète. [9]

Prise en charge des prolapsus

Aujourd'hui, il est possible de traiter les POP de différentes façons.

La prise en charge initiale comprend le repérage et la prise en charge des facteurs de risques souvent grâce aux règles hygiéno-diététiques :

- Obésité : encourager une perte de poids.
- Constipation : hydratation, apports de fibres, traitement par laxatifs.
- Toux chronique : arrêt du tabac, traitement de l'asthme, posture lors de la toux permettant une moindre pression abdominale.
- Sédentarité : favoriser l'activité physique non traumatisante pour le périnée (peu d'impact au sol et peu de pression abdominale).
- Pour toutes : avoir une bonne hygiène alimentaire, éducation thérapeutique au comportement mictionnel et défécatoire (limiter les efforts de poussée et utiliser un marchepied aux toilettes...), apprendre à porter des charges sans augmenter la pression abdominale. [11]

Ces règles hygiéno-diététiques peuvent être associées à d'autres traitements : la rééducation périnéale, la mise en place d'un pessaire et la chirurgie.

Différents types de chirurgies existent, elles permettent de diminuer le stade du prolapsus mais elles restent invasives, n'empêchent pas la récurrence du POP et peuvent amener à des complications post-opératoires invalidantes. De plus, la chirurgie peut être plus à risque lorsque les femmes sont âgées ou très âgées et / ou lorsqu'elles présentent des comorbidités ou des contre-indications à l'anesthésie générale nécessaire pour certaines interventions. [6]

Les traitements conservateurs tels que la rééducation périnéale ou l'utilisation d'un pessaire gynécologique vont, quant à eux, permettre de réduire les symptômes sans pour autant réduire le stade du POP, tout en étant peu invasifs. [4,6]

Lors de la rééducation périnéale, accompagnée d'un professionnel de santé, les patientes vont apprendre à intégrer des exercices de renforcement musculaire du plancher pelvien à leur quotidien, travailler sur leur posture et adapter leur comportement urinaire et défécatoire. Il existe différentes méthodes de rééducation.

Les principales méthodes utilisées sont :

- la méthode manuelle : stimulation digitale des différents muscles du plancher pelvien à travers le vagin par le thérapeute. Cela permet à la patiente de contracter un ou plusieurs muscles à la fois et le thérapeute peut évaluer la tonicité des muscles et guider la patiente pour qu'elle réalise au mieux les différents exercices.
- l'électrostimulation : utilisation d'une sonde vaginale pour stimuler grâce à un courant électrique les terminaisons nerveuses des muscles. Cette méthode est indiquée surtout pour les patientes ne réussissant pas à contracter leurs muscles volontairement.
- le *biofeedback* : le principe de cette méthode est la contraction du plancher pelvien par la patiente guidée par une sonde vaginale, qui est branchée à un appareil permettant à la patiente de visualiser la puissance de la contraction qu'elle effectue.
- la connaissance et maîtrise du périnée : le thérapeute effectue un toucher vaginal et fait visualiser des images à la patiente. Grâce à cela elle se représente mieux les différentes parties de son plancher pelvien et elle peut les contracter individuellement.
- l'eutonie : le but est de réguler le tonus global du corps avec des exercices n'impliquant pas de geste invasif.
- la gymnastique hypopressive : cette méthode relie la posture et la respiration afin de provoquer une chute des pressions intra-abdominales, aboutissant à une augmentation du tonus du plancher pelvien à long terme.
- la méthode Guillaume : un travail de rééducation abdomino-périnéo-diaphragmatique qui a pour but de retrouver une bonne synergie entre la sangle abdominale et le diaphragme afin de bien orienter les tensions et ainsi libérer le périnée grâce à l'utilisation d'un embout (*winner flow*), permettant de réguler le souffle. [12]

Il y a très peu de contre-indications à la rééducation périnéale. [6]

Les pessaires gynécologiques sont des dispositifs médicaux préconisés en première intention dans le traitement des POP symptomatiques, et cela quel que soit l'âge de la patiente et le stade du POP. Placés dans le vagin dans le but de garder les organes à leur place, ils permettent de soulager rapidement les symptômes

notamment la sensation de boule vaginale avec un taux de satisfaction des patientes important (70 à 80%). Les pessaires améliorent la qualité de vie des patientes sans pour autant être invasifs et présentent peu de risques de complications. Néanmoins, une information éclairée des utilisatrices est nécessaire concernant la manipulation et l'apparition d'éventuels effets indésirables (favorisés par l'utilisation en continu) tels que des pertes vaginales plus abondantes, des saignements liés à une érosion vaginale, des infections vaginales / urinaires et la douleur. [4]

Il existe différents types et tailles de pessaires. (Tableau I) Les plus utilisés en France sont l'anneau et le cube. Différents paramètres sont sélectionnés par le professionnel de santé pour choisir le pessaire en fonction du type de POP, de la symptomatologie, de la morphologie de la patiente et de sa capacité à manipuler le pessaire en autonomie. [13]

Il est parfois nécessaire d'en essayer plusieurs avant d'arriver à un résultat optimal. Le pessaire peut être utilisé de manière continue (tous les jours) ou discontinue, par exemple à l'occasion d'activités sportives. Il est possible de proposer une oestrogénothérapie locale en association du pessaire lorsque les patientes sont ménopausées. [4]

Le pessaire présente quelques contre-indications : la présence d'une infection génitale, d'un saignement anormal, d'une lésion tumorale, patiente atteinte d'endométriose ou une incapacité à collaborer pour la mise en place et le retrait du pessaire. [15]

Tableau I des différents pessaires les plus couramment utilisés : [13]

Nom	Image	Indication selon le degré prolapsus	Indication si symptômes urinaires	Nécessité d'une manipulation quotidienne
Anneau		Tous mais plutôt I et II	pas spécifiquement	non
Cube		Tous, et tout particulièrement si : Absence tonicité parois vaginale, absence col utérin, béance ou échec des autres types	incontinence urinaire d'effort	oui
Donut		surtout stade III et IV ou I et II si anneau pas suffisant	incontinence urinaire d'effort	non
Dish urétral		Tous les stades et même sans prolapsus	incontinence urinaire d'effort	non
Pessaire de Gellhorn		surtout stade III et IV	oui	non

Le plus souvent, la pose d'un pessaire s'effectue la première fois par un professionnel de santé. Les fois suivantes, la patiente peut le manipuler elle-même. Ce temps d'information est indispensable pour expliquer la manipulation et pour devenir autonome afin qu'elle puisse, retirer et nettoyer régulièrement le dispositif. La pose d'un pessaire s'effectue de la manière suivante : il faut mettre un peu de lubrifiant à la vulve, puis plier le pessaire lorsque que cela est possible (notamment pessaire anneau et cube), ensuite écarter les petites lèvres de la main non

dominante puis de la main dominante insérer le pessaire. (Figure 4) Après l'avoir inséré il faut que la patiente se mette en position debout et si une gêne est ressentie, il suffit de pousser le pessaire un peu plus loin avec un doigt. Pour l'insertion du pessaire, les patientes peuvent être allongées, accroupies, en position assise ou debout avec une jambe relevée selon ce qu'elles préfèrent. [16]



Figure 4 : Photos de démonstration d'insertion d'un pessaire anneau et d'un pessaire cube [16]

Pour retirer un pessaire, après un lavage soigneux des mains, il suffit de le localiser et le crocheter avec un doigt puis de le retirer lentement en le pinçant si nécessaire. Pour le pessaire cube il faut passer son doigt autour du pessaire pour retirer l'effet ventouse avant de le pincer pour le retirer.

L'utilisation du pessaire nécessite un suivi annuel pour les patientes le manipulant elles-mêmes. Pour celles ne le manipulant pas, une surveillance tous les 6 mois est nécessaire pour le retirer, vérifier son intégrité, le laver et vérifier l'état de la paroi vaginale. Si un effet indésirable (EI) se manifeste, il est conseillé de traiter l'EI et parfois nécessaire de faire une pause dans l'utilisation. Un pessaire a une durée de vie de 2 à 3 ans avant de devoir être remplacé par un nouveau. Cependant ce dispositif n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie, ce qui peut

représenter un frein à son utilisation. Il peut coûter entre 50 à 100 euros selon le modèle, la taille et le site d'achat. [16]

Si aujourd'hui les sages-femmes et les médecins peuvent prescrire et poser des pessaires, ils n'ont pas tous bénéficié d'une formation relative à leurs indications et leur manipulation.

Nos différentes recherches sur le pessaire nous ont amenés à nous interroger sur les façons qui permettraient d'améliorer son utilisation. Une revue de la littérature montre un taux de satisfaction élevé des patientes mais met également en évidence des facteurs pouvant influencer la réussite de son utilisation. Cependant, les études, peu nombreuses, interrogent fréquemment sur un nombre restreint de facteurs.

Ainsi, il nous a semblé pertinent d'étudier les facteurs de risque d'arrêt de ce traitement. D'autant plus, qu'aucune autre étude française n'avait comme objectif principal de mettre en avant les facteurs de risque d'échec des pessaires.

Notre problématique reposait alors sur la question suivante : quels sont les facteurs associés à l'échec de l'utilisation des pessaires en gynécologie dans le cadre du traitement symptomatique du prolapsus des organes pelviens ?

L'objectif de notre étude était de tenter d'identifier les facteurs d'échec de l'utilisation gynécologique des pessaires, au cours de la première année, chez les patientes souffrant d'un POP. Les "patientes en échec du pessaire à 1 an" étaient définies comme les patientes ayant arrêté le port du pessaire sur la période d'un an depuis la mise en place du pessaire.

Nous espérons pouvoir ainsi améliorer nos connaissances de ce dispositif, afin d'accompagner plus efficacement les patientes pendant l'utilisation et plus globalement, d'améliorer la prise en charge des POP.

Notre hypothèse, en ce qui concerne notre étude, est que les facteurs d'échec de notre population seront similaires à ceux retrouvés dans la littérature.

Dans la mesure du possible, nous avons décidé de comparer nos résultats d'étude à ceux d'études récentes (datant d'il y a moins de 10 ans).

MATERIELS ET METHODE

Méthode

Notre étude correspond à un des objectifs secondaires de l'étude PeSaCUP (Pessary satisfaction Criteria for urogénital prolapse) dont l'objectif principal était d'évaluer la satisfaction des patientes porteuses d'un pessaire dans le traitement du prolapsus génital.

Afin de répondre à notre problématique, nous avons sollicité l'avis du Comité Local d'Éthique de la Recherche en Santé (CLERS), qui a émis un avis favorable concernant le respect des règles standard d'éthique dans notre étude (Annexe I).

1. Étude PeSaCUP

L'étude PeSaCUP est une étude de cohorte prospective observationnelle d'une durée de 5 ans. Elle a été menée dans deux centres hospitaliers normands : dans les services de gynécologie du Centre Hospitalier Universitaire de Caen et dans le Centre Hospitalier de Cherbourg-en-Cotentin. Un avis CPP (Comité de Protection des Personnes) favorable a été émis en juin 2018 pour cette étude. Les inclusions ont commencé en décembre 2018.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la satisfaction des patientes porteuses d'un pessaire en utilisant différents questionnaires validés en français afin de quantifier l'efficacité des traitements sur les symptômes associés au prolapsus. Dans les questionnaires destinés aux patientes, nous pouvions y retrouver :

- des questions sur les symptômes (PFDI-20, ICIQ-SF, USP)
- des questions sur la sexualité (PISQ-12)
- des questions sur la qualité de vie (PFIQ-7, Eq-5D)
- une question sur la satisfaction (PGI-I).
- des questions concernant les antécédents médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et les habitudes de vie
- des questions à choix multiples et des questions ouvertes sur l'utilisation du pessaire

Les patientes qui ont accepté de participer à l'étude ont répondu à des questionnaires papiers à plusieurs reprises : avant la pose du pessaire (Annexe II,

questionnaire initial), à un mois, à six mois, puis annuellement lors de la visite de contrôle (annexe III, questionnaire récurrent).

Des données telles que les mesures nécessaires à la classification du POP étaient collectées par les professionnels de santé lors du premier rendez-vous, lorsque le traitement par pessaire avait été choisi.

Les critères d'inclusion étaient toutes les patientes :

- majeures (+18 ans) consultant pour un POP symptomatique
- débutant un traitement par pessaire
- maîtrisant la langue française
- étant informée de manière éclairée
- consentant à la participation à l'étude

Les critères d'exclusion étaient toutes les femmes :

- mineures
- enceintes ou allaitantes
- en incapacité de remplir les questionnaires
- en incapacité de donner leur consentement du fait de troubles cognitifs ou de maladies dégénératives
- refusant de participer à l'étude

Dans le protocole d'étude, le premier pessaire mis en place était le plus souvent un pessaire de type anneau. La taille était choisie selon la TVL. Une visite de contrôle était planifiée à un mois de la pose, pour évaluer la tolérance et la satisfaction des patientes, un changement de forme ou de taille de pessaire était nécessaire.

2. Notre étude sur les facteurs de risque d'échec du pessaire

Pour notre étude concernant l'identification des facteurs de risques d'échec, l'inclusion des patientes s'est faite de décembre 2018 à décembre 2022.

Les critères étudiés étaient : l'âge, l'IMC, une consommation actuelle ou antérieure de tabac, la pratique d'une activité physique, l'existence avant traitement d'une constipation, la multiparité (2 enfants ou plus), un antécédent d'hystérectomie,

un antécédent de traitement chirurgical du prolapsus, une sexualité active, être en ménopause, la mesure de la longueur vaginale, la mesure du hiatus génital, le stade POP-Q du prolapsus, la présence d'une rectocèle de stade POP-Q supérieur ou égal à 2, le nombre de pessaires testés, l'absence d'oestrogénothérapie locale, le pessaire est manipulé par la patiente seule, l'utilisation intermittente du pessaire, l'apparition de douleurs pelviennes ou périnéales à 1 mois de traitement, l'apparition de pertes vaginales ou saignements, les fuites urinaires démasquées par l'utilisation du pessaire, le score PFDI-20 et la satisfaction (PGI-I).

Ces critères étaient comparés dans les deux groupes suivant :

- "Échec à 12 mois" = patientes ayant arrêté le port du pessaire dans les 12 mois suivant la mise en place de celui-ci.
- "Succès à 12 mois" = patientes portant toujours le pessaire à 12 mois de la mise en place.

Matériels

Type d'analyse statistique réalisée :

Nous avons commencé par réaliser une description des caractéristiques de notre population. Puis nous avons évalué à l'aide de régressions log-binomiales univariées, l'association entre les facteurs de risques et la situation d'échec à 1 an, avec un intervalle de confiance à 95%. Et nous avons réalisé un test exact de Fisher.

La différence était considérée comme significative lorsque la p-value était inférieure à 0,05.

Nous avons entré les différentes réponses des patientes aux questionnaires sur le logiciel Excel®. Puis nous avons analysé nos données à l'aide du logiciel JASP®, à l'aide du logiciel IBM SPSS® (version 23).

RÉSULTATS

Au cours de la période d'étude, 218 femmes se sont vues proposer le pessaire. Parmi elles, 206 (94,5%) ont accepté d'être incluses dans l'étude et de remplir les questionnaires.

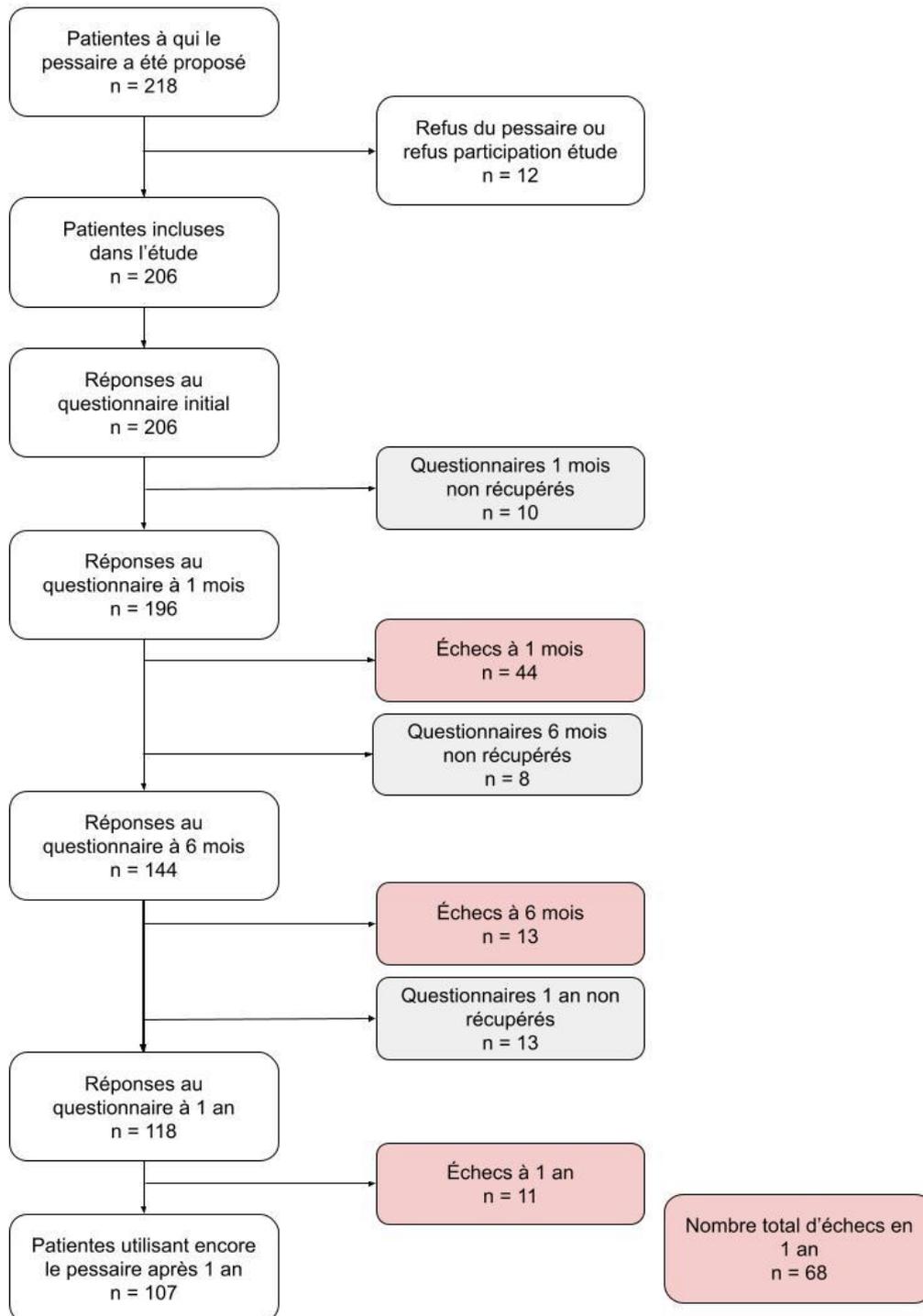


Figure 5 : Flow chart des patientes de l'étude

Sur les 206 femmes incluses au début de l'étude, l'information sur l'échec de pessaire à 12 mois est manquante pour 31 (15%) d'entre elles.

Les questionnaires étaient manquants pour diverses raisons : patientes perdues de vue, patientes incluses depuis moins d'un an, retard de réponse au questionnaire à 1 an, retard d'entrée des données sur la base de données.

Ainsi, au total, à un an, nous avons 175 patientes : 107 sont toujours en cours d'utilisation du pessaire et 68 sont en échec de traitement par pessaire. (Figure 5)

Tableau II : Caractéristiques générales de notre population à l'inclusion

		N = 175
Âge (années), m (SD) *		66,4 (10,5)
IMC (kg/m ²), m (SD) **		25,9 (4,6)
Consommation de tabac, n(%)	oui	13 (7,4)
	non	162 (92,6)
Activité professionnelle , n(%)	oui	86 (49,1)
	non	88 (50,3)
	manquant	1 (0,6)
Activité physique, n(%)	aucune	45 (25,7)
	1 fois par mois	15 (8,6)
	1 fois par semaine	49 (28,0)
	plusieurs fois par semaine	52(29,7)
	manquant	14 (8,0)

IMC = indice de masse corporelle;

m = *mean* = moyenne;

SD = *standard deviation* = écart type;

* Concernant la donnée âge, la femme la plus jeune était âgée de 32 ans et la femme la plus âgée de 90 ans.

** Concernant l'IMC, l'IMC le plus faible était de 16 et le plus élevé est de 47.

Les patientes incluses avaient en moyenne 66,4 ans et 25,7% d'entre elles ne pratiquaient aucune activité physique. Environ la moitié d'entre elles avaient une activité professionnelle (49,1%). Et 7,4% des patientes avaient consommé ou consommaient toujours du tabac.

Plus de 90% des patientes étaient ménopausées à la pose du pessaire et 1,1% d'entre elles n'avait jamais eu d'enfant. On peut noter que 17,1% des patientes ont un antécédent d'hystérectomie. Et environ la moitié déclarent avoir une sexualité active (51,4%).

Tableau III : Caractéristiques obstétrico-gynécologiques des patientes à l'inclusion

		N = 175
gH (mm), m(SD) ***		30,3 (10)
TVL = longueur totale du vagin(mm), m(SD) ****		79,1 (10,9)
Statut ménopausique, n(%)		
	oui	163 (93,1)
	non	12 (6,9)
Parité, n(%)		
	0	2 (1,1)
	1	17 (9,7)
	2	72 (41,1)
	3	50 (28,6)
	4	21 (12,0)
	5	11 (6,3)
	8	1 (0,6)
	10	1 (0,6)
Antécédent d'hystérectomie, n(%)		
	oui	30 (17,1)
	non	143 (81,7)
	manquant	2 (1,1)
Sexualité active , n(%)		
	oui	90 (51,4)
	non	74 (42,3)
	manquant	11 (6,3)

gH = Hiatus génital; TVL = longueur totale du vagin; mm= millimètres;

m = *mean* = moyenne; SD = *standard deviation* = écart type;

*** Concernant le hiatus génital, le plus petit était de 10 mm et le plus grand le 70mm.

**** Concernant la longueur totale vaginale, la taille la plus faible était de 40mm et la plus grande de 120mm

Le motif principal de consultation était la sensation d'une boule vaginale pour 89,7% des femmes et des fuites urinaires pour 41,7%. Les femmes présentaient majoritairement un prolapsus de stade 2 (57,7%) et de stade 3 (34,9%). Le type de prolapsus majoritairement retrouvé à l'examen était la cystocèle. (Tableau IV) Pour 91 femmes (52,0%), le premier pessaire testé a été un succès dès la pose.

Tableau IV : Caractéristiques concernant le prolapsus et le pessaire à l'inclusion

N = 175

Symptômes amenant à consulter = prolapsus, n(%)		
	oui	157 (89,7)
	non	17 (9,7)
	manquant	1 (0,6)
Symptôme amenant à consulter = fuite urinaire , n(%)		
	oui	73 (41,7)
	non	101 (57,7)
	manquant	1 (0,6)
Antécédent chirurgie prolapsus, n(%)		
	oui	68 (38,9)
	non	106 (60,5)
	manquant	1 (0,6)
Utilisation Oestrogénothérapie locale, n(%)		
	oui	86 (49,1)
	non	87 (49,7)
	manquant	2 (1,1)
Nombre de pessaires testés, n(%)		
	1	91 (52,0)
	>1	84 (48,0)
Type de prolapsus , n(%)		
cystocèle	oui	172 (98,3)
	non	3 (1,7)
hystéroptose	oui	115 (65,7)
	non	58 (33,1)
	manquant	2 (1,1)
rectocèle	oui	111 (63,4)
	non	63 (36,0)
	manquant	1 (0,6)
Stade du POP, n(%)		
	1	4 (2,3)
	2	101 (57,7)
	3	61 (34,9)
	4	9 (5,1)
Utilisation discontinuée du pessaire , n(%)		
	oui	24 (13,7)
	non	133 (76,0)
	manquant	18 (10,3)

Tableau V : Satisfaction des patientes à l'utilisation du pessaire

		N = 175
PGI- I à un an , n(%)		
	Beaucoup mieux (1)	71 (40,6)
	Mieux (2)	27 (15,4)
	Légèrement mieux (3)	7 (4,0)
	Pas de changement (4)	3 (1,7)
	Légèrement moins bien (5)	0
	Moins bien (6)	0
	Beaucoup moins bien (7)	1 (0,6)
	Manquant	66 (37,7)

PGI-I = *patient global impression of improvement* = impression globale d'amélioration du patient.

Sur les 109 femmes ayant répondu au score PGI-I à 1 an, on retrouvait une amélioration (PGI-I ≤ 2) pour 89,9% (98/109) des femmes. (Tableau V)

Tableau VI : Evolution du PFDI-20 chez les patientes ayant répondu au questionnaire des un an de traitement

Amélioration PFDI20 M12 vs M0 (n = 92*)		
	n	%
non	16	17.4
oui	76	82.6

* 114 données manquantes

M0 = questionnaire initial avant traitement

M12 = questionnaire à 12 mois de traitement

Concernant les symptômes, on peut noter une amélioration du score global PFDI-20 pour 82,6% des patientes. (Tableau VI) Le score PFDI-20 étant un calcul côtant les symptômes des patientes, une amélioration de celui-ci traduit une amélioration des symptômes.

Cependant on ne retrouvait pas de différence significative ($p = 0,62$) sur les scores PFDI-20 entre le groupe échec et le groupe « succès ». (Tableau VII)

Tableau VII : Comparaison de l'amélioration du score PFDI entre le groupe déclarant la survenue d'un échec après 1 an de traitement et le groupe continuant le traitement à 1 an. (n = 92)

		Amélioration PFDI20 M12 vs M0				p*
		non		oui		
Echec à 12 mois	non	14	16.7%	70	83.3%	0.62
	oui	2	25.0%	6	75.0%	

* test exact de Fisher.

Tableau VIII : Eléments manquants dans le recueil de données

Informations étudiées	Non manquant		Manquant	
	n	%	n	%
Âge	175	100.0%	0	0.0%
IMC	173	98.9%	2	1.1%
Tabac	175	100.0%	0	0.0%
Activité physique	161	92.0%	14	8.0%
Constipation	149	85.1%	26	14.9%
Multiparité	175	100.0%	0	0.0%
ATCD Hysterectomie	173	98.9%	2	1.1%
ATCD Chirurgie prolapsus	174	99.4%	1	0.6%
Sexualité active	164	93.7%	11	6.3%
Ménopause	175	100.0%	0	0.0%
Mesure gH	147	84.0%	28	16.0%
Mesure TVL	147	84.0%	28	16.0%
Rapport gH / TVL	146	83.4%	29	16.6%
Nb pessaires essayés	175	100.0%	0	0.0%
Oestrogénothérapie locale	173	98.9%	2	1.1%
Utilisation intermittente du pessaire	157	89.7%	18	10.3%
Rectocèle	174	99.4%	1	0.6%
Stade Prolapsus	175	100.0%	0	0.0%
Incontinence urinaire avant traitement	158	90.3%	17	9.7%
Apparition incontinence urinaire à M1	150	85.7%	25	14.3%
Apparition douleurs pelviennes à M1	123	70.3%	52	29.7%
Apparition pertes vaginales/saignement à M1	90	51.4%	85	48.6%
Pessaire manipulé seule par la patiente	112	64.0%	63	36.0%
Score PFDI-20	158	90.3%	17	9.7%

IMC = indice de masse corporelle;

gH = *genital hiatus* = hiatus génital;

TVL = *total vaginal length* = longueur totale du vagin;

M1 = au questionnaire après 1 mois de pose;

PFDI-20 = *Pelvic Floor Distress Inventory* = questionnaire évaluant les symptômes urinaires, digestifs et pelviens.

Multiparité = nous avons considéré comme multipare les patientes ayant eu 2 ou plus d'enfants.

Les facteurs de risque d'échec étaient :

- Âge plus jeune à la pose ($p = 0,047$)
- Antécédent de chirurgie du prolapsus ($p < 0,001$)
- Béance vulvaire plus grande ($p = 0,0077$)
- Vagin plus court ($p = 0,019$)
- Rapport gH/TVL diminué ($p < 0,001$)
- Existence d'une rectocèle de stade POP-Q \geq à 2 ($p = 0,025$)
- Score PFDI-20 plus élevé avant la pose ($p = 0,015$)

Concernant l'apparition de douleurs après la pose du pessaire, 9 femmes sur 123 (7,3%) ayant répondu ont vu apparaître des douleurs pelviennes à 1 mois.

Tableau IX : Facteurs de risques d'échec du pessaire à 1 an (n=175)

		Echecs à 12 mois	RR	(IC 95%)	p*
Age en année (augmentation de 5 ans) **			0.93	(0.86 ; 0.999)	0.047
IMC kg/m ² (augmentation d'une unité) **			1.04	(1.00 ; 1.07)	0.053
Tabac	non	65 / 162 (40.1%)	1	(0.21 ; 1.58)	0.28
	oui	3 / 13 (23.1%)	0.58		
Activité physique	non	19 / 45 (42.2%)	1	(0.62 ; 1.41)	0.76
	oui	46 / 116 (39.7%)	0.94		
Constipation	non	31 / 75 (41.3%)	1	(0.67 ; 1.44)	0.92
	oui	30 / 74 (40.5%)	0.98		
Multiparité	non	8 / 19 (42.1%)	1	(0.52 ; 1.60)	0.75
	oui	60 / 156 (38.5%)	0.91		
Hystérectomie	non	55 / 143 (38.5%)	1	(0.71 ; 1.78)	0.61
	oui	13 / 30 (43.3%)	1.13		
Chirurgie prolapsus	non	52 / 150 (34.7%)	1	(1.34 ; 2.75)	< 0,001
	oui	16 / 24 (66.7%)	1.92		
Sexualité active	non	25 / 74 (33.8%)	1	(0.89 ; 1.95)	0.17
	oui	40 / 90 (44.4%)	1.32		
Ménopause	non	7 / 12 (58.3%)	1	(0.38 ; 1.08)	0.093
	oui	61 / 163 (37.4%)	0.64		
Mesure gH (augmentation de 10 mm)			1.25	(1.06 ; 1.48)	0.0077
Mesure TVL (diminution de 10 mm)			1.30	(1.04 ; 1.62)	0.019
Rapport gH / TVL (augmentation de 0,10)			1.27	(1.15 ; 1.41)	< 0,001
Nb pessaires essayés	1	30 / 91 (33.0%)	1	(0.94 ; 2.00)	0.10
	>1	38 / 84 (45.2%)	1.37		
Oestrogénothérapie	non	39 / 87 (44.8%)	1	(0.47 ; 1.03)	0.073
	oui	27 / 88 (31.4%)	0.70		
Utilisation intermittente	non	51 / 133 (38.3%)	1	(0.56 ; 1.71)	0.94
	oui	9 / 24 (37.5%)	0.98		
Rectocèle	non	40 / 119 (33.6%)	1	(1.05 ; 2.18)	0.025
	oui	28 / 55 (50.9%)	1.51		
Stade Prolapsus	1-2	36 / 105 (34.3%)	1	(0.92 ; 1.93)	0.13
	3-4	32 / 70 (45.7%)	1.33		
Incontinence urinaire avant traitement	non	15 / 49 (30.6%)	1	(0.94 ; 2.39)	0.090
	oui	50 / 109 (45.9%)	1.50		
Apparition incontinence urinaire à M1	non	52 / 138 (37.7%)	1	(0.24 ; 1.81)	0.42
	oui	3 / 12 (25.0%)	0.66		
Apparition douleurs pelviennes à M1	non	36 / 114 (31.6%)	1	(0.92 ; 3.35)	0.085
	oui	5 / 9 (55.6%)	1.76		
Apparition de pertes vaginales ou saignements à M1	non	22 / 78 (28.2%)	1	(0.16 ; 2.20)	0.43
	oui	2 / 12 (16.7%)	0.59		
Pessaire manipulé par la femme seule ***	début	17 / 76 (22.4%)	1	(0.24 ; 3.31)	0.94
	à M1	2 / 10 (20.0%)	0.89		
	non	5 / 26 (19.2%)	0.86		
Score PFDI-20 (augmentation de 10 unités) **			1.04	(1.01 ; 1.07)	0.015

* régression log-binomiale

** Âge : pour chaque tranche de 5 ans en moins, il y a une augmentation de risque d'échec de 7%

IMC : une augmentation d'une unité du score augmente le risque d'échec de 4%.

gH : tous les 10mm de plus le risque d'échec augmente de 25%

TVL : tous les 10mm de moins le risque augmente de 30%.

PFDI-20 : toutes les 10 unités en plus, le risque d'échec augmente de 4%.

*** "début" = pessaire manipulé par la patiente seule dès le début

"à M1" = la patiente à commencé à manipuler le pessaire à 1 mois de la pose

"non" = la patiente ne manipule pas le pessaire

DISCUSSION

I. Résultats globaux

La satisfaction des patientes est un des éléments les plus importants lors d'un traitement. Elle peut s'évaluer pour le pessaire grâce à une échelle : le PGI-I (*Patient Global Impression of Improvement*). Le PGI-I est une question unique qui demande au patient d'évaluer l'évolution de leurs symptômes en réponse au traitement utilisé. Ici la question était "Entourez le chiffre décrivant au mieux comment sont actuellement vos problèmes, en comparaison à ce qu'ils étaient avant le traitement". (Annexe II et III) Les patientes étaient considérées comme satisfaites si elles répondaient "beaucoup mieux" ou "mieux". Nous avons retrouvé un taux important de satisfaction de l'utilisation du pessaire à 1 an évalué par le score PGI-I, il était de 89,9% (98/109). Ce résultat est similaire aux études existantes comme celle de Thys et al. qui ont retrouvé un score PGI-I > à 2 à 83% à 1 an. [17].

Ainsi, les patientes utilisant toujours le pessaire après un an, sont vraisemblablement les patientes qui sont satisfaites de ce traitement.

Nous pouvons également constater que 82,6% des patientes utilisant toujours le pessaire à 1 an ont un meilleur score PFDI-20 qu'avant le traitement. Ce résultat laisse à penser que leurs symptômes et leur qualité de vie se sont améliorés.

Des études préalables ont également retrouvé une amélioration des scores de symptômes chez les femmes porteuses d'un pessaire mais une grande hétérogénéité des questionnaires utilisés est retrouvée dans ces études et pour certaines ce n'était pas forcément des questionnaires validés. Plusieurs auteurs [18, 19] ont également utilisé les scores PFDI-20 et retrouvaient une amélioration significative de la qualité de vie après pose de pessaire. Dans leur étude, Patel et al. ont retrouvé une amélioration significative des scores de symptômes avec un score PFDI 20 passant de 81,34 à 45,83 ($p < 0.001$) dans une population de 75 femmes suivies sur 3 mois. [18] Dans cette étude, l'image de soi, évaluée par le score BIS (*Body Image Scale*) était également significativement améliorée.

La douleur est une cause fréquente d'arrêt de tout type de traitement et doit être un élément important à prendre en compte dans la vie des patientes. Afin

d'adhérer à un traitement, celui-ci doit convenir à la patiente et ne pas présenter d'inconvénients majeurs. Il doit être un équilibre entre soulagement des symptômes et effets indésirables. Afin de déterminer la poursuite du traitement, la balance entre bénéfices et effets secondaires appartient aux patientes.

Compte tenu de l'importance que peut représenter la douleur pour la poursuite d'un traitement, nous avons choisi de l'étudier. Il s'avère dans notre étude que peu de femmes (7,3%) ont présenté des douleurs apparaissant à l'utilisation du pessaire. Cela renforce la place de choix que le pessaire doit avoir dans l'arsenal thérapeutique du prolapsus.

II. Facteurs d'échecs à 1 an dans notre étude

Dans notre étude, les facteurs de risque d'échec à 1 an étaient : un âge plus jeune à la pose, un antécédent de chirurgie du prolapsus, une longueur de vagin plus courte, un hiatus génital plus grand, un rapport hiatus génital / longueur vaginale augmenté, l'existence d'une rectocèle de stade 2 ou plus et un score PFDI-20 côté plus grand à l'inclusion.

1. L'âge

Dans notre étude, l'âge moyen à la pose du pessaire était de 66,4 ans. En analysant cette caractéristique, notre étude a mis en évidence que plus la pose est effectuée chez des femmes jeunes plus le risque d'échec à 12 mois est significativement élevé ($p = 0,047$). Ce résultat rejoint l'étude de Geoffrion R et al. qui a montré qu'un âge en deçà de 65 ans était associé significativement à une probabilité accrue d'échec. [20] Panman CM et al. ont aussi trouvé qu'un âge plus jeune était un facteur associé à l'échec d'utilisation du pessaire. [21]

Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que les femmes âgées accepteraient plus facilement des traitements conservateurs du prolapsus.

Par ailleurs, les femmes plus âgées sont plus nombreuses à souffrir de comorbidités rendant l'intervention chirurgicale difficile ou contre-indiquée, amenant sûrement les professionnels de santé à encourager le traitement par pessaire pour ces femmes.

2. Antécédent de chirurgie du prolapsus

Notre étude a recensé 68 patientes ayant un antécédent de traitement du prolapsus par chirurgie, ce qui représentait 38,9% (68/175) de la population étudiée. Notre travail a mis en évidence qu'une chirurgie du prolapsus antérieur à l'utilisation d'un pessaire était associée significativement à un échec du pessaire, lors de l'analyse à 12 mois ($p < 0,001$).

Nous pouvons alors affirmer qu'un antécédent de chirurgie du prolapsus est un facteur de risque d'échec à 1 an dans notre étude. Nemeth Z et al. ainsi que Lone F et al. ont également montré que la chirurgie pour le POP était un facteur de risque important pour l'échec de l'essai du pessaire. [22, 23].

Ce constat pourrait s'expliquer par le fait qu'une chirurgie rigidifie les tissus ce qui rendrait l'utilisation des pessaires moins agréable. Ce résultat pourrait aussi s'expliquer par le fait qu'après l'intervention chirurgicale la longueur vaginale soit raccourcie.

3. Longueur vaginale

Lors de la consultation initiale, le professionnel était amené à mesurer la longueur vaginale. Il manquait 16% de données sur la TVL. La valeur moyenne de la longueur vaginale était de 7,91 cm.

Variable analysée en continue, nous avons déterminé qu'une diminution de 10 mm augmentait de 30% le risque d'échec ($p = 0,019$). Manchata et al ont quant à eux déterminé un seuil, en dessous de 6 cm de taille de vagin, pour lequel la patiente a plus de risque de ne pas continuer à porter le pessaire. Dans l'étude de Manchata et al., 77 patientes avaient été incluses, elles présentaient principalement des stades POP-Q 3 et 4 de prolapsus. [24]

4. Hiatus vaginal

L'examen clinique était également complété par la mesure du hiatus génital, autrement appelé la béance vulvaire. Il manquait environ 16% de données sur le hiatus génital. La taille moyenne du hiatus dans notre étude était de 30,3 mm.

Nous observons qu'une mesure élevée du hiatus vaginal est un facteur de risque significatif d'arrêt de l'utilisation du pessaire ($p = 0,0077$). Nous avons analysé cette donnée en variable continue et nous en concluons qu'une augmentation de la taille du hiatus de 10 mm augmentait de 25% le risque d'échec de l'utilisation du pessaire.

Nous n'avons pas déterminé de seuil au-delà duquel le hiatus génital serait un facteur de risque contrairement à Manchata et al qui ont montré qu'une taille au-dessus de 4 travers de doigts, représentait un facteurs d'échec. [24]

5. Rapport gH / TVL

Dans notre étude, plus ce rapport était élevé au début du traitement, plus le risque d'être en échec du port du pessaire à 12 mois est significativement important ($p < 0,001$). Cette caractéristique a été décrite par Markle D et al., qui a montré qu'un rapport supérieur à 0,9 est significativement lié à l'arrêt du traitement. [25]

Le rapport entre le hiatus génital et la longueur vaginale totale est un élément facilement calculable pendant une consultation, il permet d'apporter des précisions quant aux valeurs de la longueur vaginale et de la béance vulvaire. Le résultat va dans le même sens que celui de la longueur vaginale et du hiatus génital, mais il pourrait constituer un plus dans la détection des facteurs de risques d'échec.

Geoffrion et al. ont, quant à eux, trouvé un seuil pour le ratio gH / TVL de 0,8 au-dessus duquel il est un facteur d'échec. [20]

6. Rectocèle

Dans notre population, 63,4% (111/175) des femmes étaient atteintes de rectocèle. La rectocèle est considérée comme étant plus difficile à traiter avec un pessaire que les autres types de prolapsus du fait de la constipation que ce type de prolapsus peut engendrer et des maux abdominaux qui s'y ajoutent. [4]

La rectocèle apparaît dans notre étude comme facteur significatif d'arrêt du traitement par pessaire ($p = 0,025$). Dans la littérature, nous n'avons trouvé qu'une seule étude l'identifiant également comme tel. Dans l'étude japonaise de Yamada T et al., 69 patientes avaient été incluses, l'échec était défini par la chute du pessaire

(même si un changement de taille de pessaire avait eu lieu) dans les quatre premières semaines de traitement. [26]

7. Score PFDI-20 au questionnaire initial

Pour rappel, le score PFDI est un questionnaire côtant globalement les symptômes urinaires, digestifs et pelviens, et évaluant leur pénibilité pour les femmes. Plus le score est élevé, plus les symptômes sont nombreux et le degré de gêne qu'ils occasionnent est important.

Notre étude a permis de montrer que plus les patientes avaient un score élevé avant la pose du pessaire plus elles avaient un risque d'échec important. Nous observons qu'une augmentation de 10 unités de ce score avant traitement, augmente le risque d'être en échec à 12 mois de 4% de manière significative ($p = 0,015$).

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que l'existence de symptômes plus sévères avant traitement peuvent parfois être plus difficiles à soulager. Par conséquent le pessaire peut être considéré comme insuffisamment efficace par les patientes souffrant de plusieurs symptômes par rapport à celles qui en présentent moins.

III. Facteurs non significatifs mais qui le sont dans la littérature

1. Le stade du prolapsus

Notre étude a recensé 2,3% de femmes souffrant d'un prolapsus de stade I, 57,7% souffrant d'un POP stade II, 34,9% d'un POP stade III et 5,1% d'un POP stade IV.

Nous aurions pu imaginer qu'un stade avancé (POP-Q III ou IV), n'était pas une indication d'utilisation du pessaire et qu'il serait considéré comme un facteur d'échec. Cheung et al. l'ont par ailleurs démontré. [27]

Cependant, notre étude n'a pas montré cela. Cheung et al. nuancent leur propos en expliquant que la moitié des femmes atteintes de prolapsus de stade III/IV ont pu utiliser un pessaire vaginal pendant un an. Nous pourrions, par conséquent, proposer un pessaire vaginal peu importe le stade de prolapsus des patientes.

2. L'IMC

L'IMC moyen dans notre étude est de 25,9 kg/m². Un IMC élevé est un élément impactant beaucoup d'aspects de la vie, il engendre, entre autres choses, une pression abdominale plus importante. Mao M et al, ont mis en avant que l'IMC moyen était significativement plus élevé dans le groupe en échec de traitement. [28] Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'augmentation de la pression au niveau pelvien favorise la chute du pessaire.

Notre étude n'a pas permis de relier un IMC élevé avec l'arrêt du pessaire. Cependant la p value était de 0,053 donc proche du seuil de significativité (<0,05), nous pouvons imaginer qu'un effectif plus important nous aurait permis de mettre en avant ce facteur.

3. Nombre de pessaire testés

Selon Chan M et al. le nombre de pessaires testés influence positivement le maintien de l'utilisation du pessaire à 12 mois après l'essai. [29] Cependant dans notre étude nous avons choisi de ne pas étudier ce facteur. Cela ne nous a pas paru pertinent car dans notre étude les pessaires étaient choisis selon les besoins et le ressenti des patientes. C'est-à-dire que si un pessaire correspondait aux attentes de la patiente il n'y avait pas de changement et au contraire si les patientes avaient besoin d'effectuer plusieurs changements, ils étaient effectués. Ainsi l'analyse de ces données ne serait pas pertinente.

4. Patientes n'ayant pas une sexualité active

Dans notre étude, le maintien d'une vie sexuelle n'est pas apparu comme un facteur influençant la poursuite du traitement (p = 0,17). Contrairement à Brincat C et al. qui ont mis en évidence une différence de poursuite de traitement entre les femmes qui sont considérées comme sexuellement actives et les femmes qui ne le sont pas. Les femmes sexuellement actives étaient plus enclines à continuer l'utilisation du pessaire. [30]

IV. Synthèse

Notre hypothèse selon laquelle les facteurs de risque d'échec de notre population seraient les mêmes que ceux dans la littérature est partiellement validée.

En effet, dans notre étude, plusieurs facteurs d'échec de la littérature ont été applicables à la population normande tel que l'âge plus jeune à la pose, une longueur vaginale plus courte, une béance génitale plus grande, un antécédent de chirurgie du prolapsus, l'existence d'une rectocèle de stade 2 ou plus et un score PFDI-20 initial plus élevé.

D'autres facteurs n'ont pas été retrouvés dans notre étude. Cela peut s'expliquer par des conditions de test différentes (pays différents, et temps T d'analyse différents : certaines études évaluent à un mois, d'autres à six mois, huit mois, un an et d'autres à cinq ans). Par ailleurs, d'autres facteurs auraient pu correspondre à ceux de la littérature si une étude avec plus de puissance avait été menée.

V. Limites et points forts

1. Points forts

Très peu de patientes ont refusé de participer à l'étude (12/218). Le taux de participation était important, 95% (206/218) des patientes ont accepté de participer à l'étude.

Cette étude était une étude prospective, ce qui est un point fort.

Nous avons peu de données manquantes sur les caractéristiques des patientes.

L'étude s'est basée sur un recueil de données issues des questionnaires remplis par les patientes en format papier. Cette modalité de recueil présente des avantages. En effet, les patientes répondant seule à ce questionnaire, l'investigateur n'a pas influencé la réponse des patientes et les questions étaient les mêmes pour toutes les patientes. Ces questionnaires avaient aussi l'avantage d'être des questionnaires validés en français.

2. Limites

Cependant, l'auto questionnaire présente un désavantage : l'investigateur ne peut pas vérifier que les patientes répondent bien à toutes les questions. Ce qui explique un nombre de questionnaires incomplètement remplis.

L'étude était basée sur un recueil de questionnaires à plusieurs échéances. Cette modalité a représenté une difficulté car les patientes n'ont pas toujours participé à chaque échéance. Ce qui explique une partie des données manquantes.

Les questionnaires étant remis ou récupérés par les professionnels de santé prenant en charge les patientes, il se peut que les patientes aient essayé, consciemment ou non, de donner les réponses qu'elles pensaient attendues.

Notre étude n'étant pas une étude comparative, nous n'avions pas de groupe témoin, ce qui a pu laisser place à un biais de confusion.

Un suivi à plus long terme pourrait permettre de mettre en avant d'autres facteurs d'échec.

Même si notre étude était de bonne ampleur pour une étude locale, pour certaines données il est possible que nous n'ayons pas réussi à avoir une puissance suffisante pour mettre en lumière certains facteurs qui sont à risque d'échec.

CONCLUSION

Le pessaire est recommandé en première intention pour le traitement du prolapsus des organes pelviens. Il mérite d'être mieux connu et valorisé. Son utilisation présente un taux élevé de satisfaction des patientes ce qui prouve son efficacité sur les symptômes, sa bonne tolérance et sa facilité d'emploi.

Afin de mieux connaître ce dispositif, nous avons fait le choix d'étudier les facteurs de risque d'échec de son utilisation dans les 12 premiers mois d'utilisation et notre objectif était de les identifier dans notre population. Notre étude a réussi à mettre en évidence plusieurs facteurs d'échec :

- le plus jeune âge à la pose du pessaire
- une béance vaginale plus importante
- une longueur vaginale plus courte
- un rapport béance vaginale / longueur total du vagin plus grande
- un antécédent de chirurgie du prolapsus
- l'existence d'une rectocèle de stade 2 ou plus
- un score PFDI-20 plus élevé au début du traitement

Certains facteurs que nous pensions possiblement être des facteurs de risque d'échec n'ont pas été démontrés de façon significative (tels qu'un IMC plus élevé, l'apparition de douleurs à l'utilisation du pessaire).

Il serait intéressant de continuer et d'étendre cette étude à une échelle nationale et d'envisager des essais randomisés.

Un autre sujet important concernant les prolapsus et leur prise en charge par pessaires, est la formation des professionnels de santé. Depuis l'introduction récente du droit de prescription du pessaire par les sage-femmes, une formation renforcée concernant les prolapsus, leurs symptômes, leur diagnostic et leurs traitements semble essentielle que se soit en formation initiale et continue. Cela pourra permettre aux professionnels de santé de mieux connaître cette problématique et d'aborder cet aspect de santé gynécologique plus facilement avec leurs patientes.

Enfin, pour agir au mieux sur le risque de survenue des prolapsus des organes pelviens, la prévention primaire mériterait d'être beaucoup plus développée. Une mesure possible serait d'intégrer dans les séances d'éducation à la vie affective et sexuelle des notions essentielles sur le périnée. Ces séances pourraient apporter des informations simples sur l'anatomie du périnée, des explications simples de la physiopathologie des prolapsus ainsi que des règles hygiéno-diététiques pour les prévenir (consignes pour la miction, la défécation, le port de charges lourdes).

Même si certains facteurs de risque de prolapsus comme la ménopause ne peuvent pas être "modifiés", une meilleure connaissance du périnée et une initiation aux bons gestes dès le plus jeune âge permettront sans aucun doute aux femmes de prendre soin de leur périnée.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Hippocrate (traducteur : Littré E.). Œuvres complètes d'Hippocrate. Paris : Baillière, 1851. Vol. 8 pp. 308-19.
- [2] Le musée des sciences de Londres. Pessaire en bronze, Romain 200 av J.-C. et 400 après J-C. Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) (crédit). [cité le 10 oct 2022]
Photo disponible sur :
<https://wellcomecollection.org/works/yqhvzh3s>
- [3] Dachez R. Histoire de la médecine : De l'antiquité à nos jours. Paris : Tallandier; 2021 3e édition.
- [4] Pizzoferrato AC, Thuillier C, Vénara A, Bornsztein N, Bouquet S, Cayrac M et al.. Management of female pelvic organ prolapse - Summary of the 2021 HAS guidelines. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2023 Jan; 16;52(3):102535.
- [5] Legifrance [En ligne]. Décret n° 2022-325 du 5 mars 2022 fixant la liste des médicaments et des dispositifs médicaux que les sages-femmes peuvent prescrire. 2022, Mar. [Cité le 10 oct 2022]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045300092>
- [6] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Prolapsus génital de la femme : des solutions pour le traiter. 2022 Avr. [Cité 10 oct 2022]. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/reco443_fiche_patient_principale_prolapsus_cd_2022_04_28_v0.pdf
- [7] Lousqy R, Costa P, Delmas V et Haab F. État des lieux de l'épidémiologie des prolapsus génitaux. Prog Urol. 2009 Dec;19(13):907-15.
- [8] Jelovsek J, Barber M. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. Am J Obstet Gynecol. 2006 May;194(5):1455-61.
- [9] Persu C, Chapple C, Cauni V, Gutue S, Geavlete P. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) - a new era in pelvic prolapse staging. J Med Life. 2011 Jan-Mar;4(1):75-81.
- [10] Mouritsen L. Classification and evaluation of prolapse. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005; 19(6): 895-911.

[11] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Synthèse prolapsus génital de la femme : prise en charge thérapeutique, évaluation et prise en charge conservatrice. 2021 Mai. [Cité le 01 oct 2022]. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/reco329_synthese_evaluation_prolapsus_cd_2021_05_06_v2_g.pdf

[12] Leriche B, Conquy S. Recommandations pour la prise en charge rééducative de l'incontinence urinaire non neurologique de la femme. Prog Urol. 2010;20: S104-8.

[13] Pizzoferrato AC, Nyangoh-Timoh K, Martin-Lasnel M, Fauvet R, de Tayrac R, Villot A. Vaginal Pessary for Pelvic Organ Prolapse: A French Multidisciplinary Survey. J Womens Health (Larchmt). 2022 Jun;31(6):870-77

[14] My little pessaire [En ligne]. Les Pessaires [Cité le 22 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.mylittlepessaire.com/acheter-pessaire/pessaires/>

[15] Hôpitaux universitaires de Genève [En ligne]. Soin de pessaire - Retrait et pose 2019 Sep.[Cité le 20 Nov 2022]. Disponible sur :

<https://www.hug.ch/procedures-de-soins/soins-pessaire-retrait-pose>

[16] Haute Autorité de Santé [En ligne]. Prolapsus génital de la femme : Le pessaire gynécologique à quoi ça sert ? Comment l'utiliser ? 2022 Avr.[Cité le 13 oct 2022]. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/reco443_fiche_patient_pessaire_prolapsus_cd_2022_04_28_v0.pdf

[17] Thys S, Hakvoort R, Milani A, Roovers JP and Vollebregt A. Can we predict continued pessary use as primary treatment in women with symptomatic pelvic organ prolapse (POP)? A prospective cohort study. Int Urogynecol J. 2021, 32, 2159–67.

[18] Patel M, Mellen C, O'Sullivan DM, LaSala CA. Impact of pessary use on prolapse symptoms, quality of life, and body image. Am J Obstet Gynecol. mai 2010;202(5):499.e1-4.

[19] Mao M, Xu T, Kang J, Zhang Y, Ai F, Zhou Y, et al. Factors associated with long-term pessary use in women with symptomatic pelvic organ prolapse. Climacteric J Int Menopause Soc. oct 2019;22(5):478-82.

[20] Geoffrion R, Zhang T, Lee T, Cundiff GM. Clinical characteristics associated with unsuccessful pessary fitting outcomes. Female Pelvic Med Reconstr Surg. Nov-Dec 2013;19(6):339-45.

- [21] Panman CM, Wiegersma M, Kollen BJ, Burger H, Berger MY, Dekker JH. Predictors of unsuccessful pessary fitting in women with prolapse: a cross-sectional study in general practice. *Int Urogynecol J*. 2017;28:307–13.
- [22] Nemeth Z, Farkas N, Farkas B. Is hysterectomy or prior reconstructive surgery associated with unsuccessful initial trial of pessary fitting in women with symptomatic pelvic organ prolapse? *Int Urogynecol J*. 2017;28:757–61
- [23] Lone F, Thakar R, Sultan A.H, Karamalis G. A 5-year prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011 Jul;114(1):56-9.
- [24] Manchana T. Ring pessary for all pelvic organ prolapse. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;284(2):391–95.
- [25] Markle D, Skoczylas L, Goldsmith C, Noblett K. Patient characteristics associated with a successful pessary fitting. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2011;17:249–52.
- [26] Yamada T, Matsubara S. Rectocele, but not cystocele, may predict unsuccessful pessary fitting. *J Obstet Gynaecol*. 2011;31:441–42.
- [27] Cheung RY, Lee LL, Chung TK, Chan SS. Predictors for dislodgement of vaginal pessary within one year in women with pelvic organ prolapse. *Maturitas*. 2018;108:53–7
- [28] Mao M, Ai F, Zhang Y, Kang J, Liang S, Xu T, et al. Predictors for unsuccessful pessary fitting in women with symptomatic pelvic organ prolapse: a prospective study. *BJOG*. 2018;125:1434–40.
- [29] Chan M, Hyakutake M, Yaskina M, Schulz J. What Are the Clinical Factors That Are Predictive of Persistent Pessary Use at 12 Months?. *J Obstet Gynaecol Can*. Sep 2019;41(9):1276-81.
- [30] Brincat C, Kenton K, Pat Fitzgerald M, Brubaker L. Sexual activity predicts continued pessary use. *Am J Obstet Gynecol*. Jul 2004; 191(1) :198-200.

ANNEXES

Annexe I : Avis favorable du CLERS



C.L.E.R.S

Comité Local d'Ethique de la Recherche en Santé

CHU de CAEN Normandie – Université de CAEN Normandie



Adresse pour toute
correspondance :

clers@unicaen.fr

Président :

Pr Grégoire Moutel

Membres

Fanny Rogue
Pr Philippe Ravasse
Nathalie Brielle
Dr Sonia Guillouet,
Guillaume Grandazzi
Claude Françoise
François Girault
Véronique Gauthier
Dr Bertille Suzat
Dr Xavier Humbert
Pr Achille Aouba
Dr Remy Morello

A : Cléo LEVADE

Objet : avis favorable projet de recherche N° 3528

Cher(e) collègue,

Nous avons analysé au sein du comité d'éthique de la recherche (CLERS) votre étude : Facteurs d'échec du pessaire pour les prolapsus urogénitaux

Projet soumis pour validation éthique.

Notre comité, après en avoir fait l'analyse, a émis l'avis suivant :

Avis Favorable

Cette étude apparaît conforme aux règles et standards éthiques requis. Nous avons bien pris note et vous rappelons que vous vous engagez dans le projet soumis et validé par notre comité à :

- Une démarche qui n'implique aucune visite ou soin ou acte invasif supplémentaire à ce qui est prévu dans le cadre de leurs soins courants.
- Une analyse des données respectant le caractère totalement anonyme de celles-ci et le secret médical, avec un traitement des données de santé conforme au règlement Européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.
- Respecter le principe d'information des participants, information adossée au principe de non opposition (voie d'affichage, livret d'accueil...)

Cordialement

Pr G Moutel

Président du CLERS

25/08/2022

1. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

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

Avez-vous poursuivi vos **études** au-delà du temps de scolarité obligatoire ? **NON** ₀ **OUI** ₁

Avez-vous un **diplôme d'études supérieures** ou une **qualification professionnelle équivalente** ?
NON ₀ **OUI** ₁

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

Quelle est votre **taille** ? |_|_| cm, et votre **poids** actuel ? |_|_| kg

FUMEZ-vous ? **NON** ₀ **OUI** ₁ **J'ai arrêté** ₂

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

Non	0
Une fois par mois	1
Une fois par semaine	2
Plusieurs fois par semaine	3

Le(s)quel(s) :

2. VOS ANTECEDENTS MEDICO-CHIURGICAUX

Avez-vous des **MALADIES** (ou un handicap) **CHRONIQUES** ?

Diabète :	NON ₀	OUI ₁
Hypertension Artérielle :	NON ₀	OUI ₁
Bronchite Ou Toux Chronique :	NON ₀	OUI ₁
Maladies Neurologiques :	NON ₀	OUI ₁
Sciatique, Douleurs Au Dos :	NON ₀	OUI ₁
Hernie Discale :	NON ₀	OUI ₁
Colopathie :	NON ₀	OUI ₁

Autres (préciser) **NON** ₀ **OUI** ₁ :

Quels **MEDICAMENTS** prenez-vous actuellement **de façon habituelle** ? (énumérez tous vos médicaments ainsi que la date du début si possible).....

.....

3. LES SYMPTOMES DONT VOUS SOUFFREZ ACTUELLEMENT

Merci d'indiquer la date à laquelle vous répondez |_|_| jour |_|_| mois |_|_|_| année

Quel est le principal SYMPTOME qui motive votre consultation ?

.....
.....

Je n'ai pas de symptôme (cochez la case et passez à la page suivante)

Est-ce un **problème** pour vous ?

Entourez un chiffre entre 0 (Ce n'est pas un problème) et 10 (C'est un gros problème)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout *vraiment beaucoup*

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

|_|_| |_|_| |_|_|_| | **OU** depuis |_|_| années
jour *mois* *année*

Avez-vous déjà été traité pour ce symptôme (cette gêne) ?

NON

OUI

Si **OUI**, quel(s) traitement(s) a(ont) été entrepris ?

Médicament. Indiquez lequel :

Rééducation. Indiquez le nombre de séances : |_|_|

Electrostimulation. Indiquez si Percutanée ou Sacrée

Chirurgie. Indiquez la date |_|_| jour |_|_| mois |_|_|_| année
et le nom de l'opération :

Autre. Détaillez :

Si vous deviez rester dans le même état pour le reste de votre vie, comment le vivriez-vous ?

très bien bien plutôt bien mitigé plutôt mal mal terriblement mal

Parmi les résultats attendus de cette consultation et des traitements qui vont vous être proposés, quelles sont vos **principales attentes** ? Vous pouvez indiquer jusqu'à 5 souhaits ou craintes.

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

La Douleur

Avez-vous des **douleurs lors des rapports sexuels** ? (ou immédiatement après ceux-ci)
 Non ₀ Parfois ₁ Souvent ₂ Toujours ₃ Je n'ai pas de rapports ₄

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

Si vous avez des douleurs **lors des rapports sexuels**, reportez par une croix sur l'échelle ci-après l'intensité moyenne des douleurs ressenties lors des rapports sexuels :



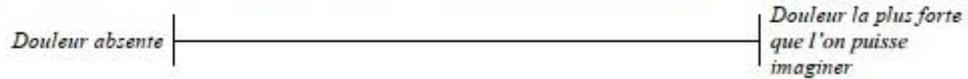
Souffrez-vous de **douleurs localisées AU BAS DU VENTRE** ou au niveau du **PÉRINÉE** ?
 NON ₀ OUI ₁

Si **NON**, passez à la page suivante

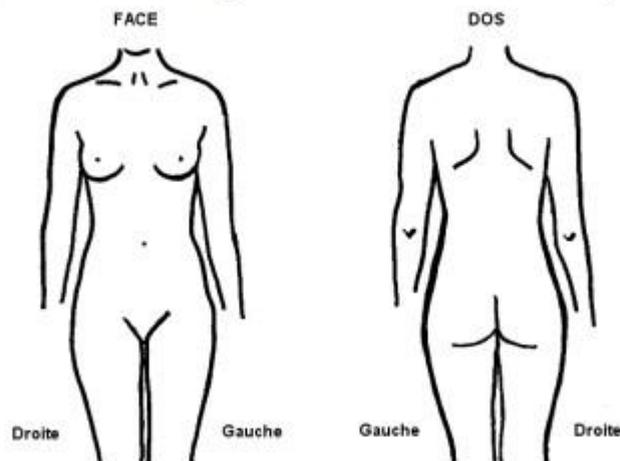
Si **OUI**, pouvez-vous **décrire votre douleur principale** :

Si **OUI**, pouvez-vous préciser la date où ces douleurs sont apparues pour la première fois ?
 |_|_|/|_|_|/|_|_|_|

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



Concernant la douleur dont vous souffrez **actuellement**, (ou dont vous avez souffert les 3 derniers mois) :
Hachurez sur les schémas, la totalité des zones où vous avez ressenti la douleur, Mettez une croix pour désigner l'endroit où la douleur est ressentie avec le maximum d'intensité (si la douleur est ressentie partout avec la même intensité, ne mettez pas de croix)



Les Symptômes Périnéaux (PFDI- 20)

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 toussiez, que vous éternuez ou que vous riez ?

Non ; Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...

0 1 2 3 4

 Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

18. Avez-vous souvent de petites fuites urinaires (quelques gouttes) ?

Non ; Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...

0 1 2 3 4

 Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

19. Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie ?

Non ; Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...

0 1 2 3 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 ?

Non ; Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...

0 1 2 3 4

 Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

**Les questions suivantes concernent les troubles urinaires,
pensez aux quatre dernières semaines (USP/ ICIQ – SF)**

1 / Pouvez-vous préciser le nombre de fois par semaine où vous avez des fuites au cours d'efforts physiques ? (Merci de cocher une case de la ligne 1a / 1b / 1c)

	Jamais de fuites d'urine	Moins d'une fuite d'urine par semaine	Plusieurs fuites d'urine par semaine	Plusieurs fuites d'urine par jour
1a. Lors des efforts physiques importants	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1b. Lors des efforts physiques modérés	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1c. Lors des efforts physiques légers	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

2 / Combien de fois avez-vous dû vous précipiter aux toilettes pour uriner ?

Jamais	Moins d'une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par jours
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

3 / Quand vous êtes pris par un besoin urgent d'uriner, combien de minutes en moyenne pouvez-vous vous retenir ?

Plus de 15 minutes	De 6 à 15 minutes	De 1 à 5 minutes	Moins de 1 minutes
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

4 / Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine précédée d'un besoin urgent d'uriner que vous n'avez pas pu contrôler ?

Jamais	Moins d'une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par jour
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

4bis / Dans ces circonstances, quel type de fuites avez-vous ?

Pas de fuites	Quelques gouttes	Fuites en petites quantités	Fuites abondantes
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

5 / Pendant la journée, quel est le temps habituel espaçant deux mictions ?

Deux heures ou plus	Entre 1 et 2 heures	Entre 30 minutes et 1 heure	Moins de 30 minutes
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

6 / Combien de fois en moyenne avez-vous été réveillée la nuit par un besoin d'uriner ?

0 ou 1 fois	2 fois	3 ou 4 fois	Plus de 4 fois
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

7 / Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine en dormant ou vous êtes-vous réveillée mouillée ?

Jamais	Moins d'une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par jour
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

8 / Comment décririez-vous votre miction (action d'uriner) habituelle ?

Normale	Nécessité de pousser avec les muscles abdominaux ou miction penchée en avant	Nécessité d'appuyer sur le bas ventre avec les mains	Vidange par sonde urinaire
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

9 / En général, comment décririez-vous votre jet d'urine ?

Normal	Jet faible	Goutte à goutte	Vidange par sonde urinaire
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

10 / En général, comment s'effectue votre miction ?

Miction normale et rapide	Miction difficile à débiter puis s'effectuant normalement	Miction débutant faiblement mais longue à terminer	Miction très lente du début jusqu'à la fin	Vidange par sonde urinaire
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urines ?

Jamais 0

Environ une fois par semaine au maximum 1

Deux à trois fois par semaine 2

Environ une fois par jour 3

Plusieurs fois par jour 4

Tout le temps 5

Selon votre estimation, quelle est la quantité habituelle de vos pertes d'urine ?

Nulle 0

Une petite quantité 2

Une quantité moyenne 4

Une grande quantité 6

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ?

Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 vraiment beaucoup

Quand (dans quelles circonstances) avez-vous des pertes d'urines ?

Plusieurs réponses sont possibles

Vous ne perdez jamais d'urine

Vous avez des pertes d'urine avant de pouvoir arriver aux toilettes

Vous avez des pertes d'urine quand vous tousssez ou éternuez

Vous avez des pertes d'urine quand vous dormez

Vous avez des pertes d'urine quand vous avez une activité physique ou quand vous faites de l'exercice

Vous avez des pertes d'urine quand vous avez fini d'uriner et vous êtes rhabillée

Vous avez des pertes d'urine sans cause apparente

Vous avez des pertes d'urine tout le temps

Troubles ano-rectaux

Score de Jorge et Wexner (incontinence anale)

Type d'incontinence	Fréquence				
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles formées ?	0	1	2	3	4
Vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles liquides ?	0	1	2	3	4
Vous arrive-t-il d'avoir des fuites incontrôlées de gaz ?	0	1	2	3	4
A cause des fuites anales, devez-vous porter des protections ?	0	1	2	3	4
Les fuites anales ont-elles un retentissement sur votre qualité de vie ?	0	1	2	3	4

Rarement : moins d'une fois par mois ; Parfois : moins d'une fois par semaine ; Souvent : Plus d'une fois par semaine ;
Toujours : Une fois par jour ou plus.

Score de Kess (constipation)

1. Depuis combien de temps êtes-vous constipée ? Je ne suis pas constipée
 0 à 18 mois 18 mois à 5 ans 5 à 10 ans 10 à 20 ans plus de 20 ans

2. Utilisez-vous des médicaments laxatifs ?
 jamais rare/courte période fréquent/utilisation régulière en continu mais inefficaces

3. Allez-vous à la selle (avec ou sans traitement) ?
 au moins 1 fois tous les 2 jours 2 fois par semaine ou moins moins d'une fois par semaine moins d'une fois toutes les 2 semaines

4. Vous arrive-t-il d'avoir du mal à évacuer ?
 jamais ou rarement de temps en temps régulièrement toujours ou en s'aidant

5. Avez-vous l'impression d'évacuer incomplètement ?
 jamais rarement de temps en temps fréquemment toujours

6. Avez-vous des douleurs de ventre ?
 jamais rarement de temps en temps fréquemment toujours

7. Avez-vous des ballonnements de ventre ?
 jamais uniquement perçus par vous-même perçus par vos proches fréquemment toujours

8. Faites-vous des lavements, mettez-vous des suppositoires ou aidez-vous de vos doigts pour évacuer ?
 Jamais lavements et suppositoires occasionnels lavements et suppositoires réguliers aide digitale occasionnelle aide digitale fréquente

9. Combien de temps vous faut-il en moyenne pour évacuer ?
 Moins de 5 minutes 5 à 10 minutes 10 à 30 minutes plus de 30 minutes

10. Avez-vous des défécations difficiles et douloureuses ?

Jamais ₀ rarement ₁ de temps en temps ₂ fréquemment ₃ toujours ₄

11. La consistance de vos selles est-elle ?

Normale ou molle ₀ de temps en temps dure ₁ toujours dure ₂ dure comme des billes ₃

12. Vous arrive t-t-il d'avoir besoin d'aller à la selle et de ne pas pouvoir évacuer ?

Jamais ₀ rarement ₁ de temps en temps ₂ toujours ₃

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

1 / A quelle fréquence ressentez-vous du désir sexuel ?

Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

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

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

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

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

4 / Etes-vous satisfaite de la variété de vos activités sexuelles actuelles ?

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

5 / Avez-vous mal pendant les rapports sexuels ?

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

6 / Avez-vous des fuites d'urine lors des activités sexuelles ?

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

7 / Limitez-vous les activités sexuelles par peur d'avoir une incontinence ?

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

8 / Evitez-vous les rapports sexuels à cause d'une « boule » dans le vagin ?

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

9 / Lorsque vous avez des relations sexuelles avec votre partenaire, ressentez-vous des émotions négatives, par exemple de la peur, de la honte, de la culpabilité.

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

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

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

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

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

12 / Par rapport aux orgasmes que vous avez eu dans le passé, diriez-vous que les orgasmes que vous avez eus au cours des six derniers mois sont

Beaucoup moins intense	Moins intense	Aussi intense	Plus intense	Beaucoup plus intense
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Cette partie concerne votre QUALITE DE VIE

Répondez en cochant l'item qui correspond le mieux à votre état en ce moment (questionnaire EQ-5D).

1-Mobilité	<input type="checkbox"/> Je n'ai aucune difficulté à me déplacer ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> J'ai quelques difficultés à me déplacer ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Je suis confinée au lit ⁽³⁾
2-Soins de soi	<input type="checkbox"/> Je n'ai aucune difficulté à prendre soin de moi ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> J'ai quelques difficultés à me laver ou à m'habiller ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Je ne peux pas me laver ni m'habiller seule ⁽³⁾
3-Activités habituelles	<input type="checkbox"/> Je n'ai aucune difficulté à vaquer à mes occupations habituelles ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> J'ai quelques difficultés à vaquer à mes occupations habituelles ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Je suis incapable de vaquer à mes occupations habituelles ⁽³⁾
4-Douleur / inconfort	<input type="checkbox"/> Je ne ressens aucune douleur ou inconfort ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Je ressens une douleur ou un inconfort modéré ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Je ressens une douleur ou un inconfort extrême ⁽³⁾
5-Anxiété / dépression	<input type="checkbox"/> Je ne suis ni anxieuse ni dépressive ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Je suis modérément anxieuse ou dépressive ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Je suis extrêmement anxieuse ou dépressive ⁽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
aujourd'hui**

Meilleur état de
santé imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Pire état de
santé imaginable

Instructions : 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 (questionnaire PFIQ-7).

De manière générale, à quel point les symptômes ou troubles suivants →→→→ affectent-ils ↓	<i>Symptômes urinaires ou vessie</i>	<i>Symptômes intestinaux ou rectum</i>	<i>Symptômes vaginaux ou pelviens</i>
1. Votre capacité à faire des tâches ménagères (cuisine, ménage, lessive) ?	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup
2. Votre capacité à avoir une activité physique (marche, natation ou autre forme d'exercice physique) ?	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup
3. Vos sorties, par exemple aller au cinéma ou à un concert ?	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup
4. Votre capacité à effectuer un trajet en voiture ou en bus à plus de 30 minutes de chez vous ?	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup
5. Votre capacité à participer à des activités avec d'autres personnes en dehors de chez vous ?	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup
6. Votre état émotionnel (nervosité, dépression, etc.) ?	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup
7. Votre sentiment de frustration ?	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup	<input type="checkbox"/> ₀ Pas du tout <input type="checkbox"/> ₁ Un peu <input type="checkbox"/> ₂ Moyennement <input type="checkbox"/> ₃ Beaucoup

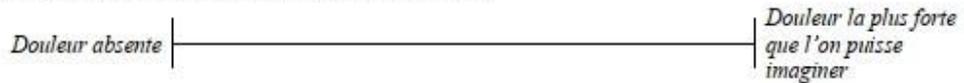
Merci pour votre participation

La Douleur

Avez-vous des **douleurs lors des rapports sexuels** ? (ou immédiatement après ceux-ci)
 Non Parfois Souvent Toujours Je n'ai pas de rapports

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

Si vous avez des douleurs lors des rapports sexuels, reportez par une croix sur l'échelle ci-après l'intensité moyenne des douleurs ressenties lors des rapports sexuels :



Souffrez-vous de **douleurs localisées AU BAS DU VENTRE** ou au niveau du **PÉRINÉE** ?
 NON OUI
 Si **NON**, passez à la page suivante

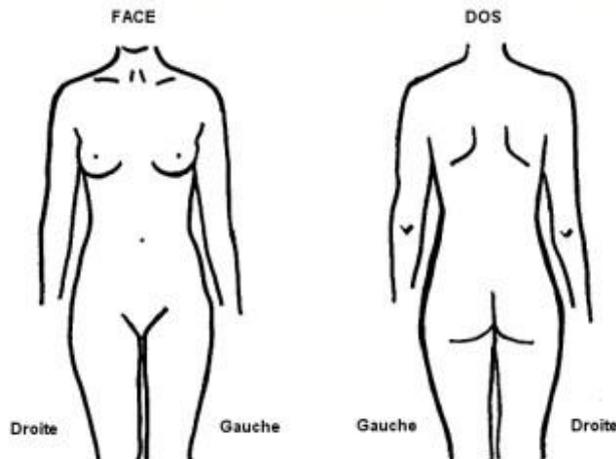
Si **OUI**, pouvez-vous **décrire votre douleur principale** :

Si **OUI**, pouvez-vous préciser la date où ces douleurs sont apparues pour la première fois ?
 |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

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



Concernant la douleur dont vous souffrez **actuellement**, (ou dont vous avez souffert les 3 derniers mois) :
 Hachurez sur les schémas, la totalité des zones où vous avez ressenti la douleur, Mettez une croix pour désigner l'endroit où la douleur est ressentie avec le maximum d'intensité
 (si la douleur est ressentie partout avec la même intensité, ne mettez pas de croix)



Les Symptômes Périnéaux (PFDI- 20)

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 ?

Non ; Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...

0 1 2 3 4

 Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

18. Avez-vous souvent de petites fuites urinaires (quelques gouttes) ?

Non ; Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...

0 1 2 3 4

 Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

19. Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie ?

Non ; Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...

0 1 2 3 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 ?

Non ; Oui Si oui, cela vous gêne-t-il...

0 1 2 3 4

 Pas du tout - Un peu - Moyennement - Beaucoup

**Les questions suivantes concernent les troubles urinaires,
pensez aux quatre dernières semaines (USP/ ICIQ – SF)**

1 / Pouvez-vous préciser le nombre de fois par semaine où vous avez des fuites au cours d'efforts physiques ? (Merci de cocher une case de la ligne 1a / 1b / 1c)

	Jamais de fuites d'urine	Moins d'une fuite d'urine par semaine	Plusieurs fuites d'urine par semaine	Plusieurs fuites d'urine par jour
1a. Lors des efforts physiques importants	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1b. Lors des efforts physiques modérés	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1c. Lors des efforts physiques légers	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

2 / Combien de fois avez-vous dû vous précipiter aux toilettes pour uriner ?

Jamais	Moins d'une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par jours
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

3 / Quand vous êtes pris par un besoin urgent d'uriner, combien de minutes en moyenne pouvez-vous vous retenir ?

Plus de 15 minutes	De 6 à 15 minutes	De 1 à 5 minutes	Moins de 1 minutes
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

4 / Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine précédée d'un besoin urgent d'uriner que vous n'avez pas pu contrôler ?

Jamais	Moins d'une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par jour
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

4bis / Dans ces circonstances, quel type de fuites avez-vous ?

Pas de fuites	Quelques gouttes	Fuites en petites quantités	Fuites abondantes
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

5 / Pendant la journée, quel est le temps habituel espaçant deux mictions ?

Deux heures ou plus	Entre 1 et 2 heures	Entre 30 minutes et 1 heure	Moins de 30 minutes
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

6 / Combien de fois en moyenne avez-vous été réveillée la nuit par un besoin d'uriner ?

0 ou 1 fois	2 fois	3 ou 4 fois	Plus de 4 fois
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

7 / Combien de fois avez-vous eu une fuite d'urine en dormant ou vous êtes-vous réveillée mouillée ?

Jamais	Moins d'une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Plusieurs fois par jour
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

8 / Comment décrivez-vous votre miction (action d'uriner) habituelle ?

Normale	Nécessité de pousser avec les muscles abdominaux ou miction penchée en avant	Nécessité d'appuyer sur le bas ventre avec les mains	Vidange par sonde urinaire
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

9 / En général, comment décrivez-vous votre jet d'urine ?

Normal	Jet faible	Goutte à goutte	Vidange par sonde urinaire
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

10 / En général, comment s'effectue votre miction ?

Miction normale et rapide	Miction difficile à débiter puis s'effectuant normalement	Miction débutant faiblement mais longue à terminer	Miction très lente du début jusqu'à la fin	Vidange par sonde urinaire
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₀

A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urines ?

Jamais 0
Environ une fois par semaine au maximum 1
Deux à trois fois par semaine 2
Environ une fois par jour 3
Plusieurs fois par jour 4
Tout le temps 5

Selon votre estimation, quelle est la quantité habituelle de vos pertes d'urine ?

Nulle 0
Une petite quantité 2
Une quantité moyenne 4
Une grande quantité 6

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 vraiment beaucoup

Quand (dans quelles circonstances) avez-vous des pertes d'urines ?
Plusieurs réponses sont possibles

Vous ne perdez jamais d'urine
Vous avez des pertes d'urine avant de pouvoir arriver aux toilettes
Vous avez des pertes d'urine quand vous tousssez ou éternuez
Vous avez des pertes d'urine quand vous dormez
Vous avez des pertes d'urine quand vous avez une activité physique ou quand vous faites de l'exercice
Vous avez des pertes d'urine quand vous avez fini d'uriner et vous êtes rhabillée
Vous avez des pertes d'urine sans cause apparente
Vous avez des pertes d'urine tout le temps

Troubles ano-rectaux

Score de Jorge et Wexner (incontinence anale)

Type d'incontinence	Fréquence				
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles formées ?	0	1	2	3	4
Vous arrive-t-il d'avoir des fuites anales incontrôlées de selles liquides ?	0	1	2	3	4
Vous arrive-t-il d'avoir des fuites incontrôlées de gaz ?	0	1	2	3	4
A cause des fuites anales, devez-vous porter des protections ?	0	1	2	3	4
Les fuites anales ont-elles un retentissement sur votre qualité de vie ?	0	1	2	3	4

Rarement : moins d'une fois par mois ; Parfois : moins d'une fois par semaine ; Souvent : Plus d'une fois par semaine ;
Toujours : Une fois par jour ou plus.

Score de Kess (constipation)

- Depuis combien de temps êtes-vous constipée ? Je ne suis pas constipée
 0 à 18 mois 18 mois à 5 ans 5 à 10 ans 10 à 20 ans plus de 20 ans
- Utilisez-vous des médicaments laxatifs ?
 jamais rare/courte période fréquent/utilisation régulière en continu mais inefficaces
- Allez-vous à la selle (avec ou sans traitement) ?
 au moins 1 fois tous les 2 jours 2 fois par semaine ou moins moins d'une fois par semaine moins d'une fois toutes les 2 semaines
- Vous arrive-t-il d'avoir du mal à évacuer ?
 jamais ou rarement de temps en temps régulièrement toujours ou en s'aidant
- Avez-vous l'impression d'évacuer incomplètement ?
 jamais rarement de temps en temps fréquemment toujours
- Avez-vous des douleurs de ventre ?
 jamais rarement de temps en temps fréquemment toujours
- Avez-vous des ballonnements de ventre ?
 jamais uniquement perçus par vous-même perçus par vos proches fréquemment toujours
- Faites-vous des lavements, mettez-vous des suppositoires ou aidez-vous de vos doigts pour évacuer ?
 Jamais lavements et suppositoires occasionnels lavements et suppositoires réguliers aide digitale occasionnelle aide digitale fréquente
- Combien de temps vous faut-il en moyenne pour évacuer ?
 moins de 5 minutes 5 à 10 minutes 10 à 30 minutes plus de 30 minutes

10. Avez-vous des défécations difficiles et douloureuses ?

jamais ₀ rarement ₁ de temps en temps ₂ fréquemment ₃ toujours ₄

11. La consistance de vos selles est-elle ?

normale ou molle ₀ de temps en temps dure ₁ toujours dure ₂ dure comme des billes ₃

12. Vous arrive t-t-il d'avoir besoin d'aller à la selle et de ne pas pouvoir évacuer ?

Jamais ₀ rarement ₁ de temps en temps ₂ toujours ₃

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

1 / A quelle fréquence ressentez-vous du désir sexuel ?

Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

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

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

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

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

4 / Etes-vous satisfaite de la variété de vos activités sexuelles actuelles ?

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

5 / Avez-vous mal pendant les rapports sexuels ?

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

6 / Avez-vous des fuites d'urine lors des activités sexuelles ?

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

7 / Limitez-vous les activités sexuelles par peur d'avoir une incontinence ?

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

8 / Evitez-vous les rapports sexuels à cause d'une « boule » dans le vagin ?

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

9 / Lorsque vous avez des relations sexuelles avec votre partenaire, ressentez-vous des émotions négatives, par exemple de la peur, de la honte, de la culpabilité.

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

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

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

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

Toujours	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

12 / Par rapport aux orgasmes que vous avez eu dans le passé, diriez-vous que les orgasmes que vous avez eus au cours des six derniers mois sont

Beaucoup moins intense	Moins intense	Aussi intense	Plus intense	Beaucoup plus intense
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Cette partie concerne votre QUALITE DE VIE

Répondez en cochant l'item qui correspond le mieux à votre état en ce moment (questionnaire EQ-5D).

1-Mobilité	<input type="checkbox"/> Je n'ai aucune difficulté à me déplacer ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> J'ai quelques difficultés à me déplacer ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Je suis confinée au lit ⁽³⁾
2-Soins de soi	<input type="checkbox"/> Je n'ai aucune difficulté à prendre soin de moi ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> J'ai quelques difficultés à me laver ou à m'habiller ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Je ne peux pas me laver ni m'habiller seule ⁽³⁾
3-Activités habituelles	<input type="checkbox"/> Je n'ai aucune difficulté à vaquer à mes occupations habituelles ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> J'ai quelques difficultés à vaquer à mes occupations habituelles ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Je suis incapable de vaquer à mes occupations habituelles ⁽³⁾
4-Douleur / inconfort	<input type="checkbox"/> Je ne ressens aucune douleur ou inconfort ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Je ressens une douleur ou un inconfort modéré ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Je ressens une douleur ou un inconfort extrême ⁽³⁾
5-Anxiété / dépression	<input type="checkbox"/> Je ne suis ni anxieuse ni dépressive ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Je suis modérément anxieuse ou dépressive ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Je suis extrêmement anxieuse ou dépressive ⁽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
aujourd'hui**

Meilleur état de
santé imaginable



Pire état de
santé imaginable

Instructions : 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 (questionnaire PFIQ-7).

De manière générale, à quel point les symptômes ou troubles suivants →→→→ affectent-ils ↓	<i>Symptômes urinaires ou vessie</i>	<i>Symptômes intestinaux ou rectum</i>	<i>Symptômes vaginaux ou pelviens</i>
1. Votre capacité à faire des tâches ménagères (cuisine, ménage, lessive) ?	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup
2. Votre capacité à avoir une activité physique (marche, natation ou autre forme d'exercice physique) ?	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup
3. Vos sorties, par exemple aller au cinéma ou à un concert ?	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup
4. Votre capacité à effectuer un trajet en voiture ou en bus à plus de 30 minutes de chez vous ?	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup
5. Votre capacité à participer à des activités avec d'autres personnes en dehors de chez vous ?	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup
6. Votre état émotionnel (nervosité, dépression, etc.) ?	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup
7. Votre sentiment de frustration ?	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup	<input type="checkbox"/> 0 Pas du tout <input type="checkbox"/> 1 Un peu <input type="checkbox"/> 2 Moyennement <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup

Cette partie concerne l'utilisation du Pessaire

1 / Connaissiez-vous le pessaire avant cette consultation

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------

1bis / Si OUI par quel moyen ?

Votre médecin	<input type="checkbox"/>
Une amie	<input type="checkbox"/>
Les média (télévision, journaux...)	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>

2 / Pourquoi avez-vous choisi ce dispositif ?

Peur de la chirurgie	<input type="checkbox"/>
Ne pas souhaiter de chirurgie dans un premier temps	<input type="checkbox"/>
Contre-indication à la chirurgie	<input type="checkbox"/>
Sur les conseils de mon gynécologue	<input type="checkbox"/>
Vouloir un traitement le plus naturel	<input type="checkbox"/>

3 / Recommanderiez-vous ce système à une amie ?

OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------

3bis / Si oui pour quelles raisons ? (Plusieurs réponses possibles)

Efficacité	<input type="checkbox"/>
Confort	<input type="checkbox"/>
Méthode non invasive	<input type="checkbox"/>
Pas de chirurgie	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>

4 / Quel est pour vous l'avantage premier du pessaire ?

.....

.....

5 / Quels sont pour vous les désavantages du pessaire ?

.....

.....

6 / Savez-vous l'enlever et le remettre seule ?

OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------

6Bis / A quelle fréquence ?

Tous les jours	Toutes les semaines	Tous les 15 jours	Tous les mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous l'enlevez moins fréquemment, pouvez-vous préciser votre rythme (ex : tous les 3 mois) :

.....

7 / Connaissiez-vous les principaux inconvénients ou complications du pessaire ?

OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------

7bis / Si oui, pouvez nous dire lequel(le)s :

.....
.....

8 / Pour vous s'agit-il d'un traitement que vous pourriez poursuivre ?

6 mois	1 an	5 ans	Plus de 10 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

10 / Si vous ne portez plus le pessaire à la visite de contrôle :

- A quelle date a-t-il été retiré : / /

- Pourquoi ?

<input type="checkbox"/> Complication
<input type="checkbox"/> Douleur
<input type="checkbox"/> Gêne
<input type="checkbox"/> Aucune amélioration
<input type="checkbox"/> Le pessaire est tombé
<input type="checkbox"/> Difficultés lors des rapports sexuels
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :

MERCI pour votre participation

RÉSUMÉ

Sujet : Le pessaire est un dispositif proposé en première intention pour traiter les symptômes des prolapsus des organes pelviens (POP) quel que soit leur type et stade.

Objectif : Identifier les facteurs de risques d'échec de l'utilisation du pessaire dans l'année suivant le début du traitement.

Matériel et méthode : Étude prospective de cohortes proposée à toutes les femmes venant consulter au CH de Cherbourg ou CHU de Caen pour un POP symptomatique. Les informations étaient collectées à l'aide de questionnaires papiers distribués à plusieurs échéances.

Résultats : Sur les 175 patientes incluses, 68 étaient en échec du pessaire dans l'année suivant sa pose et 107 le portaient toujours à 1 an. Les facteurs de risques d'échec un an après la pose étaient : un âge plus jeune à la pose, un antécédent de chirurgie du prolapsus, une rectocèle de stade POP-Q ≥ 2 , une longueur vaginale (TVL) plus courte, un hiatus génital (gH) plus grande, un rapport gH/TVL plus grand et un score PFDI-20 plus élevé à la pose.

Conclusion : Bien que le traitement par pessaire présente des facteurs de risques d'échec, ce dispositif permet une amélioration des symptômes et de la qualité de vie des patientes. Dans l'ensemble, le pessaire est bien accepté par les patientes et son taux de satisfaction est élevé.

Mots-clés : prolapsus des organes pelviens; pessaire; facteur de risques d'échec

Titre : Facteurs d'échecs du pessaire un an après la pose chez des femmes présentant un prolapsus génital symptomatique

ABSTRACT

Subject : The pessary is a device proposed as a first-line treatment for symptoms of pelvic organ prolapse (POP) of any type and stage.

Objective: To identify risk factors for failure of the pessary use in the year following the beginning of the treatment.

Material and method : Prospective cohort study proposed to all women coming to the Cherbourg Hospital or Caen University Hospital for a symptomatic POP. Information was collected using paper surveys distributed at several intervals.

Results : Of the 175 patients included, 68 were in failure from pessary treatment within one year of insertion and 107 were still wearing it at one year. Risk factors for failure at one year after insertion were : younger age at insertion, previous prolapse surgery, POP-Q stage ≥ 2 rectocele, shorter vaginal length (TVL), larger genital hiatus (gH), larger gH/TVL ratio and higher PFDI-20 score at insertion.

Conclusion: Although pessary treatment has risk factors for failure, this device improves symptoms and quality of life for patients. Overall, the pessary is well accepted by patients and has a high satisfaction rate.

Keywords : pelvic organ prolapse; pessary; risk factor for failure

Title : Factors of pessary failure one year after insertion in women with symptomatic genital prolapse

Autrice : Cleo LEVADÉ

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME
ÉCOLE DE SAGE-FEMMES DE CAEN
PROMOTION 2019-2023