



HAL
open science

Préserver ou non l'utérus en cas de chirurgie du prolapsus : revue de la littérature.

Y Joueidi, P Gueudry, C Cardaillac, E Vaucel, P Lopes, Norbert Winer,
Vincent Dochez, T Thubert

► To cite this version:

Y Joueidi, P Gueudry, C Cardaillac, E Vaucel, P Lopes, et al.. Préserver ou non l'utérus en cas de chirurgie du prolapsus : revue de la littérature.. Progrès en Urologie, 2019, pp.1-14. 10.1016/j.purol.2019.05.001 . hal-02620142

HAL Id: hal-02620142

<https://hal.inrae.fr/hal-02620142>

Submitted on 21 Jul 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Préserver ou non l'utérus en cas de chirurgie du prolapsus : revue de la littérature
Uterine preservation or not during prolapse surgery: review of the literature

Yolaine JOUEIDI¹, Pauline GUEUDRY¹, Claire CARDAILLAC^{1,2}, Edouard VAUCEL¹, Patrice LOPES¹, Norbert WINER^{1,2}, Vincent DOCHEZ^{1,2}, Thibault THUBERT^{1,2,3}

¹ Service de gynécologie, CHU de Nantes, 38 boulevard Jean Monnet 44000 Nantes

² CIC, Centre d'Investigation Clinique de Nantes, 5 allée de l'Île Gloriette, 44093 Nantes
Cedex 01

³ GREEN, Groupe de Recherche clinique En Neuro-urologie, GRCUPMC01, 75020 Paris,
France

Corresponding author :

Thibault THUBERT , MD, PhD
Service de gynécologie obstétrique
CHU Hôtel Dieu
38 boulevard Jean Monnet
44000 Nantes
Mail : thibault.thubert@chu-nantes.fr

Résumé

Objectif : Evaluer l'impact de la réalisation d'une hystérectomie en cas de cure de prolapsus sur les résultats anatomiques, fonctionnels, les complications per et post-opératoires par rapport à la conservation utérine.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une revue de la littérature sur Pubmed, Medline, Embase et Cochrane en utilisant les termes et MeSH (Medical Subject Headings of the National Library of Medicine) suivants : *uterine prolapse ; genital prolapse ; prolapse surgery ; vaginal prolapse surgery ; abdominal prolapse surgery ; hysterectomy ; hysteropexy ; sacrocolpopexy ; surgical meshes ; complications ; sexuality ; neoplasia ; urinary ; incontinence ; cancer.*

Résultats : Parmi les 168 résumés étudiés, nous avons retenu 63 articles. Il n'existait pas de différence significative en terme de résultats anatomiques et fonctionnels en cas de promontofixation (OR=2,21 (IC95% 0,33-14,67)) et en cas de chirurgie vaginale sans pose de prothèse (OR=1,07 (IC95% 0,38-2,99)). Il n'y avait pas non plus de différence en terme de symptomatologie urinaire ou de sexualité au décours quelque soit la voie d'abord. L'hystérectomie était associée à une morbidité plus importante (saignements, allongement du temps opératoire, allongement de la durée d'hospitalisation), un risque augmenté d'exposition prothétique en cas d'hystérectomie totale (8,6% IC95% 6,3-11).

Conclusion : En l'absence de preuve de supériorité en termes de résultats anatomiques et fonctionnels, avec une augmentation du taux de complications, l'hystérectomie concomitante en cas de cure de prolapsus ne doit probablement pas être réalisée de manière systématique.

Mots clés : prolapsus génital, hystérectomie, hystéropexie, préservation utérine, hystéro-préservation, chirurgie

INTRODUCTION

Le prolapsus génital est une pathologie fréquente touchant plus de 40% des femmes âgées de plus de 50 ans (1). Les symptômes les plus fréquents motivant les patientes à consulter pour ce motif sont la sensation d'une pesanteur pelvienne ou l'extériorisation d'une boule en dehors du vagin. Ainsi, onze pourcents des patientes auront recours à une chirurgie de l'incontinence ou du prolapsus au cours de leur vie et 30% d'entre elles auront besoin d'une reprise chirurgicale pour récurrence (2).

Différentes techniques chirurgicales ont été décrites dans la littérature afin de prendre en charge un prolapsus génital. Historiquement, la réalisation d'une cure de prolapsus impliquait la réalisation quasiment systématique d'une hystérectomie dans le même temps opératoire. Il était considéré que l'utérus était responsable d'une contrainte permanente sur le dôme vaginal et que celui-ci était directement impliqué dans l'altération de la statique pelvienne (3). Cependant, la physiopathologie du prolapsus est de mieux en mieux comprise et la réalisation d'une hystérectomie concomitante pourrait être à l'origine d'une instabilité secondaire du plancher pelvien (4) (5). Par ailleurs, se pose la question de la réalisation de l'exérèse d'un organe sain et de ses conséquences en termes de morbidité (physique et psychologique), de durée d'hospitalisation et de coût (6-10). La réalisation ou non d'une hystérectomie dans ce contexte est donc une problématique qui reste actuellement en suspens (11).

Le choix de la technique opératoire doit prendre en compte différents paramètres incluant les caractéristiques du prolapsus mais également le choix des patientes après discussion éclairée avec leur praticien. Les résultats anatomiques et fonctionnels sont-ils meilleurs en cas d'hystérectomie concomitante ? Qu'en est-il de la morbidité per et post opératoire ? Permet-elle de diminuer l'apparition ou l'évolution d'une pathologie

néoplasique ? Quels examens doivent être utilisés pour évaluer l'utérus en pré opératoire ? L'objectif de notre étude est de répondre à ces interrogations.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une revue de la littérature sur Pubmed, Medline, Embase et Cochrane en utilisant les termes et MeSH (Medical Subject Headings of the National Library of Medicine) suivants : *uterine prolapse ; genital prolapse ; prolapse surgery ; vaginal prolapse surgery ; abdominal prolapse surgery ; hysterectomy ; hysteropexy ; sacrocolpopexy ; surgical meshes ; complications ; sexuality ; neoplasia ; urinary ; incontinence ; cancer*. La recherche bibliographique a porté sur l'ensemble des articles publiés de 1977 à 2019. Au sein de ces articles, nous avons colligé les informations concernant : les différents types de voie d'abord (laparotomie, coelioscopie, voie vaginale), avec ou sans hystérectomie, avec hystérectomie totale ou subtotale, avec ou sans pose de prothèse et leurs résultats anatomiques, les différences en terme de complications per et post opératoires (durée opératoire, saignements, exposition de prothèse, récurrence, incontinence urinaire, sexualité), les différences en terme de durée d'hospitalisation, la découverte fortuite de lésions pré-cancéreuses ou cancéreuses sur l'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire et l'intérêt de réaliser un bilan pré-opératoire, le choix des patientes dans la décision chirurgicale.

RESULTATS

Parmi les 2962 articles trouvés, nous en avons retenu 63 s'intéressant à l'impact de l'hystérectomie en cas de cure de prolapsus (3 méta-analyses, 8 essais prospectifs randomisés, 2 études de cohorte prospective, 8 essais prospectifs observationnels, 17 revues de la littérature et 25 études de cohorte rétrospectives)(**Figure 1**).

Impact de l'hystérectomie sur les résultats anatomiques et fonctionnels de la cure de prolapsus

L'impact de la réalisation d'une hystérectomie sur les résultats anatomiques et fonctionnels en cas de chirurgie du prolapsus est un débat durant depuis plusieurs années. Malheureusement, seules quelques études aux qualités méthodologiques variables ont à ce jour évalué l'intérêt de la préservation utérine dans ce contexte (12-22). Cayrac et al. (23) dans la rédaction de recommandations pour la pratique clinique publiées en 2016 et plus récemment Meriwether et al. (24) dans une méta-analyse publiée en 2018 reprenaient ces résultats afin d'étudier l'impact de l'hystérectomie selon la voie d'abord chirurgicale. Nous détaillerons les résultats selon chaque voie d'abord.

-En cas de promontofixation (tableau 1)

Dans la méta-analyse de Meriwether et al. (24), les auteurs ont étudié 9 essais non randomisés concernant la cure de prolapsus par voie haute, qu'elle soit réalisée par laparotomie ou par coelioscopie. Le suivi médian allait de 12 à 39 mois. L'analyse concluait à l'absence de différence significative entre le groupe préservation utérine et le groupe hystérectomie en terme de résultats subjectifs (89% contre 88%, OR=0,95 (IC95%, 0,86-1,03) ; p=NS) et objectifs (OR=2,21 (IC95% 0,33-14,67)). La conservation utérine n'exposait pas à un risque plus important de récurrence de l'étage moyen et ne

semblait pas non plus réduire le taux de cystocèle secondaire (23). Il est important de noter que dans le groupe hystérectomie, étaient mélangées les hystérectomies totales et subtotaux. L'absence de différenciation entre hystérectomie totale et subtotale dans ces articles pose le problème d'interprétation des données. En cas d'hystérectomie subtotale, aucune ouverture du vagin n'est réalisée. Or, il a été montré que l'ouverture vaginale était un facteur de risque d'exposition prothétique (25). Ce motif pousse les praticiens français à opter pour la réalisation d'une hystérectomie subtotale en cas d'hystérectomie concomitante, sans savoir si les résultats anatomiques sont meilleurs (grade C) (26). Pour répondre partiellement à cette question, nous pouvons nous appuyer sur deux essais comparatifs non randomisés qui ont évalué les différences de conséquences fonctionnelles entre la réalisation d'une hystérectomie subtotale et l'absence d'hystérectomie (13, 14). Un essai prospectif (14) portant sur une cohorte de 45 patientes avec un suivi à court terme (12 mois) semblait retrouver une diminution des récurrences de prolapsus de l'apex (\geq stade 2) en cas d'hystérectomie subtotale (10% vs 46,7%, $p < 0,01$). Les résultats fonctionnels subjectifs basés sur le PGI-I et la question 35 du score EPIQ-35 (avez-vous une sensation de boule dans le vagin ?) semblaient également être en faveur de l'hystérectomie subtotale. En revanche, un essai rétrospectif (13), portant sur 310 patientes, ne retrouvait pas de différence en termes de résultats anatomiques entre le groupe hystérectomie subtotale et absence d'hystérectomie. Cependant, un antécédent d'hystérectomie, obligeant une fixation de la prothèse au fond vaginal était associé à de moins bons résultats anatomiques avec un taux de rectocèle plus important (5,9% dans le groupe hystérectomie subtotale, 7,3% dans le groupe fixation au dôme vaginal et 0% dans le groupe conservation utérine (13).

Une étude récente (27) a également analysé l'impact de l'hystérectomie subtotale par rapport à la conservation utérine (96 vs. 243 patientes) en cas de suspension

latérale coelioscopique évitant ainsi la dissection du promontoire. Il y avait un meilleur résultat anatomique de l'étage antérieur à 1 an post opératoire (98,7 versus 94,6%, $p = 0,021$) et un meilleur résultat subjectif (83,5 vs 72,8%, $p = 0,030$) dans le groupe conservation utérine. Cependant, il existait un biais important dans cette étude avec une différence de type de prothèses utilisées entre les 2 groupes.

-En cas de chirurgie vaginale avec pose de prothèse (tableau 2)

13 études ont été retenues par Meriwether et al. (24) afin d'étudier l'impact de l'hystérectomie en cas de cure de prolapsus par voie basse avec pose de prothèse : 4 essais randomisés et 9 essais non randomisés (6 études rétrospectives et 3 prospectives). Les types de prothèses posées par voie vaginale étant nombreux (prothèse sous vésicale trans-obturatrice, prothèse sous vésicale avec sacro-spinofixation antérieure, prothèse postérieure avec sacro-spinofixation...), l'analyse de la littérature est ainsi rendue difficile. En cas de préservation utérine, on pouvait noter un recul plus important du point Bp (-0,094 cm (IC95% -0,021 à -0,168)) et une préservation de la longueur vaginale totale plus importante (+0,81 cm (IC95% + 0,55 à +1,07)). L'hystérectomie pendant la cure de prolapsus par voie basse avec pose de prothèse destinée à l'étage moyen ne semblait pas améliorer les résultats anatomiques (26).

-En cas de chirurgie vaginale sans pose de prothèse (tableau 2)

Meriwether et al. (24) ont inclus 13 études dont 4 essais randomisés et 9 essais non randomisés avec un suivi variant de 6 semaines à 5 ans. Les techniques chirurgicales par voie vaginale incluaient des interventions de Richter, de Richardson, de Mc Call et de Manchester. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative en terme de résultats anatomiques et fonctionnels avec ou sans préservation utérine

(risque de récurrence apicale (OR=2,22 (IC95% 0,8-6,17)), risque de récurrence antérieure (OR=0,86 (IC95% 0,48-1,55)), risque de récurrence postérieure (OR=0,79 (IC95% 0,39-2,03)), satisfaction chirurgicale (OR=1,07 (IC95% 0,38-2,99)). L'hystéropexie par sacrospinofixation est donc une technique aussi efficace que l'hystérectomie avec suspension de l'apex. (23, 26)

L'analyse de la littérature permettait donc de conclure qu'en cas de promontofixation ou de chirurgie vaginale sans pose de prothèse, il n'existait pas de différence de résultats anatomiques ou fonctionnels en fonction du geste utérin. Cependant, la réalisation d'une cure de prolapsus par voie basse avec pose de prothèse et conservation utérine semblait être en faveur d'une meilleure correction du point Bp et d'une préservation de la longueur vaginale totale.

Une seconde revue de la littérature plus récente de Meriwether et al. (28) a analysé les résultats anatomiques, fonctionnels et les effets indésirables en cas de cure de prolapsus avec conservation utérine selon les différentes techniques d'hystéropexie. Cependant, les données des 46 études retenues étaient très hétérogènes et les preuves insuffisantes pour recommander un type d'hystéropexie plutôt qu'un autre.

Impact de l'hystérectomie sur les complications per-opératoires et post-opératoires (tableau 3)

Les études retrouvaient un allongement significatif du temps opératoire lorsque l'hystérectomie était réalisée dans le même temps (5, 14, 29, 30). Dans leur méta-analyse, Meriwether et al. (24) confirmait ces données et ce, quelque soit la voie d'abord. Ainsi, la préservation utérine permettait une diminution du temps opératoire avec pour

la promontofixation un gain de 22,7 min (IC95% -31,9 à -13,4), pour la chirurgie voie basse avec prothèse un gain de 35,7 min (IC95% -44,6 à -26,7) et pour la chirurgie voie basse sans prothèse un gain de 17,5 min (IC95% -6 à -29,2).

Concernant les pertes sanguines, il existait une diminution significative des pertes sanguines en cas de préservation utérine allant de -63,6 ml à -93,5 ml dans la méta-analyse de Meriwether (24). La moyenne des pertes sanguines était évaluée à -60,42 ml (IC95% -71,31 à -49,53 ml; $p < 0,00001$) dans la méta-analyse de De Oliveira (1). Le taux de transfusion sanguine était significativement plus élevé en cas d'hystérectomie associée (2,5% contre 1,5%, OR=1,62 (IC95% 1,47- 1,78) ; $p < 0,001$) (31) et la voie vaginale était considérée par certains comme étant la technique la plus rapide et la moins hémorragique (32).

En cas de conservation utérine, la durée d'hospitalisation était plus courte : 2,2 jours en moyenne en cas d'hystérectomie contre 1,8 jours en l'absence d'hystérectomie soit une différence moyenne de 0,40 jour ((IC95% 0,38-0,43) ; $p < 0,001$) (14, 31). La convalescence post opératoire était également moins longue (33).

En cas d'interposition prothétique, les auteurs rapportaient un taux d'exposition prothétique nettement plus important en cas d'hystérectomie totale associée (3). Ce taux d'exposition était variable selon les études s'échelonnant de 2 à 8% pour les taux les plus faibles, jusqu'à 27,3% (25, 34, 35). La majorité des auteurs, à l'image de Deng et al. (36) considéraient la conservation utérine comme un facteur protecteur (OR=0,22 (IC95% 0,08-0,63)). Gutman et al. (37) décrivaient ainsi un risque 4 fois plus élevé d'exposition de prothèse en cas d'hystérectomie totale associée (51 sur 592 soit

8,6% (IC95% 6,3–11)) qu'en cas d'hystérectomie subtotale 1,7% (1 sur 58) ou en l'absence d'hystérectomie (25 sur 1125 soit 2,2 % (IC95% 1,4–3,1)). Meriwether et al. (24) ont repris ces éléments dans leur méta-analyse avec un risque d'exposition prothétique diminué en cas de promontofixation avec conservation utérine (OR=0,16 (IC95% 0,03-0,97)). Cayrac et al. (23) avaient également émis une recommandation en ce sens : en cas d'indication d'hystérectomie, l'hystérectomie subtotale doit être privilégiée. En cas de chirurgie par voie vaginale, certains auteurs évoquaient un risque d'exposition supérieur selon le type d'incision (38), avec un risque multiplié par 6 en cas d'incision de colpotomie en T inversée (39). Le risque d'exposition prothétique en cas de conservation utérine était diminué avec un OR=0,34 (IC95% 0,18-0,67) et le taux de ré-intervention pour exposition 5,6 fois plus élevé (1,3% vs. 7,3%) en cas d'hystérectomie associée.

Concernant les signes fonctionnels urinaires, l'hystérectomie peut être associée à un risque majoré d'urgenterie (40) et la cure de prolapsus être responsable de l'apparition de signes fonctionnels urinaires *de novo* tels que l'incontinence urinaire d'effort, l'hyperactivité vésicale ou la rétention aigue d'urine avec des taux variant de 2,4% à 44% des cas selon les études (41).

Cependant, il existe peu de données concernant les résultats fonctionnels urinaires après promontofixation selon l'attitude conservatrice ou non de l'utérus. L'impact de l'hystérectomie sur les signes fonctionnels urinaires est d'autant plus difficile à mettre en évidence que la cure de prolapsus associe parfois des gestes influant le comportement urinaire telle que la mise en place d'une bandelette sous urétrale. Une étude prospective menée en 2005 par Costantini et al. (29) rapportait les résultats

fonctionnels de patientes présentant une symptomatologie urinaire pré-existante selon qu'elles aient ou non une hystérectomie concomitante lors de leur cure de prolapsus. Les auteurs retrouvaient une amélioration sur les résultats objectifs et subjectifs à la fois dans le groupe hystérectomie et dans le groupe conservation utérine sans différence significative entre les 2 techniques. Ainsi, 81,6% (31/38) des patientes opérées avec réalisation d'une hystérectomie et 85,3% (29/34) des patientes opérées avec une conservation utérine ont décrit une amélioration de leur symptomatologie urinaire ($p = \text{NS}$). Ils constataient une amélioration sur le plan de l'incontinence urinaire (7 patientes sur 38 conservaient une incontinence urinaire après chirurgie du prolapsus versus 20/38 en pré-opératoire dans le groupe hystérectomie ($p < 0,001$) vs. 5/34 conservaient une incontinence urinaire versus 22/34 en pré-opératoire dans le groupe conservation utérine ($p < 0,001$)). Ils retrouvaient des résultats similaires pour la vidange vésicale et les signes d'hyperactivité vésicale. Une seconde étude prospective menée par Aslam et al. (42) analysait l'évolution des symptômes d'hyperactivité vésicale chez des patientes bénéficiant d'une cure de prolapsus avec pose de bandelette sous urétrale systématique (évolution de symptômes pré-existants à la chirurgie ou apparition de symptômes *de novo*). Une analyse multivariée a été menée afin d'évaluer si la réalisation d'une hystérectomie concomitante était un facteur de risque d'hyperactivité vésicale dans ce contexte. L'hystérectomie réalisée dans le même temps opératoire n'était pas associée à la présence d'une hyperactivité vésicale en post opératoire (OR= 1,747 (IC95% 0,570-5,354) ; $p=0,329$).

Les études concernant la sexualité des patientes après hystérectomie dans le cadre d'un prolapsus étaient de qualité inégale et rapportaient des résultats contradictoires, même si la plupart ne retrouvaient pas d'effet délétère à long terme (43-45). Costantini et al. (44) ont réalisé une étude comparative dont l'objectif principal était

d'évaluer la sexualité postopératoire après cure de prolapsus par promontofixation avec conservation utérine ($n = 32$) ou avec hystérectomie ($n = 36$). Le critère de jugement principal était la modification du score du FFSI (Female Sexual Function Index) dans chacun des domaines évalués (désir, orgasme, satisfaction, douleur, lubrification, excitation). Les auteurs retrouvaient un FFSI global augmenté de façon significative dans les 2 groupes après chirurgie (24,3 contre 19,1 dans le groupe avec préservation utérine ($p=0,006$) et 22,4 contre 19,1 dans le groupe avec hystérectomie ($p=0,010$)), avec une amélioration prédominant dans les domaines du désir, de l'orgasme et de l'excitation. Les scores d'amélioration étaient cependant supérieurs dans le groupe préservation utérine ($p=0,06$). Handa et al. (46) ont comparé les résultats de 64 femmes ayant une hystérectomie concomitante avec 160 patientes n'ayant pas d'hystérectomie dans le même temps opératoire. Les patientes pour qui l'hystérectomie était concomitante étaient sexuellement plus active un an après la chirurgie (86% contre 73%, $p=0,04$). Cependant, il faut noter que les patientes dont l'hystérectomie n'avaient pas lieu dans le même temps opératoire, étaient plus âgées, avaient presque toutes eu une hystérectomie antérieurement et que la moyenne du score PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Functioning Questionnaire) ne différait pas dans les 2 groupes ($38,2\pm 4,5$ contre $37,1\pm 5,4$; $p=0,18$). Dans tous les cas, qu'il y ait une hystérectomie ou non, l'activité sexuelle était améliorée après la réalisation d'une cure de prolapsus du fait d'une meilleure perception de l'image corporelle. (47)

Impact de la préservation utérine sur le potentiel risque histologique

Envisager une conservation utérine implique de s'assurer de l'absence de risque néoplasique pour la patiente tant au niveau endométrial que cervical.

Donon et al. (48) ont établi des recommandations, basées sur une revue exhaustive de la littérature, concernant le bilan à réaliser avant traitement chirurgical du prolapsus : une échographie pelvienne évaluant l'épaisseur endométriale (seuil de détection à 5 mm chez la patiente ménopausée pouvant être légèrement augmenté en cas de traitement hormonal de la ménopause) et un frottis cervico-vaginal faisaient ainsi partie du bilan minimal à réaliser. Celui-ci pourra être complété par une biopsie endométriale ou une hystérocopie en cas de suspicion de lésion intra-utérine.

Frick et al (49), dans une étude rétrospective portant sur 644 patientes ayant bénéficié d'une chirurgie du prolapsus avec hystérectomie systématique, ont analysé les résultats histologiques des patientes selon leurs symptômes (métrorragies) et leur statut ménopausique. Parmi les 466 patientes ménopausées, 421 ne rapportaient pas de métrorragies et pourtant, 11 d'entre elles (2,6%) ont eu un diagnostic d'hyperplasie endométriale (n=10) ou de cancer de l'endomètre (n=1) sur l'analyse anatomopathologique. Concernant les patientes symptomatiques, chacune d'elle avait bénéficié d'une exploration préopératoire comportant une échographie pelvienne plus ou moins une biopsie d'endomètre. Malgré des explorations négatives, 13% d'entre elles présentaient des anomalies histologiques à type d'hyperplasie ou de cancer de l'endomètre sur l'analyse histologique définitive. Cette étude appelait à rester méfiant tant chez les patientes asymptomatiques que chez les patientes symptomatiques présentant un bilan morphologique normal (50, 51). Elle implique donc une surveillance post opératoire à long terme en cas de préservation utérine. L'incidence de ces anomalies histologiques était variable selon les auteurs avec un risque non négligeable pour certains (52) alors que d'autres retrouvaient des taux très faibles (53). A titre d'exemple, Postruznik et Mimica (54) n'objectivaient que deux lésions néoplasiques sur une série de 591 cures de prolapsus avec hystérectomie (0,3%). La réalisation

systématique d'une biopsie d'endomètre a elle aussi été discutée. Une étude française (55) n'a rapporté qu'un seul cas de cancer de l'endomètre pour 152 biopsies réalisées (0,8%) chez des patientes asymptomatiques avec une évaluation moyenne de l'épaisseur endométriale de 5,1 mm en échographie.

Concernant les lésions du col, Frick et al. (49) ont retrouvé dans leur étude 2 cas (0,3%) de lésions de CIN1 sur l'analyse de la pièce opératoire. Aucune patiente n'avait de lésions de CIN 2 ou 3. L'incidence du cancer du col dans les dix ans suivant une hystérectomie subtotale a été évaluée entre 0,11 et 0,3 % par Storm (56). Le risque de reprise pour exérèse du col restant variait de 1,5 à 22% selon les séries (57, 58) quelque soit l'indication (saignements, pertes vaginales, dyspareunies, cervicite, mucoécèle, récurrence de prolapsus). Une série rapportaient jusqu'à 52% de trachélectomies secondaires pour récurrence de prolapsus du col (59).

Impact de la caractéristique des patientes et de leur choix dans la décision de préservation

Même si les observations constatées en terme de résultats objectifs ou subjectifs et de complications pourraient influencer la prise en charge vers la réalisation d'une hystérectomie concomitante, il n'en reste pas moins que le choix des patientes est primordial (60). Celui-ci va intégrer l'information dispensée par le médecin, le risque de complication opératoire et le risque de néoplasie utérine ultérieure. Frick et al (61) rapportaient que 60% (IC95% 49-69) des patientes déclinaient la réalisation d'une hystérectomie en cas d'efficacité similaire de la procédure, même si celle-ci était recommandée par leur praticien, en particulier en cas de femme jeune, plus décisionnaire de leur prise en charge. Korbly et al. (62) rapportaient que si le praticien annonçait aux patientes des résultats anatomiques/fonctionnels identiques en cas

d'hystérectomie, 20% d'entre elles choisiraient l'hystérectomie et 36% la préservation utérine. En revanche, s'il leur annonçait une amélioration des résultats anatomiques/fonctionnels avec l'hystérectomie, uniquement 21% d'entre elles maintiendraient leur souhait de conservation utérine. Ils retrouvaient également que le choix de préservation utérine était influencé par des caractéristiques propres à chaque patiente incluant leur revenu (>80000 dollars par an) et un niveau d'étude élevé avec une préférence pour la conservation utérine dans ce contexte.

Par ailleurs, toutes les patientes présentant un prolapsus n'ont pas accompli leur projet de grossesse. La première option thérapeutique dans ce cas est de proposer la mise en place d'un pessaire dans l'attente de l'accomplissement du projet familial. En cas de prise en charge inefficace, de mauvaise tolérance du dispositif, une cure de prolapsus avec conservation utérine dont les résultats post-grossesse semblent satisfaisants (37, 60, 63). Pandeva et al. (63) rapportaient dans leur étude 8 grossesses après promontofixation avec une conception survenant dans les 6 mois à 3 ans après la chirurgie. Sept patientes ont menées leur grossesse à terme avec réalisation d'une césarienne à 38 SA permettant la naissance d'enfants de poids normaux. Une d'entre elles a présenté une fausse couche. Six patientes sur 7 (86%) avaient un prolapsus apical au stade 0 selon la classification POP-Q et un score PGII (Patient global impression of improvement) évalué « beaucoup mieux » 6 mois après l'accouchement. Une seule patiente a présenté une récurrence symptomatique de son prolapsus nécessitant la réalisation d'une périnéorraphie 3 ans après l'hystéropexie.

CONCLUSION

La réalisation d'une hystérectomie concomitante en cas de cure de prolapsus est une question d'actualité à l'heure où les patientes sont de plus en plus actrices de leurs soins. L'absence de preuve formelle de supériorité en termes de résultats anatomiques et fonctionnels implique que l'hystérectomie en cas de cure de prolapsus ne soit pas réalisée de façon systématique. Sa réalisation implique une réflexion de la part du praticien et de la patiente d'autant qu'elle augmente le taux de complications per et post opératoires (perte sanguines, temps opératoire, exposition prothétique). Cependant, la préservation utérine nécessite la réalisation d'un bilan pré-opératoire intégrant la réalisation d'un frottis cervico-vaginal chez les patientes de 25 à 65 ans ainsi qu'une échographie pelvienne afin de s'assurer de l'absence de pathologie sous jacente pouvant remettre en cause ce type de prise en charge.

Figure 1 – Flow-chart des études sélectionnées

Tableau 1 – Etudes évaluant la prise en charge des prolapsus par voie haute (laparotomie ou coelioscopie) avec ou sans conservation utérine

Légende : HT : hystérectomie, HsubT : hystérectomie subtotale, M : mois, PU : préservation utérine, SCP : sacrocolpopexie, ScerP : sacrocervicopexie, SHP : sacrohystéropexie, US : ligaments utérosacrés, vs : versus

Tableau 2 - Etudes évaluant la prise en charge des prolapsus par voie vaginale avec ou sans conservation utérine

Légende : HV : hystérectomie vaginale, M : mois, SCP : sacrocolpopexie, SSHP : sacrospinous hystéropexie, US : ligaments utérosacrés, vs : versus

Tableau 3 - Cure de prolapsus avec ou sans hystérectomie - morbidité et conséquences fonctionnelles

Légende : HT : hystérectomie totale, HsubT: hystérectomie subtotale, M : mois.

REFERENCES

1. de Oliveira SA, Bortolini MAT, Castro RA. Hysteropreservation versus hysterectomy in the surgical treatment of uterine prolapse: systematic review and meta-analyses. *Int Urogynecol J*. 2017;28(11):1763.
2. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1997;89(4):501-6.
3. Demaria F, Boquet B, Bricou A, Benifla JL. [For systematic hysterectomy during genital prolapse surgery]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2006;34(11):1084-6.
4. Lucot JP, Cosson M. [Against systematic hysterectomy during genital prolapse surgery]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2006;34(11):1087-9.
5. Veit-Rubin N, Dubuisson JB, Lange S, Eperon I, Dubuisson J. Uterus-preserving laparoscopic lateral suspension with mesh for pelvic organ prolapse: a patient-centred outcome report and video of a continuous series of 245 patients. *Int Urogynecol J*. 2016;27(3):491-3.
6. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2013;24(11):1783-90.
7. Rosen DM, Shukla A, Cario GM, Carlton MA, Chou D. Is hysterectomy necessary for laparoscopic pelvic floor repair? A prospective study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2008;15(6):729-34.
8. Ridgeway BM. Does prolapse equal hysterectomy? The role of uterine conservation in women with uterovaginal prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(6):802-9.
9. Pan K, Cao L, Ryan NA, Wang Y, Xu H. Laparoscopic sacral hysteropexy versus laparoscopic sacrocolpopexy with hysterectomy for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2016;27(1):93-101.
10. Farthmann J, Watermann D, Erbes T, Roth K, Nanovska P, Gitsch G, et al. Functional outcome after pelvic floor reconstructive surgery with or without concomitant hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;291(3):573-7.
11. Debodinance P, Fattou B, Lucot JP. [Should a hysterectomy be carried at the same time as surgery for a prolapse by vaginal route?]. *Prog Urol*. 2009;19(13):1060-73.
12. Detollenaere RJ, den Boon J, Stekelenburg J, Int'Hout J, Vierhout ME, Kluivers KB, et al. Sacrospinous hysteropexy versus vaginal hysterectomy with suspension of the uterosacral ligaments in women with uterine prolapse stage 2 or higher: multicentre randomised non-inferiority trial. *BMJ*. 2015;351:h3717.
13. Bojahr B, Tchatchian G, Waldschmidt M, Schollmeyer T, De Wilde RL. Laparoscopic sacropexy: a retrospective analysis of perioperative complications and anatomical outcomes. *JLS*. 2012;16(3):428-36.

14. Gracia M, Perello M, Bataller E, Espuna M, Parellada M, Genis D, et al. Comparison between laparoscopic sacral hysteropexy and subtotal hysterectomy plus cervicopexy in pelvic organ prolapse: A pilot study. *Neurourol Urodyn*. 2015;34(7):654-8.
15. Fatton B, Wagner L, Delmas V, Haab F, Costa P. [The role of hysterectomy during the repair of prolapse by promonotofixation]. *Prog Urol*. 2009;19(13):1006-13.
16. Marschalek J, Trofaier ML, Yerlikaya G, Hanzal E, Koelbl H, Ott J, et al. Anatomic outcomes after pelvic-organ-prolapse surgery: comparing uterine preservation with hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;183:33-6.
17. Maher CF, Baessler KK, Barber MD, Cheong C, Consten ECJ, Cooper KG, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse. *Climacteric*. 2018:1-7.
18. Maher CF, Cary MP, Slack MC, Murray CJ, Milligan M, Schluter P. Uterine preservation or hysterectomy at sacrospinous colpopexy for uterovaginal prolapse? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2001;12(6):381-4; discussion 4-5.
19. Roovers JP, van der Bom JG, van der Vaart CH, van Leeuwen JH, Scholten PC, Heintz AP. A randomized comparison of post-operative pain, quality of life, and physical performance during the first 6 weeks after abdominal or vaginal surgical correction of descensus uteri. *Neurourol Urodyn*. 2005;24(4):334-40.
20. Carramao S, Auge AP, Pacetta AM, Duarte E, Ayrosa P, Lemos NL, et al. [A randomized comparison of two vaginal procedures for the treatment of uterine prolapse using polypropylene mesh: hysteropexy versus hysterectomy]. *Rev Col Bras Cir*. 2009;36(1):65-72.
21. Rahmanou P, Price N, Jackson SR. Laparoscopic hysteropexy versus vaginal hysterectomy for the treatment of uterovaginal prolapse: a prospective randomized pilot study. *Int Urogynecol J*. 2015;26(11):1687-94.
22. Romanzi LJ, Tyagi R. Hysteropexy compared to hysterectomy for uterine prolapse surgery: does durability differ? *Int Urogynecol J*. 2012;23(5):625-31.
23. Cayrac M, Warembourg S, Le Normand L, Fatton B. [Does hysterectomy modifies the anatomical and functional outcomes of prolapse surgery?: Clinical Practice Guidelines]. *Prog Urol*. 2016;26 Suppl 1:S73-88.
24. Meriwether KV, Antosh DD, Olivera CK, Kim-Fine S, Balk EM, Murphy M, et al. Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(2):129-46 e2.
25. Bensinger G, Lind L, Lesser M, Guess M, Winkler HA. Abdominal sacral suspensions: analysis of complications using permanent mesh. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(6):2094-8.
26. Le Normand L, Cosson M, Cour F, Deffieux X, Donon L, Ferry P, et al. Clinical Practice Guidelines: Synthesis of the guidelines for the surgical treatment of primary pelvic

organ prolapse in women by the AFU, CNGOF, SIFUD-PP, SNFCP, and SCGP. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2017;46(5):387-91.

27. Veit-Rubin N, Dubuisson J, Constantin F, Lange S, Eperon I, Gomel V, et al. Uterus preservation is superior to hysterectomy when performing laparoscopic lateral suspension with mesh. *Int Urogynecol J.* 2019;30(4):557-64.

28. Meriwether KV, Balk EM, Antosh DD, Olivera CK, Kim-Fine S, Murphy M, et al. Uterine-preserving surgeries for the repair of pelvic organ prolapse: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *Int Urogynecol J.* 2019;30(4):505-22.

29. Costantini E, Mearini L, Bini V, Zucchi A, Mearini E, Porena M. Uterus preservation in surgical correction of urogenital prolapse. *Eur Urol.* 2005;48(4):642-9.

30. Hefni M, El-Toukhy T, Bhaumik J, Katsimanis E. Sacrospinous cervicocolpopexy with uterine conservation for uterovaginal prolapse in elderly women: an evolving concept. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(3):645-50.

31. Dallas K, Elliott CS, Syan R, Sohlberg E, Enemchukwu E, Rogo-Gupta L. Association Between Concomitant Hysterectomy and Repeat Surgery for Pelvic Organ Prolapse Repair in a Cohort of Nearly 100,000 Women. *Obstet Gynecol.* 2018;132(6):1328-36.

32. Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BW, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(8):CD003677.

33. Dietz V, van der Vaart CH, van der Graaf Y, Heintz P, Schraffordt Koops SE. One-year follow-up after sacrospinous hysteropexy and vaginal hysterectomy for uterine descent: a randomized study. *Int Urogynecol J.* 2010;21(2):209-16.

34. Brizzolara S, Pillai-Allen A. Risk of mesh erosion with sacral colpopexy and concurrent hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2003;102(2):306-10.

35. Culligan PJ, Murphy M, Blackwell L, Hammons G, Graham C, Heit MH. Long-term success of abdominal sacral colpopexy using synthetic mesh. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(6):1473-80; discussion 81-2.

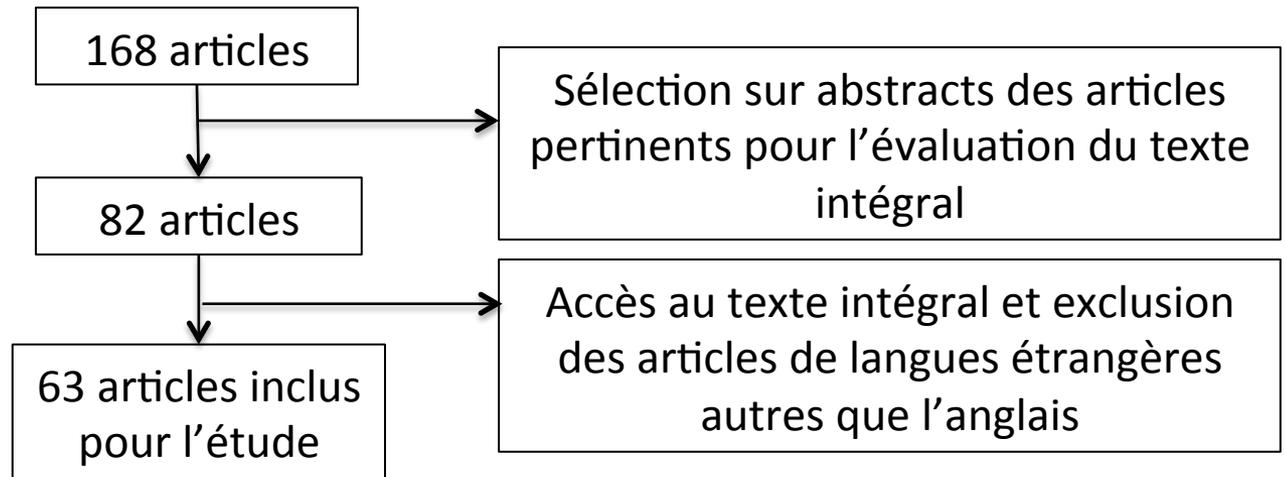
36. Deng T, Liao B, Luo D, Shen H, Wang K. Risk factors for mesh erosion after female pelvic floor reconstructive surgery: a systematic review and meta-analysis. *BJU Int.* 2016;117(2):323-43.

37. Gutman R, Maher C. Uterine-preserving POP surgery. *Int Urogynecol J.* 2013;24(11):1803-13.

38. Belot F, Collinet P, Debodinance P, Ha Duc E, Lucot JP, Cosson M. [Risk factors for prosthesis exposure in treatment of genital prolapse via the vaginal approach]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2005;33(12):970-4.

39. Collinet P, Belot F, Debodinance P, Ha Duc E, Lucot JP, Cosson M. Transvaginal mesh technique for pelvic organ prolapse repair: mesh exposure management and risk factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006;17(4):315-20.
40. van der Vaart CH, van der Bom JG, de Leeuw JR, Roovers JP, Heintz AP. The contribution of hysterectomy to the occurrence of urge and stress urinary incontinence symptoms. *BJOG.* 2002;109(2):149-54.
41. Ganatra AM, Rozet F, Sanchez-Salas R, Barret E, Galiano M, Cathelineau X, et al. The current status of laparoscopic sacrocolpopexy: a review. *Eur Urol.* 2009;55(5):1089-103.
42. Aslam MF, Gregory WT, Osmundsen B. Effect of sacrocolpopexy and retropubic sling on overactive bladder symptoms. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2017;18(1):9-14.
43. Pauls RN, Berman JR. Impact of pelvic floor disorders and prolapse on female sexual function and response. *Urol Clin North Am.* 2002;29(3):677-83.
44. Costantini E, Porena M, Lazzeri M, Mearini L, Bini V, Zucchi A. Changes in female sexual function after pelvic organ prolapse repair: role of hysterectomy. *Int Urogynecol J.* 2013;24(9):1481-7.
45. Gorlero F, Lijoi D, Biamonti M, Lorenzi P, Pulle A, Dellacasa I, et al. Hysterectomy and women satisfaction: total versus subtotal technique. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;278(5):405-10.
46. Handa VL, Zyczynski HM, Brubaker L, Nygaard I, Janz NK, Richter HE, et al. Sexual function before and after sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(6):629 e1-6.
47. Lowenstein L, Gamble T, Sanses TV, van Raalte H, Carberry C, Jakus S, et al. Changes in sexual function after treatment for prolapse are related to the improvement in body image perception. *J Sex Med.* 2010;7(2 Pt 2):1023-8.
48. Donon L, Warembourg S, Lapray JF, Cortesse A, Hermieu JF, Fatton B, et al. [Assessment before surgical treatment for pelvic organ prolapse: Clinical practice guidelines]. *Prog Urol.* 2016;26 Suppl 1:S8-S26.
49. Frick AC, Walters MD, Larkin KS, Barber MD. Risk of unanticipated abnormal gynecologic pathology at the time of hysterectomy for uterovaginal prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(5):507 e1-4.
50. Mansoor A, Campagne S, Cornou C, Goujon N, Cerisier S, Savary D, et al. [Is hysterectomy required during vaginal reconstructive pelvic surgery? About histopathological results]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2013;41(2):80-4.
51. Ramm O, Gleason JL, Segal S, Antosh DD, Kenton KS. Utility of preoperative endometrial assessment in asymptomatic women undergoing hysterectomy for pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2012;23(7):913-7.

52. Yin H, Mittal K. Incidental findings in uterine prolapse specimen: frequency and implications. *Int J Gynecol Pathol.* 2004;23(1):26-8.
53. Parsons LHP, Pedersen R, Richardson DL, Kho KA. The prevalence of occult endometrial cancer in women undergoing hysterectomy for benign indications. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;223:108-12.
54. Postruznik S, Mimica I. [Is uterine excision indicated in uterine prolapse?]. *Zentralbl Gynakol.* 1977;99(7):419-21.
55. Bohoussou E, Adjoussou SA, Letouzey V, Fatton B, de Tayrac R. [Should we perform intra-operative endometrial biopsy during pelvic reconstructive surgery with uterine preservation?]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2014;43(1):40-5.
56. Storm HH, Clemmensen IH, Manders T, Brinton LA. Supravaginal uterine amputation in Denmark 1978-1988 and risk of cancer. *Gynecol Oncol.* 1992;45(2):198-201.
57. Gimbel H, Zobbe V, Andersen BM, Filtenborg T, Gluud C, Tabor A. Randomised controlled trial of total compared with subtotal hysterectomy with one-year follow up results. *BJOG.* 2003;110(12):1088-98.
58. Okaro EO, Jones KD, Sutton C. Long term outcome following laparoscopic supracervical hysterectomy. *BJOG.* 2001;108(10):1017-20.
59. Hilger WS, Pizarro AR, Magrina JF. Removal of the retained cervical stump. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(6):2117-21.
60. Anglim B, O'Sullivan O, O'Reilly B. How do patients and surgeons decide on uterine preservation or hysterectomy in apical prolapse? *Int Urogynecol J.* 2018;29(8):1075-9.
61. Frick AC, Barber MD, Paraiso MF, Ridgeway B, Jelovsek JE, Walters MD. Attitudes toward hysterectomy in women undergoing evaluation for uterovaginal prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2013;19(2):103-9.
62. Korbly NB, Kassis NC, Good MM, Richardson ML, Book NM, Yip S, et al. Patient preferences for uterine preservation and hysterectomy in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(5):470 e1-6.
63. Pandeva I, Mistry M, Fayyad A. Efficacy and pregnancy outcomes of laparoscopic single sheet mesh sacrohysteropexy. *Neurourol Urodyn.* 2017;36(3):787-93.



- 3 méta-analyses
- 8 essais prospectifs randomisés
- 2 études de cohorte prospectives
- 8 essais prospectifs observationnels
- 25 études de cohorte rétrospectives
- 17 revues de la littérature

Tableau 1 – Etudes évaluant la prise en charge des prolapsus par voie haute (laparotomie ou cœlioscopie) avec ou sans conservation utérine

Auteur	Année	Type d'étude	Nombre de patientes	Intervention	Critère de jugement principal	Résultats	Durée de suivi
Culligan et al. (35)	2002	étude rétrospective comparative	234 et 11 avec HT	SCP vs SCP + HT	déterminer la durée minimale significative d'étude requise pour les essais prospectifs incluant la SCP	faire suivi entre 1 et 2 ans pour les essais prospectifs	4 ans
Brizzolara et al. (34)	2003	étude rétrospective comparative	64 et 60 avec HT	SCP ou SCP + HT	examiner les complications à court et à long terme liées aux prothèses chez les femmes subissant une SCP avec HT concomitante versus femmes ayant déjà subi une HT antérieure à la SCP	pas de différence significative entre les 2 groupes	40 M
Roovers et al. (19)	2004	essai contrôlé randomisé	82 (dont 41 PU)	SHP par laparotomie vs HT vaginale et suspension US et ligaments cardinaux	Comparer les effets de l'HT vaginale (associée à une colporraphie antérieure et/ou postérieure) et de la SHP par laparotomie sur la fonction urogénitale.	urogenital distress inventory (UDI) scores significativement plus élevés dans le groupe abdominal que dans le groupe vaginal	1 an
Bensinger et al. (25)	2005	étude rétrospective comparative	49 35 37	HT + SCP vs Vaginopexie isolée vs H subT + ScerP	comparer les taux d'érosion prothétique chez les femmes ayant subi une SCP avec l'HsubT concomitante vs HT par laparo concomitante vs antécédents d'HT par laparotomie.	plus d'érosion dans le groupe avec HT par laparo (p=0,039)	15 M
Rosen et al. (7)	2008	étude prospective comparative	64 (dont 32 PU)	Suspension des US avec PU vs HT et suspension des US par coelio	évaluer si HT concomitante lors de la cure de prolapsus a un impact à court et à long terme	pas de différence significative entre les 2 groupes	24 M
Bojahr et al. (13)	2012	étude rétrospective comparative	30 PU 67 213	SHP par coelio vs HT et SCP par coelio vs SCerP avec prothèse	évaluer les résultats chirurgicaux et les complications de la sacropexie laparoscopique en fonction du point d'attache de la prothèse: vaginal, col et face postérieure du col en cas de PU	Pas de différence significative entre les groupes pour la récurrence des cystocèles, plus de rectocèles (P <0,05) dans le groupe fixation vaginale.	9 M
Costantini et al. (44)	2013	étude rétrospective comparative	68 (dont 32 PU)	SHP avec prothèse par laparotomie vs HT par laparotomie et SCP avec prothèse	évaluer l'impact de la PU après cure prolapsus sur la fonction sexuelle	amélioration significative de la fonction sexuelle dans les 2 groupes	12 M
Rahmanou et al. (21)	2013	essai contrôlé randomisé	100 (dont 50 PU)	SHP avec prothèse par coelio vs HT par voie vaginale et fixation au ligament sacroépineux	comparer l'hystéropexie laparoscopique à l'HT vaginale pour la prise en charge chirurgicale du prolapsus utérin	hystéropexie = alternative chirurgicale vs l'HT vaginale avec un risque similaire de reprise de la chirurgie apicale à 1 an	12 M
Gracia et al. (14)	2015	étude prospective comparative	45 (dont 15 PU)	SHP avec prothèse par coelio ou robot vs HsubT et SCerP avec prothèse par coelio	évaluer les taux de réussite subjectifs de 2 techniques opératoires par laparoscopie	Le taux de réussite globale était significativement plus élevé dans le groupe HsubT+ SCerP par rapport au groupe SHP (p=0,001)	12 M
Pan et al. (9)	2016	étude rétrospective comparative	99 (dont 65 PU)	SHP avec prothèse par coelio vs HT et SCP avec prothèse par coelio	comparer les résultats subjectifs et objectifs et les complications entre SHP laparoscopique et la SCP + HT laparoscopique	le taux de satisfaction subjective était significativement plus élevé dans la cohorte HT+ SCP (92,3% vs 100%; p <0,001)	33 M

HT : hystérectomie, HsubT : hystérectomie subtotale, M : mois, PU : préservation utérine, SCP : sacrocolpopexie, ScerP : sacrocervicopexie, SHP : sacrohystéropexie, US : ligaments utérosacrés, vs : versus

Tableau 2- Etudes évaluant la prise en charge des prolapsus par voie vaginale avec ou sans conservation utérine

Auteur	Année	Type d'étude	Nombre de patientes	Intervention	Critère de jugement principal	Résultats	Durée de suivi
Maher et al. (18)	2001	étude rétrospective comparative	70 (dont 34 PU)	SHP vs HV + SCP	comparer les résultats subjectifs et objectifs en cas de cure de prolapsus avec et sans hystérectomie vaginale lors de la sacropexie	pas de différence significative en terme de résultats subjectifs (p = 0,70) et objectifs (p=1)	26 M
Hefni et al. (30)	2003	étude prospective comparative	109 (dont 61 PU)	SSHP vs HV et colposuspension au ligament sacro-épineux	évaluer l'efficacité de la cervicocolpopexie vs SSHP chez les femmes de plus de 60 ans	pas de différence significative d'efficacité entre les 2 groupes (93,5% and 95,9% p=0,6)	24 M
Carramao et al. (20)	2009	essai prospectif randomisé	31 (dont 16 PU)	SSHP avec prothèse vs HV et SCP avec prothèse	Comparer la morbidité, le temps opératoire et les résultats anatomiques entre l'HV et PU	Le taux de réussite objective était de 86,67% dans le groupe HV et de 75% dans le groupe PU (p =0,667)	9 M
Dietz et al. (33)	2010	essai prospectif randomisé	66 (35 PU)	SSHP vs HV et suspension des US	Comparer le temps de récupération après la chirurgie en cas d'HT ou non	La durée de retour au travail était plus courte après une hystéropexie (43 jours contre 66 jours, p = 0,02)	12 M
Romanzi et al. (22)	2012	étude rétrospective comparative	200 (dont 100 PU)	Plastie des US	évaluer l'impact de l'hystérectomie sur la durabilité de la réparation du prolapsus utérin en comparant l'hystérectomie/suspension utéro-sacrée (VH) vs hystéropexie	pas de différence significative d'efficacité entre les 2 groupes (96,0% contre 96,8%, p=0,90)	24 M
Marschalek et al. (16)	2014	étude rétrospective comparative	96 (dont 21 PU)	SSHP vs HV et colposuspension aux US ou au ligament sacro-épineux	comparer les résultats anatomiques chez les patientes avec et sans préservation de l'utérus	Les prolapsus récurrents symptomatiques étaient significativement plus fréquents dans le groupe PU (23,8% vs 6,7%; p = 0,023)	6 M
Detollenaere et al. (12)	2015	essai prospectif randomisé	208 (103 PU)	SSHP vs HV et suspension des US	Déterminer si SSHP n'est pas inférieure à l'HV avec suspension des US dans le traitement chirurgical du prolapsus utérin	absence de différence significative entre les 2 groupes (différence -4% IC95%(-9% à 0,7%))	12M
Farthmann et al. (10)	2015	étude rétrospective comparative	196 (dont 72 PU)	SSHP avec ou sans prothèse vs différentes approches de cure de prolapsus avec hystérectomie	comparer le résultat subjectif après la chirurgie chez les patientes avec ou sans hystérectomie concomitante.	absence de différence significative entre les 2 groupes mais score de satisfaction supérieur dans le groupe PU	67 M

HV : hystérectomie vaginale, M : mois, SCP : sacrocolpopexie, SSHP : sacrospinous hystéropexie, US : ligaments utérosacrés, vs : versus

Tableau 3- Cure de prolapsus avec ou sans hystérectomie - morbidité et conséquence fonctionnelle

Auteur	Année	Type d'étude	Intervention	Nombre de patientes	Durée opératoire (min)	Pertes sanguines (mL)	Incontinence urinaire	Fonction sexuelle	Exposition de prothèse	Réintervention pour prolapsus	Durée de suivi
Maher et al. (18)	2001	étude rétrospective comparative	avec HT sans HT	36 34	91 (p<0,01) 59	402 (p<0,01) 198	2 IUE 1 IUE	3% dyspareunie 7% dyspareunie	-	-	26 M
Culligan et al.(35)	2002	étude rétrospective comparative	avec HT sans HT	11 234	-	328	-	-	3 (27,3%) 3 (1,3%)	-	4 ans
Hefni et al. (30)	2003	étude prospective comparative	avec HT sans HT	48 61	77 (p<0,01) 51	135 (p<0,01) 46	0 0	1 synéchie vaginale 1 introit étroit	- -	4,10% 4,90%	24 M
Brizzolara et al. (34)	2003	étude rétrospective comparative	avec HT sans HT	60 64	-	-	-	-	1/124 (0,8%)	-	40 M
Roovers et al. (19)	2004	essai prospectif randomisé	avec HT sans HT	41 41	107 97	248 244	OR=6 (IC95% -2,0 à 14,0)	-	-	-	1 an
Costantini et al. (29)	2005	rétrospective	HT	38	-	-	-	-	3 (7,8%)	-	
Bensinger et al. (25)	2005	étude rétrospective comparative	avec HT HT antérieure avec HsubT	49 35 37	-	-	-	-	4 (p=0,039) 0 0	-	15 M
Rosen et al. (7)	2008	étude prospective comparative	avec HT sans HT	32 32	150 (p<0,01) 115	110 (P<0,05) 100	-	-	-	-	24 M
Carramao et al. (20)	2009	essai prospectif randomisé	avec HT sans HT	15 16	120 (p<0,01) 59	120 (p<0,01) 20	-	-	-	-	9 M
Dietz et al. (33)	2010	essai prospectif randomisé	avec HT sans HT	31 35	-	-	8 (p=1) 6	-	-	7% 11%	12 M
Bojahr et al. (13)	2012	étude rétrospective comparative	prothèse + PU prothèse / vagin prothèse / col	30 67 213	110 112 121	-	diminution de l'IU après chir (p<0,05)	-	-	7% 6% 4%	9 M
Rahmanou et al. (21)	2013	essai contrôlé randomisé	hystéropexie HT vaginale	50 50	39,5 (p<0,001) 28,1	19,6 (p<0,001) 82,1	-	-	-	6% 14%	12 M
Detollenaere et al. (12)	2015	essai prospectif randomisé	avec HT sans HT	105 103	72 59	209 202	3,9 % de chirurgie de l'incontinence à 12M 1 % de chirurgie de l'incontinence à 12M	Moyenne PISQ 12 à 12M = 37 Moyenne PISQ 12 à 12M = 37	-	3,90% 0,98%	12 M
Gracia et al. (14)	2015	étude prospective comparative	avec HsubT sans HT	45 15	123 98	1,86 g/dl 1,22 g/dl	-	0 0	0 0	-	12 M
Pan et al. (9)	2016	étude rétrospective comparative	avec HT sans HT	34 65	128 (p<0,001) 95	86 (p<0,001) 52	PFDI = 0,62 (p=0,02) PFDI = 2,28	-	-	0 1,54%	33 M

HT : hystérectomie totale, HsubT: hystérectomie subtotale, M : mois.