

## Résultats anatomiques et fonctionnels après cure chirurgicale de prolapsus uro-génital : étude prospective. A propos de 93 cas

Nabil Mathlouthi, Jihene Elloumi, Haikel Trabelsi, Issam Ben Ali, Mohamed Dhouib, Kaies Chaabene, Habib Amouri, Belhassen Ben Ayed, Mohamed Guermazi

Service de Gynécologie Obstétrique. Hôpital Hédi Chaker, Sfax. Tunisie  
Université de Sfax

*N. Mathlouthi, J. Elloumi, H. Trabelsi, I. Ben Ali, M. Dhouib, K. Chaabene, H. Amouri, B. Ben Ayed, M. Guermazi*

*N. Mathlouthi, J. Elloumi, H. Trabelsi, I. Ben Ali, M. Dhouib, K. Chaabene, H. Amouri, B. Ben Ayed, M. Guermazi*

Résultats anatomiques et fonctionnels après cure chirurgicale de prolapsus uro-génital : étude prospective. A propos de 93 cas

Anatomic and functional results after surgical treatment of urogenital prolapse: prospective study about 93 cases

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°12) : 896 - 901

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°12) : 896 - 901

### RÉSUMÉ

**Prérequis :** Le prolapsus urogénital est une pathologie fréquente en gynécologie. Plusieurs techniques opératoires ont été proposées dans la prise en charge de cette pathologie.

**But :** Evaluer les résultats anatomiques et fonctionnels de la chirurgie de prolapsus génital par voie basse et voie haute.

**Méthodes :** Etude prospective concernant 93 patientes opérées pour prolapsus urogénital (50 par voie haute, et 43 par voie basse) dans le service de gynécologie obstétrique de Sfax. Les résultats anatomiques et la satisfaction post opératoire des patientes ont été évalués. La qualité de vie a été estimée à l'aide des versions françaises des questionnaires Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI 20), Pelvic Floor Impact Questionnaire (PISQ 7).

**Résultats :** L'âge moyen de nos patientes était de 59 ans. 85,9% de notre population était constituée de femmes ménopausées. Après un suivi moyen de 28,7 mois, sur le plan anatomique on a noté un taux de succès en faveur de la cure de prolapsus par voie haute de 82% contre 72,1% pour la voie basse (différence non significative  $P=0,45$ ). Pour les prolapsus de grades 1 et 2, le traitement chirurgical par voie haute et basse a permis de corriger tous les éléments de prolapsus. Pour les prolapsus de grades 3 et 4, la chirurgie par voie haute a permis d'obtenir un résultat anatomique satisfaisant dans 86%, alors que la voie basse a permis d'obtenir un résultat significatif dans 76,5%, et les récidives ont intéressé surtout l'étage antérieur. Le questionnaire PFDI 20 a montré une amélioration de la qualité de vie après la chirurgie de façon significative dans les deux groupes ( $p < 0,003$ ). L'amélioration du PFDI 20 était plus significative après chirurgie par voie haute par rapport à la chirurgie par voie basse ( $p < 0,002$ ). Concernant le PFIQ 7, une amélioration de la qualité de vie a été observée après le traitement chirurgical sans différence significative entre les deux groupes.

**Conclusion :** Le traitement du prolapsus urogénital reste essentiellement chirurgical et repose sur une chirurgie reconstructrice de restauration anatomique et aussi sur une chirurgie fonctionnelle dans le but d'améliorer la qualité de vie des patientes.

### SUMMARY

**Background :** genital prolapse is a frequent disease several techniques were described

**Aim:** To evaluate the anatomical and functional results of surgery for genital prolapse by vaginal and abdominal approach.

**Methods:** Prospective study on 93 patients operated for urogenital prolapse (50 by high and 43 vaginal approach) in the department of obstetrics and gynecology of Sfax. Anatomic results and postoperative patient satisfaction was assessed. Quality of life was assessed using the French versions of the questionnaires Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI 20), Pelvic Floor Impact Questionnaire (PISQ 7).

**Results:** The mean age of patients was 59 years. 85.9% of our population consisted of postmenopausal women. The results of the postoperative visit, after a mean of 28.7 months, showed about the anatomical level, a success rate for the treatment of prolapse by high 82% against 72.1% for vaginal delivery, but the difference is not significant ( $P = 0.45$ ). For prolapse of grades 1 and 2, surgical treatment by high and low has corrected all the elements of prolapse. For prolapse of grades 3 and 4, high surgery has resulted in a satisfactory anatomical result in 86%, while the lower channel yielded a significant result in 76.5%, and recurrence were interested mainly the anterior stage. The questionnaire PFDI 20, showed an improvement in the quality of life after surgery significantly in both groups ( $p < 0.003$ ). The improvement was more significant PFDI 20 after surgery by high versus vaginal surgery ( $p < 0.002$ ). Regarding PFIQ 7, improved quality of life was observed after surgery without significant differences between the two groups.

**Conclusion:** The treatment of urogenital prolapse is mainly based on surgical and reconstructive surgery to restore anatomical and functional surgery also in order to improve the quality of life of patients.

### Mots-clés

Prolapsus uro-génital ; Incontinence urinaire d'effort ; Résultat anatomique ; Résultat fonctionnel

### Key-words

Urogenital prolapse, Stress urinary incontinence, Anatomic results, Functional results.

Le prolapsus uro-génital est une pathologie fréquente en gynécologie, comprenant plusieurs symptômes incluant l'incontinence urinaire, l'incontinence anale, les symptômes du prolapsus génital, les difficultés mictionnelles, les difficultés d'exonération et les troubles de la sexualité. Il existe de nombreuses techniques chirurgicales proposées pour corriger le prolapsus génital et l'incontinence urinaire associée. Ces techniques chirurgicales se résument globalement en deux groupes : la voie vaginale qui réalise un soutènement des organes pelviens associée souvent à une hystérectomie vaginale et à une sacro-spino fixation pour prévenir le prolapsus du dôme vaginal ; et la voie abdominale qui réalise une suspension du col utérin et du vagin par prothèse. Ces différentes techniques n'ont cessé d'évoluer avec la connaissance des mécanismes physiopathologiques et l'apparition de nouveaux matériaux prothétiques. Cependant de nombreuses études ont démontré que le traitement chirurgical d'un de ces symptômes peut améliorer, aggraver ou même prédisposer à un autre [1]. Ces troubles de la statique pelvienne sont rarement responsables de morbidité sévère ou de mortalité. La répercussion sur la qualité de vie et sur la sexualité de ces différents types de chirurgie sont des paramètres moins bien abordés dans la littérature [2]. Et il existe peu d'études comparant les résultats anatomiques et fonctionnels au sein d'une même équipe différentes techniques. Pour une telle évaluation il est indispensable d'avoir des moyens de mesure du retentissement des troubles de prolapsus sur la qualité de vie. De tels moyens d'évaluation vont permettre d'adapter le traitement chirurgical en fonction de la gêne fonctionnelle et d'évaluer l'efficacité et la tolérance des différentes procédures chirurgicales. Plusieurs questionnaires ont été développés. En particulier deux questionnaires validés et publiés concernant l'évaluation des symptômes et la qualité de vie dans le prolapsus génito-urinaire : le Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI) et le Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ). Ces questionnaires ont été développés par Barber et al et publiés et validés en 2001[3]. Des versions courtes PFDI-20 et PFIQ-7 ont été développées et validées d'abord en anglais puis en français [4].

L'objectif de cette étude prospective est d'évaluer les résultats anatomiques, fonctionnels et la qualité de vie après cure de prolapsus urogénital chez deux groupes de patientes l'un opéré par voie haute et l'autre groupe par voie basse.

## PATIENTES ET MÉTHODES

Nous avons entrepris une étude prospective analytique à partir de 93 observations de prolapsus génitaux traités chirurgicalement par trois chirurgiens de la même équipe utilisant la même stratégie thérapeutique, entre janvier 2008 et décembre 2009 au service de gynécologie obstétrique au CHU Hédi Chaker de Sfax. Cinquante patientes ont été opérées par voie haute et 43 patientes par voie basse. La décision du type d'intervention n'était pas randomisée et correspondait au choix du chirurgien en fonction des données cliniques de la patiente. Toutes nos patientes ont été examinées par un gynécologue expérimenté pour évaluer le stade du prolapsus génital en

utilisant la classification de Baden et Walker. Devant toute symptomatologie urinaire un bilan urodynamique était réalisé. Toutes nos patientes disposaient d'un frottis cervico vaginal récent, d'une échographie pelvienne, d'un examen cytobactériologique des urines, une consultation de pré anesthésie et d'une mammographie récente avant toute intervention chirurgicale.

La voie basse est souvent privilégiée chez les patientes âgées et en moins bon état général, avec un prolapsus à prédominance postérieure, alors que la voie haute est plus retenue chez les patientes jeunes avec un prolapsus prédominant sur les étages antérieurs et médians.

Les interventions chirurgicales par voie haute ont été pratiquées sous anesthésie générale. L'abord est fait par incision de pfannenstiel. Une hystérectomie totale est pratiquée, et une promontofixation est réalisée à l'aide de deux prothèses antérieure et postérieure de Mersylène. La promontofixation peut être associée à une colposuspension de type Burch en cas d'incontinence urinaire d'effort, ou à une myorrhaphie des muscles releveurs de l'anus par voie basse dans un deuxième temps.

Par voie basse on réalise une plastie vaginale antérieure, une hystérectomie vaginale et plastie vaginale postérieure associée à une myorrhaphie des releveurs. Une sacrospinofixation selon Richter est pratiquée de façon systématique. En cas d'incontinence urinaire d'effort une autoplastie vaginale de Bologna est souvent pratiquée en l'absence de prothèses pour la voie transobturatrice (TOT).

Un interrogatoire est réalisé lors de l'hospitalisation de la patiente pour évaluer la gêne fonctionnelle avant la chirurgie. Cet interrogatoire a été mené par le même médecin. Après l'intervention chirurgicale, les patientes ont été vues à la consultation externe 1 mois après l'intervention chirurgicale, puis tous les 3 mois. Les patientes qui se sont absentes à leurs rendez vus ont été contactées au téléphone.

Nous nous sommes intéressés à l'étude des résultats anatomiques et fonctionnels avant et après le traitement chirurgical. A chaque visite, un interrogatoire spécifique détaillé a été réalisé, en particulier sur le retentissement fonctionnel urinaire, sexuel, digestif et leur degré de satisfaction de l'intervention pratiquée chez elles, ainsi qu'un examen clinique gynécologique. Sur le plan anatomique les résultats ont été évalués par l'examen clinique, il a été jugé comme :

- Satisfaisant si l'élément anatomique prolapsé traité a retrouvé une situation normale, c'est-à-dire, un grade inférieur ou égal à 1 de la classification de Baden et Walker [5] avant le traitement chirurgical.
- Moyen si l'élément considéré a retrouvé une situation de grade 2 non symptomatique.
- Insuffisant, si l'élément considéré a retrouvé une situation de grade supérieur à 1 et/ou la récurrence d'un prolapsus symptomatique, il correspond ainsi soit à une anomalie persistante ou à une apparition de novo.

La qualité de vie a été évaluée en utilisant la version française du Pelvic Floor Distress Inventory en utilisant le questionnaire court (PFDI 20). Le deuxième questionnaire utilisé est la

traduction française du Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ 7)

Le PFDI-20 est un questionnaire sur les symptômes de prolapsus. Il est constitué de trois sous-groupes de questions cotées de 0 à 100 : Urinary Distress Inventory (UDI 6), Colo-Rectal and Anal Distress Inventory (CRADI 8) et Pelvic Organ Prolaps Distress Inventory (POPDI 6). Le questionnaire est constitué de 20 questions traitant des symptômes urinaires (7 questions), des symptômes digestifs (9 questions) et des symptômes directement en rapport avec le prolapsus (4 questions). Pour chaque question relative à un symptôme, il existe quatre niveaux de gêne fonctionnelle de 1 à 4. Dans chaque groupe de questions, il existe 3 ou 4 échelles permettant d'établir pour chacune d'elle un score chiffré. La somme de ces scores donne un score global exprimé sur 300.

Le PFIQ-7 est un questionnaire sur le retentissement social du prolapsus. Il comporte trois sous-groupes de questions côté chacun sur 100 : Urinary Impact Questionnaire (UIQ 7), Colo-Rectal and Anal Impact Questionnaire (CRAIQ 7) et Pelvic Organ Prolaps Impact Questionnaire (POPIQ 7). Ce questionnaire est constitué de 7 questions, chaque question traitant du retentissement des symptômes urinaires, des symptômes digestifs et des symptômes directement en rapport avec le prolapsus. Pour chaque question relative à un symptôme, il existe quatre niveaux de gêne fonctionnelle de 1 (pas du tout) à 4 (souvent). Dans chaque groupe de questions, il existe quatre échelles permettant d'établir pour chacune d'elle un score chiffré. La somme de ces scores donne un score global sur 300.

S'adressant souvent à des femmes âgées, ne maîtrisant pas la langue française, et parfois analphabètes, un médecin explique et repose les questions en langue locale à ces patientes.

Dans la réalisation de ce travail on a trouvé peu de séries évaluant la qualité de vie après chirurgie de prolapsus génital utilisant des questionnaires et encore moins des études comparant la voie haute à la voie basse.

Les données ont été saisies et analysées au moyen du logiciel SPSS version 11.0 pour Windows. Lors de l'étude analytique, un test X<sup>2</sup> a été utilisé pour les variables qualitatives et un test de Fischer pour les variables quantitatives. Les résultats sont significatifs pour une valeur de p<0,05.

## RESULTATS

L'âge moyen de nos patientes était de 61.3 ans, avec des extrêmes allant de 45 à 77 ans, la plus forte incidence de prolapsus se situe dans la tranche d'âge entre 60 et 70 ans. 94% de nos patientes étaient ménopausées. 83,9% de nos patientes étaient des multipares (Parité ≥ 3) et 36,4% de nos patientes ont eu un accouchement à domicile. Un antécédent de macrosomie fœtale (poids de naissance ≥ 4kg) a été rapporté dans 10,5% des cas. L'association hernie et prolapsus est relativement fréquente dans notre série, elle a été retrouvée chez 11,2% de nos patientes. 27,9% de nos patientes étaient des femmes obèses avec un index de masse corporelle > 30 Kg/m<sup>2</sup>. 3,5% de nos patientes étaient suivies pour bronchite chronique et 4,7% se

plaignaient d'une constipation. Les principales caractéristiques générales des patientes en fonction de type de chirurgie sont résumées dans le tableau 1.

**Tableau 1 :** Caractéristiques générales des populations étudiées

	Voie haute (n=50)	Voie basse (n=43)	p
Age	60.3%	68.7%	<0.05
Gestité moyenne	4.2	4.8	NS
Parité moyenne	3.8	3.5	NS
Index de masse corporelle	26.3	27.9	NS
Poids de naissance >4Kg	10%	11%	NS
Ménopause	86%	98%	NS
Grade du prolapsus avant chirurgie			
≤ 2	30%	21%	NS
≥3	70%	79%	NS
Grade du prolapsus après chirurgie			
0	82%	72.1%	P=0.045
1	18%	24%	NS
Fuite urinaire			
Avant chirurgie	35/50	22/44	NS
Après chirurgie	15/50	10/43	NS

NS : non significatif

Les principaux signes fonctionnels ayant motivé la consultation sont résumés dans le tableau 2. La quantification du prolapsus est résumée dans le tableau 3.

**Tableau 2 :** Signes fonctionnels d'appel du prolapsus

	Nombre (cas)	Pourcentage (%)
Algies et pesanteurs pelviennes	76	81.7
Sensation de boule vaginale	61	65.6
Incontinence urinaire d'effort	52	55.9
Dysurie	21	22.6
Pollakiurie	24	25.8
Besoins impérieux	8	8.6
Gêne sexuelle	41	44
Troubles rectaux	2	2.1

**Tableau 3 :** Classification des éléments du prolapsus avant la chirurgie

	Grade 0		Grade 1		Grade 2		Grade 3		Grade 4	
	VH	VB								
Cystocèle	4	2	2	5	24	15	19	18	1	3
Hystérocèle	2	1	5	5	25	14	17	20	1	3
Rectocèle	5	3	8	12	11	15	10	13	0	0
Elytrocèle	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0

VH : chirurgie par voie haute ; VB : chirurgie par voie basse

L'épreuve urodynamique s'est révélée pathologique dans 86% des cas, et a mis en évidence une incontinence urinaire d'effort dans 67,7% des cas.

Par voie basse une triple intervention périnéale (hystérectomie vaginale+plastie vaginale antérieure + plastie vaginale postérieure) a été réalisée dans 93% des cas. Une hystérectomie vaginale associée à une plastie vaginale antérieure a été réalisée dans 6.5% des cas. Une scro-spino-fixation vaginale (technique Richter) a été réalisée dans tous les cas.

Pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort, on a eu recours à l'intervention de Bologna dans tous les cas. La technique de soutènement sous urétral par bandelette transobturatrice a été associée à la cure de prolapsus dans 7,8% des cas.

Toutes nos patientes opérées par voie haute ont eu une promontofixation sans conservation utérine. Une cure d'incontinence urinaire d'effort par colposuspension de type « Burch » a été associée au traitement du prolapsus par voie haute dans 91,4% des cas (32/35). La technique de soutènement sous urétral par bandelette transobturatrice a été associée à la cure de prolapsus dans 8,5% des cas. Une myorrhaphie des muscles releveurs de l'anus a été pratiquée dans 76% des cas.

En per opératoire, une plaie vésicale a été observée dans 11,6% des chirurgies par voie basse et 4% par voie haute. Un cas de saignement lors de la dissection vésicale par voie basse a nécessité une conversion par voie haute. L'évolution était favorable dans les différents cas.

L'évaluation des résultats anatomiques basée sur les données de l'examen physique des patientes au cours des consultations post opératoires est résumée dans le tableau 4. Sur le plan anatomique, le taux de succès était en faveur de la cure de prolapsus par voie haute 82% contre 72.1% pour la cure de prolapsus par voie basse, mais la différence n'était pas significative (P= 0,45).

**Tableau 4 :** Classification anatomique après traitement chirurgical

	Grade 0		Grade 1		Grade 2		Grade 3		Grade 4	
	VH	VB								
Cystocèle	41	28	9	10	0	5	0	0	0	0
Dôme vaginal	50	25	0	15	0	3	0	0	0	0
Rectocèle	19	30	11	9	3	4	4	0	0	0
Elytrocèle	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0

VH : chirurgie par voie haute ; VB : chirurgie par voie basse

Pour les prolapsus de grade 1 et 2 le traitement chirurgical par voie haute et basse a permis de corriger tous les éléments de prolapsus. Pour les prolapsus de grades 3 et 4, la chirurgie par voie haute a permis d'obtenir un résultat anatomique satisfaisant dans 86%, alors que la voie basse permis d'obtenir

un résultat significatif dans 76,5%, et les récurrences ont intéressé surtout l'étage antérieur. La différence n'était pas significative concernant de résultats anatomiques satisfaisants entre les deux groupes.

Dans les deux groupes le résultat anatomique était moyen concernant le traitement de l'étage postérieur. En effet, dans le groupe voie basse deux cas de colprocèle postérieure de novo ont été observés et dans le groupe voie haute nous avons rencontré quatre échecs du traitement avec réapparition de la colprocèle postérieure (tableau 5).

Sur le plan fonctionnel après un suivi moyen de 28,7 mois, en terme d'efficacité, en comparant les deux groupes, il y avait une amélioration significative (P <0.02) après le traitement chirurgical par voie haute concernant les gênes pelviennes et les dyspareunies. Pour les autres signes fonctionnels il n'y avait pas de différence significative entre les deux types de chirurgie dans l'évolution des signes concernant les troubles rectaux, les signes urinaires.

**Tableau 5 :** Résultats anatomiques à long terme

Résultat anatomique	Groupe1 (n=50)	Groupe2 (n=43)	P (<0.05)
Satisfaisant	41 (82%)	31 (72.1%)	0.45
Moyen	5 (10%)	6 (13.9%)	NS
Echec	3 (6%)	5 (11.6%)	NS

Concernant la fuite urinaire d'effort, une amélioration a été observée dans 73.5% après une chirurgie par voie haute contre 70% des cas après chirurgie par voie basse, sans différence significative entre les deux groupes.

La qualité de vie évaluée par les deux questionnaires utilisés est rapportée dans le tableau 6. Concernant le questionnaire PFDI 20, une amélioration de la qualité de vie a été observée après la chirurgie de façon significative dans les deux groupes (p<0.003). L'amélioration du PFDI 20 était plus significative après chirurgie haute par rapport à la chirurgie par voie basse (p<0.002). Cette amélioration était significative pour deux des trois sous groupes de questions (UDI 6 et POPDI 6) alors qu'il n'existait de différence significative dans l'évolution des signes colo rectaux (CRADI 8).

Pour le sous groupe POPD 6 l'amélioration était significativement plus marquée dans le groupe de chirurgie par voie haute par rapport au groupe voie basse.

Concernant le PFIQ 7, une amélioration de la qualité de vie a été observée après le traitement chirurgical sans différences significatives entre les deux groupes. La qualité de la vie sexuelle n'a pas été évaluée dans notre études, vue la difficulté et la gêne rencontrée surtout dans le groupe de chirurgie par voie basse.

**Tableau 6 :** Qualité de vie

	Voie haute (Score moyen)		Voie basse (Score moyen)		p
	Avant	Après	Avant	Après	
PFDI 20	75.3	<b>19.2</b>	98.2	<b>28.3</b>	<b>0.003</b>
UDI 6	21	<b>11.4</b>	32	<b>16</b>	NS
CRADI 8	5.3	<b>3.1</b>	7.6	<b>4.2</b>	NS
POPDI 6	59	<b>4.1</b>	73	<b>27</b>	<b>0.002</b>
PFIQ 7	73	<b>10.3</b>	88.3	<b>8.2</b>	NS
UIQ 7	22.1	<b>7.8</b>	27.9	<b>4</b>	NS
CRAIQ 7	2.8	<b>1.2</b>	4.6	<b>1</b>	NS
POPIQ 7	55	<b>1</b>	78	<b>2</b>	NS

## DISCUSSION

Les troubles de la statique pelvienne retentissent sur la qualité de vie des patientes qui en souffrent [6], et leur prise en charge ne peut plus être réalisée à partir d'une simple description anatomique. Actuellement il est indispensable pour une meilleure prise en charge d'utiliser des instruments spécifiques pour quantifier de façon objective le résultat de nos choix thérapeutiques [7] et d'évaluer nos pratiques particulièrement lorsque les résultats sont comparés entre plusieurs équipes.

Dans notre travail, nous avons rapporté une correction anatomique dans 82% des cas après chirurgie par voie haute contre 72% après chirurgie par voie basse alors que le taux d'échec était respectivement de 6% et de 11,6%. Concernant l'incontinence urinaire d'effort une amélioration a été observée dans 70 à 73% des cas.

Dans la série de Kdoua et Zhioua [8], le taux de correction anatomique, après une série de chirurgie de prolapsus par voie basse, était de 93%. Bouchet et al [9] ont rapporté un taux de correction anatomique de 90 à 93%, la continence urinaire a été corrigée dans 70% des cas, avec la survenue d'une incontinence de novo dans 14,2% des cas.

Dans la série de Matsuyama et al [2], une incontinence urinaire de novo a été observée dans 14,6% des cas. Dans la méta-analyse de Maher et al [10], le taux des symptômes urinaires de novo est de l'ordre de 10%.

Concernant la qualité de vie après traitement chirurgical du prolapsus génital a rarement été évaluée en utilisant des questionnaires validés. Ceci peut être expliqué par la validation récente de ces questionnaires (validation en 2007 des questionnaires en langue française).

En utilisant le PFDI 20, nous avons observé une amélioration significative du score avant et après chirurgie. Cette amélioration a été observée surtout après chirurgie par voie

haute ( $p=0.003$ ). Concernant le PFIQ 7, une amélioration de la qualité de vie a été observée après le traitement chirurgical sans différences significatives entre les deux groupes.

Bui et al [11], en évaluant les résultats fonctionnels après cure de prolapsus par voie coelioscopique, en utilisant le questionnaire PFDI 20, ont observé une amélioration de la qualité de vie et qui a concerné deux des trois sous-groupes de questions qui évaluent les troubles urinaires et le retentissement du prolapsus alors qu'il existait une aggravation des troubles ano-rectaux. En utilisant le questionnaire PFIQ 7, une amélioration de la qualité de vie était également constatée mais pour le sous-groupe de questions évaluant les troubles ano-rectaux il n'existait pas d'amélioration de la qualité de vie. Ces résultats sont concordants avec ceux concernant l'évolution des symptômes après la cure chirurgicale du prolapsus montrant l'apparition principalement de signes cliniques de novo concernant la fonction digestive.

Une amélioration de la qualité de vie a été observée après traitement par voie basse [12-14].

Bouchet et al [9] dans l'évaluation de la qualité de vie des patientes opérées pour prolapsus en comparant la voie haute à la voie basse, a observé une amélioration entre 73 et 80% des cas. Toutefois, l'évaluation ne s'est pas basée sur les questionnaires validés PFDI20 ou PFIQ 7.

Notre travail prospectif est intéressant dans la mesure où il a comparé les répercussions de deux techniques différentes de chirurgie de prolapsus en utilisant des questionnaires validés en langue française. D'autant plus que les questions ont été posées directement aux patientes lors des consultations. Cependant, notre effectif étudié est un peu limité surtout pour l'étude des retentissements colorectaux avant et après chirurgie. Enfin le recul de suivi n'est pas long (28,7mois) ce qui peut retentir sur les résultats anatomiques et/ ou fonctionnels.

## CONCLUSION

Notre travail a montré que la correction chirurgicale de prolapsus par voie basse ou par voie haute donne des résultats anatomiques satisfaisants avec un taux plus élevé pour la voie haute par rapport à la voie basse. Sur le plan retentissement fonctionnel et qualité de vie évalué par les questionnaires validés PFDI 20 et PFIQ 7, on a observé une amélioration plus significative des symptômes chez les patientes opérées par voie haute par rapport à la voie basse. Cette amélioration a intéressé surtout le retentissement urinaire et la gêne du prolapsus. D'autres études plus larges permettent de mieux évaluer le retentissement fonctionnel du prolapsus et de mieux juger l'impact des différentes techniques chirurgicales sur les symptômes.

## Références

1. Wiskind AK, Creighton SM, Stanton SL. The incidence of genital prolapse after the burch colposuspension. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 399-404.
2. Matsuyama H, Hirata H, Tomimatsu T, Naito K. Follow up of surgical repair of female pelvic floor disorders by a mailed questionnaire. *Int J Urol* 2006;13: 389-94;
3. Barber MD, Kuchibhatla MN, Pieper CF, Bump RC. Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition –specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:1388-95.
4. De Tayrac R, Deval B, Fernandez H, Mres P et Mapi Research Institute. Validation linguistique en français des versions courtes des questionnaires de symptômes (PFDI 20) et de la qualité de vie (PFIQ 7) chez les patientes présentant un trouble de la statique pelvienne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007;5 : 34-41.
5. Bradley CS, Kennedy CM, Nygaard IE. Pelvic floor symptoms and lifestyle factors in older women. *J Womens Health* 2005;14:128-36.
6. Wyman JF. The psychiatric and emotional impact of female pelvic floor dysfunction. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1994; 6:336-9.
7. Fitzgerald MP, Kenton K, Shott S, Brubaker L. Responsiveness of quality of life measurements to change after reconstructive pelvic surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:20-4.
8. Kdous K, Zhioua F. La prothèse sous vésicale transobturatrice: tolérance et résultats à moyen terme. Etude prospective à propos de 45 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008 ;37: 758-69.
9. Bouchet P, Crenn D, Deleflie M et al. Retentissement de la chirurgie du prolapsus genital sur la sexualité des patientes. *Gynecol Obstet Fertil* 2010; 38 :373-79.
10. Maher C, Baessler K, Glazner CMA, Adams EJ. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Data Bas Syst Rev* 2004;4:401-4.
11. C. Bui, M. Ballester, E. Chereau, E. Guillo, E. Dara. Résultats fonctionnels et qualité de vie après double promontofixation coelioscopique pour la cure du prolapsus génital. *Gynecol Obstet Fertil* 2010;38: 563-68.
12. Helstrom L, Nilsson B. Impact of vaginal surgery on sexuality and quality of life in women with urinary incontinence or genital descensus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84: 79–84.
13. Dara E, Coutant C, Rouzier R, Ballester M, David-Montefiore E, Apfelbaum D. Genital prolapse repair using porcine skin implant and bilateral sacrospinous fixation: midterm functional outcome and quality-of-life assessment. *Urology* 2009;73: 245–50.
14. David-Montefiore E, Barranger E, Dubernard G, Nizard V, Antoine JM, Dara E. Functional results and quality of-life after bilateral sacrospinous ligament fixation for genital prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;132: 209–13.