

L'IMAGE DU MOIS

Des pessaires négligés...

E. NOHUZ (1, 2), E. JOUVE (1), N. CHAMPEL (1), M. ALBAUT (1)

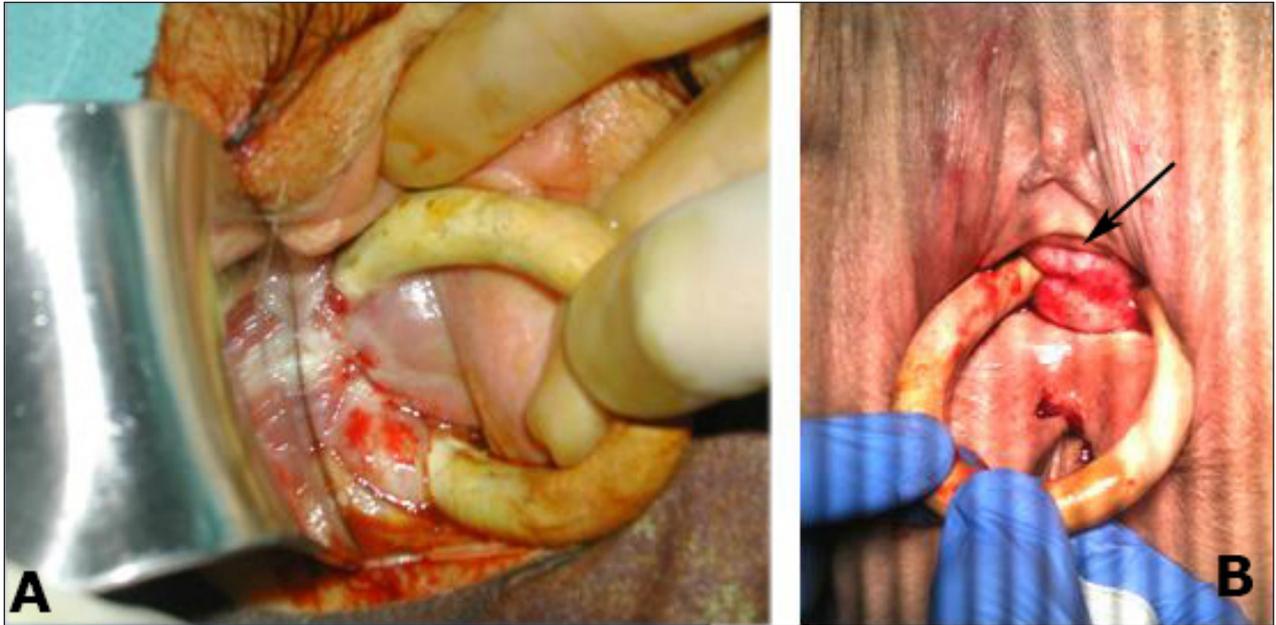


Figure 1.
A. Pessaire «cimenté», incrusté dans le cul-de-sac vaginal droit.
B. Pessaire incarcerated dans la muqueuse vaginale antérieure, à proximité du méat urétral (flèche).

INTRODUCTION

Nous rapportons ici le cas de deux patientes, âgées respectivement de 75 et 79 ans, présentant un prolapsus uro-génital traité par pessaire gynécologique depuis une dizaine d'années. La première patiente se plaint de douleurs pelviennes et de métrorragies évoluant depuis plusieurs mois. Le pessaire, dont la patiente n'a plus souvenir, est incrusté dans le cul-de-sac vaginal droit (Figure 1A).

La seconde patiente nous est adressée pour un examen gynécologique dans le cadre d'un bilan d'anémie. Elle se plaint de pesanteur pelvienne et de dysurie. Le pessaire est enclavé profondément dans la muqueuse vaginale, à environ 1 cm du méat urétral (Figure 1B). Dans les deux cas, le suivi gynécologique fait défaut et le retrait des dispositifs s'avère impossible

en consultation. Une ablation sous anesthésie, au bloc opératoire est alors réalisée, les suites opératoires immédiates et à distance demeurant sans particularité chez les deux patientes. Les biopsies vaginales ne révèlent aucune lésion suspecte. Une cystoscopie diagnostique préalable, qui se révèle normale, est également réalisée chez la deuxième patiente. Une prise en charge chirurgicale du prolapsus est menée trois mois plus tard.

DISCUSSION

Connu depuis l'Antiquité, le pessaire vaginal représente une alternative de choix dans la prise en charge des prolapsus uro-génitaux. Qu'il s'agisse d'un traitement définitif (refus de la patiente ou contre-indication médicale quant à une sanction chirurgicale) ou transitoire (dans l'attente de l'intervention), ce dispositif rend un grand service. L'amélioration de la qualité de vie des utilisatrices ne faisant plus aucun doute, le recours au pessaire devrait être envisagé, si possible, ou du moins proposé, à toute patiente présentant un prolapsus (1, 2). Différentes variétés de pessaires existent. L'on

(1) Gynécologue-Obstétricien. Département de Gynécologie-Obstétrique, CH Thiers, France.

(2) Chef de Service, Département de Gynécologie-Obstétrique, Centre hospitalier de Thiers, 63300 Thiers, France.

distingue des dispositifs de soutènement et de remplissage de la cavité vaginale. Les pessaires «cubes» par exemple, permettent une utilisation plus autonome par les patientes qui peuvent procéder à leur ablation de manière plus comode. Dans nos deux observations cliniques, il s'agissait d'un pessaire «anneau». Ce type de dispositif est le plus utilisé, eu égard à sa facilité de pose et d'ablation par les professionnels. Il peut être indiqué dans pratiquement tous les prolapsus uro-génitaux bien que les atteintes des étages antérieurs et moyens (touchant la vessie et/ou l'utérus) correspondent plus à son cahier des charges. Par ailleurs, il autorise les rapports sexuels avec pénétration, alors que généralement, les pessaires de type «donut» ou «cube» ne les permettent pas sans retrait préalable du dispositif vaginal (1, 3). En cas d'atrophie vulvo-vaginale, une œstrogénothérapie peut améliorer la tolérance du pessaire. Cette hormonothérapie est alors poursuivie pendant toute la durée du port du dispositif et est même mise à profit en cas de sanction chirurgicale ultérieure. Rappelons que la recréation de la cavité vaginale par l'utilisation d'un pessaire «anneau» autorise l'emploi plus aisé d'ovules. S'agissant des matériaux entrant dans la composition du pessaire, ils sont de deux types : silicone ou latex, ce dernier, microporeux, semblant faire plus facilement le lit d'une greffe microbienne. Rappelons aussi qu'il est potentiellement allergisant (1, 3). Le recours au pessaire peut également être envisagé chez des patientes présentant un prolapsus et qui ont un désir d'enfant. Ce dispositif ne compromet ni la survenue de la grossesse, ni le déroulement de celle-ci (4, 5).

Au décours de la pose du pessaire, l'opérateur s'assure de l'absence de compression tissulaire excessive. Il convient de demander à la patiente de se lever, de se rasseoir, de s'accroupir, de tousser, puis d'effectuer quelques pas. Cette déambulation et ces manœuvres de sollicitation périnéale permettent de vérifier tant la bonne tolérance que l'absence d'expulsion du pessaire (4). Des conseils relatifs à l'entretien du pessaire ainsi que des consignes d'usage sont fournis à la patiente qui sera revue sans délai en cas de problèmes (difficultés mictionnelles ou d'exonération des selles, douleurs, métrorragies, par exemple). Notons toutefois que les recommandations quant à l'entretien des pessaires sont peu claires, et varient autant que les prescripteurs et les laboratoires qui les commercialisent ! Néanmoins, l'on s'accorde sur le fait qu'ils devraient être retirés par la patiente,

une fois par semaine, et lavés à l'eau savonneuse. Dans ces conditions, un suivi semestriel, voire annuel, semble suffisant. Lorsque les patientes ne sont pas en mesure de satisfaire à cette contrainte, un suivi trimestriel doit alors être institué (1-3, 6). Celui-ci permettra de vérifier l'intégrité de la muqueuse vaginale et l'absence de signes évocateurs de complications loco-régionales. Les «effets secondaires» sont généralement mineurs (leucorrhées, métrorragies, ulcérations ou érosions vaginales). Exceptionnellement, les complications peuvent être plus sérieuses, comme les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, la migration ou l'incrustation du dispositif (1, 7-9). Dans nos deux observations, l'incarcération intramuqueuse du dispositif rendait son ablation impossible et était le fruit de pessaires négligés. Les patientes n'avaient plus de suivi gynécologique, ni de traitement hormonal local depuis plusieurs années. C'est dire l'importance de l'éducation thérapeutique des femmes traitées par pessaires (10). Cet enclavement nécessitait donc une ablation sous analgésie, après incision prudente de la coque péri-prothétique. Une excrèse simple après plusieurs semaines d'œstrogénothérapie locale, en sectionnant le pessaire, aurait pu être discutée. Toutefois, cette option thérapeutique n'avait pas notre faveur compte tenu des douleurs et des métrorragies dont les patientes souffraient. Notons enfin qu'il faut garder à l'esprit la possible coexistence de lésions cancéreuses et ne pas incriminer un problème purement mécanique lorsqu'une telle complication, possiblement accompagnée de métrorragies post-ménopausiques, est décelée. Une biopsie s'avère alors indispensable.

L'intérêt de cette observation réside dans le fait qu'elle met en lumière une complication rare, mais potentiellement grave, du pessaire gynécologique, dispositif utilisé dans la prise en charge non chirurgicale du prolapsus urogénital. Cette complication peut être prévenue par une œstrogénothérapie adéquate, ainsi que par une surveillance attentive des femmes qui en sont pourvues. Cela passe par une information tant des patientes que des professionnels de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Courtieu C.— Existe-t-il encore des indications du pessaire ? Extrait des mises à jour en gynécologie obstétrique. *Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français*, 2007, **31**, 259-271.

2. Patel MS, Mellan C, O'Sullivan DM, et al.— Pessary use and impact on quality of life and body image. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*, 2011, **17**, 298-301.
3. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Mise à jour technique sur l'utilisation des pessaires. <http://sogc.org/fr/guidelines/technical-update-on-pessary-use/>. Consultation le 17/10/2015.
4. Nohuz E, Albaut M, De Simone L, et al.— How I do ... a cervical cerclage in consulting room without suture or analgesia. *Gynecol Obstet Fertil*, 2015, **43**, 465-467.
5. Conférence d'experts de la SIFUD-PP, Bruxelles. Pro-lapsus : situations complexes. http://www.sifud-pp.org/rc/org/sifud-pp/nws/News/2014/20140520-115400-614/src/nws_fullText/fr/Recueil%20com%20Brx%202015.pdf. Consultation le 31 Octobre 2015.
6. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, et al.— Pessaries (mechanical devices) for pelvic organ prolapsed in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013, **2**, CD004010.
7. Oliver R, Thakar R, Sultan AH.— The history of the vaginal pessary: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2011, **156**, 125-130.
8. Walker KF, Dasgupta J, Cust MP.— A neglected shelf pessary resulting in a urethrovaginal fistula. *Int Urogynecol J*, 2011, **22**, 1333-1334.
9. Arias BE, Ridgeway B, Barber MD.— Complications of neglected vaginal pessaries: case presentation and literature review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2008, **19**, 1173-1178.
10. Cichowski S, Rogers RG.— Nonsurgical management of a rectovaginal fistula caused by a Gelhorn pessary. *Obstet Gynecol*, 2013, **122**, 446-449.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr E. Nohuz, Département de Gynécologie-Obstétrique, Centre hospitalier de Thiers, Route du Fau, 63300 Thiers, France.
Email : enohuz@yahoo.fr