

COMMENT JE TRAITE...

UN PROLAPSUS URO-GÉNITAL AU CABINET MÉDICAL

NOHUZ E (1), JOUVE E (2), CLEMENT G (3), JACQUETIN B (4)

RÉSUMÉ : L'utilisation du pessaire gynécologique afin de réintégrer les organes prolapsés dans l'enceinte pelvienne est une alternative efficace dans le soulagement des symptômes liés au prolapsus uro-génital et la restauration tant de l'image corporelle que de l'estime de soi. Ce dispositif millénaire peut être utilisé temporairement, dans l'attente d'une intervention chirurgicale, à titre de test thérapeutique préopératoire (prédiction du résultat fonctionnel attendu, identification d'une possible incontinence urinaire masquée par le prolapsus, confirmation de la responsabilité du trouble de la statique pelvienne quant à une symptomatologie inhabituelle à type de pesanteur pelvienne ou de douleurs). Le pessaire peut aussi être considéré en alternative définitive à la chirurgie (choix de la patiente, désir de grossesse, terrain récusant une intervention). Cette alternative nécessite toutefois un traitement adjuvant. Nous mettons en lumière un procédé original, non encore publié, optimisant la tolérance dudit pessaire.

MOTS-CLÉS : *Prolapsus uro-génital - Pessaire - Incontinence urinaire - Troubles de la statique pelvienne*

HOW I TREAT... A PELVIC ORGAN PROLAPSE AT THE DOCTOR'S OFFICE

SUMMARY : The use of gynecological pessary to put back up prolapsed organs to their normal position appears to be as effective as surgical management to relieve symptoms related to uro-genital prolapse and restore body image. This millenary device can be used temporarily, awaiting a surgical solution or as a therapeutic test (mimicking the effect of a surgical procedure to predict its functional outcome or identifying a masked urinary incontinence). It can also represent an alternative to surgery (patient choice, women who wish to complete childbearing or who are unsuitable for surgery because of medical comorbidities) and thus can be used in first intention. Pessary can also be used to confirm or deny the responsibility of pelvic organ prolapse for atypical symptomatology as pelvic heaviness or pain. However, this use requires adjuvant treatment. In this paper, we highlight an original effective process not yet published to optimize the tolerance of pessary.

KEYWORDS : *Pelvic organ prolapse - Pessary - Urinary incontinence - Pelvic floor disorders*

INTRODUCTION

Les troubles de la statique pelvienne sont un véritable enjeu de santé publique. Affectant près d'une femme sur deux ayant accouché, leur prévalence est destinée à se majorer dans les prochaines années, compte-tenu du vieillissement de la population. Ces anomalies anatomo-fonctionnelles ont pour corollaire des demandes croissantes de prise en charge du fait de la détérioration de la qualité de vie (altérations physiques, dégradation de l'estime de soi). En effet, il est estimé qu'environ 20 % des femmes seront amenées à consulter pour des symptômes en rapport avec ces troubles (1-4). Toutefois, toutes les patientes ne relèveront pas

d'une prise en charge chirurgicale, du moins immédiate.

Utilisé depuis l'Antiquité, le pessaire gynécologique représente, alors, une alternative séduisante, relativement sûre et assurément efficace (5-7). Il s'agit d'un dispositif placé dans la cavité vaginale dans le but de réduire le prolapsus et diminuer la fréquence ainsi que la sévérité des symptômes qui y sont reliés. Il peut être utilisé de manière provisoire, dans l'attente d'une solution chirurgicale ou de manière définitive, lorsque la patiente ou le contexte clinique récusent une intervention. Il peut, également, être utilisé à titre de test thérapeutique lorsque l'on souhaite appréhender le résultat fonctionnel attendu d'une prise en charge chirurgicale ou démasquer une incontinence urinaire masquée. Enfin, et c'est un point important, le recours au pessaire à titre transitoire peut permettre de confirmer ou d'infirmer la responsabilité du prolapsus quant à une symptomatologie atypique comme une pesanteur pelvienne ou des douleurs.

Enclin à très peu de contre-indications, réversible, il peut (devrait ?) même être proposé en première ligne de traitement puisqu'il est aussi efficace que la prise en charge chirurgicale, tant du point de vue physique qu'émotionnel (4-9). Le pessaire gynécologique semble bien plus fréquemment utilisé dans les pays anglo-saxons. La désaffection à son égard ne nous paraît

(1) Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier de Thiers, Route du Fau, 63300 Thiers, France. Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, CNRS, SIGMA Clermont, Institut Pascal, F-63000 Clermont-Ferrand, France.

(2) Service de Court Séjour Gériatrique, Centre Hospitalier de Riom, 1, Boulevard Etienne Clémentel, 63200 Riom, France.

(3) Université d'Auvergne, Faculté de Médecine, Département de médecine générale, Place Henri Dunant, 63001 Clermont-Ferrand, France.

(4) Service de Gynécologie-Obstétrique, Pôle Femme et Enfant, CHU Estaing, 1, place Lucie et Raymond Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France.

pourtant pas justifiée. C'est ainsi que 77 % des gynécologues obstétriciens nord-américains et 87 % de leurs homologues du Royaume-Uni ont recours à un pessaire comme première ligne de traitement d'un prolapsus uro-génital (10, 11).

Une pose inaugurale de pessaire devrait être précédée de la restauration de la trophicité vaginale par une hormonothérapie locale durant 2 à 3 mois. Un traitement adjuvant par œstrogénothérapie locale est préconisé en association avec le pessaire (deux à trois prises hebdomadaires vespérales sont conseillées), chez la femme ménopausée, afin d'améliorer le confort et limiter les risques de complications (12, 13). Bien que celui-ci s'avère quelque peu malaisé (écoulements vaginaux, troubles ostéo-articulaires rendant une introduction délicate, voire impossible, chez certaines patientes, notamment âgées), il est généralement administré par voie vaginale. Or, la disponibilité d'un système de diffusion vaginal d'estrogènes (estRing®, Pfizer Inc, NY, USA), indiqué dans le traitement de la vaginite atrophique de la femme ménopausée, nous offre la possibilité de l'associer à un pessaire gynécologique. Ce système de diffusion est un anneau en silicone délivrant du bêta-estradiol (7,5 µg/24 heures) pendant 3 mois. Dans notre expérience, nous associons ces deux dispositifs afin de mettre à profit et combiner leurs indications spécifiques quant au soutien mécanique et l'imprégnation œstrogénique locale (Figure 1) :

- soutien mécanique corrigeant le trouble de la statique pelvienne par le biais du pessaire;
- action biochimique du système de diffusion vaginal, octroyant aux tissus vulvo-vaginaux et cervico-urétraux une trophicité adéquate, optimisant tant la tolérance que l'efficacité dudit pessaire.

Il s'agit d'une astuce assurant un haut degré de satisfaction de la part des patientes en bénéficiant. Les précautions d'emploi et contre-indications sont celles de toute œstrogénothérapie (tumeurs du sein ou de l'endomètre, métrorragies, maladies thromboemboliques, porphyrie, etc.). Toutefois, un antécédent néoplasique mammaire pourrait relever d'une concertation onco-gynécologique afin d'autoriser cette association.

TECHNIQUES DE MISES EN PLACE ET DE RETRAIT

Nous décrivons dans cet exposé la mise en place concomitante du système de diffusion avec un pessaire gynécologique anneau, en sili-

Figure 1. Système de diffusion vaginal (1) et pessaire gynécologique anneau (2).



cone, généralement proposé en première ligne (du fait de sa facilité de pose) lorsque l'utilisatrice souhaite en confier la gestion à un professionnel, ou qu'une incapacité physique ou mentale rend une utilisation autonome inappropriée. En cas de présence de lésions de frottement (excoriations, ulcérations, voire érosions) dues à l'extériorisation du prolapsus, un traitement antiseptique et trophique local avant la pose du pessaire demeure un préalable nécessaire.

Le choix de la taille du pessaire est crucial, se faisant par approximations successives à l'aide d'un jeu de pessaires d'essai placés dans un protège-sonde d'échographie à usage unique. Des cycles de décontamination de pessaires restérilisables en silicone, nettoyés par les systèmes de retraitement des dispositifs médicaux (lavage prionicide et stérilisation), peuvent aussi être envisagés. D'un point de vue pratique, un toucher vaginal bi-digital permet d'appréhender la taille du dispositif s'adaptant au mieux à la capacité volumique du vagin. Ainsi, la mesure de la distance entre le point de contact de la symphyse pubienne sur l'index de l'examineur et la pulpe de son majeur situé dans le cul-de-sac vaginal postérieur concorde approximativement avec le diamètre du pessaire qui pourrait convenir.

La patiente, détendue, est installée en décubitus dorsal, au mieux en position gynécologique, vessie vide (sauf s'il s'agit de la pose d'un pessaire d'incontinence). Le pessaire est lavé au savon doux, abondamment rincé à l'eau, puis séché. Nous préconisons l'insertion première du système de diffusion : il suffit de le plier en deux puis de l'insérer haut dans le vagin (Figure 2). Puis survient la pose du pessaire, également pincé en deux (il prend alors la forme d'un arceau dont la base est orientée vers le bas) et poussé dans le vagin, tout en le dirigeant vers le sacrum ; il est relâché afin qu'il se déploie et reprenne sa forme circulaire originelle, entre

Figure 2. Mise en place du système de diffusion
(A) : pliage et insertion, (B) : poussée intra-vaginale

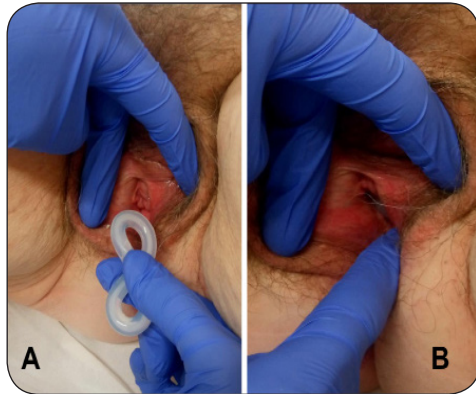
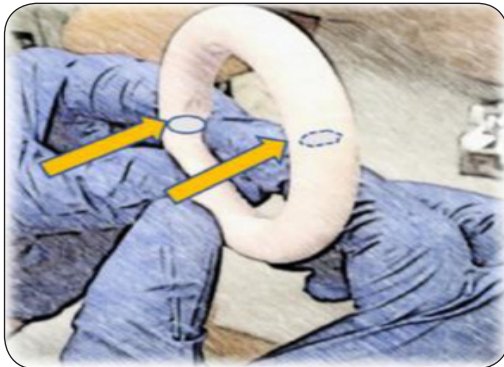


Figure 3. Encoches signalant les charnières (flèches)



le cul-de-sac vaginal postérieur et la symphyse pubienne (il sera situé au-dessus de celle-ci). Les pessaires anneaux actuels sont dotés de deux encoches signalant des charnières qui permettent de les plier avant leur mise en place (Figure 3).

Une lubrification préalable du bord avant peut, notamment, faciliter le geste (en évitant de mettre le lubrifiant sur les gants). Notons qu'une attention particulière est apportée à l'évitement de la plaque clitorido-méatique afin d'en atténuer la sensation nociceptive. Une fois le pessaire mis en place, une rotation d'un quart de tour, dans une direction ou l'autre, permet de décaler les charnières au-delà de l'orifice vulvo-vaginal (ce qui diminue les risques d'expulsion spontanée) (Figure 4). Il faudrait alors parvenir à immiscer une pulpe digitale entre la muqueuse vaginale et le pessaire afin de s'assurer de l'absence de tension tissulaire excessive, source d'inconfort et de potentielles complications ultérieures (irritation, ischémie de la muqueuse vaginale, par exemple). Il est ensuite demandé à l'utilisatrice, dans la mesure du possible, de se lever, de déambuler, d'effectuer une manœuvre de Valsalva ou de tousser et de s'accroupir afin

Figure 4. Mise en place du pessaire anneau.
(A) : pliage et lubrification du bord avant;
(B) : insertion en visant le cul-de-sac vaginal postérieur; (C) : éloignement des charnières une fois le pessaire déployé



de vérifier que les deux dispositifs restent en place et qu'ils sont bien tolérés.

Si l'on a recours à un pessaire anneau avec bouton (dans le cadre du traitement d'une incontinence urinaire), la manœuvre de mise en place est semblable au détail près que le bouton doit être orienté vers le haut et que l'ajustement doit être effectué avec précision : il faudra lui faire effectuer un quart de tour afin d'amener ledit bouton sous la partie médiane de l'urètre. Au décours de la pose, la patiente est informée qu'en cas de difficultés à uriner ou exonérer les selles, de douleurs ou de métrorragies, elle devra consulter sans tarder (un numéro de téléphone où elle peut joindre le service à tout moment lui est fourni). Enfin, s'agissant de dispositifs médicaux, les numéros de lots sont consignés dans le dossier.

Nous revoyons généralement la patiente le lendemain puis à une semaine de la pose lorsqu'il s'agit d'une première utilisation. Ce calendrier peut être modifié à souhait au cas par cas. Le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) préconise une consultation initiale à 3 mois, puis de façon annuelle si le retrait est régulier. Une consultation tous les 3 mois est à programmer si le pessaire est laissé en place (14). La durée d'efficacité du système de diffusion étant de 3 mois, celle-ci convient aux fréquences de consultation et de changement. A noter que la durée maximale recommandée relative au traitement continu par le système de diffusion est de 2 ans et que son association paraît envisageable avec la plupart des pessaires (y compris de remplissage).

S'agissant du retrait des dispositifs, une lubrification préalable de l'orifice vaginal facilite les gestes. L'interrogatoire s'attache à recher-

cher des signes fonctionnels tels qu'un inconfort, voire des douleurs, des métrorragies ou des leucorrhées sales. Le retrait s'opère après abaissement du périnée et repérage des échancrures du pessaire afin de les ramener dans un axe sagittal pour en faciliter l'ablation par une traction douce et continue, suivie de celle du système de diffusion qui peut d'ailleurs survenir dans la foulée. Un examen soigneux au speculum, particulièrement des culs-de-sac vaginaux postérieur et latéraux, vérifie l'intégrité cervico-vaginale et recherche des lésions à type d'hyperpression ou d'ulcérations avant une nouvelle pose. Le pessaire retiré est inspecté, lavé puis reposé. Toutefois, dans notre pratique, deux pessaires utilisés en alternance suffisent à prendre en charge le trouble de la statique pelvienne durant plusieurs années (le pessaire retiré est lavé, remis à la patiente; le pessaire qui est ramené afin d'être posé, a été préalablement décontaminé par l'utilisatrice en le faisant simplement bouillir quelques instants, si le modèle le permet).

Pour les patientes utilisant le pessaire de manière autonome et éduquées à ce geste, l'association au système de diffusion ne pose guère de problème pour peu qu'elles soient informées que ce dernier devrait être posé en premier et que cette association est envisageable.

CONCLUSION

La conception d'un pessaire prenant en charge à la fois le prolapsus uro-génital et l'atrophie vaginale s'avère une nécessité. Dans l'attente de l'arrivée d'un dispositif combinant des propriétés hormonales et mécaniques, l'association du système de diffusion vaginal à un pessaire, permettant la prise en charge concomitante de ces deux «pathologies», optimise le service médical rendu à nos patientes.

BIBLIOGRAPHIE

- Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, et al.— Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*, 1997, **89**, 501-506.
- Thakar R, Stanton S.— Management of genital prolapse. *BMJ*, 2002, **25**, 1258-1262.
- Oliver R, Thakar R, Sultan AH.— The history and usage of the vaginal pessary: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2011, **156**, 125-130.
- Patel MS, Mellen 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.
- Atnip SD.— Pessary use and management for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2009, **36**, 541-563.
- Vierhout ME.— The use of pessaries in vaginal prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2004, **117**, 4-9.
- Fernando RJ, Thakar R, Sultan AH, et al.— Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*, 2006, **108**, 93-99.
- Sung VW, Wohlrab KJ, Madsen A, et al.— Patient-reported goal attainment and comprehensive functioning outcomes after surgery compared with pessary for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*, 2016, **215**, 659.e1-659.e7.
- Shah SM, Sultan AH, Thakar R.— The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2006, **17**, 170-175.
- Cundiff GW, Weidner AC, Visco AG, et al.— A survey of pessary use by members of the American urogynecologic society. *Obstet Gynecol*, 2000, **95**, 931-935.
- Gorti M, Hunelst G, Simons A.— Evaluation of vaginal pessary management : a UK-based survey. *J Obstet Gynaecol*, 2009, **29**, 129-131.
- Dessie SG, Armstrong K, Modest AM, et al.— Effect of vaginal estrogen on pessary use. *Int Urogynecol J*, 2016, **27**, 1423-1429.
- Nohuz E, Jouve E, Champel N, et al.— Des pessaires négligés. L'image du mois. *Rev Med Liege*, 2016, **71**, 113-115.
- Courtieu C.— *Existe-t-il encore des indications du pessaire ?* Extrait des mises à jour en gynécologie - Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français (CNGOF).

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