



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Doit-on réaliser systématiquement une hystérectomie subtotale dans le cadre d'une promontofixation coelioscopique ?

Do we need to perform systematic supracervical hysterectomy during laparoscopic sacrocolpopexy?

E. Saliba^{a,*}, M. Nisolle^a, C. Tchente^{a,b}, L. De Landsheere^a

^a Département de gynécologie-obstétrique, université de Liège, centre hospitalier régional de la Citadelle, boulevard du 12^e de Ligne, 1, 4000 Liège, Belgique

^b Département de gynécologie-obstétrique, Douala General Hospital, Box 4856, Douala, Cameroun

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 19 octobre 2018

Mots clés :
Prolapsus génital
Promontofixation
Hystérectomie subtotale
Conservation utérine
Résultats anatomiques

Keywords:
Pelvic organ prolapse
Sacrocolpopexy
Subtotal hysterectomy
Uterine preservation
Anatomical results

R É S U M É

Objectifs. – Évaluer la place de l'hystérectomie subtotale lors de la promontofixation coelioscopique.
Méthodes. – Cette étude rétrospective observationnelle reprend les patientes opérées d'une promontofixation coelioscopique entre novembre 2010 et mars 2015 au centre hospitalier régional de la Citadelle, Liège, Belgique. Les caractéristiques des patientes et les antécédents médicaux et chirurgicaux ont été recueillis. Les données cliniques, opératoires ainsi que les complications peropératoires ont été analysées. Les résultats postopératoires ont été collectés à 6 semaines, à 4 mois puis annuellement reprenant une évaluation clinique et anatomique par POP-Q (Pelvic Organ Prolapse - Quantification).
Résultats. – Nonante quatre patientes ont été incluses dans l'étude. 64 patientes (68,1 %) ont bénéficié d'une promontofixation avec hystérectomie subtotale, 12 patientes (12,7 %) d'une promontofixation avec conservation utérine, 16 patientes (17 %) présentaient un antécédent d'hystérectomie et 2 patientes (2,2 %) ont bénéficié d'une promontofixation avec hystérectomie totale. L'âge moyen des patientes était de 61 ± 20 ans, la parité de 2 ± 2 et l'index de masse corporelle de $25,2 \pm 7,32$. Le taux de succès objectif, défini par un stade de POP-Q < 2, était de 93,75 % dans le groupe promontofixation avec hystérectomie subtotale vs 66,7 % dans le groupe promontofixation avec conservation utérine ($p = 0,019$). Les taux de succès subjectif étaient de 98,4 % et 83 % respectivement ($p = 0,063$ ns).
Conclusion. – La promontofixation offre de bons résultats anatomiques, avec de meilleurs taux de succès objectifs et subjectifs lorsqu'elle est associée à une hystérectomie subtotale. La décision de réaliser une hystérectomie doit tenir compte de la balance risque/bénéfice ainsi que des préférences de la patiente.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Objective. – To evaluate the place of subtotal hysterectomy during laparoscopic sacrocolpopexy.
Methods. – This retrospective observational study includes patients undergoing laparoscopic sacrocolpopexy between November 2010 and March 2015 at the Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Liège, Belgium. Patient characteristics, medical and surgical history were collected. Clinical data, operative and intraoperative complications were analyzed. The postoperative results were collected at 6 weeks, 4 months and then every year with a clinical and anatomical evaluation by POP-Q (Pelvic Organ Prolapse - Quantification).
Results. – Ninety-four patients were included in the study. Sixty-four patients (68.1%) underwent sacrocolpopexy with subtotal hysterectomy, 12 patients (12.7%) had sacrocolpopexy with uterine preservation, 16 patients (17%) had a clinical history of hysterectomy and 2 patients (2.2%) have had sacrocolpopexy with total hysterectomy. The mean age of the patients was 61 ± 20 years, parity 2 ± 2 and BMI 25.2 ± 7.32 . The objective success rate, defined by a stage of POP-Q < 2, was 93.75% in the

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : eliane.saliba27@gmail.com (E. Saliba).

sacrocolpopexy group with subtotal hysterectomy vs. 66.7% in the sacrocolpopexy group with uterine preservation ($P = 0.019$). The subjective success rates were 98.4% and 83% respectively ($P = 0.063$ ns).

Conclusion. – Sacrocolpopexy offers good anatomical results, with better objective and subjective success rates when associated with a subtotal hysterectomy. The decision of hysterectomy should consider the risk/benefit balance and the patient's preferences.

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le traitement chirurgical d'un prolapsus génital peut être réalisé par voie abdominale ou par voie vaginale, avec ou sans utilisation de matériel prothétique. Le choix de la technique repose sur de nombreux facteurs dont l'expérience du chirurgien, les caractéristiques de la patiente (âge, antécédents médico-chirurgicaux, comorbidités, type de prolapsus), le désir de maintien de la fertilité... [1]. À l'ère de la chirurgie mini-invasive, la promontofixation coelioscopique est l'intervention de référence dans le traitement du prolapsus du dôme vaginal [2]. Une revue de la littérature sur la prise en charge du prolapsus des organes pelviens a montré qu'une promontofixation par voie abdominale peut être plus efficace qu'une chirurgie par voie vaginale dans le cas d'un prolapsus utérin ou du dôme vaginal après une hystérectomie [2]. Par contre, lorsque l'utérus est toujours présent, l'utilité de réaliser une hystérectomie ou une conservation utéro-ovarienne lors d'une promontofixation est encore débattue actuellement.

Une hystérectomie est fréquemment réalisée durant une cure de prolapsus. Cette pratique répond au fait que l'utérus occupe une place centrale au sein du pelvis. Les bénéfices attendus de cette hystérectomie seraient de diminuer le risque de récurrence, de prévenir les risques de pathologies cancéreuses futures, mais ces notions restent difficiles à valider d'un point de vue scientifique. Ces avantages doivent être mis en balance avec les risques liés à ce type de procédure, tels que l'augmentation du temps opératoire, les risques accrus de saignements ou d'infection, ou encore l'augmentation du risque d'exposition de la prothèse en cas d'hystérectomie totale [3,4].

De plus, la place de l'utérus dans l'image corporelle féminine a fortement évolué ces dernières années et l'évolution de la chirurgie pelvi-périnéale doit tenir compte de ces facteurs socioculturels [5]. Les attitudes et techniques chirurgicales doivent dès lors s'adapter à ces changements et la place de l'hystérectomie dans le traitement du prolapsus génital doit aussi tenir compte de ces facteurs.

Dans notre service, une hystérectomie subtotale est le plus souvent réalisée lors d'une promontofixation coelioscopique. Les critères du choix de conserver ou non l'utérus reposent sur différents facteurs dont les principaux sont le souhait de la patiente, l'âge et le degré de prolapsus. L'objectif de cette étude est d'évaluer la place d'une hystérectomie subtotale lors d'une promontofixation, tant sur le plan du résultat anatomique que sur l'évaluation postopératoire de cette chirurgie.

2. Méthodes

2.1. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique observationnelle reprenant les patientes opérées consécutivement d'une promontofixation laparoscopique entre novembre 2010 et mars 2015 dans le Département Universitaire de Gynécologie- Obstétrique, site du Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Liège, Belgique. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de

l'institution et chaque patiente a signé un consentement écrit avant la chirurgie.

La base de données nécessaire à cette étude reprend principalement les caractéristiques des patientes, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les données cliniques, opératoires, les complications peropératoires et les résultats postopératoires.

Les données cliniques comprennent un interrogatoire sur les plaintes de la patiente, une stadification du prolapsus selon la classification de POP-Q (Pelvic Organ Prolapse - Quantification). La mise au point préopératoire est complétée par un frottis cervico-vaginal et une échographie pelvienne. En cas de découverte d'un épaissement ou d'irrégularités de l'endomètre lors de l'échographie, une hystérocopie diagnostique associée à une biopsie endométriale étaient alors réalisées. Une exploration urodynamique complémentaire était réalisée en cas de plaintes urinaires et afin de rechercher une incontinence urinaire masquée. Les données opératoires reprennent le type de procédure et la voie d'abord, ainsi que les gestes associés (hystérectomie, cure d'incontinence urinaire) et les complications peropératoires. Toutes les procédures ont été réalisées par le même chirurgien (LDL). Une bandelette sous-urétrale transobturatrice (TVT-O) était placée concomitamment à la cure de prolapsus en cas d'incontinence urinaire à l'effort mise en évidence lors de l'examen clinique préopératoire ou d'une incontinence urinaire masquée dépistée lors du bilan urodynamique.

Les résultats postopératoires ont été collectés par l'opérateur principal à 6 semaines, à 4 mois puis annuellement reprenant une évaluation clinique, anatomique par POP-Q ainsi que les complications ou ré-interventions. Un stade POP-Q > 2 d'un des compartiments était considéré comme un échec anatomique pour le compartiment concerné.

Lors des visites postopératoires, les patientes ont été interrogées sur leurs symptômes tel que la dysurie, la dyspareunie et la dyschésie. La satisfaction des patientes a été évaluée par une échelle visuelle analogique.

2.2. Technique chirurgicale

La promontofixation coelioscopique est réalisée de manière standardisée par dissection du promontoire, ouverture du péritoine para-rectal droit, dissection de la cloison recto-vaginale et de l'espace vésico-utérin, jusqu'au trigone vésical, identifié par la sonde de Foley, puis interposition d'une prothèse antérieure fixée à la paroi vaginale antérieure par 1 à 3 points et d'une prothèse postérieure fixée par des points aux muscles releveurs de chaque côté et à la portion inférieure de la paroi vaginale postérieure. Les prothèses sont ensuite fixées au col utérin en cas d'hystérectomie subtotale ou passent par le ligament large droit en cas de conservation utéro-ovarienne. Les prothèses sont alors fixées au ligament vertébral antérieur du promontoire à l'aide d'un fil non-résorbable et l'intervention se termine par une péritonisation. En cas d'hystérectomie subtotale, l'utérus est morcelé à la fin de la procédure.

La mise en place d'une bandelette sous-urétrale (TVT-O) est réalisée dans un second temps lorsqu'elle est indiquée par un repérage des orifices de sortie au niveau cutané, incision médiane

de la paroi vaginale en dessous du méat urinaire après infiltration sous-urétrale puis latéro-urétrale, dissection péri-urétrale à quarante cinq degré par rapport à la ligne médiane en direction de la jonction entre l'os pubien et la branche pubienne inférieure, perforation de la membrane obturatrice, placement de la prothèse à l'aide de l'aiguille hélicoïdale et du guide à ailettes, fermeture vaginale après réglage de la tension de la bandelette.

2.3. Statistiques

Une analyse descriptive initiale a été réalisée pour les caractéristiques pré- et postopératoires des patientes. Les variables quantitatives ont été exprimées par leur moyenne + déviation standard DS (intervalle) et les variables qualitatives ont été exprimées par leur effectif et leur pourcentage.

Les patientes ont été classées en 4 groupes : antécédents d'hystérectomie lors de la promontofixation, hystérectomie peropératoire subtotale, hystérectomie peropératoire totale et conservation utérine.

Dans notre étude, nous avons comparé les résultats anatomiques chez les patientes qui ont bénéficié d'une promontofixation avec ou sans conservation utérine en se basant sur la classification POP-Q.

Un bilan urodynamique a été systématiquement réalisé pour évaluer l'intérêt de traiter une incontinence urinaire masquée.

Les patientes ont été revues pour une évaluation postopératoire à 6 semaines, à 4 mois puis annuellement.

L'association entre les groupes de traitement et les paramètres qualitatifs est testée à l'aide du test exact de Fisher. Les résultats sont significatifs au niveau d'incertitude $\alpha = 5\%$ ($p < 0,05$). Le logiciel utilisé est SAS version 9.4 pour Windows.

3. Résultats

Au total 94 patientes ont été incluses dans l'étude. Les patientes ont été divisées en 4 groupes : 64 patientes (68,1 %) ont bénéficié d'une promontofixation avec une hystérectomie subtotale, 12 patientes (12,7 %) d'une promontofixation avec conservation utérine, 16 patientes (17 %) avaient un antécédent d'hystérectomie et 2 patientes (2,2 %) ont bénéficié d'une promontofixation avec hystérectomie totale (Tableau 1). Le suivi moyen était de 6 mois.

Les 2 patientes qui ont bénéficié d'une promontofixation associée à une hystérectomie totale présentaient, pour la première, un antécédent de conisation avec marge non saine et pour la seconde, une dysplasie cervicale de type ASCUS (*Atypical Squamous*

cells of Undetermined Significance - cellules malpighiennes atypiques à caractère non déterminé) avec la présence d'un HPV (human papillomavirus) oncogène. Dans ce contexte, nous n'avons pas réalisé de morcellation.

Nous n'avons pas observé de différences dans les caractéristiques dans les différents groupes pour l'âge, l'IMC, et la parité. L'âge moyen des patientes était de 61 ± 20 ans, la parité de 2 ± 2 et l'IMC de $25,2 \pm 7,32$. Les différentes caractéristiques sont reprises dans le Tableau 2.

Le temps opératoire était comparable dans les différents groupes avec une moyenne de $155 \pm 58,22$ minutes. Il était majoré de 30 minutes lorsqu'un TVT-0 (*tension-free vaginal tape*) était associé. La durée d'hospitalisation était identique dans les différents groupes (3 jours).

Aucune plaie rectale ou vasculaire n'a été objectivée dans les différents groupes. Deux plaies vésicales ont été observées dans le groupe antécédent hystérectomie.

L'intervention de promontofixation initialement prévue a été modifiée selon la technique de Kapandji-Dubuisson [6] chez 3 patientes dans le groupe hystérectomie subtotale pour une inaccessibilité au promontoire liée à l'anatomie de la patiente (Tableau 3).

L'ensemble des interventions a été réalisé par voie laparoscopique et aucune conversion en laparotomie n'a été reportée dans les différents groupes.

Une cure d'incontinence urinaire à l'effort a été associée au geste chirurgical dans 28 % des cas dans le groupe hystérectomie subtotale, 33 % dans le groupe conservation utérine et 31 % dans le groupe antécédent d'hystérectomie.

L'analyse des résultats anatomiques est reprise dans le Tableau 4 et montre un taux de succès objectif de 93,75 % dans le groupe hystérectomie subtotale, 66,7 % dans le groupe conservation utérine ($p = 0,019$), 75 % dans le groupe antécédent d'hystérectomie ($p = 0,047$) et 50 % dans le groupe hystérectomie totale. L'analyse spécifique du compartiment moyen montre un taux de succès de 100 % en cas d'hystérectomie subtotale, de 83,3 % en cas de conservation utérine et de 92,8 % chez les patientes hystérectomisées.

Les taux de succès subjectif étaient de 98,4 %, 83 %, 100 % et 50 % respectivement dans les différents groupes. Deux ré-interventions (3 %) ont été observées dans le groupe hystérectomie subtotale et ce, pour incontinence urinaire de novo. Une ré-intervention (8,3 %) consistant en une seconde promontofixation avec hystérectomie subtotale a été réalisée dans le groupe conservation utérine pour récurrence anatomique et fonctionnelle (Tableau 5).

Aucune exposition de prothèse n'a été objectivée dans les différents groupes. Une douleur en postopératoire précoce était signalée dans 7,8 % des patientes du groupe hystérectomie subtotale, 8,3 % des patientes avec conservation utérine et 6,25 % des patientes du groupe antécédent d'hystérectomie.

Sur le plan urinaire, une incontinence urinaire de novo a été observée chez 15,6 % des patientes du groupe hystérectomie subtotale, dans 8,3 % des conservations utérines et 18,75 % des patientes avec antécédent d'hystérectomie. Une patiente dans le

Tableau 1

Répartition des groupes.

Promontofixation avec hystérectomie subtotale	64 (68,1 %)
Promontofixation avec conservation utérine	12 (12,7 %)
Promontofixation post hystérectomie	16 (17 %)
Promontofixation avec hystérectomie totale	2 (2,2 %)
Total	94

Tableau 2

Caractéristiques des patientes.

Caractéristiques patientes	Hystérectomie subtotale (n=64)	Conservation utérine (n=12)	Antécédents hystérectomie (n=16)	Hystérectomie totale (n=2)
Âge	60 ± 19,9	64 ± 21	60 ± 22	69 ± 17
BMI	25,8 ± 7,4	25,97 ± 7,3	25,86 ± 7,52	25,5 ± 10
Parité	2,44	2,27	2,86	2
Antécédents prolapsus	5/64 (7,8 %)	2/12 (16,6 %)	6/16 (37,5 %)	0/2
Antécédents incontinence urinaire d'effort	8/64 (12,5 %)	1/12 (8,3 %)	3/16 (18,7 %)	0/2

Tableau 3
Données opératoires.

	Hystérectomie subtotale (n = 64)	Conservation utérine (n = 12)	Antécédents d'hystérectomie (n = 16)	Hystérectomie totale (n = 2)
Temps opératoire (min)	160	156	164	157
Complications peropératoires	0/62	0/12	2/16 ^b	0/2
Modification procédure	3/64 ^a	0/12	0/16	0/2
Cure incontinence	18/64 (28 %)	4/12 (33 %)	5/16 (31 %)	0/2
Durée de séjour (j)	3,7	3,8	4	5

^a Kapandji-Dubuisson.^b Plaie vésicale.**Tableau 4**
POP-Q.

	Hystérectomie subtotale		Conservation utérine		Antécédents hystérectomie		Hystérectomie totale	
	Préop	Post op	Préop	Post op	Préop	Post op	Préop	Post op
<i>POP-Q antérieur</i>								
Stade 0-1	7 %	98,3 %	8,3 %	91,7 %	12,5 %	72,5 %	0 %	100 %
Stade 2	14 %	3,3 %	8,3 %	8,3 %	12,5 %	14,3 %	0 %	0 %
Stade 3-4	79 %	0 %	83,4 %	0 %	75 %	7,2 %	100 %	0 %
<i>POP-Q moyen</i>								
Stade 0-1	11 %	100 %	33,3 %	83,3 %	37,5 %	92,8 %	0 %	0 %
Stade 2	37 %	0 %	16,7 %	16,7 %	18,75 %	0 %	0 %	100 %
Stade 3-4	52 %	0 %	50 %	0 %	43,75 %	7,2 %	100 %	0 %
<i>POP-Q postérieur</i>								
Stade 0-1	67 %	94,9 %	33,3 %	100 %	37,5 %	100 %	0 %	100 %
Stade 2	16 %	5,1 %	25 %	0 %	25 %	0 %	50 %	0 %
Stade 3-4	17 %	0 %	41,7 %	0 %	37,5 %	0 %	50 %	0 %

Préop : préopératoire ; postop : postopératoire.

Tableau 5
Outcomes.

	Hystérectomie subtotale (n = 64)	Conservation utérine (n = 12)	Antécédents hystérectomie (n = 16)	Hystérectomie totale (n = 2)
<i>Résultats anatomiques</i>				
Taux de succès objectifs	60/64 (93,75 %)	8/12 (66,7 %) <i>p</i> =0,019	12/16 (75 %) <i>p</i> =0,047	1/2 (50 %)
Taux de succès subjectifs	63/64 (98,4 %)	10/12 (83 %) <i>p</i> =0,063	16/16 (100 %) NS	½ (50 %)
Réintervention	2/64 (3 %) ^a	1/12 (8,3 %) ^b <i>p</i> =0,41 (NS)	0/16 NS	0/2
<i>Complications liées aux prothèses</i>				
Érosion	0/64	0/12	0/16	0/2
Douleur	5/64 (7,8 %)	1/12 (8,3 %) <i>p</i> =1	1/16 (6,25 %) <i>p</i> =1	0/2
<i>Complications urinaires</i>				
Incontinence urinaire de novo	10/64 (15,6 %)	1/12 (8,3 %) <i>p</i> =1	3/16 (18,75 %) <i>p</i> =0,72	0/2
Érosion TVT	1/18 ^a	0/12 <i>p</i> =1	0/16 <i>p</i> =1	0/2
Dysurie	5/64 (7,8 %)	0/12 <i>p</i> =1	1/16 (6,25 %) <i>p</i> =1	0/2
<i>Résultats d'anatomopathologie</i>				
Néoplasie utérine	0/64	0/12	0/16	0/2

Valeur de *p* test de Fisher, le logiciel utilisé est SAS version 9.4 pour Windows. Les résultats sont significatifs au niveau d'incertitude $\alpha = 5\%$ ($p < 0,05$)^a Réintervention pour IU de Novo.^b Promontofixation avec hystérectomie subtotale.

groupe hystérectomie subtotale a présenté une exposition de la bandelette sous urétrale.

L'analyse anatomopathologique des pièces opératoires n'a démontré aucune lésion néoplasique dans le groupe hystérectomie subtotale.

4. Discussion

La promontofixation par laparoscopie est actuellement le *gold standard* dans le traitement du prolapsus du dôme vaginal [7]. Cependant, la place de l'hystérectomie concomitante dans

cette indication reste encore débattue actuellement. Dans notre étude, 68,1 % des patientes ont bénéficié d'une cure de promontofixation associée à une hystérectomie subtotale et 12,7 % d'une conservation utérine. L'analyse de nos données montre que la promontofixation offre de bons résultats anatomiques, avec de meilleurs taux de succès objectifs et subjectifs lorsqu'elle est associée à une hystérectomie subtotale.

Korbly et al. [5] ont étudié la préférence des patientes lors des cures de prolapsus dans une cohorte de 230 patientes. 36 % des patientes préfèrent une conservation utérine, 20 % des patientes préfèrent une hystérectomie et 44 % des patientes n'avaient pas de préférence. Le choix des patientes était influencé par leur niveau d'éducation, l'efficacité du traitement et l'impact de l'utérus sur l'image corporelle féminine. Il est donc important que les patientes aient une bonne connaissance des différentes options thérapeutiques dans le prolapsus génital et qu'elles puissent discuter avec le gynécologue de la sexualité post-hystérectomie afin d'améliorer la compréhension et la satisfaction postopératoires [8].

Par ailleurs, l'hystérectomie a-t-elle un impact sur le plan fonctionnel ? Selon une revue récente de la littérature, la conservation utérine ne semble pas exposer à un risque de récurrence plus important sur l'étage moyen en cas de promontofixation. Mais cette étude souligne également la difficulté d'analyser les résultats fonctionnels et la variabilité de méthodologie des études sur le sujet [9]. Dans l'étude de Farthmann et al. [10], 196 patientes ont bénéficié d'une promontofixation entre 2000 et 2012 avec un *follow-up* moyen de 67 mois. Les patientes ont été classées en 2 groupes : hystérectomie (122 patientes) et conservation utérine (74 patientes). Cette étude n'a pas montré de différence d'un point de vue fonctionnel mais la satisfaction des patientes était plus élevée dans le groupe conservation utérine.

Une étude rétrospective réalisée par Pan et al. [11] a étudié le taux de succès subjectif chez 99 patientes, 34 patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie lors de la promontofixation et 65 patientes ont eu une conservation utérine. Les résultats anatomiques sont similaires dans les deux groupes avec un meilleur taux de satisfaction et un meilleur score de qualité de vie dans le groupe hystérectomie. Une autre étude [12] a évalué également le taux de succès subjectifs chez 45 patientes. Une hystérectomie subtotale a été réalisée chez 30 patientes et une conservation utérine chez 15 patientes. Le taux de succès était significativement plus élevé dans le groupe hystérectomie subtotale.

Aucune exposition de prothèse n'a été observée dans notre étude. Le taux d'exposition de mèche varie dans la littérature de 2 à 10 % [4]. Les facteurs de risque décrits comprennent le tabac, l'association avec une hystérectomie [13] et le type de mèche. Le taux d'exposition est six fois plus élevé en cas de promontofixation associée à une hystérectomie totale par rapport aux hystérectomies subtotaux par laparoscopie et aux promontofixations post-hystérectomie [4]. Dans une revue de la littérature, Gutman et Maher [14] ont comparé les résultats anatomiques des promontofixations avec ou sans hystérectomie. Les taux de succès étaient similaires dans les deux groupes. Le temps opératoire était moindre dans le groupe conservation utérine et le taux d'exposition de mèche était significativement plus faible. Le risque d'exposition est 4 fois plus élevé lorsqu'une hystérectomie est associée à la promontofixation surtout lors des hystérectomies totales [15].

Par ailleurs, une conservation utérine est contre-indiquée s'il existe des anomalies utérines ou cervicales découvertes lors du bilan préopératoire ou connue chez la patiente [7]. Les principales indications d'hystérectomie sont les fibromes, l'adénome, les pathologies endométriales, les dysplasies cervicales, les métrorragies. Les antécédents familiaux de BRCA (gène du cancer du sein), le syndrome de Lynch (*hereditary non polyposis colonic cancer*) ou le

traitement par tamoxifène sont également des indications d'hystérectomie [14].

Plusieurs études ont évalué l'incidence des pathologies utérines ou cervicales sur les pièces opératoires chez des patientes opérées pour prolapsus génital [16,17]. Ces études montrent une incidence de pathologies utérines (hyperplasie endométriale complexe avec atypies, adénocarcinome endométrial...) de 0,6 à 5,1 %. Ces études soulignent l'importance de réaliser un bilan préopératoire exhaustif, comprenant un frottis cervico-vaginal et une échographie endovaginale associée à une biopsie endométriale, une hystérocopie diagnostique ou une IRM. De plus, l'incidence relativement élevée de pathologies utérines inattendues malgré un screening préopératoire complet doit être pris en compte en cas de lors d'une hystérectomie subtotale réalisée dans le cadre d'une promontofixation, surtout en cas d'épaississement endométrial ou de saignements en post-ménopause [18,19]. En effet, la morcellation utérine lors de l'hystérectomie subtotale pourrait exposer à un risque oncologique en cas de léiomyosarcome ou de néoplasie endométriale méconnue avec un impact de survie négatif [19]. Dans notre étude, une morcellation intra abdominale a été réalisée chez les patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie subtotale lors de la promontofixation. Nous n'avons pas observé de pathologie néoplasique lors de l'analyse anatomopathologique des pièces opératoires.

Le caractère rétrospectif et la différence de taille entre les groupes de patientes sont les principales limitations de cette étude et il est dès lors difficile de définir une conduite à tenir sur la réalisation d'une hystérectomie subtotale lors d'une promontofixation. Cependant, cette étude met en perspective les critères décisionnels à prendre en compte lors de la discussion avec la patiente sur la place de l'hystérectomie dans cette indication.

5. Conclusion

La promontofixation par laparoscopie qu'elle soit associée ou non à une hystérectomie offre de bons résultats anatomiques avec de meilleurs taux de succès objectifs et subjectifs lorsqu'elle est associée à une hystérectomie subtotale. La décision de réaliser ou non une hystérectomie doit être prise en tenant compte de la balance risque/bénéfice ainsi que des préférences de la patiente. L'information des patientes est primordiale dans le choix de la technique opératoire.

Cependant, des études randomisées prospectives avec de larges cohortes sont nécessaires afin de confirmer ces résultats.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Nous souhaiterions remercier Mme Véronique Hougardy qui a réalisé les bilans urodynamiques pré- et postopératoires.

Références

- [1] Khunda A, Vashisht A, Cutner A. New procedures for uterine prolapse. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013;27(3):363–79.
- [2] Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;4:CD004014.
- [3] Deffieux X, Letouzey V, Savary D, Sentilhes L, Agostini A, Mares P, et al. Prevention of complications related to the use of prosthetic meshes in prolapse surgery: guidelines for clinical practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2012;165:170–80.
- [4] Tan-Kim J, Meneffee SA, Lubner KM, Nager CW, Lukacz ES. Prevalence and risk factors for mesh erosion after laparoscopic-assisted sacrocolpopexy. *Int Urogynecol J* 2011;22(2):205–12.

- [5] Korbly NB, Kassis NC, Good MM, Richardson ML, Book NM, et al. Patient preferences for uterine preservation and hysterectomy in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2013;209(5):470–6.
- [6] Dubuisson JB, Veit-Rubin N, Wenger JM, Dubuisson J. La suspension latérale coelioscopique, une autre façon de traiter les prolapsus génitaux. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2017;45(1):32–6.
- [7] Fatton B, Amblard J, Jacquetin B. Is hysterectomy indicated during prolapsus treatment? *Ann Urol (Paris)* 2007;41(3):91–109.
- [8] Good MM, Korbly N, Kassis NC, Richardson ML, Book NM, et al. Prolapse-related knowledge and attitudes toward the uterus in woman with pelvic organ prolapse symptoms. *Am J Obstet Gynecol* 2013;209(5):481–6.
- [9] 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.
- [10] Farthmann J, Watermann D, Erbes T, Roth K, Nanovska P, et al. Functional outcome after pelvic floor reconstructive surgery with or without concomitant hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet* 2015;291(3):573–7.
- [11] 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.
- [12] Gracia M, Perelló M, Bataller E, Espuña M, Parellada M, 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.
- [13] Cundiff GW, Varner E, Visco AG, Zyczynski HM, Nager CW, et al. Pelvic Floor Disorders Network. Risk factors for mesh/suture erosion following sacral colpopexy. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199(6):688.
- [14] Gutman R, Maher C. Uterine-preserving POP surgery. *Int Urogynecol J* 2013;24(11):1803–13.
- [15] Rosati M, Bramante S, Conti F, et al. A review on the role of laparoscopic sacrocervicopexy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2014;26(4):281–9.
- [16] Mansoor A, Campagne S, Cornou C, Goujon N, Cerisier S, et al. Faut-il conserver l'utérus lors de la cure de prolapsus ? Réflexions à partir des résultats anatomo-pathologiques. *Gynecol Obstet Fertil* 2013;41(2):80–4.
- [17] Frick A, Walters M, Larkin K, Barber M. Risk of unanticipated abnormal gynecologic pathology at the time of hysterectomy for uterovaginal prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(5):507.
- [18] Hill AJ, Carroll AW, Matthews CA. Unanticipated uterine pathologic finding after morcellation during robotic-assisted supracervical hysterectomy and cervicosacropepy for uterine prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2014;20(2):113–5.
- [19] George S, Barysaukas C, Serrano C, Oduyebo T, Rauh-Hain JA, et al. Retrospective cohort study evaluating the impact of intraperitoneal morcellation on outcomes of localized uterine leiomyosarcoma. *Cancer* 2014;120(20):3154–8.