

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
et Obstétrique**

—  
**Tome XXXI - 2007  
publié le 12.12.2007**



*TRENTE ET UNIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2007*

# Existe-t-il encore des indications du pessaire ?

C. COURTIEU \*  
(Montpellier)

## INTRODUCTION

Le traitement des prolapsus repose sur deux méthodes : la chirurgie et l'utilisation de pessaires (la rééducation n'étant efficace que pour les prolapsus de bas grade).

L'indication actuelle du pessaire dans le prolapsus n'est pas clairement établie [1]. Pour certains, réservé aux femmes qui ne peuvent ou ne veulent pas être opérées ou en attente de l'être, en préopératoire pour améliorer la trophicité des muqueuses ou évaluer l'impact d'une chirurgie ou pour démasquer une incontinence urinaire d'effort avant chirurgie du prolapsus .

Pour d'autres comme Wu [2] le pessaire peut être proposé en première intention dans le prolapsus et utilisé sur du long terme.

La plupart de ses effets secondaires sont mineurs et locaux en dehors de quelques cas exceptionnels dus essentiellement à l'absence de suivi.

\* CMC Beausoleil - 119 Avenue de Lodève - 34070 MONTPELLIER

La chirurgie en revanche pose le problème d'une mortalité faible mais non nulle, d'une morbidité non négligeable et aussi de quelques échecs.

En France, il n'y a pas de données ni de publications relatives à l'utilisation des pessaires avec une certaine désaffection pour ce traitement au profit du traitement chirurgical.

## LES PESSAIRES

### 1. Définition du pessaire

(Du grec *pessos* : jeton, gland, pièce de charpie). Instrument introduit dans le vagin pour maintenir un prolapsus génital.

### 2. Historique [5]

Les pessaires sont utilisés dans le traitement des affections de l'appareil génital féminin depuis l'antiquité. Hippocrate utilisa de la laine, des fruits comme la grenade. Le plus souvent, il était utilisé comme vecteur de médicaments les imprégnant.

À partir du moyen âge, ils sont utilisés comme instruments de contention et confectionnés de bronze, d'étoffes imprégnées de produits variés, de liège, puis d'anneaux en or, en argent, en cuivre. Le caoutchouc est introduit au dix-huitième siècle.

L'introduction du caoutchouc dans la fabrication des pessaires remonte à 1783 après la découverte du processus de vulcanisation par Goodyear. Dans les années cinquante il est remplacé par le plastique, le latex et plus récemment par la silicone.

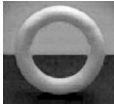




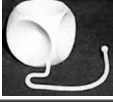
Fin XIX<sup>e</sup> début XX<sup>e</sup> siècle le pessaire était à son apogée avec une centaine de modèles différents. Son utilisation a diminué ensuite parallèlement à l'amélioration des procédures chirurgicales et anesthésiques.

La désaffection a été telle que ce traitement du prolapsus n'est plus considéré, en tout cas en France, que comme un traitement réservé aux femmes âgées, présentant une contre-indication chirurgicale formelle. Il n'en est pas de même dans les pays anglo-saxons où le pessaire est considéré comme une option thérapeutique valable au même titre que la chirurgie.

Une étude menée auprès de gynécologues américains montre que 77 % d'entre eux considèrent le pessaire comme un traitement de première ligne. 92 % reconnaissent que le pessaire soulage la patiente des symptômes liés au prolapsus et 48 % qu'il a même un effet thérapeutique. Il n'y a aucun consensus quant au type de pessaire à utiliser ni même s'il y a intérêt à en utiliser plusieurs différents [3]. Une autre étude, toujours aux États-Unis, révèle que 86 % des gynécologues prescrivent des pessaires pour tous les types de prolapsus mais reconnaissent être mal formés à leur utilisation au cours de leurs études [4].

### 3. Types de pessaires (Tableau I)

Tableau I : Synthèse des différents types de pessaires

Type de pessaire	Mécanisme d'action	Nom	Indication	
Anneau	Support	Anneau avec ou sans membrane	Cystocèle	
Donut	Support Volume	Donut	Tous prolapsus excepté defects postérieurs	
Lever	Support	Hodge, Smith-Hodge	Cystocèle	
Dish	Support	Falk, Shaatz		
Stem	Support	Gellhorn	Cystocèle	
Cube	Support Volume	Arabin	Tous prolapsus	

Plus de deux cents pessaires différents ont été inventés dont approximativement une vingtaine sont toujours utilisés actuellement, toutefois tous les pessaires ne sont pas disponibles dans tous les pays.

Il existe grossièrement deux familles de pessaires, communément appelées en anglais *supportive* et *space filling*, correspondant pour les premiers à des dispositifs de soutènement laissant la lumière vaginale libre et pour les seconds à des pessaires agissant par remplissage de la lumière vaginale, obstructifs ou non. Cette distinction semble toutefois un peu artificielle, les mécanismes d'action se chevauchant.

Les points d'appui des pessaires support sont en bas les faisceaux pubo-rectaux des releveurs (expliquant les expulsions en cas d'élargissement de l'hiatus uro-génital) et en haut le cul-de-sac vaginal postérieur (zone de prédilection des érosions liées à l'utilisation continue).

À cet effet de soutien s'ajoute une force de frottement sur les parois vaginales pour les pessaires à effet volume.

Une des formes la plus couramment utilisée est l'anneau. Il peut présenter différentes épaisseurs et entrer dans la catégorie des *space filling* pour les grosses sections de tore, il est alors appelé *donut* en raison de sa ressemblance avec le biscuit. D'une épaisseur moindre, il entre dans la catégorie des pessaires de soutènement.

Le pessaire en cube se maintient en position grâce à un phénomène de ventouse entre sa paroi, concave, et celle du vagin.

Des pessaires gonflables et ajustables ont été développés pour une adaptation optimale de la contention par les patientes en fonction des circonstances.

Le pessaire Hodge est utilisé spécifiquement pour soutenir le col de la vessie en cas d'incontinence urinaire d'effort.

Des formes modifiées des cas précédents existent sur le marché, avec des fonctions spécifiques.

Concernant le matériau, les pessaires en latex sont les plus utilisés en France ; or, ce matériau microporeux est plus susceptible de colonisation microbienne que la silicone utilisée dans les pays anglo-saxons et est par ailleurs allergisant.

## EXPÉRIENCE DE LA CLINIQUE BEAUSOLEIL

Une étude rétrospective a été réalisée au sein de la consultation de statique pelvienne de la clinique Beausoleil et a fait l'objet d'une thèse [6].

247 patientes se présentant pour prolapsus de mai 2002 à août 2005 ont été répertoriées et leur devenir évalué sur dossier et par questionnaire téléphonique en mai 2006.

L'âge moyen était de 69,4 ans (35 à 92 ans) et le recul moyen de suivi de 25 mois (8 à 47 mois).

76 (31 %) sont orientées d'emblée vers la chirurgie soit en raison d'un refus de l'utilisation (n = 51 ; 21 %), soit en raison d'une incontinence urinaire justifiant le recours à la chirurgie (n = 25 ; 10 %),

Le recours au pessaire a donc été envisagé pour 171 patientes.

Dans 45 cas, l'essai de pessaire n'a pas été concluant en raison d'une expulsion du pessaire malgré une adaptation de la taille.

Un pessaire a donc été prescrit à 119 patientes (49 % des patientes).

49 (49 % des essais) de ces patientes ont abandonné le pessaire au cours du suivi, 51 (51 % des essais, 23 % de l'effectif total) l'utilisaient au moment de l'évaluation.

Ces chiffres sont concordants avec les données de la littérature.

Les pessaires utilisés ont été le pessaire cube en silicone dans 90 % des cas et un pessaire en anneau en silicone dans 10 %.

Le principal motif d'abandon était une lassitude vis-à-vis de l'utilisation quotidienne du pessaire cube ; les complications n'ont entraîné l'abandon que dans 3 cas (pessaires en anneau en continu).

Les tableaux II et III montrent les facteurs de risque d'arrêt du pessaire et ceux orientant vers la chirurgie.

Tableau III : Facteurs orientant vers la chirurgie  $p < 0,05$

Variable
Âge inférieur à 55 ans
Absence de ménopause
Utilisation d'un THS <i>per os</i> pour la ménopause
Présence de rapports sexuels
Incontinence urinaire par impériosités

Tableau II : Facteurs orientant vers l'arrêt du pessaire  $p < 0,05$ 

Variable
Rapports sexuels
Constipation
Cube de grande taille
Mauvaise efficacité sur les symptômes
Difficulté d'emploi
Intolérance psychologique
Leucorrhées
Douleurs
Expulsion
Absence de traitement hormonal local

## EXISTE-T-IL ENCORE DES INDICATIONS DU PESSAIRE ?

### 1. Les obligations déontologiques

D'après le code de la santé publique (Art. L. 1111-2.), toute personne doit être informée des alternatives thérapeutiques possibles au traitement proposé. Cela s'avère particulièrement vrai dans le domaine des troubles de la statique pelvienne qui sont avant tout des pathologies fonctionnelles.

Le pessaire peut être considéré comme une thérapeutique valable du prolapsus comme le montre l'étude que nous avons réalisée (figure 1).

### 2. Indications en fonction du type de prolapsus [7, 8, 9, 10]

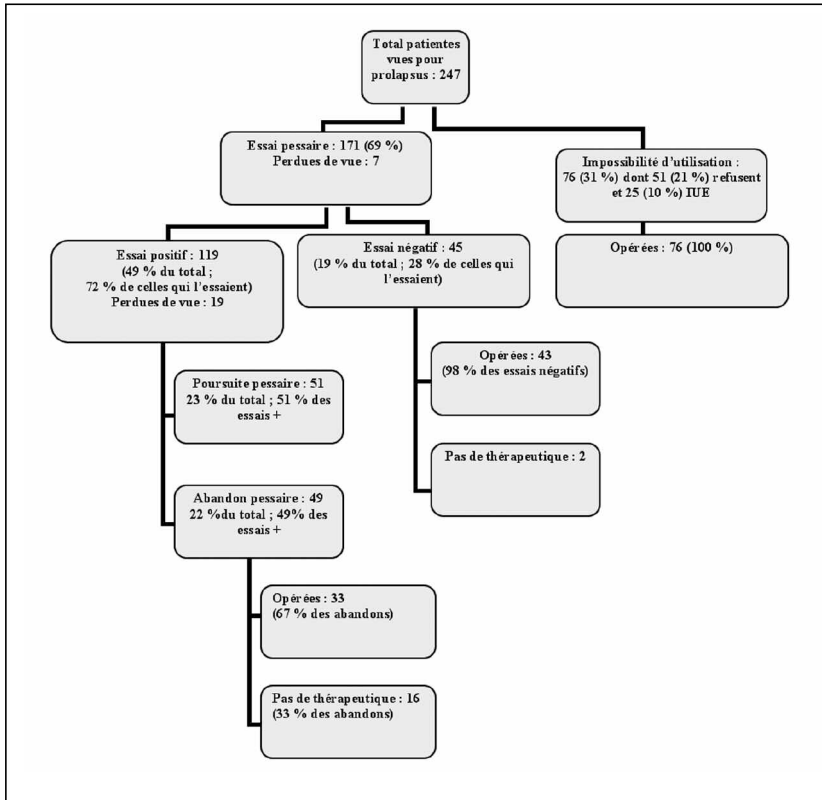
– Type anatomique

L'ensemble de la littérature ainsi que notre étude montrent clairement que les prolapsus de l'étage antérieur ainsi que les prolapsus utérins sont les plus à même de bénéficier du pessaire.

Le taux d'abandon est plus élevé en cas de rectocèle probablement en raison de l'élargissement de l'hiatus uro-génital rencontré dans ce type de pathologie.

## EXISTE-T-IL ENCORE DES INDICATIONS DU PESSAIRE ?

Figure 1 : Récapitulatif de l'étude Pessaire



– Un antécédent d'hystérectomie est également de pronostic plus défavorable.

– En ce qui concerne le stade anatomique de prolapsus, même si la contention est moins bonne en cas de prolapsus de haut grade, l'adaptation de la taille et l'utilisation de pessaires à effet volume (cubes) est possible; là encore, l'existence d'une béance vaginale importante sera de plus mauvais pronostic.



### 3. Indications en fonction de l'âge

La plupart des publications et notre étude montrent un moindre recours au pessaire chez les femmes « jeunes ».

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela :

- l'existence d'une activité sexuelle qui s'avère difficile si le pessaire n'est pas retiré facilement par la patiente ;
- une activité physique plus importante source d'expulsion du pessaire ;
- surtout une diminution de l'estime de soi liée au prolapsus, quasi constamment évoquée par ces patientes ; le pessaire avec son image de « traitement pour les vieilles » n'améliore pas ce problème.

Malgré cela, le pessaire est nettement sous-utilisé dans cette population et rend de grands services aux femmes désirant programmer leur chirurgie dans un délai plus ou moins long en raison de contraintes familiales ou professionnelles ou chez les patientes ne présentant une gêne fonctionnelle qu'occasionnelle lors d'efforts entraînant une importante augmentation de pression abdominale (sportifs ou professionnels).

Dans cette population, il faut privilégier l'utilisation de pessaires cube pouvant facilement être retirés ; un cube perforé est nécessaire chez les femmes non ménopausées afin de permettre l'écoulement des sécrétions vaginales.

### 4. Indications en fonction de la symptomatologie

Les pessaires seront surtout efficaces sur les symptômes liés directement au déplacement des organes prolapsés [16, 17, 18] :

- frottement lié à l'extériorisation ;
- pesanteur pelvi-périnéale ;
- dysurie par effet pelote.

D'autres symptômes pouvant être le fait de pathologies fonctionnelles associées (troubles colo-proctologiques, urgenturie) ne seront pas forcément améliorés.

L'existence d'une incontinence urinaire nécessite une analyse fine de sa physiopathologie et justifie parfois d'un test au pessaire.

## 5. Indications du test au pessaire

Le recours à un test au pessaire est justifié dans toutes les situations où il n'y a pas de relation claire entre la symptomatologie alléguée par la patiente et le prolapsus ; il permet alors de prédire avec une certaine pertinence un pronostic chirurgical.

### *Troubles urinaires*

En cas de trouble de l'évacuation vésicale associé au prolapsus (en particulier s'il existe un résidu postmictionnel), il peut être très intéressant de réaliser un test au pessaire qui permettra de porter un pronostic sur le résultat de la chirurgie [11]. En effet, bon nombre de patientes présentant une obstruction ancienne sur prolapsus ont une vessie hypocontractile dont la vidange ne s'améliorera pas forcément rapidement et qui est même à risque de rétention postopératoire.

En cas d'incontinence urinaire (IU) ou d'urgenterie associée au prolapsus, son devenir sera différent en fonction du mécanisme de l'IU si un pessaire est utilisé :

- amélioration si liée à l'effet pelote (mictions par regorgement, urgenteries liées à l'obstacle ou à la cystocèle, infections chroniques dues au résidu) ;
- aggravation si liée à une insuffisance sphinctérienne ou une hypermobilité urétrale masquées par ce même effet pelote (test prédictif d'une IU postopératoire) [12, 13] ;
- inchangée si liée à un autre facteur que le prolapsus (hyperactivité vésicale idiopathique par exemple).

### *Douleurs*

La présence de douleurs abdomino-pelviennes ou lombaires basses est fréquemment rapportée à l'existence d'un trouble de la statique pelvienne parfois anatomiquement très modéré. La relation directe avec le prolapsus n'est pas toujours évidente et l'utilisation du test au pessaire est alors indispensable avant de porter une indication chirurgicale comme l'ont montré plusieurs publications [14, 15].

### *Patiente indécise*

Bon nombre de patientes terminent la consultation pour prolapsus par la question : « Docteur, si j'étais votre mère ou votre femme, que me conseilleriez-vous de faire : l'opération ou le pessaire ? ».

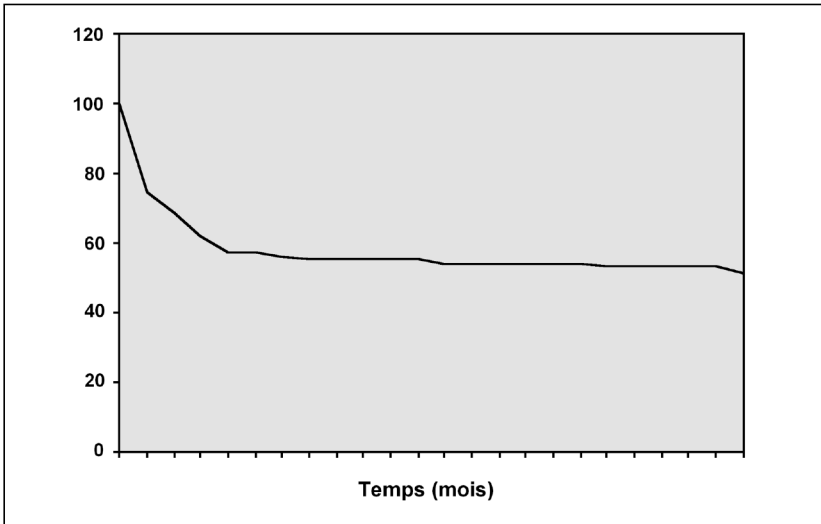
À ceux qui sont tentés de prendre de telles décisions à la place des patientes, on ne peut que conseiller la prudence. En cas de

résultat insatisfaisant ou pire de complication chirurgicale, ils en seront tenus pour directement responsables ...

Pour ces patientes, l'attitude logique est de proposer un test au pessaire pendant quelques mois en attendant leur éventuelle décision de chirurgie et qu'elles se présentent alors en disant : « Docteur, je me suis décidée, je veux être opérée ».

Comme l'a montré notre étude, la décision chirurgicale est prise dans 90 % des cas au terme d'un délai de 4 mois (figure 2).

Figure 2 : Évolution de l'utilisation du pessaire dans le temps. Etude Beausoleil



## LA PRESCRIPTION DU PESSAIRE EN PRATIQUE

### 1. Consultation de statique pelvienne

La première consultation est une consultation de statique pelvienne à part entière au même titre qu'une consultation préchirurgicale. Outre un interrogatoire et un examen clinique complet, une information complète sur le traitement chirurgical et l'utilisation du pessaire est délivrée.

L'essai d'un pessaire doit faire partie de l'examen clinique : il est nécessaire de disposer d'un jeu de pessaires d'essai afin de choisir la taille optimale (le plus petit pessaire assurant la contention).

Des formulaires d'information sur la chirurgie (fiches CNGOF) et les pessaires sont remis à la patiente.

En cas d'atrophie postménopausique, un traitement hormonal local préalable est indispensable pour améliorer la tolérance du pessaire.

Si la patiente est indécise, un délai de réflexion est proposé avec une consultation quelques semaines plus tard en mettant ce délai à profit pour utiliser un traitement hormonal local.

## 2. Apprentissage

La deuxième consultation permet de réaliser l'apprentissage de la pose et du retrait du pessaire par la patiente. Il s'agit d'un geste simple réalisable par 95 % des patientes sans limitations liées à l'âge ou l'habileté manuelle, en tout cas avec les pessaires cube.

L'utilisation d'un support vidéo est utile car bon nombre de patientes méconnaissent l'anatomie de leurs organes génitaux...

Dans les rares cas où le retrait par la patiente n'est pas possible (démence, appréhension, incapacité physique), on choisit alors un pessaire en anneau utilisé de façon « conventionnelle ».

Une nouvelle information est délivrée sur l'utilisation pratique.

Une « *hot line* téléphonique » est proposée aux patientes, sachant qu'aucune patiente n'est venue consulter en urgence pendant toute la durée de notre étude.

## 3. Suivi

Une consultation à 3 mois est prévue puis une consultation annuelle est suffisante si le retrait est régulier ; sinon une consultation tous les trois mois si le pessaire est laissé en place.

## CONCLUSION

Notre expérience mais aussi les données de la littérature montrent que la désaffection de l'utilisation du pessaire n'est pas justifiée.

Son faible coût, son innocuité et sa relative efficacité justifient que son utilisation soit systématiquement envisagée et proposée (si elle est possible) devant tout type de prolapsus et à toutes les patientes.

70 % des patientes relèvent de sa prescription ; 25 % l'utiliseront à long terme à titre thérapeutique.

La question à poser n'est donc pas « Y a-t-il encore des indications au pessaire ? » mais « Après l'utilisation du pessaire, y a-t-il encore une indication chirurgicale ? »

### *Résumé*

*Les pessaires sont utilisés depuis l'antiquité pour le traitement des prolapsus. De nombreux types de pessaires existent utilisant soit un effet de support soit un effet de volume. Nous rapportons notre expérience de l'utilisation des pessaires (principalement cubiques) qui montre qu'il s'agit d'un traitement méritant d'être envisagé devant tout type de prolapsus et permettant de traiter efficacement 25 % des prolapsus avec un recul de 2 ans.*

*Même si dans certaines situations l'efficacité ou l'acceptabilité du pessaire sont moins bonnes, il n'existe aucun facteur prédictif de l'échec de ce traitement (type de défaut anatomique, âge de la patiente, symptomatologie fonctionnelle).*

*La prescription du pessaire doit faire l'objet d'une consultation spécifique et nécessite une certaine expérience de la part du prescripteur.*

*L'utilisation des pessaires mérite donc d'être élargie afin de permettre de mieux programmer voire d'éviter certaines interventions chirurgicales.*

## Bibliographie

1. Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Oct 18; (4): CD003882.
2. Wu V, Farrell SA, Baskett TF, Flowerdew G. A simplified protocol for pessary management. *Obstet Gynecol* 1997; 90(6): 990-4.
3. Cundiff GW, Weidner AC, Visco AG, Bump RC, Addison WA. A survey of pessary use by members of the American urogynecologic society. *Obstet Gynecol* 2000; 95(6 Pt1): 931-5.
4. Pott-Grinstein E, Newcomer JR. Gynecologists' patterns of prescribing pessaries. *J Reprod Med* 2001; 46(3): 205-8.
5. Shah SM, Sultan AH, Thakar R. The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006 Feb; 17(2): 170-5.
6. Mirabel X. Place des pessaires dans le traitement du prolapsus génital. Thèse Médecine Montpellier. Mai 2007.
7. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190(2): 345-50.
8. Maito JM, Quam ZA, Craig E, Danner KA, Rogers RG. Predictors of successful pessary fitting and continued use in a nurse-midwifery pessary clinic. *J Midwifery Womens Health* 2006; 51(2): 78-84.
9. Mutone MF, Terry C, Hale DS, Benson JT. Factors which influence the short-term success of pessary management of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193(1): 89-94.
10. Heit M, Rosenquist C, Culligan P, Graham C, Murphy M, Shott S. Predicting treatment choice for patients with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2003; 101(6): 1279-84.
11. Lazarou G, Scotti RJ, Mikhail MS, Zhou HS, Powers K. Pessary reduction and postoperative cure of retention in women with anterior vaginal wall prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004 May-Jun; 15(3): 175-8.
12. Donnelly MJ, Powell-Morgan S, Olsen AL, Nygaard IE. Vaginal pessaries for the management of stress and mixed urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004; 15(5): 302-7.
13. Chaikin DC, Groutz A, Blaivas JG. Predicting the need for anti-incontinence surgery in continent women undergoing repair of severe urogenital prolapse. *J Urol* 2000; 163(2): 531-4.
14. Hautefeuille J, Cosson M, Mathieu E, Querleu D, Crepin G. Traitement des rétroversions utérines symptomatiques. *Ann Chir* 2000 Jul; 125(6): 566-70.
15. Von Theobald P, Barjot P, Levy G. Laparoscopic douglasectomy in the treatment of painful uterine retroversion. *Surg Endosc* 1997 Jun; 11(6): 639-42.
16. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190(4): 1025-9.
17. Barber MD, Walters MD, Cundiff GW. Responsiveness of the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI) and Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ) in women undergoing vaginal surgery and pessary treatment for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194(5): 1492-8.
18. Fernando RJ, Thakar R, Sultan AH, Shah SM, Jones PW. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2006; 108(1): 93-9.