



VENDREDI 16 JANVIER 2015

BRUXELLES

DÉBATS EN PELVI-PÉRINÉOLOGIE:

Comment gérer les situations complexes des prolapsus?

Sous la présidence du Pr Reinier OPSOMER



Les prolapsus récidivés: que penser des “nouvelles techniques”?



B. Jacquetin

Unité d 'UroGynécologie

CHU Estaing- **Clermont-Ferrand**



« TVM group » 10 years anniversary (The 9 « Frenchies » with Axel Arnaud et Bruno Delacroix)



First meeting in NICE: 2000
Market beginning : March 2005

More than 1000 TVM procedures
More than 2500 Prolift implants to day...



Intérêt

Je n'ai plus de conflit d'intérêt...
mais peut-être une certaine responsabilité
dans l'utilisation des prothèses vaginales!



The concept of the TVM (Trans Vaginal Mesh)

- To replace or reinforce the damaged visceral fascia
- To restore the cohesion between visceral and parietal fascias at the level of the ATFP, from one pelvic side to the other
- To respect the bladder neck
- To stabilize the bladder hammock



GYNECARE PROLIFT® Pelvic Floor Repair System Total Implant Position



Declaration of Interest



- B. Jacquetin holds the patent for TVM, for which he received royalties from Ethicon; the Prolift® is today withdrawn from the global market.
- and have held a consultancy position for Ethicon, accepting payment of travel expenses and honoraria.

TODAY, I AM NO MORE PAID BY ETHICON...

Prolapsus récidivé et prothèse vaginale:

- Sans doute la meilleure indication:
 - À condition que la première intervention
 - ait été réalisée correctement (indication adéquate, procédure adaptée réalisée par un chirurgien compétent, en évitant l'hypercorrection...)
 - et avoir intéressé tous les compartiments concernés (*exposé J. Amblard*)
 - Dans ce cas, surtout si la récurrence est précoce:
 - **la déficience tissulaire** est très probable
 - en particulier conjonctive
 - associée ou non à un **défect paravaginal**...
- Dans un contexte de défiance croissante :
 - mises en garde de la **FDA** américaine
 - contagion européenne plus ou moins marquée
 - **MHRA** britannique : « les avantages excèdent les risques » !
 - **SCENIHR** : validation des recommandations programmée pour le 27 janvier...



In Europe 2014

HEALTH AND CONSUMERS

Scientific Committees

European Commission > Public health > Scientific Committees > Emerging and newly identified risks > Minutes_wg_meetings

Call for experts in the area of safety of surgical meshes used in urogynecological surgery



Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks

SCENIHR

4th Meeting of the Working Group on Surgical Meshes

Venue: HITEC building, Rue Eugène Ruppert 11, L- 2453 Luxembourg

Meeting room: HTC 02/280

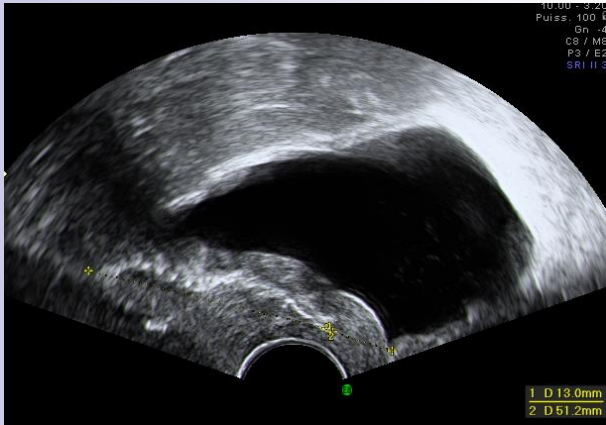
Meeting date: Monday, 30 June 2014, starting at 9:00

European Commission
DG Health & Consumers
Directorate C: Public Health
Unit C2: Health information
Office: HTC, 03/081
L-2920 Luxembourg
Tel ☎ (+352) 4301-37516
E-mail: SANCO-C2-SCENIHR AT ec.europa.eu

Président: Philippe Hartemann

Les « nouvelles » techniques :

- Cherchent essentiellement à **limiter les risques de complications** :
 - Le polypropylène mono filament tricoté macroporeux est quasi universellement utilisé...
 - Mais, si c'est le matériau de référence, ce n'est certainement pas le matériau d'avenir... (*exposé C. Courtieu*)
- C'est-à-dire **la rétraction tissulaire péri-prothétique**
 - Qui est la seule cause des complications sévères
 - En dehors des maladroites chirurgicales...
- Car **l'exposition** prothétique n'est jamais source de complications graves:
 - Bien que souvent mise en avant,
 - Elle est largement limitée par une technique adéquate
 - Avec un risque d'infection minime avec le polypropylène



European Urogynaecological Association



Mesh shrinkage: How to assess, how to prevent, how to manage ?



B. Jacquetin

*UroGynecology Unit
University Hospital Estaing
Clermont-Ferrand,
FRANCE*

La tendance actuelle: les principes...

- **Limiter la densité** des prothèses :
 - Légères, super légères...
 - Mixtes (en partie résorbables)
 - Voire biologiques...
- **Limiter la taille** des prothèses :
 - Un étalement adéquat en est plus facile
 - La réaction tissulaire est proportionnelle au volume de matériel étranger
- **Supprimer les bras transfixiants...**
 - Trans obturateurs, trans sacro épineux, trans glutéaux
 - Par des systèmes d'attache ou d'ancrage interne (« *trocarless devices* »)
- **Supprimer la prothèse postérieure et/ou apicale:**
 - Par l'abord antérieur du ligament sacro épineux (sacro spino fixation antérieure)
 - Et préservation utérine...

La tendance actuelle: le marché...

- AMS:
 - Elevate ant.&apical et Post.&apical
- BOSTON Scientific:
 - Pinnacle ant.
 - Uphold
- COLOPLAST:
 - Restorelle ant. et post.
- BARD:
 - Nuvia SI ant. et post.
- PROMEDON (Surgynal):
 - Calistar

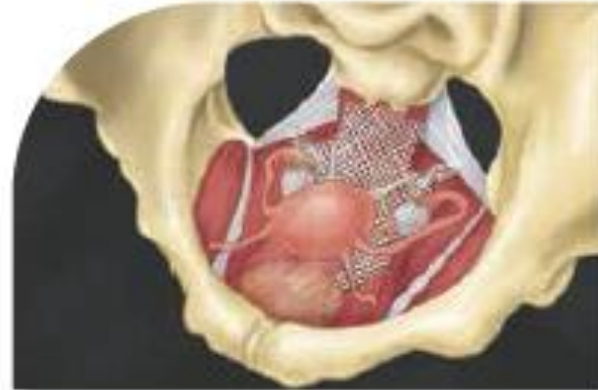
Liste NON exhaustive

AMS Elevate



Elevate Anterior and Apical Repair System

- Utilizes a single vaginal incision and no external needle passes
- Provides a four point fixation in the sacrospinous ligaments and obturator internus muscles
- Intended for the transvaginal surgical treatment to correct anterior vaginal wall and apical prolapse



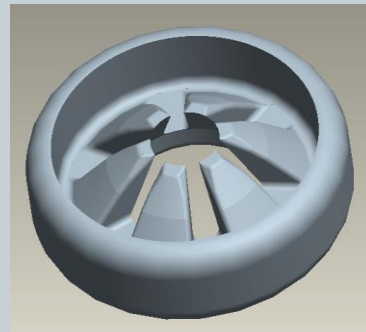
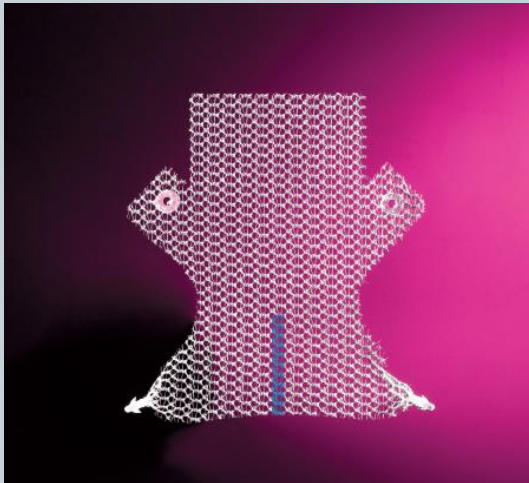
Elevate Apical and Posterior Repair System

- Utilizes a single vaginal incision and no external needle passes
- Provides bilateral fixation in the sacrospinous ligaments
- Intended for the transvaginal surgical treatment to correct posterior vaginal wall and apical prolapse

Technique sans incision cutanée

Sacrospinofixation antérieure

- **ELEVATE™ antérieure (AMS)** **26 g/m²**



4 papiers



Technique sans incision cutanée

Sacrospinofixation antérieure

- **ELEVATE™ antérieure (AMS)** **26 g/m²**



elevate. PC
Anterior & Posterior
Prolapse Repair Systems



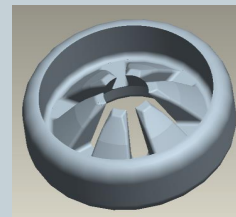
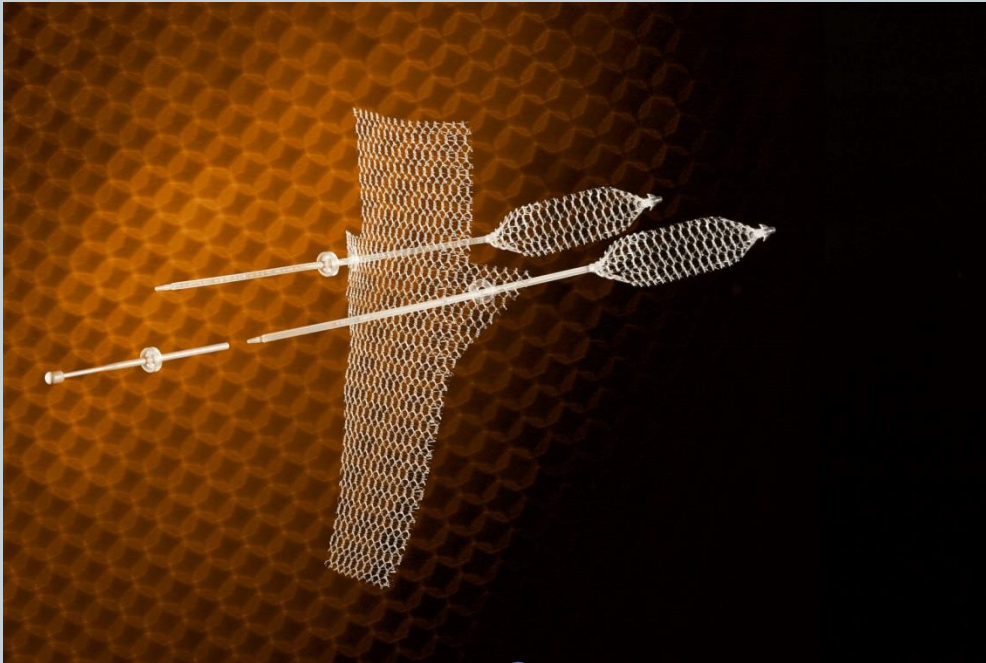
4 papiers

Technique sans incision cutanée

Sacrospinofixation postérieure

- ELEVATE™ postérieure (AMS)

26 g/m²



4 papiers

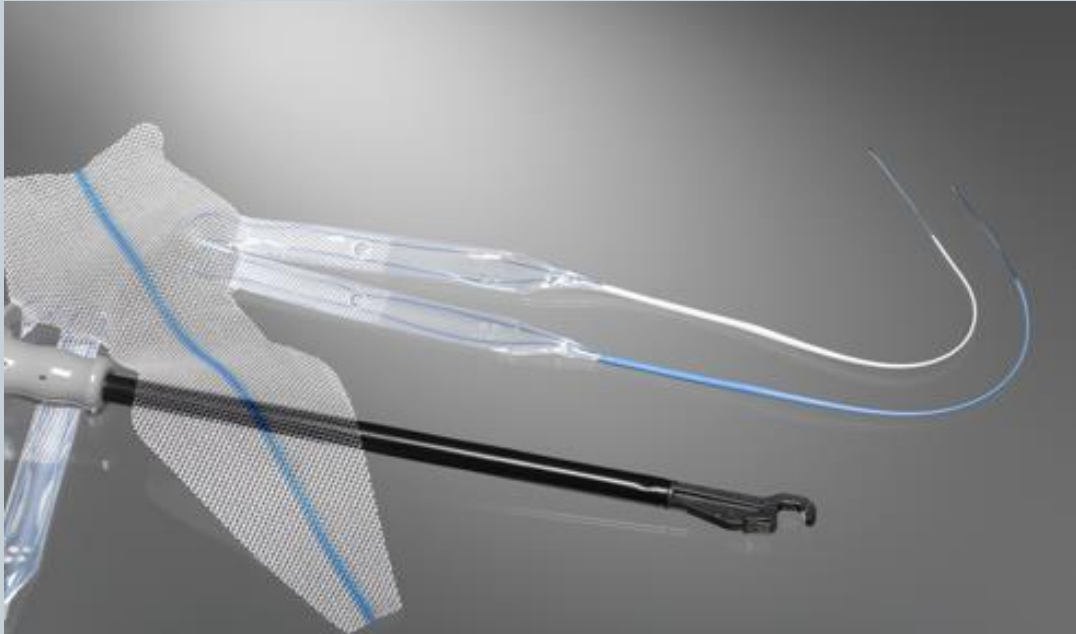
Technique sans incision cutanée

Sacrospinofixation antérieure



- Pinnacle™ antérieur (Boston)

41 g/m²



3 papiers

New meshes, new techniques (1)

Int Urogynecol J (2012) 23:335–340
DOI 10.1007/s00192-011-1554-5

ORIGINAL ARTICLE

Anterior sacrospinous ligament fixation associated with paravaginal repair using the Pinnacle™ device: an anatomical study

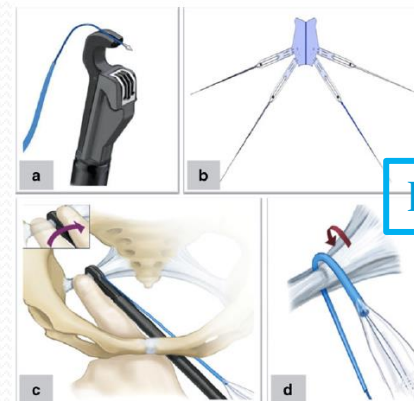
Mélanie Cayrac • Vincent Letouzey • Idir Ouzaid •
Pierre Costa • Vincent Delmas •

Fig. 2 Anatomical views. **a** Posterior arm and neurological risk: 1 S4, 2 pudendal nerve, 3 posterior arm. **b** Lateral arm and neurological risk: 1 obturator nerve, 2 ATFP, 3 lateral arm, 4 levator ani nerve. **c** Lateral arm and ureteral risk: 1 left lateral arm, 2 left ureter. **d** Schematic view on anatomical risks: 1 SSL, 2 sciatique nerve, 3 pudendal nerve, 4 ATFP, 5 ureter, red circle dangerous area

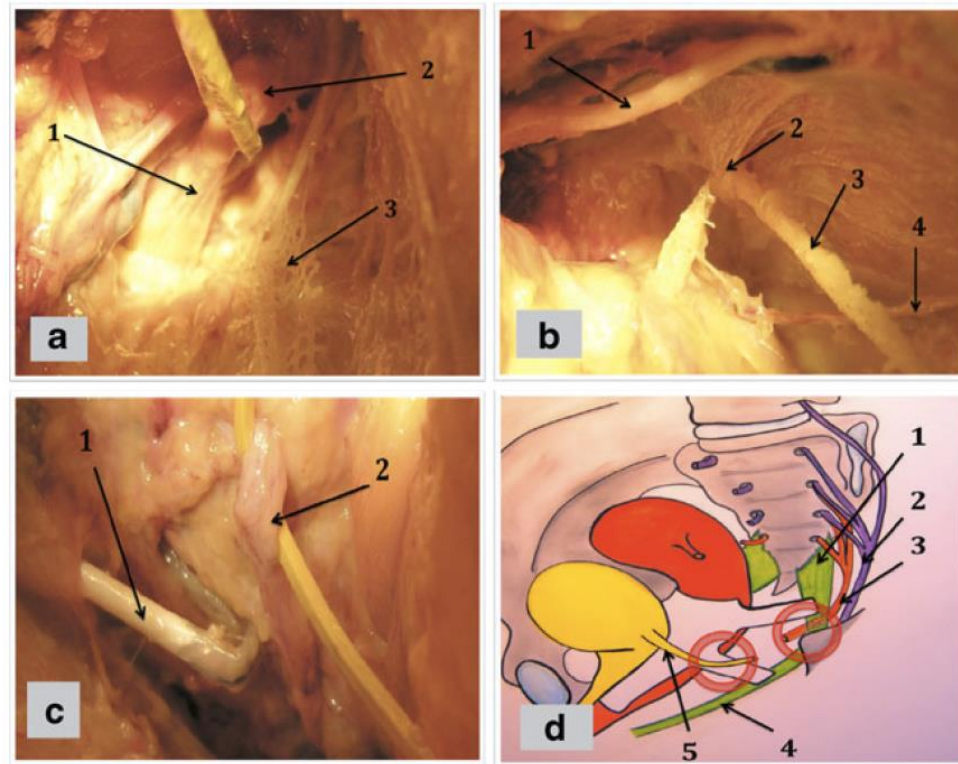
The latest fashion: trocar less and anterior SSLF...



Dangerous area:
pudendal nerve and ureter



Pinnacle® technique



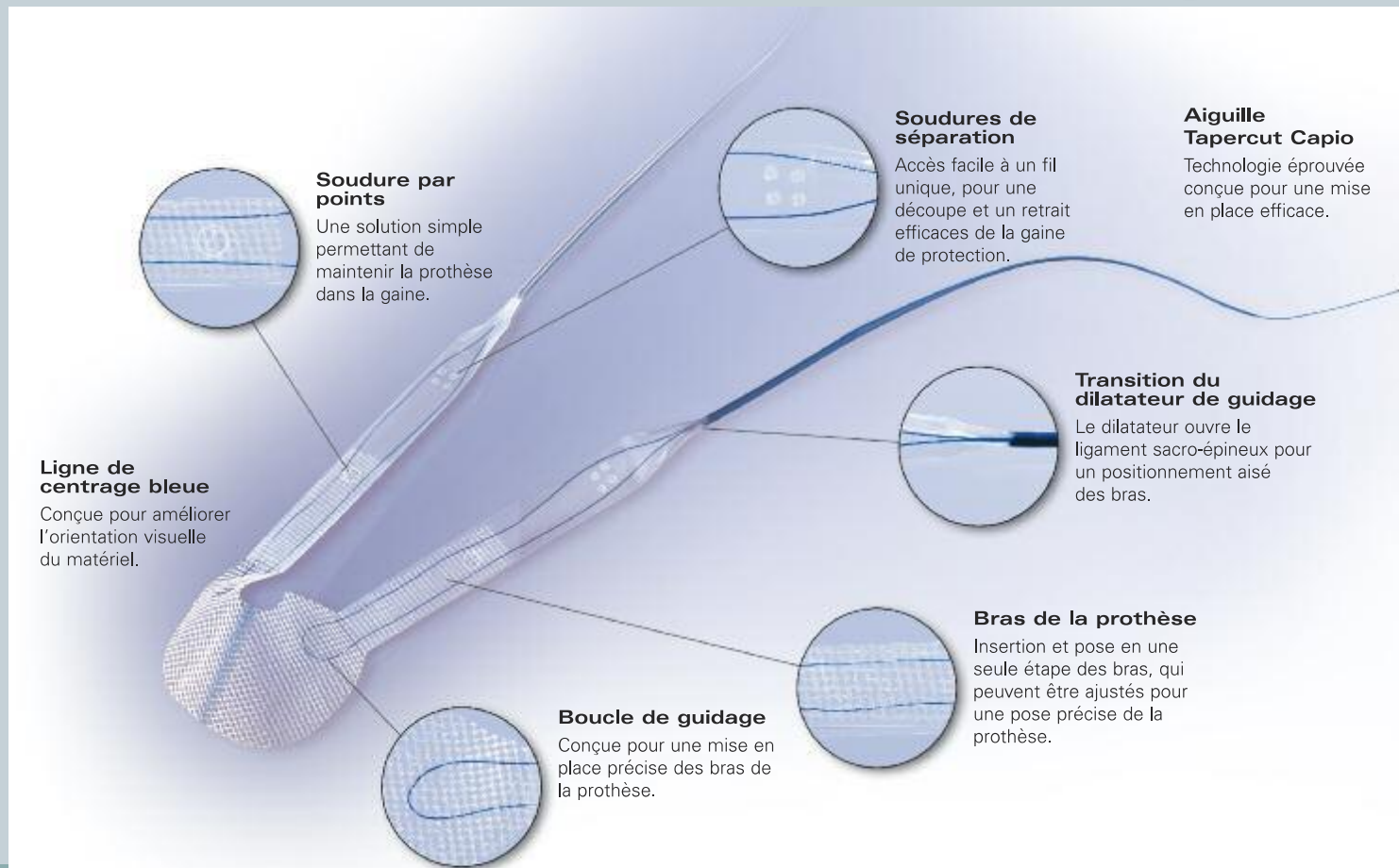
Cayrac M, Letouzey V, Ouzaid I, Costa P, Delmas V, De Tayrac R: Anterior sacrospinous ligament fixation associated with paravaginal repair using the Pinnacle device: an anatomical study. *Int. Urogynecol. J* 2012, 23:335-340.

Technique sans incision cutanée

Sacrospinofixation antérieure

- **UPHOLD™ (Boston)**

25 g/m²



Technique sans incision cutanée

Sacrospinofixation antérieure



● UPHOLD™ (Boston)

1 papier

Prothèse synthétique Polyform™

Le système Uphold inclut la prothèse Polyform, à base de polypropylène macroporeux monofilament non enduit, un matériau utilisé avec succès depuis plus de 30 ans dans diverses parties du corps.⁵

L'objectif était d'améliorer ce matériau bien connu, pour le **rendre souple, lisse, fin, léger** et plus élastique qu'une prothèse synthétique largement utilisée dans le traitement du prolapsus.⁶

Dispositif de capture de suture Capiro™

Conçu pour:

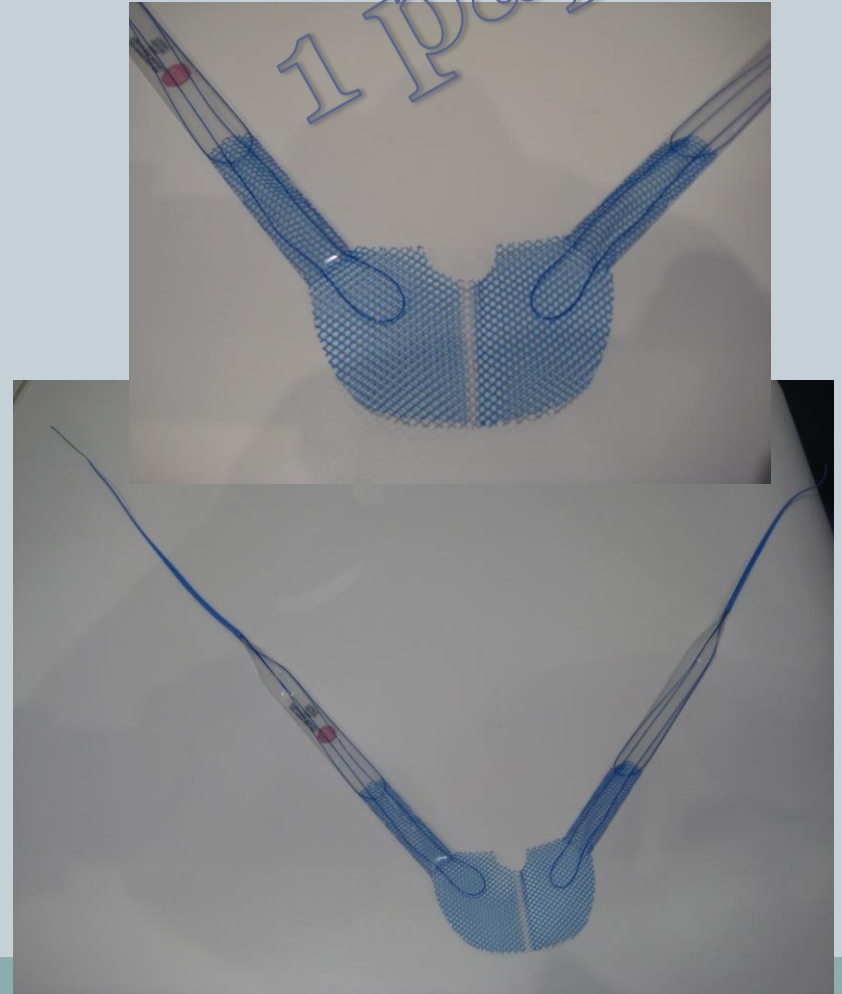
- Atteindre les cavités profondes et difficiles d'accès, pour une mise en place précise à partir d'une courte incision.
- Améliorer le contrôle pendant l'intervention en éliminant l'utilisation de trocars et en permettant une approche exclusivement intra-vaginale.

Technique sans incision cutanée

Sacrospinofixation antérieure

- **UPHOLD™ (Boston)**

Capio Slim



New meshes, new techniques (2)

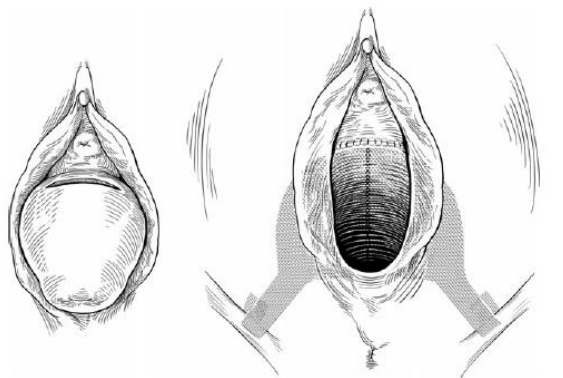
Int Urogynecol J (2012) 23:1753–1761
DOI 10.1007/s00192-012-1780-5

ORIGINAL ARTICLE

Minimal mesh repair for apical and anterior prolapse: initial anatomical and subjective outcomes

Manhan K. Vu · Juraj Letko · Kelly Jirschele ·
Adam Gafni-Kane · Aimee Nguyen · Honyan Du ·
Roger P. Goldberg

Uphold® technique



Conclusions This technique resulted in successful outcomes within both anterior and apical compartments with a low rate of mesh complication, and no cases required mesh removal or hospital readmission. High rates of satisfaction and improved condition-specific QOL were observed.

Table 2 Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) values for patients undergoing mesh repair, by group

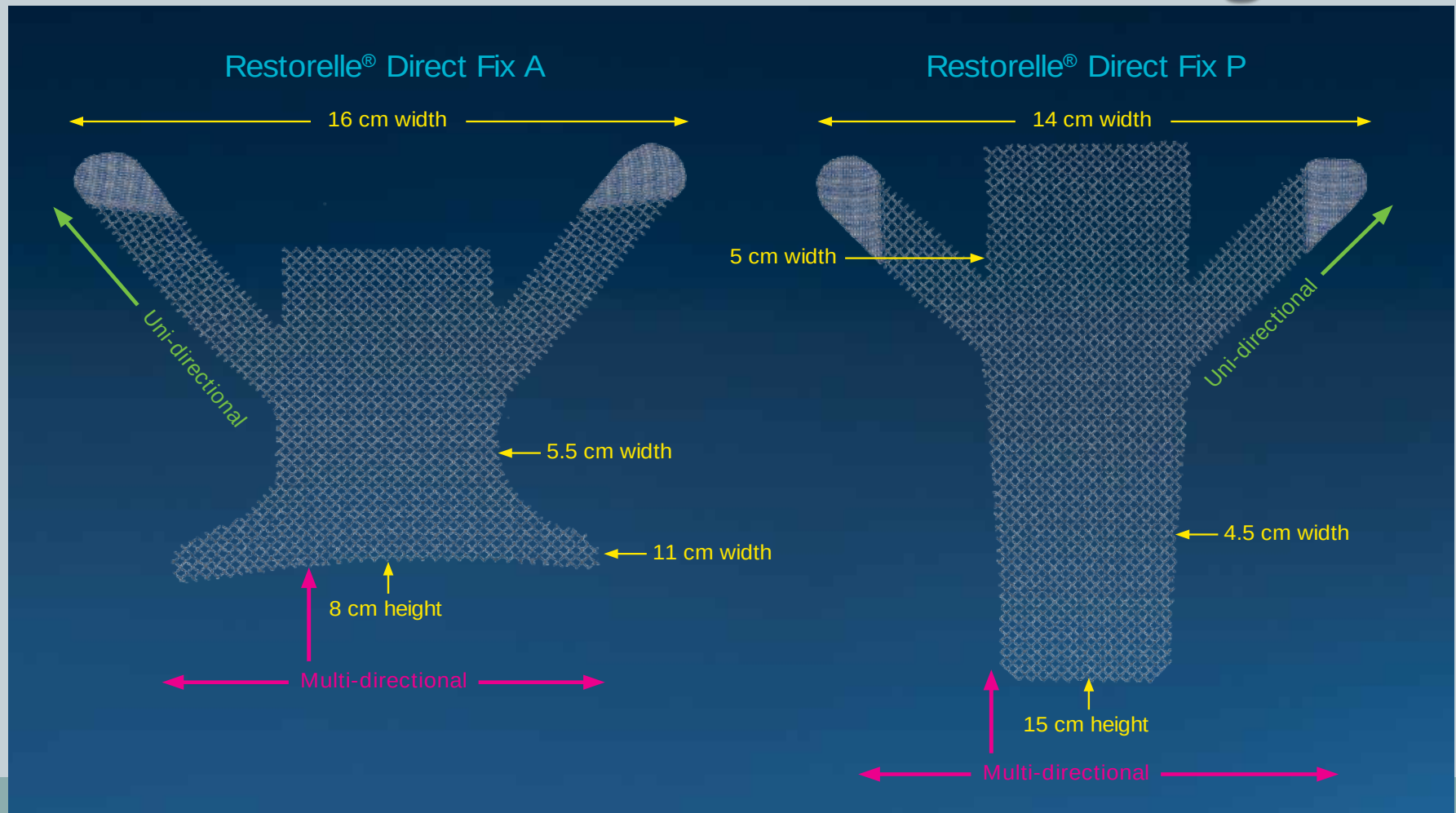
POP-Q	Mean (median) preoperative	Mean (median) postoperative
Uterus in situ (group A, n=53)		
Aa	0.9 (1)	-2.4 (-3)*
Ba	1.5 (1)	-2.4 (-3)*
C	-2.4 (-2.5)	-7.7 (-10)*
TVL	9.5 (9)	9.7 (7)**
Bp	-0.1 (-1)	-2.6 (3)*
Prior hysterectomy (group B, n=23)		
Aa	0.6 (1.6)	-2.3 (0.6)*
Ba	1.1 (2.7)	-2.2 (0.5)*
C	-2.9 (4.7)	-7.5 (1.1)*
TVL	8.3 (1.4)	8.4 (0.9)***
Bp	0.1 (2.7)	-2.7 (0.6)*
Concurrent hysterectomy (group C, n=24)		
Aa	2.0 (1.4)	-2.6 (0.5)*
Ba	3.1 (2.6)	-2.3 (0.7)*
C	0.9 (3.8)	-7.8 (2.4)*
TVL	9.5 (0.9)	8.8 (0.7)****
Bp	0.1 (3.4)	-2.4 (0.7)*

Vu MK, Letko J, Jirschele K, Gafni-Kane A, Nguyen A, Du H, Goldberg RP: Minimal mesh repair for apical and anterior prolapse: initial anatomical and subjective outcomes. Int Urogynecol J 2012, 23:1753-1761.

Technique sans incision cutanée

Sacrospinofixation antérieure ou postérieure

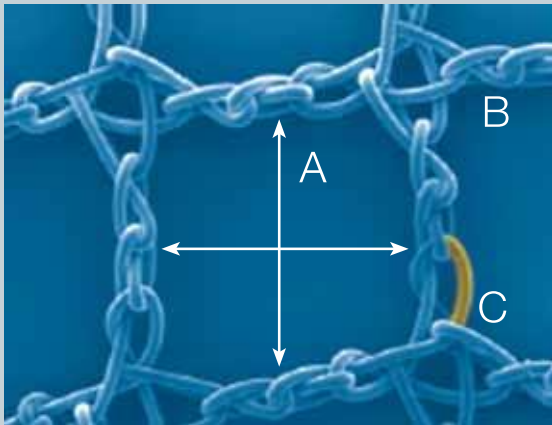
- **RESTORELLE Direct Fix™ (Coloplast)** **19 g/m²**



Technique sans incision cutanée

Sacrospinofixation antérieure ou postérieure

- **RESTORELLE Direct Fix™ (Coloplast)**



A: 1.8 mm macropores
B: 100 micron interstitial pores
C: 80 micron fiber

© papier

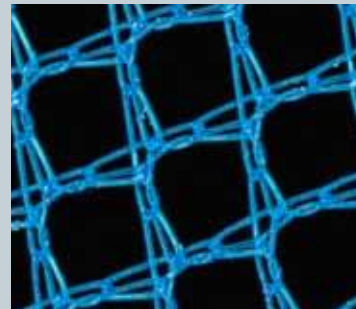


COMPARATIF: Single Incision System



Transvaginal Mesh Comparison

Single Incision Systems



	Coloplast ¹	Boston Scientific ¹¹	AMS ¹²
Brand	Restorelle	Uphold	Elevate
Mesh	Smartmesh	LITE	IntePro® Lite™
Weight	19 g/m ²	25 g/m ²	26 g/m ²
Erosion Rate	< 1%	Clinical data not reported	5.6% (A) 7.9% (P)
Success rate (Anterior)	99%	Clinical data not reported	87.4%
Success rate (Posterior)	99%	Clinical data not reported	91.5%
Dyspareunia	≤0.5%	Clinical data not reported	4.2% (Anterior)

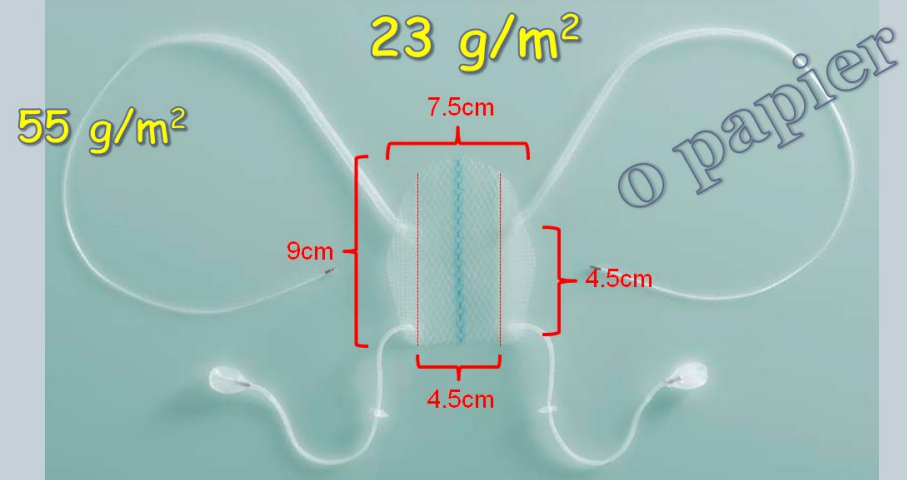
Technique sans incision cutanée

Sacrospinofixation antérieure

- NUVIA SI™ antérieur (Bard)



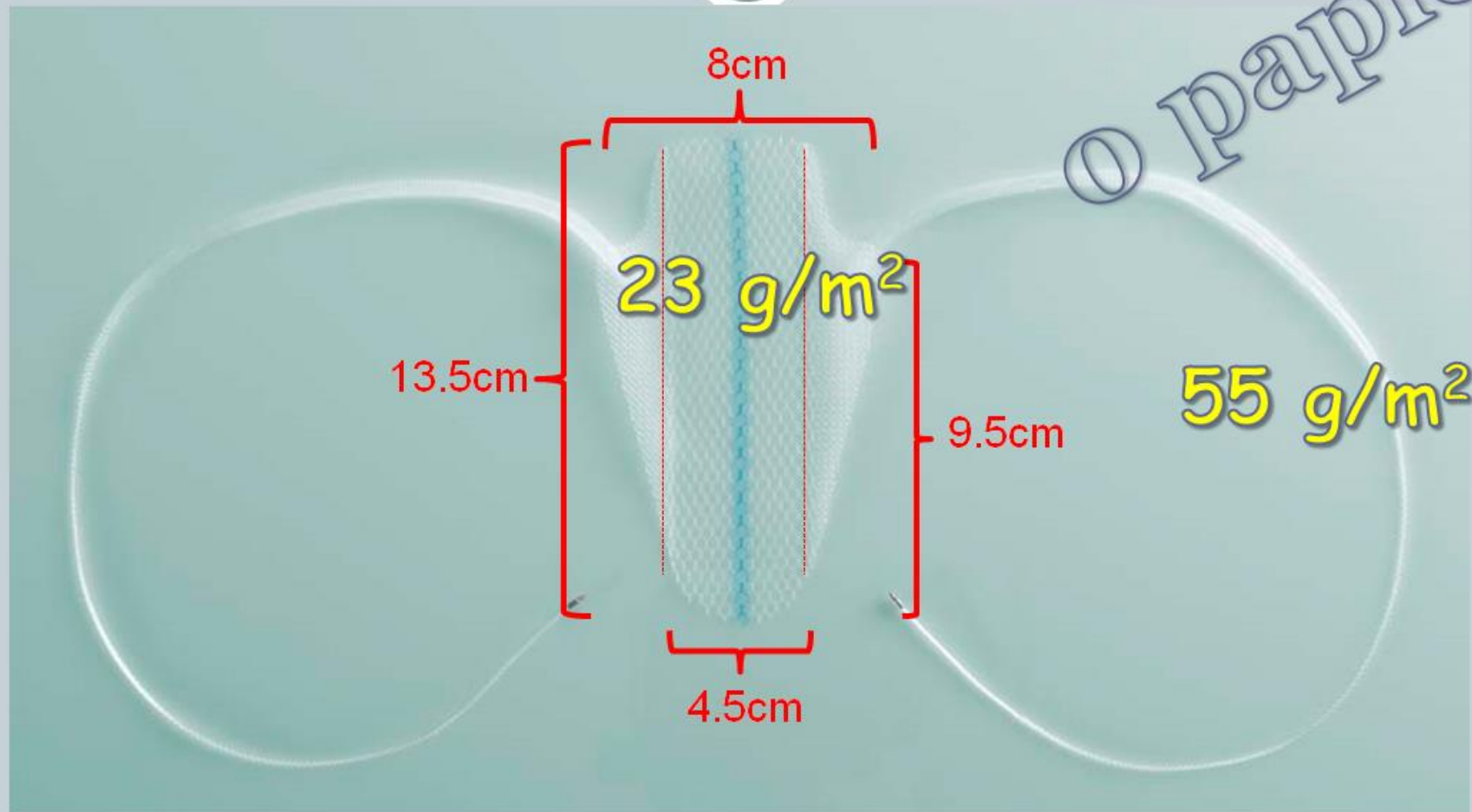
Apical/Anterior Implant



SSL to SSL ~ 12cm

Technique sans incision cutanée

Sacrospinofixation postérieure



Technique sans incision cutanée

Sacrospinofixation antérieure

• CALISTAR™ (Promedon)

© papier

Single incision: minimally invasive prolapse repair

- Decreased operative and hospitalization time.
- Rapid patient recovery.



Accurate implantation: cutting-edge instrumentation and surgical technique

Retractable Insertion Guide (RIG):

- Anti-rotational system: high precision connection between the RIG and the implant.
- Exact release of anchors and proper implant placement at targeted anatomical landmarks.



Reliable fixation: unique anchoring system

TAS (Tissue Anchoring System) anchors

- Implant securely adheres to surrounding tissue.
- 6 fixing points at 360° and a safety flap provides strong and safe anchorage to sacrospinous ligaments.



Optimal implant design: stabilized correction of a wide range of defects

- 6-mm orifices in the central portion of implant facilitate tissue ingrowth.^[1]
- Shape and size for an efficient adjustment to De-lancey's levels I, II and III.



New meshes, new techniques (3)

Int Urogynecol J
DOI 10.1007/s00192-013-2156-1

ORIGINAL ARTICLE

High risk of complications with a single incision pelvic floor repair kit: results of a retrospective case series

Stephen T. Jeffery · Kendall Brouard

Table 5 Summary of complications

Complication	<i>n</i> (%)
Cystotomy	1 (4)
Rectal/bowel Injury	0
Ureteric injury	0
Mesh exposure/erosion/extrusion	4 (17)
Voiding dysfunction	3 (13)
De novo stress incontinence	8 (35)
Recurrent prolapse	2 (8)
Buttock, groin, vaginal pain/tenderness	10 (43)
Repeat surgical intervention in operating room (Dindo 3b)	8 (35)

Jeffery ST, Brouard K: High risk of complications with a single incision pelvic floor repair kit: results of a retrospective case series.
Int Urogynecol J 2013.

Par ailleurs, la conservation utérine...

- Un lien de cause à effet?
 - Mini-invasif **L'occasion fait le larron!**
 - Moindre nécessité de l'annexectomie
 - Surtout meilleure tolérance prothétique
- Mais aussi une évolution
 - Des techniques le permettant
 - Et des mœurs! **Valeur symbolique de l'utérus!**



ANNUAL CONGRESS
2-4 OCTOBER 2014
ATHENS, GREECE



EUROPEAN UROGYNÆCOLOGICAL ASSOCIATION

Points of View

Hysterectomy during POP repair:
not a consensus

Discussion

Chairs: O. Yalcin, *Turkey*;
G. Vlachos, *Greece*

Pro: E. Petri, *Germany*
Con: B. Jacquetin, *France*



Uterine preservation: fashionable but...not new!



- “*The uterus plays a passive, **not** active, role in uterovaginal prolapse*”

Bonney V. J Obstet Gynaecol Br
Empire 1934;41:669-83

because perceptions are changing...

“Are Hysterectomies Too Common?”



TIME Magazine
TUESDAY, JUL. 17, 2007
By COCO MASTERS

“Experts: Two-thirds of hysterectomies unnecessary”



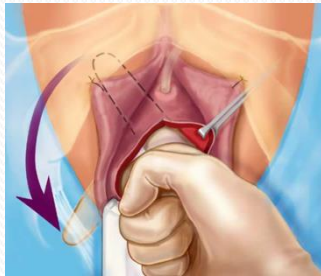
CNN.com
MARCH 3, 2008
By Nancy Larson

Keep the Uterus

Perform a digital bilateral dissection...



...and do an anterior sacro-spinous hysteropexy !



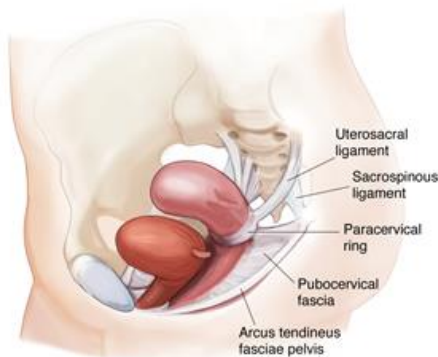
Roger P. Goldberg, MD MPH

Director, Division of Urogynecology
NorthShore University HealthSystem
Clinical Associate Professor, Ob/Gyn
University of Chicago Pritzker School of Medicine
Chicago, IL, USA



Disclosure: Boston Scientific

It's all about the apex



It's all about the apex

- **Restoring the apex** corrects many cystoceles (55%) and rectoceles (30%)
- **Surgical Goal: Suspend Apex & Fascial Attachments to Level I Fixation Point**



Role of apical support defect: correction in women undergoing vaginal prolapse surgery

Alexandriah N. Alas^a and Jennifer T. Anger^b

Curr Opin Obstet Gynecol 2014, 26:386–392

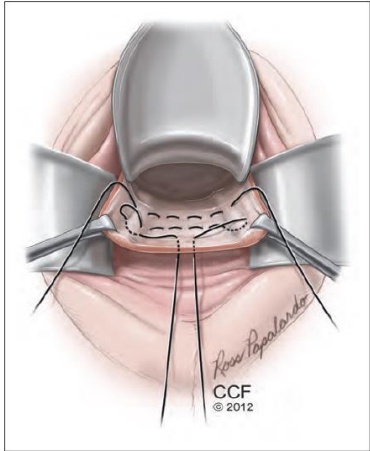


FIGURE 1. McCall culdoplasty. Internal and external McCall sutures are placed. The distal suture (external McCall) incorporates the uterosacral ligament and posterior vaginal wall, providing apical support. Reprinted with permission,

Mc Call

USLS



FIGURE 2. Sacrospinous ligament suspension. (a) Passage of transvaginal suture-capturing device with suture through the coccygeus-sacrospinous ligament. (b) Three sutures are placed through the coccygeus-sacrospinous ligament. (c) Final attachment of the vagina to the coccygeus-sacrospinous ligament. Reprinted with permission, Cleveland Clinic Center for Medical Art & Photography 2012–2014. All Rights Reserved.

SSLS

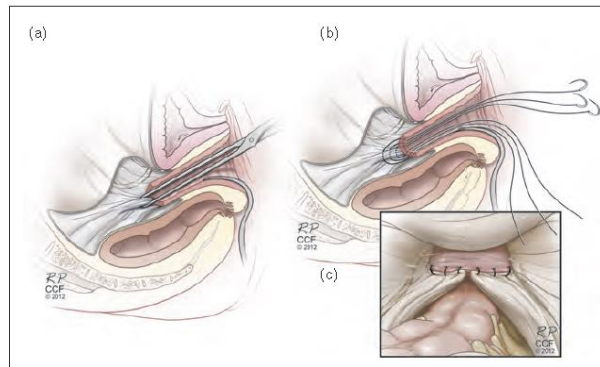


FIGURE 3. Uterosacral ligament suspension. (a) The uterosacral ligament at about the level of the ischial spine is grasped with an Allis clamp. (b) Three sutures are placed through the ipsilateral uterosacral ligament and then through the vaginal apex. (c) Sutures are placed bilaterally and tied, suspending the apex. Reprinted with permission, Cleveland Clinic Center for Medical Art & Photography 2012–2014. All Rights Reserved.

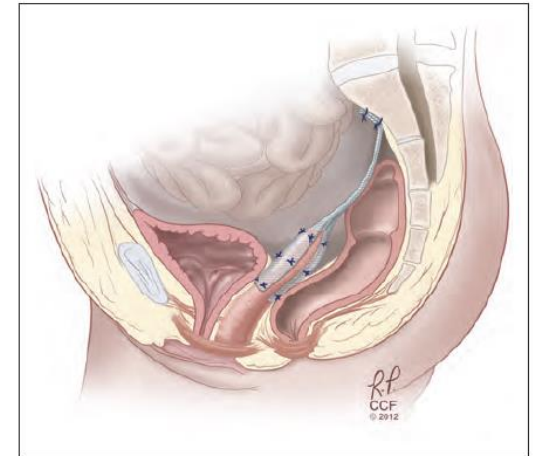


FIGURE 4. Sacrocolpopexy. Lateral view of completed sacrocolpopexy with graft attaching the anterior and posterior vagina to the sacral promontory. Reprinted with permission, Cleveland Clinic Center for Medical Art & Photography 2012–2014. All Rights Reserved.

SCP

Does Bilateral Sacrospinous Fixation With Synthetic Mesh Recreate Nulliparous Pelvic Anatomy? An MRI Evaluation

Vanessa Nicolau-Toulouse, MD, Pari Tiwari, MD, Terry Lee, PhD,
Geoffrey William Cundiff, MD, and Roxana Geoffrion, MD

(Female Pelvic Med Reconstr Surg 2014;20: 222–227)

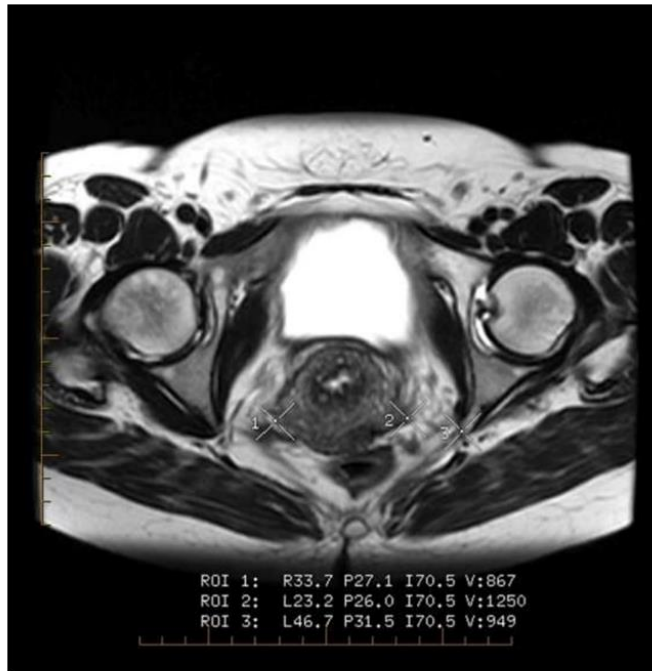


FIGURE 1. Pelvic MRI image post-BSSF with uterine preservation, axial view. 1, Right LF. 2, Left LF. 3, Left ischial spine.

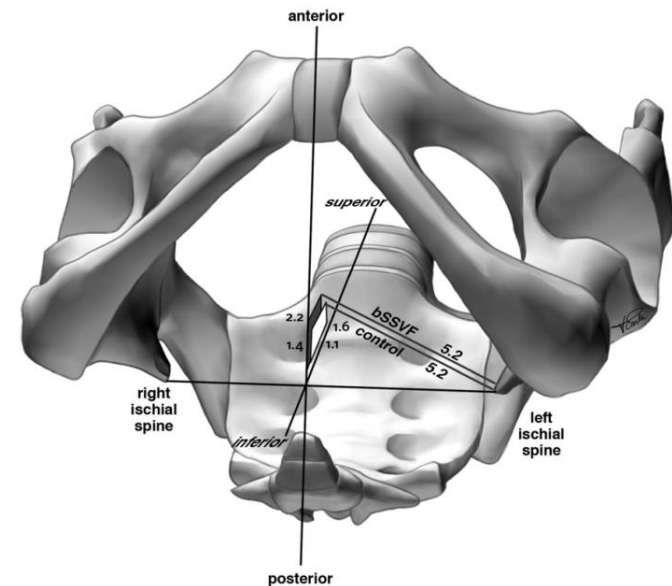
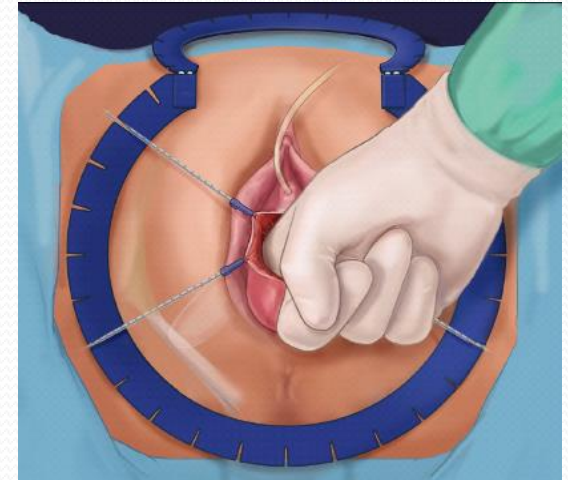
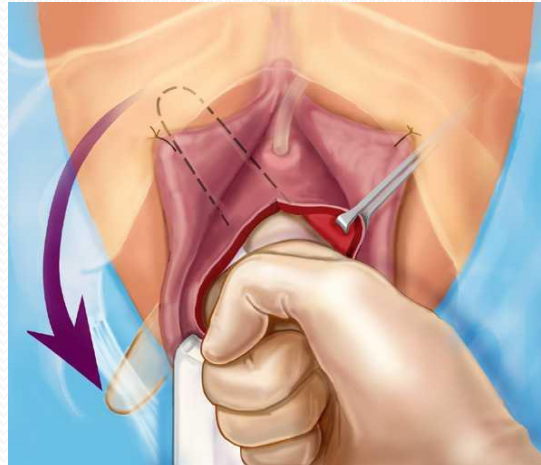
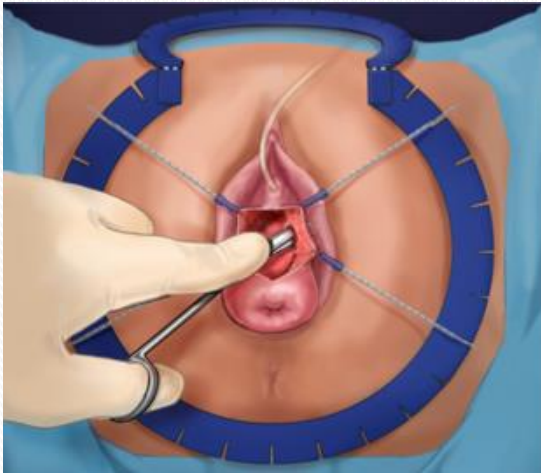


FIGURE 2. Three-dimensional view of the pelvis demonstrating the mean locations of the vaginal apex in relationship to the ischial spines for BSSF and nulliparous women,¹⁵ including direct vector distances and 3-dimensional coordinates.

Hysteropexy Technique: 2001-Present

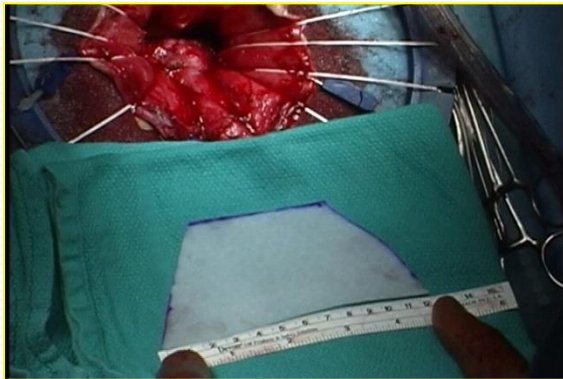


- Bilateral “Palpation” Technique
- No Retractors

Hysteropexy Technique: 2001-Present

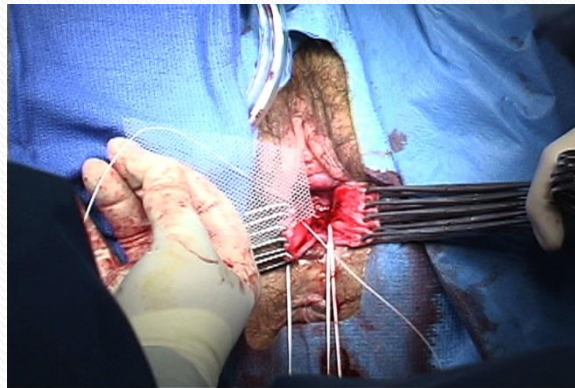
- Initially a Suture-Based Technique
- Incorporation of Anterior-Apical Graft → Mesh
- Steadily improved anterior outcomes from historical recurrence rate 42%

2001



69% reduction
(Botros, et al)

2004



85-90% reduction
12% exposure
(Gamble, et al)

2008- Present



>95% reduction
1.8% exposure
(Vu, et al)

Mais certains préconisent encore des passages d'aiguilles... audacieux :

- Abord trans glutéal du ligament sacro épineux :
 - Pour fixer non seulement un bras de la prothèse postérieure (comme dans la technique du Prolift postérieur)
 - Mais **aussi le bras profond de la prothèse antérieure**
- Multiplication des bras de fixation...
 - Dont l'un, après transfixion du ligament sacro épineux, sort en **trans glutéal « haut »**

Ces « nouvelles » techniques avec incisions cutanées...

- ASPIDE Medical:
 - Surgimesh prolapse Xlight
- COLOPLAST:
 - Exair ant. et post.
- ABISS (Surgynal):
 - Opur

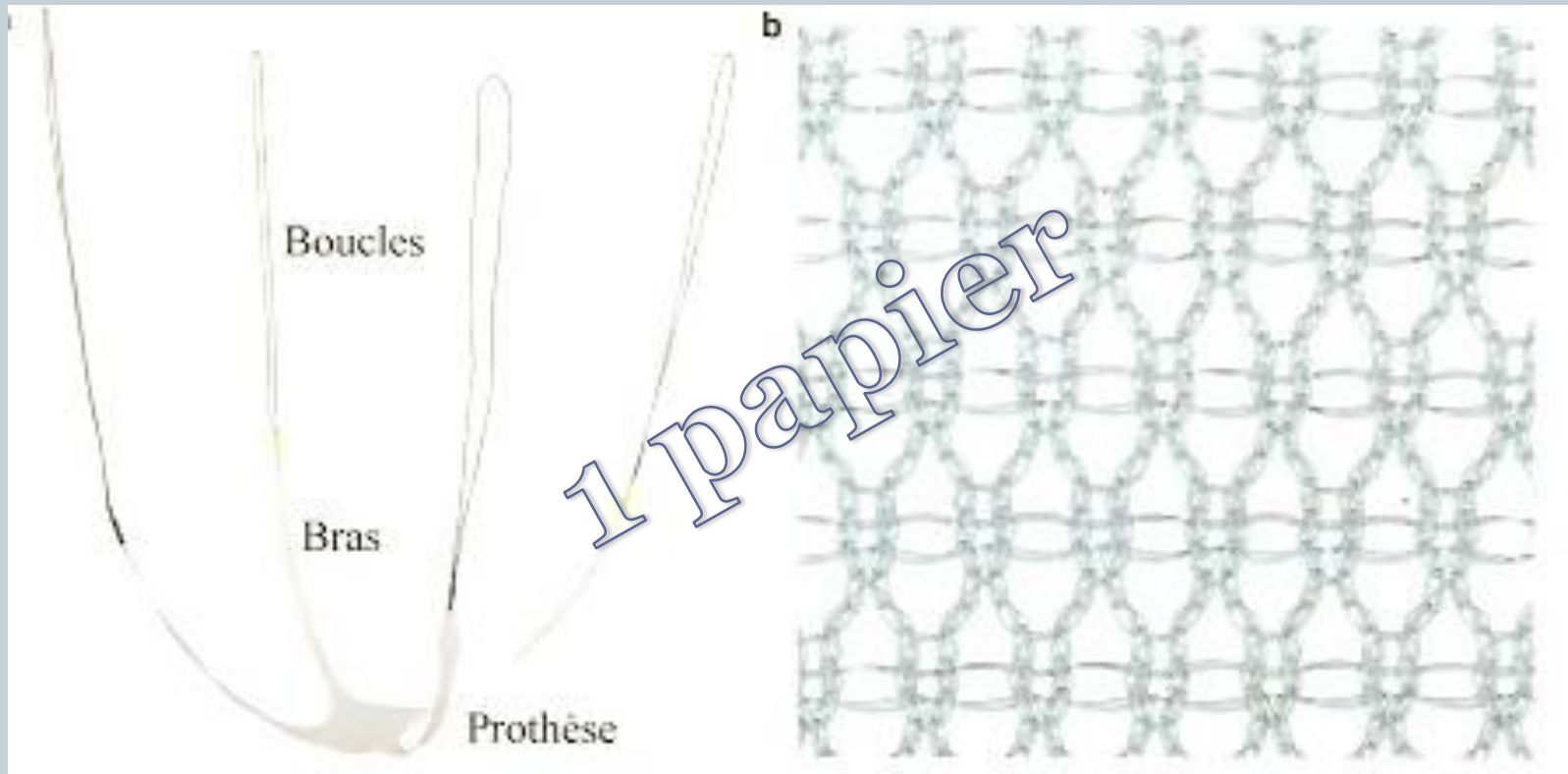
Liste NON exhaustive

Techniques avec incisions cutanées voie obturatrice



- **SURGIMESH Xlight™ (Aspide)**

28 g/m²



Techniques avec incisions cutanées voie obturatrice (A) ou Sacrospinale (P)

- **SURGIMESH Xlight™ (Aspide)**





Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

New meshes, new techniques (4)



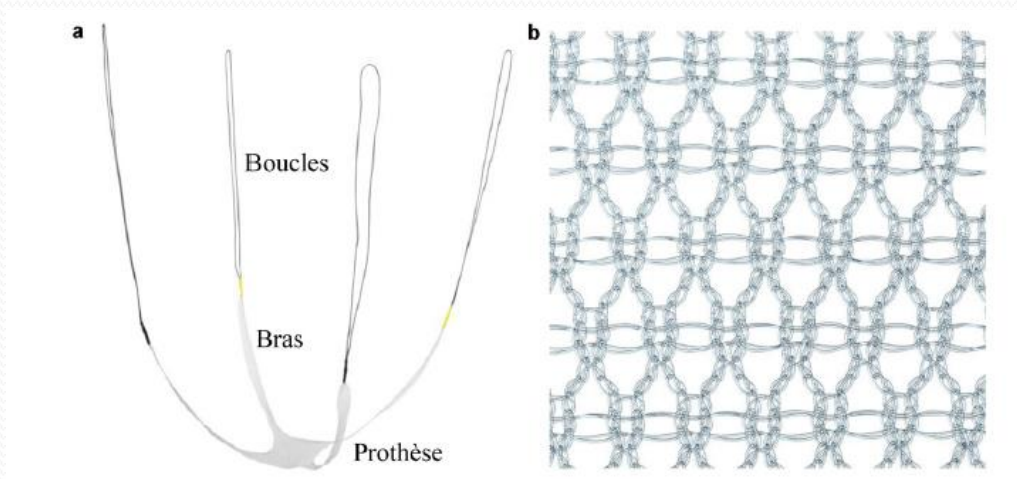
ARTICLE ORIGINAL

Tolérance et résultats à 12 mois d'une prothèse légère pour la cure de cystocèle de stade 3-4 par voie vaginale[☆]

Safety and 12-month results on stage 3-4 cystocele repair by the vaginal route using a light-weight mesh

J. Renaudie^a, M. Brouziyne^b, G. Priou^c,
G. Devoldère^d, G. Marie^e, R. de Tayrac^{f,*}

Surgimesh prolapse Xlight®
(ASPIDE Medical): 28g/m² (73,7%)



Conclusion. – Cystocele repair by the vaginal route using a light-weight transobturator polypropylene mesh was **safe and efficient at short-term**. Long-term data are needed.

Renaudie J, Brouziyne M, Priou G, Devoldere G, Marie G, de TR: [Safety and 12-month results on stage 3-4 cystocele repair by the vaginal route using a light-weight mesh]. Prog.Urol. 2013, 23:237-243.

Techniques avec incisions cutanées voie obturatrice et transglutéale

21 g/m²

- **EXAIR AntTM** (Coloplast)

o papier



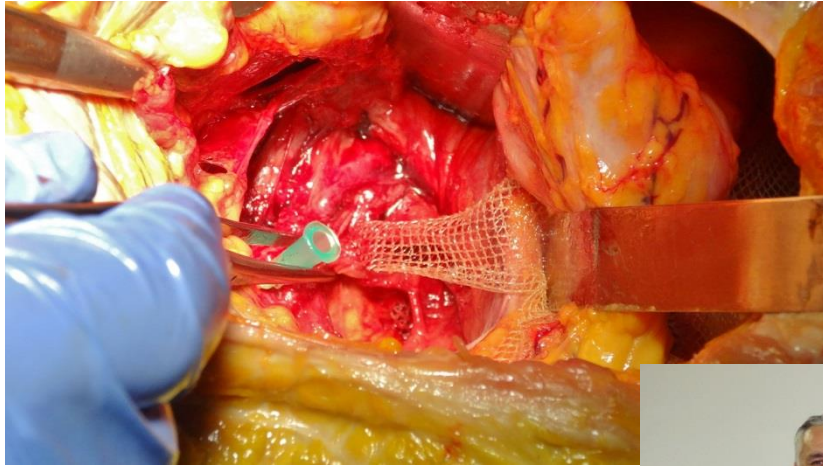
- **EXAIR PostTM** (Coloplast)



Démonstration EXAIR par Salil Khandwala à Clermont...



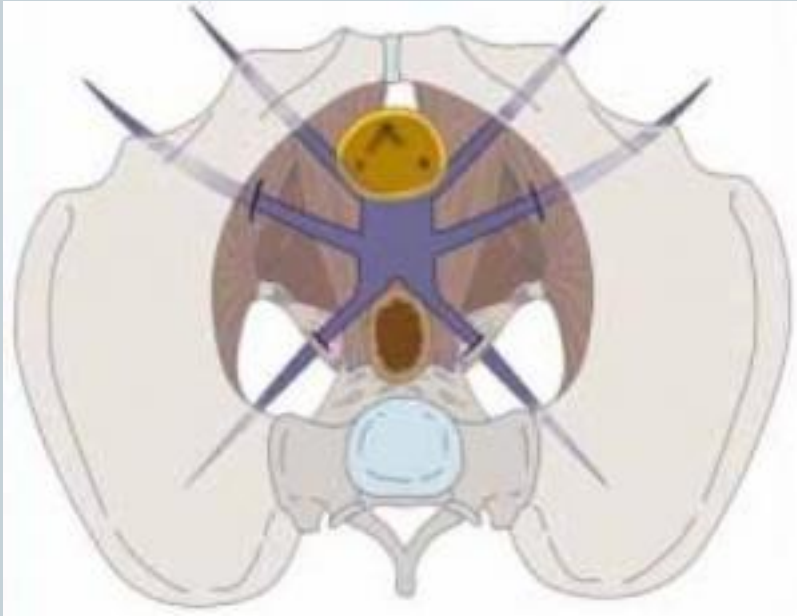
Et étude anatomique d'EXAIR avec Vincent Delmas et Richard Villet à Paris...



Techniques avec incisions cutanées voie obturatrice et sacroépineuse



- **OPUR™ (Abiss)**



PREMIER implant à 6 bras, spécialement conçu pour les défauts de la paroi vaginale antérieure. OPUR possède • 2 bras antérieurs et 2 bras postérieurs pour tenir la prothèse. • 2 bras latéraux pour la maintenir étalée et éviter toute perte de surface couvrante et donc éviter les récurrences. • Maille LIGHT (pas de dyspareunie, pas de rigidification ni d'érosion).

o papier



Techniques avec incisions cutanées voie obturatrice et sacroépineuse

• OPUR™ (Abiss)

**LIGHTWEIGHT MESH DESIGNED TO THE
TREATMENT OF PELVIC ORGAN PROLAPSE,
ESPECIALLY CYSTOCELE, BY VAGINAL ROUTE.**

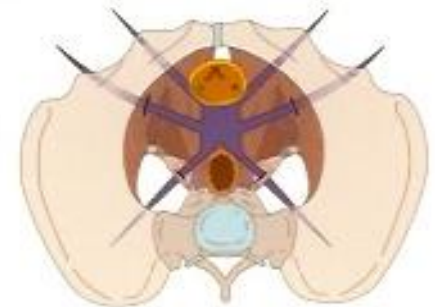
OPUR

Combined and Harmonious Treatment of Anterior and Medium Floors

The OPUR System is specially designed for surgical repair of anterior vaginal wall defects.

A six-strapped device with a surgical procedure through :

- the pubovesical ligament (PVL), anterior
- the arcus tendineus, lateral
- the uterosacral ligament (USL), posterior



Tissue In Growth

The OPUR mesh is made from monofilament macroporous Polypropylene.

Our goal was to improve upon this well-known material and make it softer, smoother, thinner and lighter with increased stretch to the leading synthetic mesh for pelvic organ prolapse.

The mesh from which OPUR is made has been used as an implant for prolapse repair in Europe and the USA since 2007.

This mesh features large pores and open edges for fibrous tissue integration.

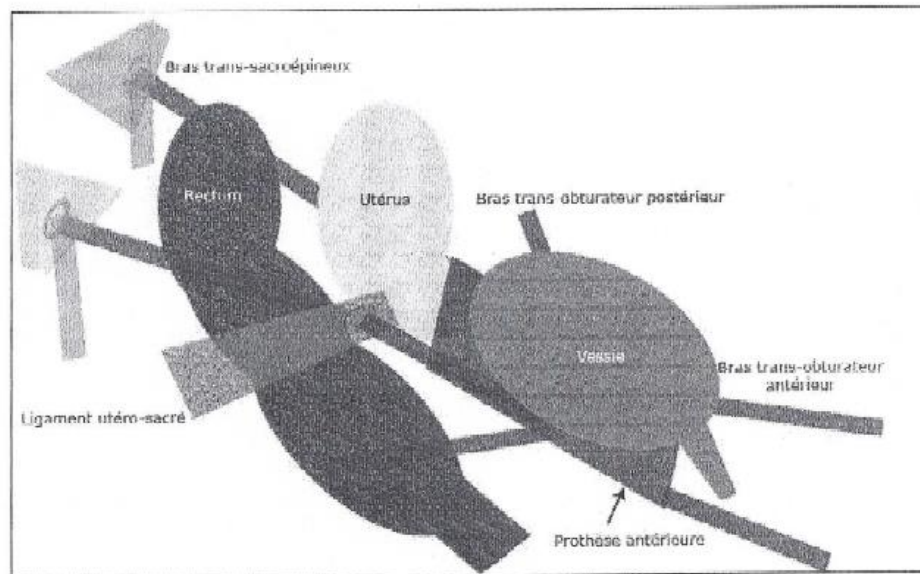
© papier

Evaluation de la prothèse OPUR à 3 ans

**Evolution à 3 ans des signes fonctionnels urologiques
après pose de prothèse OPUR 6 bras (voie vaginale)
pour traiter les prolapsus de l'étage antérieur et moyen**

E.DELORME (Chalon/Saône) A.GUYOMARD (service de gynécologie et obstétrique du
CHU de Dijon)

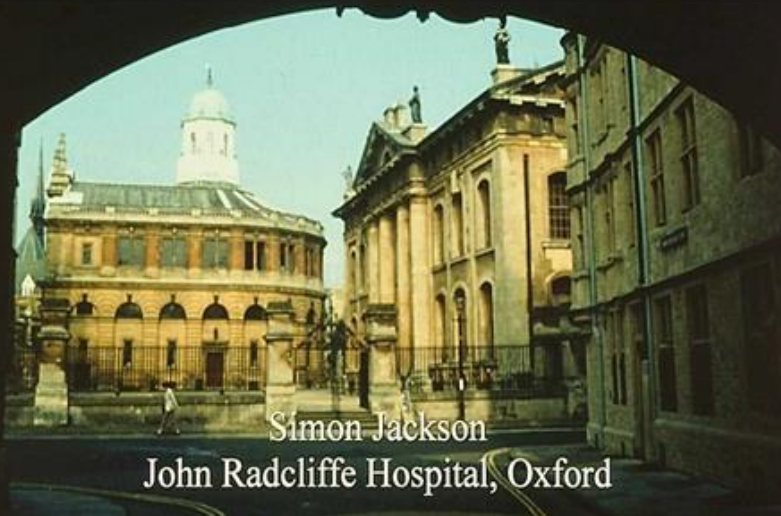
Prothèse OPUR (6 bras de soutien)



La promonto fixation n'est pas une nouvelle technique... mais

- Les adeptes considèrent la récidive de prolapsus, surtout si la première opération a été réalisée par voie vaginale, comme une **excellente indication...**
 - Mais il n'y a pas d'évolution technique
 - Et à l'inverse, beaucoup de questions afin d'essayer d'uniformiser le geste
 - Sachant que la robotisation permettra peut-être aux moins adroits de faire des promonto fixations laparoscopiques...
- Mais une étude récente montre que l'on peut aisément **reprendre par voie vaginale**, avec renforts prothétiques, les échecs de la promonto fixation voie haute...

PROLAPSE - UTERINE VICTIMISATION



...do a laparoscopic
hysteropexy!



Prolapse: why hysterectomy?



Alors...qu'en penser?

ATTENTION: avis d'expert !!!

- **Domage de ne chercher qu'à diminuer les complications**, mais...
 - Les mises en garde excessives ont brisé l'élan
 - Et rendu la recherche plus compliquée et couteuse
- **Les prothèses « timbre-poste »** ne me semblent pas en mesure de résoudre les gros prolapsus et en particulier les défauts para-vaginaux
- Les fixations **sans incision cutanée** ne mettent probablement pas à l'abri des douleurs post-opératoires, quoique ...
- La fixation de l'apex est primordiale, mais il existe **de nombreuses techniques efficaces**
 - L'abord antérieur (para-vésical) du ligament sacro-épineux ne me paraît pas anatomiquement logique
 - Et sans doute pas sans danger
- La solution sera dans **les nouveaux matériaux...**



Quant au **colpocléisis**, ce n'est vraiment pas une nouvelle technique mais... une remise à la mode !

CONCLUSION:

- Ce qui prouve à l'évidence que la « **nouvelle** » **technique idéale n'existe pas!**
- Mais ces quelques pistes de réflexion, couplées aux exposés précédant et suivant, nous permettrons peut-être de **mieux définir la prise en charge actuelle d'une récidue de prolapsus ?**