

Effets de la physiothérapie sur les prolapsus uro-génitaux de stade I et II: une revue systématique et méta-analyse

Effects of physiotherapy on stage I and II urogenital prolapse: A systematic review and meta-analysis

Viviane Carraux¹ (BSc, PT), Anne-Gabrielle Mittaz Hager² (MSc, PT)

Les auteurs ont contribué de manière équivalente à la réalisation de cet article et attestent ne pas avoir de conflits d'intérêts dans la réalisation de ce travail.

Article reçu le 30 mai 2021, accepté le 25 octobre 2021.

MOTS-CLÉS

prolapsus / périnée / uro-génital / physiothérapie

KEYWORDS

prolapse / urogenital / pelvic floor muscle / physiotherapy

RÉSUMÉ

Contexte: Le prolapsus uro-génital (PUG) touche un grand nombre de femmes et a un impact important sur la qualité de vie de ces dernières. Le sujet est méconnu et beaucoup d'entre elles ignorent comment réagir.

Objectif: Le but de cette revue systématique de la littérature était d'évaluer les effets des traitements de physiothérapie sur la sévérité et les symptômes du prolapsus ainsi que sur la qualité de vie des femmes atteintes d'un prolapsus uro-génital de stade I ou II.

Méthode: La recherche d'études randomisées contrôlées a été effectuée sur PubMed/Medline, Cochrane et Web of Science. Dans chaque étude, un traitement de rééducation et d'entraînement du plancher pelvien était comparé à un groupe contrôle ayant un autre traitement conservateur ou n'ayant aucun traitement. Le critère de jugement principal était la sévérité du prolapsus.

Résultats: Sur 275 études identifiées, sept études (857 patientes) ont été incluses. Les résultats montraient que l'entraînement des muscles du plancher pelvien améliore de manière statistiquement significative la sévérité du prolapsus (OR 0,18; 95% CI:0,04-0,72; p = 0,02) ainsi que les symptômes ressentis (OR 0,09; 95% CI:0,05-0,16; p < 0,001).

Conclusion: Les patientes atteintes de prolapsus uro-génital de stade I et/ou II peuvent diminuer la sévérité de leur prolapsus ainsi que la sensation des symptômes du prolapsus par une rééducation et un entraînement musculaire de leur plancher pelvien.

ABSTRACT

Background: Urogenital prolapse affects many women and has a significant impact on their quality of life. The subject is not well known, and many women do not know what to do about it.

Objective: This study aimed to evaluate the effects of physiotherapy treatments on the severity and symptoms of prolapse and the quality of life of women with stage I or II urogenital prolapse.

Method: PubMed, Cochrane, and Web of Science were used to search for randomized controlled trials. In each study, a pelvic floor rehabilitation and training treatment was compared to a control group with other conservative treatments or no treatment. The primary outcome was the severity of the prolapse.

Results: Of the 275 studies identified, seven studies (857 patients) were included. The results show that pelvic floor muscle training (PFMT) significantly improves the severity of prolapse (OR 0.18; 95% CI:0.04-0.72; p=0.02) and the symptoms experienced (OR 0.09; 95% CI:0.05-0.16; p<0.00001).

Conclusion: Patients with stage I and/or II urogenital prolapse can reduce the severity of their prolapse and the sensation of prolapse symptoms by rehabilitation and pelvic floor muscle training.

¹ Service de neurologie, Hôpital fribourgeois site de Meyriez-Murten, Meyriez, Suisse

² Haute Ecole de Santé Valais-Wallis, Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Filière Physiothérapie, Loèche-les-Bains, Suisse

Abbreviations

HE	Exercices hypopressifs
ICS	International Continence Society
OD	Odds ratio
PFDI-20	Pelvic Floor Distress Inventory – 20
PFIQ-7	Pelvic Floor Impact Questionnaire – 7
PFMT	Pelvic Floor Muscle Training
PFPT	Pelvic Floor Physical Therapy
PICODD	Population Intervention Comparaison Outcome Design Date
POP-Q	Pelvic Organ Prolapse Quantification
POP-SS	Pelvic Organ Prolapse Symptom Score
PUG	Prolapsus uro-génital
P-QoL	Prolapse Quality of Life questionnaire
SMD	Standardized mean difference

INTRODUCTION

Un prolapsus uro-génital (PUG) peut être défini comme une entité anatomoclinique se rapportant à la défaillance des systèmes de soutien et de suspension des organes pelviens de la femme, c'est à dire l'utérus, la vessie, le vagin et le rectum⁽¹⁾.

Actuellement, approximativement 50% des femmes développent un prolapsus uro-génital dans leur vie⁽²⁾. Uniquement 10% à 20% parmi elles demandent un traitement car cette pathologie est peu connue⁽¹⁾. La consultation est d'autant plus rare que la majorité des patientes sont asymptomatiques⁽³⁾.

Le plancher pelvien est constitué de muscles, ligaments et fascias qui soutiennent les organes tels que la vessie, le rectum et les organes reproducteurs.

Lorsque le soutien est normal, l'entrée du vagin est située horizontalement au-dessous du muscle levator ani. Lorsque le plancher pelvien est lésé, le muscle levator ani tend à se verticaliser. Ceci favorise une augmentation de l'ouverture vaginale. Les attaches du tissu conjonctif se trouvent alors modifiées et les organes ne sont plus soutenus de manière optimale⁽⁴⁾.

Des gonflements massifs dans le vagin sont les sensations principales associées au prolapsus. Un grand nombre de femmes éprouve une sensation de pression abdominale inférieure (hypogastre, région sus-pubienne), une lourdeur pelvienne et un inconfort pelvien lorsqu'elles se tiennent debout⁽⁵⁾.

Ces symptômes ont un impact direct sur la qualité de vie des femmes atteintes de PUG⁽⁶⁾.

Le questionnaire P-QoL validé par Digesu *et al.* en 2004⁽⁷⁾, est fréquemment employé pour évaluer les symptômes du prolapsus, la gravité de la déficience et les effets sur la qualité de vie. Ce questionnaire est un outil fiable et valide. L'échelle de Ditrovie, validée en 1996 par Amarenco *et al.* est également utilisée pour évaluer la qualité de vie⁽⁸⁾. En 2002, l'International Continence Society (ICS) a créé et standardisé un outil de mesure qui permet de classer le stade des PUG de manière à ce qu'il soit le plus reproductible possible⁽⁹⁾. Cet outil de mesure se nomme le Pelvic Organ Prolapse Quantification system measurement (POP-Q)⁽¹⁰⁾ (Tableau 1).

Tableau 1

Stades du POP-Q system measurement

0	Pas de prolapsus
I	La partie la plus distale du prolapsus est supérieure à 1 cm au-dessus du niveau de l'hymen
II	La partie la plus distale du prolapsus est 1 cm ou moins au-dessus du niveau de l'hymen
III	La partie la plus distale du prolapsus dépasse de plus de 1 cm le niveau de l'hymen
IV	Extériorisation maximale ou éversion

La classification reste cependant insuffisante pour un diagnostic précis ainsi que pour le choix des traitements. Une solution serait de compléter l'anamnèse par une analyse de la symptomatologie⁽¹¹⁾, par exemple par la version courte du Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)⁽¹²⁾ et/ou du Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7)⁽¹³⁾. Ces instruments permettent de lier la symptomatologie de la patiente au stade du prolapsus, de poser une indication chirurgicale ainsi que d'évaluer l'efficacité des traitements et leur tolérance.

Les facteurs de risques du PUG sont nombreux. Les facteurs anatomiques, physiologiques et génétiques, combinés à des activités physiques qui favorisent l'hyperpression intra-abdominale (porter, soulever, courir) contribuent au dysfonctionnement du plancher pelvien⁽³⁾.

Les femmes âgées y sont davantage sujettes en raison d'une carence en œstrogènes. Ce facteur cause un relâchement des structures du plancher pelvien et une incapacité ultérieure à maintenir la position normale de l'organe pelvien⁽¹⁴⁾. La naissance d'un enfant par voie vaginale est le facteur de risque le plus important, en raison de la pression et les dommages exercés sur le plancher pelvien. Le poids et la taille du bébé y jouent un grand rôle. Les risques augmentent également si la femme est multipare. D'autres facteurs de risque, tels que l'incontinence urinaire d'effort avant la grossesse, l'âge à la naissance du premier enfant, l'indice de masse corporelle (IMC) et/ou l'origine ethnique, contribuent à l'apparition des prolapsus⁽¹⁵⁾.

Une prise en charge conservatrice est réalisable dans le cadre de cette pathologie si le PUG se trouve à un stade peu avancé (stade 1 ou 2) et/ou si la patiente présente des contre-indications à la chirurgie (Tableau 2).

Tableau 2

Stades du prolapsus et interventions correspondantes

0	Aucun
I	Traitements conservateurs
II	Traitements conservateurs
III	Traitements conservateurs + Traitements chirurgicaux
IV	Traitements chirurgicaux

Différents moyens conservateurs pourraient améliorer le PUG : la rééducation et l'entraînement du périnée pour le

renforcement des muscles du plancher pelvien; les pessaires vaginaux et les dispositifs intra-vaginaux amovibles (par ex. Colpexin Sphere) pour le soutien des organes descendants, et finalement la thérapie hypopressive et l'évitement du port de charge lourde pour la diminution de la pression intra abdominale⁽¹⁶⁾.

Le traitement conservateur est généralement complété par des exercices à domicile.

Les mesures d'hygiène de vie occupent une place importante dans la prise en charge du PUG. L'éducation thérapeutique permet aux femmes d'apprendre à éliminer les poussées pelviennes par l'arrêt de ports de charges lourdes avec l'éducation au verrouillage périnéal à l'effort.

Lorsque les traitements conservateurs sont insuffisants ou que le stade du prolapsus est supérieur à II, un traitement chirurgical et/ou médicamenteux peut être proposé.

L'objectif de cette revue systématique était de répondre à la question de recherche suivante: Quels sont les effets des traitements de physiothérapie sur les PUG de stade I et II et sur la qualité de vie?

L'hypothèse principale de ce travail était que les traitements de physiothérapie diminueraient la sévérité du PUG. L'hypothèse secondaire était que les symptômes du prolapsus ainsi que la qualité de vie des femmes seraient améliorés.

MÉTHODE

Recherche de la littérature

Pour répondre à la question de recherche, une revue systématique a été réalisée selon les recommandations PRISMA⁽¹⁷⁾.

La stratégie de recherche a été élaborée selon l'acronyme PICODD. La population ciblée était les femmes présentant un PUG de stade I-II. L'intervention devait être un traitement conservateur visant l'amélioration des symptômes du prolapsus, comparé à un autre traitement conservateur ou pas de traitement. Le critère de jugement principal était le stade du prolapsus. De plus, les études devaient être des études randomisées contrôlées. Pour terminer, aucune limitation d'année de publication n'a été précisée afin d'obtenir des données exhaustives.

La recherche d'articles sur PubMed/Medline, Cochrane et Web of Science a débuté en octobre 2019 et s'est terminée en février 2020. Elle a été limitée à des articles rédigés en allemand, anglais ou français.

Les équations de recherches ont été élaborées pour chaque base de données (Tableau 3).

Sélection des articles

Les articles ont d'abord été sélectionnés par leur titre et leur résumé, puis par la lecture des textes complets. Chaque étape a été réalisée de manière individuelle par les auteurs, puis une mise en commun pour trouver un accord sur la décision a été menée. Les critères d'inclusion correspondaient au PICODD de la stratégie de recherche. Les critères d'exclusion étaient des données insuffisantes (par exemple le stade du prolapsus non mentionné ou le manque de précision sur le traitement prescrit) et la mention de l'incontinence urinaire en tant que critère de jugement. La thématique de l'incontinence urinaire est très fréquente et présente dans de nombreuses études. Elle n'est cependant pas forcément liée au PUG.

Extraction des données

Les données utiles et nécessaires ont été extraites dans un tableau.

Tableau 3

Équations de recherche dans les différents moteurs de recherche

Moteur de recherche	Équations de recherche	Filtres	Autres
PubMed	Search (((«pelvic organ prolapse»[MeSH Terms]) OR (((rectocele) OR hysterocele) OR cystocele) OR urogenital prolapse) OR pelvic organ prolapse)) AND ((((((conservative care) OR physical therapy) OR physiotherapy) OR non-surgical treatment) OR non-surgical management) OR non-operative treatment) OR conservative treatment) OR conservative management))	Randomized Controlled Trial	
Cochrane	(pelvic organ prolapse) OR (urogenital prolapse) OR (prolapsus) OR (cystocele) OR (hysterocele) in All Text AND (conservative care) OR (physical therapy) OR (non-surgical treatment) OR (non-operative treatment) OR (conservative treatment)	All Text – in Trials	
Web of Science	TOPIC: (conservative care) OR TOPIC: (physical therapy) OR TOPIC: (physiotherapy) OR TOPIC: (non-surgical treatment) OR TOPIC: (non-surgical management) OR TOPIC: (non-operative treatment) OR TOPIC: (conservative treatment) OR TOPIC: conservative management) TOPIC: (pelvic organ prolapse) OR TOPIC: (urogenital prolapse) OR TOPIC: (prolapsus) OR TOPIC: (cystocele) OR TOPIC: (hysterocele) OR TOPIC: (rectocele) #2 AND #1	Clinical Trial	Search language auto

Évaluation de la qualité méthodologique des études

Selon les recommandations de Higgins *et al.* ⁽¹⁸⁾, la qualité méthodologique des études a été évaluée par l’outil Cochrane Risk of Bias Tool dans le logiciel Review Manager (RevMan) version 5.3, The Cochrane Collaboration, 2014.

Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l’aide du logiciel Review Manager (RevMan), version 5.4.1, The Cochrane Collaboration, 2020.

Les critères de jugement présentant des données dichotomiques (sévérité du prolapsus, symptôme ressenti et amélioration du prolapsus) ont été analysés par des Odds Ratio (OR) avec un intervalle de confiance de 95%. Les critères de jugement présentant des scores d’échelle avec des écart-types (Symptôme du prolapsus et Qualité de vie) ont été analysés par la différence de la moyenne standard (SMD en anglais).

L’hétérogénéité entre les études a été évaluée par le I^2 test. La différence intergroupe a été considérée statistiquement significative lorsque la valeur p était < 0,05.

RÉSULTATS

Deux cent septante-cinq articles ont été identifiés dans les moteurs de recherche PubMed/Medline, Cochrane et Web Of Science. Après les étapes de sélection, sept études randomisées contrôlées, comprenant au total 857 sujets, ont été incluses dans la synthèse qualitative (Figure 1).

Figure 2

Résumé des risques de biais

	Génération d’une séquence de randomisation (biais de sélection)	Secret d’attribution (biais de sélection)	Aveuglement des participants et des thérapeutes (biais de performance)	Connaissance des interventions effectuées par les thérapeutes (biais de détection)	Données incomplètes (biais de migration)	Communication des résultats (biais de notification)	Critères d’éligibilité spécifiés (autre)
Ghroubi <i>et al.</i> , 2008	-	?	-	?	+	+	?
Hagen <i>et al.</i> , 2009	+	+	-	-	+	+	?
Manonai <i>et al.</i> , 2012	+	+	-	+	+	+	?
Panman <i>et al.</i> , 2017	+	+	-	+	+	+	?
Resende <i>et al.</i> , 2019	+	+	-	+	+	+	?
Stüpp <i>et al.</i> , 2010	+	+	-	+	+	+	?
Wieggersma <i>et al.</i> , 2014	+	?	-	?	+	+	?

Figure 1

Diagramme de flux

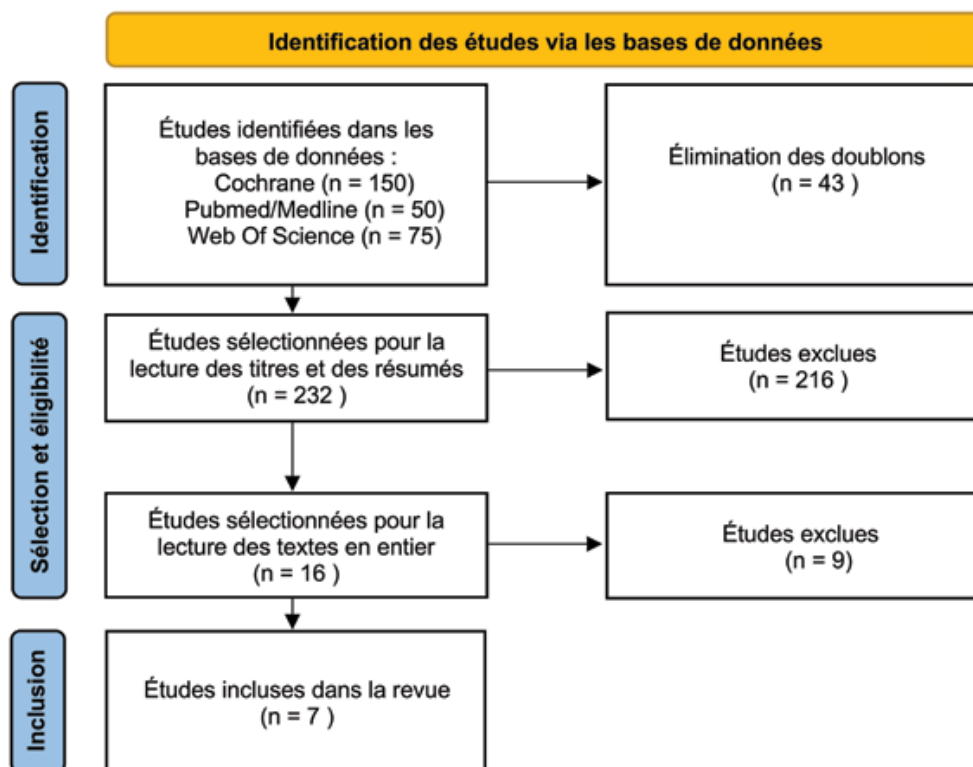


Tableau 4
Description des études incluses

Auteurs et année	Intervention, modalités et nombre de sujets	Contrôle, modalités et nombre de sujets	Durée	Critère(s) de jugement analysé(s) (outil de mesure utilisé)
Ghroubi et al. 2008	Rééducation et renforcement du plancher pelvien (PFMT), 2 séances/semaine, 27 sujets	Aucune mesure thérapeutique, 20 sujets	12 sem.	Qualité de vie (<i>échelle de Ditrovie</i>)
Hagen et al. 2009	Rééducation et renforcement du plancher pelvien (PFMT), 5 séances au total, 19 sujets	Fiche de conseils standardisée sur le mode de vie, aucune séance de physiothérapie, 21 sujets	16 sem.	Symptômes du prolapsus (<i>P-QoL</i>) Sévérité du prolapsus (<i>POP-Q</i>)
Manonai et al. 2012	Renforcement du plancher pelvien (PFMT) et utilisation de dispositifs intra-vaginaux amovibles (Colpexin Sphere), exercices à domicile, 46 sujets	Renforcement du plancher pelvien (PFMT), exercices à domicile, 45 sujets	16 sem.	Symptôme vaginal du prolapsus (<i>ICIQ, vaginal symptom score</i>) Qualité de vie (<i>ICIQ Quality of life score</i>)
Panman et al. 2017	Rééducation et renforcement du plancher pelvien (PFMT), 127 sujets	Attente vigilante sans intervention, 134 sujets	2 ans	Symptômes de prolapsus (<i>POPDI-6</i>) Qualité de vie (<i>PFIQ-7</i>)
Resende et al. 2019	Exercices hypopressifs (HE), 3 séances au total puis exercices à domicile, 30 sujets	Rééducation et renforcement du plancher pelvien (PFMT), 3 séances au total puis exercices à domicile, 31 sujets	12 sem.	Sévérité du prolapsus (<i>POP-Q</i>) Symptômes du prolapsus (<i>P-QoL</i>)
Stüpp et al. 2010	Rééducation et renforcement du plancher pelvien (PFMT), 7 séances, 21 sujets	Instructions pour des contractions du périnée sans protocole + fiche de conseils sur le mode de vie standardisé, aucune séance, 16 sujets	14 sem.	Sévérité du prolapsus (<i>POP-Q</i>) Symptômes du prolapsus (<i>P-QoL</i>)
Wiegersma et al. 2014	Rééducation et renforcement du plancher pelvien (PFMT), séances individuelles (nombre non-indiqué) et exercices à domicile, 145 sujets	Attente vigilante, sans traitement ni aucune recommandation, 142 sujets	3 mois	Sévérité du prolapsus (<i>POP-Q</i>) Symptômes du prolapsus (<i>Self reported changes</i>)

PFMT: Pelvic Floor Muscle Training; **P-QoL:** Prolapse Quality of Life questionnaire; **ICIQ:** International Consultation in Incontinence Questionnaire; **POP-Q:** Pelvic Organ Prolapse Quantification; **POPDI-6:** Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory-6; **PFIQ-7:** Pelvic Floor Impact Questionnaire-7; **HE:** Hypopressive Exercise

Évaluation de la qualité des études

Dans l'ensemble, les études présentaient des risques de biais faibles et étaient ainsi de bonne qualité (Figure 2). Six études ont effectué la randomisation avec des nombres aléatoires générés à distance tandis qu'une n'a pas expliqué les méthodes de randomisation. Les protocoles à suivre dans le groupe traitement et le groupe contrôle étaient distincts; par conséquent, les intervenants et les patientes n'ont pas été mis à l'aveugle. Toutefois, dans la plupart des essais les évaluateurs ont examiné les résultats à l'aveugle, c'est pourquoi les articles présentaient en général un risque de biais (biais de détection) faible à l'exception de l'article de Hagen et al.⁽¹⁶⁾ qui révèle un risque élevé. Les rapports aux critères de jugement démontrent un risque faible. Les autres risques de biais, quant à eux, restent imprécis et difficiles à évaluer.

Description des études

Les études sélectionnées sont décrites dans le tableau (Tableau 4) qui présente les informations générales des études sélectionnées: nom de l'auteur principal et date de publication, groupe intervention (modalité et nombre de sujets) groupe contrôle (modalité et nombre de sujets), la durée de l'étude ainsi que les critères de jugement analysés dans cette étude.

Efficacité des traitements de physiothérapie

Quatre études^(16, 19-21) ont évalué la sévérité du prolapsus par le POP-Q⁽²²⁾ (Figure 3). Elles comprennent 207 patientes dans le groupe intervention et 198 dans le groupe contrôle. L'hétérogénéité était significative ($I^2 = 79\%$, $T^2 = 1,45$, $p = 0,002$). La taille de l'effet (SMD) en faveur du groupe intervention était statistiquement significative et s'élève à 0,18 [95% CI: 0,04-0,72; $p = 0,02$].

Six études ont évalué les symptômes du PUG: Manonai, 2012⁽²³⁾ et Panmann, 2016⁽²⁴⁾ au moyen d'un score; Hagen, 2009⁽¹⁶⁾ et Stüpp, 2011⁽²⁰⁾ en demandant aux patientes si elles ressentaient encore leur prolapsus; Resende, 2019⁽¹⁹⁾ et Wiegersma, 2014⁽²¹⁾ en demandant aux patientes si elles ressentaient une amélioration de leurs symptômes.

Évalué à l'aide d'un score, l'effet de la rééducation et l'entraînement du plancher pelvien sur les symptômes du PUG, comparé à l'effet de la rééducation et de l'entraînement combiné à l'utilisation d'un dispositif intra-vaginal amovible ne montre aucune différence (SMD 0,00; 95% CI: 0,43-0,44; $p = 1$) (Figure 4). L'effet de la rééducation et de l'entraînement du plancher pelvien sur la présence résiduelle des symptômes du prolapsus, comparé à aucun traitement, était en

Figure 3

Forest plot – Sévérité du prolapsus

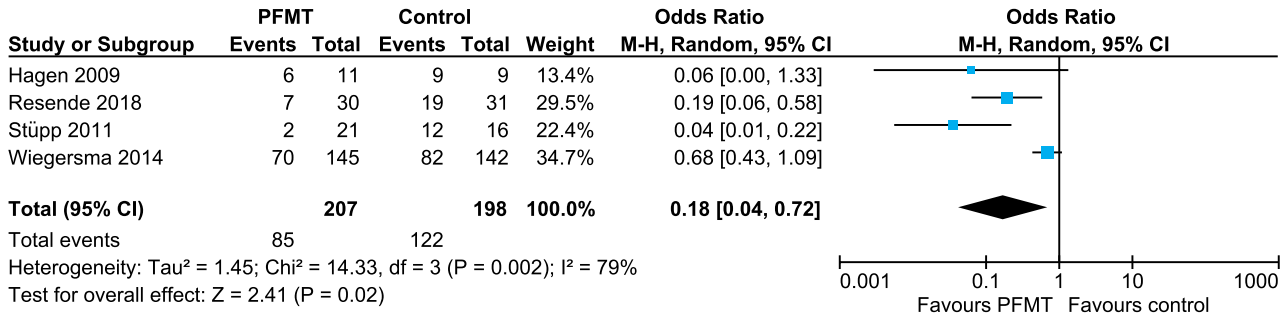


Figure 4

Forest plot – Symptômes du prolapsus, score

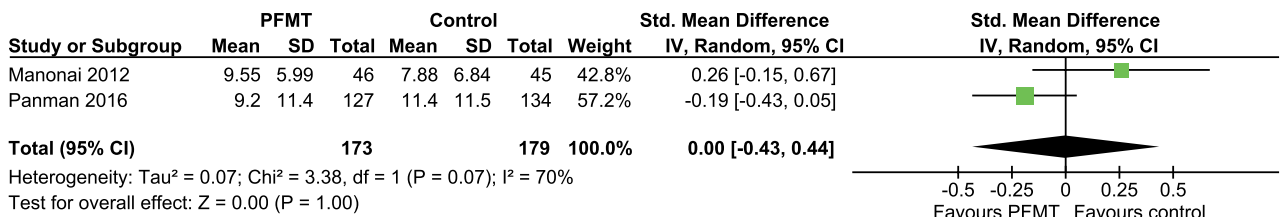


Figure 5

Forest plot – Symptômes du prolapsus, sensation résiduelle

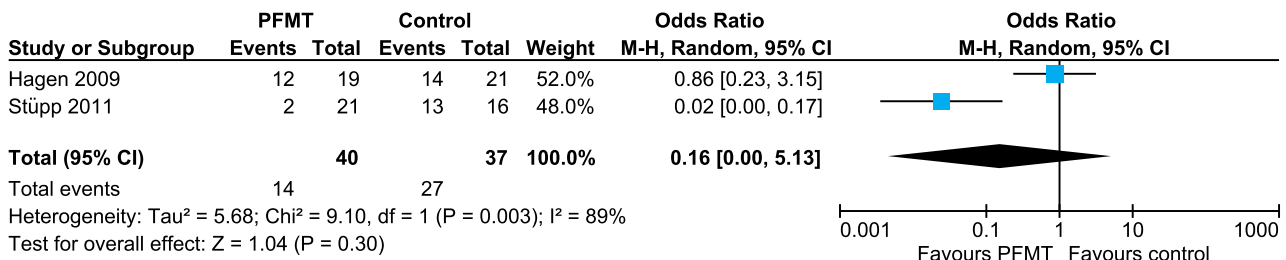


Figure 6

Forest plot – Symptômes du prolapsus, sensation d'amélioration

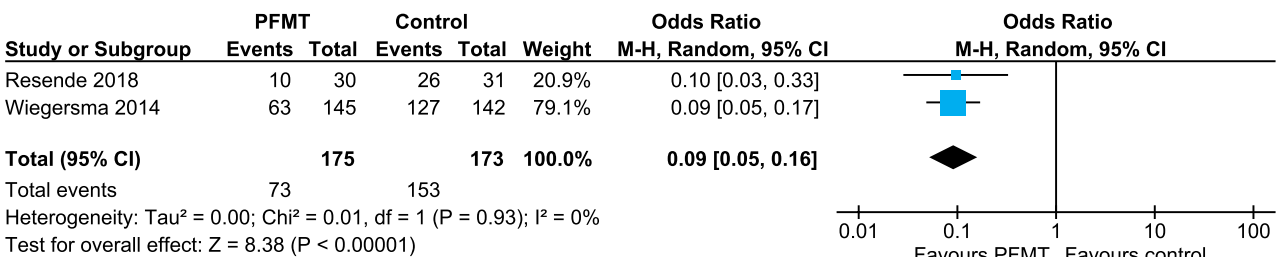
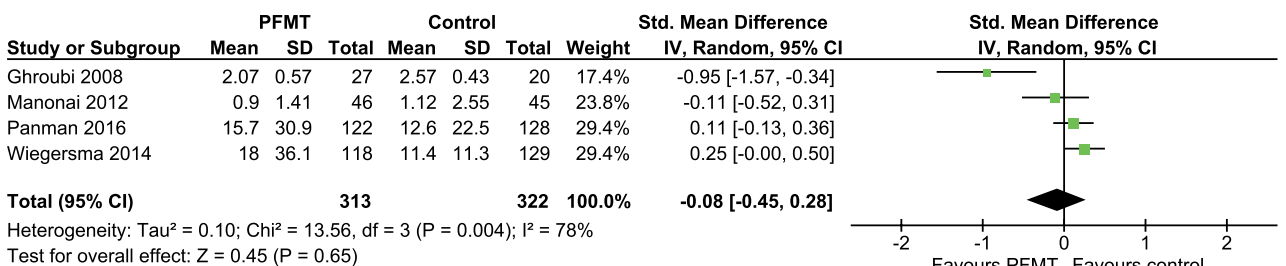


Figure 7

Forest plot – Qualité de vie



faveur du groupe intervention, sans pour autant être significatif (OR 0,16; 95 % CI: 0,00–5,13; $p = 0,30$) (Figure 5). La rééducation et l'entraînement du plancher pelvien sur la sensation d'amélioration des symptômes montrait des effets statistiquement significatifs par rapport au groupe contrôle (OR 0,09; 95 % CI 0,05–0,16; $p < 0,001$) (Figure 6).

Quatre études^(1,21, 23, 24) ont évalué la qualité de vie des patientes atteintes d'un prolapsus uro-génital (Figure 7). Elles comprenaient 313 patientes dans le groupe traitement conservateur et 322 dans le groupe contrôle. L'hétérogénéité était modérée ($I^2 = 79\%$, $T^2 = 0,10$, $p = 0,004$). La taille de l'effet (SMD) s'élevait à $-0,08$ [95 % CI $-0,45$ – $0,28$; $p = 0,65$], en faveur du groupe expérimental et ces résultats étaient statistiquement non significatifs.

DISCUSSION

L'objectif de cette revue systématique était de déterminer l'efficacité des traitements de physiothérapie sur les prolapsus de stade I et II. Le principal traitement de physiothérapie évalué dans les études incluses était la rééducation et le renforcement du plancher pelvien (PFMT). Ce traitement a été comparé à « aucun traitement », à de l'« attention vigilante sans intervention », à des instructions ou des fiches de conseils sur le mode de vie, mais également à des exercices hypopressifs (HE) ou à du PFMT combiné à l'utilisation de dispositifs intra-vaginaux amovibles. Bien que l'utilisation des pessaires reste un traitement conservateur courant lors de la descente d'organes, aucun article qui évaluait ce type de thérapie n'a pu être inclus dans cette revue systématique et méta-analyse.

Six études sur sept ont évalué les effets des interventions sur une durée entre 12 et 16 semaines, une étude⁽²⁴⁾ a cependant évalué les effets du PFMT sur deux ans.

Globalement, les études incluses présentent un faible risque de biais. Seul le biais de performance, à savoir, la mise en place des participants et des thérapeutes en aveugles, est présent dans chaque étude. La nature des interventions en physiothérapie rend cette approche méthodologique très souvent impossible⁽²⁵⁾ mais ceci ne semble pas influencer les résultats⁽²⁶⁾.

Les résultats sur le critère de jugement principal, à savoir la sévérité du PUG, montrent une amélioration statistiquement significative en faveur de la rééducation et du renforcement du plancher pelvien par rapport à une attention vigilante, des fiches-conseils sur le mode de vie, et même par rapport à des exercices hypopressifs⁽¹⁹⁾.

Ce résultat confirme les résultats de la revue systématique et méta-analyse de Li *et al.*⁽²⁷⁾. Dans leur étude, Ozengin *et al.*⁽²⁸⁾ montrent une amélioration statistiquement significative de la sévérité du prolapsus dans le groupe « stabilisation » et dans le groupe « PFMT », sans différence statistiquement significative entre les groupes. Une amélioration de la sévérité du prolapsus est également rapportée dans les études de Hagen *et al.*⁽²⁹⁾ et de Brækken⁽³⁰⁾ en faveur de la rééducation et de l'entraînement des muscles du plancher pelvien par rapport à des conseils de vie, mais la différence entre les groupes n'est pas statistiquement significative. Wallace⁽³¹⁾

recommande le PFMT comme thérapie de première ligne, à faible risque et mini-invasive, pour prévenir et traiter les dysfonctionnements du plancher pelvien.

Les critères de jugement secondaires étaient les symptômes du prolapsus et la qualité de vie des femmes souffrant d'un PUG à un stade I ou II. Pour évaluer les symptômes du prolapsus, les six études sélectionnées ne proposaient pas une méthode identique, c'est la raison pour laquelle trois méta-analyses ont dû être réalisées. Sur les trois méta-analyses, seule celle qui analyse la sensation d'amélioration montre une amélioration statistiquement significative en faveur du PFMT (Figure 6). En ce qui concerne la sensation résiduelle des symptômes de prolapsus après intervention (Figure 5), l'effet est en faveur du PFMT, sans toutefois être statistiquement significatif. En revanche, lorsque les symptômes du prolapsus sont évalués par un score (Figure 4), aucune différence n'est démontrée. Une explication à ce résultat pourrait être que dans l'étude de Manonai, 2012⁽²³⁾ le groupe contrôle bénéficie, en plus du PFMT, de l'utilisation de dispositifs intravaginaux tandis que dans l'étude de Panmann, 2016⁽²⁴⁾, le groupe contrôle ne bénéficie que d'une attention vigilante sans intervention. Les résultats sur la sensation d'amélioration des symptômes du PUG confirment les résultats de Li *et al.*⁽²⁷⁾. Les mêmes difficultés ont été rencontrées, à savoir le nombre limité d'études incluses et la diversité des outils de mesure.

Contrairement à l'hypothèse secondaire, la rééducation et le renforcement du plancher pelvien ne montrent pas d'effets sur la qualité de vie. Ce résultat diffère des résultats de Hagen *et al.*⁽²⁹⁾, par contre il corrobore les résultats de Doaee *et al.*⁽³²⁾ qui montrent que le renforcement du plancher pelvien possède un effet relatif sur la qualité de vie de ces patientes, tandis que les interventions chirurgicales l'améliorent de manière statistiquement significative.

Les résultats démontrent une amélioration des symptômes subjectifs à la suite du traitement du PFMT. Ces recherches corroborent Li *et al.*⁽²⁷⁾ ainsi que Hagen *et al.*⁽²⁹⁾ qui démontrent avoir un effet positif sur les symptômes du prolapsus à la suite de l'intervention du PFMT. Plus précisément, les femmes qui ont suivi un PFMT ont bénéficié d'une amélioration significative de tous les symptômes de lourdeur de la vessie, des intestins et du vagin, ce qui est lié à une meilleure qualité de vie⁽²⁷⁾.

Un grand nombre d'études implique et lie l'incontinence urinaire au prolapsus, ce qui n'a pas été réalisé dans ce travail qui se consacre uniquement à la descente d'organes. Beaucoup d'études parlent du réentraînement des muscles du plancher pelvien, il y a donc peu de comparaison avec les traitements considérés dans cette revue systématique.

Une autre différence est que l'âge n'a pas été pris en compte contrairement à ce qui a été fait dans l'étude de Bernardes⁽³³⁾ qui prend en compte l'âge de la femme dans une telle pathologie.

Lors de la recherche d'articles, il est possible que certains articles pertinents pour ce travail aient pu être écartés à tort, notamment en raison des filtres des langues appliqués.

En ce qui concerne les modalités des interventions, elles n'étaient pas identiques dans les études sélectionnées.

L'hétérogénéité des interventions concernait leur durée ainsi que par leurs modalités. Par exemple, Panman *et al.*⁽²⁴⁾ n'ont pas précisé en quoi consistaient les exercices du PFMT. De plus, ils sont propres à chaque patiente. De même, Wiegersma *et al.*⁽²¹⁾ ne donnent pas d'informations sur les modalités et les modifient après chaque rendez-vous. De ce fait, il est impossible d'établir une comparaison efficace entre les différentes études.

La force de cette revue systématique est que la pathologie ciblée était la sévérité du prolapsus uniquement. Cette étude ne porte pas sur l'incontinence ou sur la force des muscles de plancher pelvien contrairement à l'étude de Bernardes⁽³³⁾. Cette dernière démontre une amélioration de la force du muscle levator ani par le PFMT ainsi que par les exercices hypopressifs⁽³³⁾. D'autres études constatent une amélioration de la force et de l'endurance musculaire à la suite du PFMT^(16, 27, 30).

L'une des faiblesses est que peu d'articles répondaient aux critères de sélection. De plus, aucun critère de sélection sur l'âge des patientes n'a été pris en compte bien que l'âge joue un rôle important dans l'apparition des prolapsus uro-génitaux.

Implication pour la pratique et la recherche

Diverses études se rejoignent sur le fait qu'utiliser un traitement conservateur lors de la prise en charge d'un PUG de bas grade accompagné de symptômes gênants serait bénéfique^(1,24,34). Cela laisse penser que les physiothérapeutes ont un rôle à jouer dans la prévention et/ou l'amélioration de la descente d'organe. Les traitements conservateurs mentionnés dans ce travail offrent une possible amélioration du stade du prolapsus de beaucoup de femmes et permettraient d'éviter de nombreuses opérations chirurgicales coûteuses. Cependant, il serait intéressant que les professionnels suivent des lignes directrices similaires pour harmoniser la pratique des traitements et des évaluations afin de favoriser l'interprétation des résultats. Les lignes directrices permettraient de mettre en place une rééducation individualisée et adaptée tout en pouvant comparer les résultats avec d'autres patientes. De plus, les traitements personnalisés offriraient une prise en charge optimale.

Cette prise en charge doit également être instaurée de manière à ce que la patiente soit actrice de sa propre rééducation. Grâce à l'éducation thérapeutique, la patiente aura connaissance des mesures d'hygiène de vie à appliquer dans son quotidien (éviter les poussées pelviennes, verrouillage périnéal à l'effort). Elle doit être entièrement capable de contracter et relâcher la musculature du plancher pelvien pour envisager la suite d'un traitement conservateur. Le suivi et la durée du traitement ont également un impact et sont primordiaux. Davantage de recherches sur le sujet et plus précisément sur la durée du traitement conservateur permettraient

de confirmer encore ces hypothèses. Certaines études ont retrouvé une réelle efficacité du traitement conservateur uniquement au-delà de 16 semaines⁽²⁷⁾ voir six mois⁽²⁹⁾. L'étude de Li *et al.*⁽²⁷⁾ décrit qu'une période de traitement conservateur inférieure à 16 semaines offrirait uniquement une prise de conscience au niveau des muscles du plancher pelvien, alors qu'une durée plus étendue permettrait une amélioration au niveau de la force et de l'endurance. Il serait donc intéressant de réaliser ce genre de suivi sur un plus long terme.

Des études supplémentaires pourraient également investiguer l'association entre des syndromes indésirables dans les PUG et la qualité de vie^(27, 29).

Un étude rapporte avoir un nombre de participantes insuffisant⁽²⁷⁾. Il serait intéressant de réaliser une étude complémentaire à plus grande échelle avec plus de participantes. Cependant, le nombre de participantes est en partie lié à l'ignorance de cette pathologie dans la population ciblée. Un travail de sensibilisation, via une brochure par exemple, pourrait être utile afin d'attirer l'attention des femmes sur cette thématique pour qu'elles puissent en parler librement et ainsi se faire traiter au mieux.

CONCLUSION

Cette revue systématique et méta-analyse démontre qu'une rééducation et un renforcement musculaire du plancher pelvien pourraient être efficaces pour améliorer ou maintenir les PUG de stade I et/ou II. Ce type de traitement peut diminuer la sévérité du prolapsus ainsi que les symptômes subjectifs. Les données de la littérature montrent clairement que le PUG chez la femme reste trop peu abordé. Le développement de l'information au sujet de l'existence de cette pathologie permettrait une prise en charge adéquate pour améliorer et/ou éviter l'aggravation des symptômes.

IMPLICATION POUR LA PRATIQUE

- **Les physiothérapeutes auraient un rôle à jouer dans la prévention et/ou l'amélioration de la descente d'organe.**
 - **Les traitements de physiothérapie offriraient une possible amélioration du stade du prolapsus de beaucoup de femmes et permettraient potentiellement d'éviter de nombreuses opérations chirurgicales coûteuses.**
 - **Un suivi personnalisé et une durée du traitement d'au moins trois mois favoriseraient l'amélioration des symptômes du prolapsus uro-génital.**
-

Contact

Viviane Carraux: viviane.carraux@gmail.com

Anne-Gabrielle Mittaz Hager: gaby.mittaz@hevs.ch

Références

1. Ghroubi S, Kharrat O, Chaari M, Ben Ayed B, Guerhazi M, Elleuch MH. Apport du traitement conservateur dans la prise en charge du prolapsus urogénital de bas grade. Le devenir après deux ans. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 2008;51(2): 96-102.
2. Tso C, Lee W, Austin-Ketch T, Winkler H, Zitkus B. Nonsurgical Treatment Options for Women With Pelvic Organ Prolapse. *Nursing for Women's Health*. 2018;22(3): 228-39.
3. Vergeldt Tineke FM, Weemhoff M, Int'Hout J, Kluijvers KB. Risk Factors for Pelvic Organ Prolapse and Its Recurrence: A Systematic Review. *International Urogynecology Journal*. 2015;26 (11): 1559-73.
4. Iglesia CB, Smithling KR. Pelvic Organ Prolapse. 2017; 96 (3): 7.
5. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of Symptoms with Location and Severity of Pelvic Organ Prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2001;185 (6): 1332-37.
6. De Tayrac R, Chauveaud-Lambling A, Fernandez D, Fernandez H. Instruments de mesure de la qualité de vie chez les patientes présentant un prolapsus génito-urinaire. 2003;32 (6), 503-523.
7. Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Robinson D, Salvatore S. P-QOL: A Validated Questionnaire to Assess the Symptoms and Quality of Life of Women with Urogenital Prolapse. *International Urogynecology Journal*. 2005;16 (3): 176-81.
8. Amarenco G, Marquis P, Leriche B, Richard F, Zerbib M, Jacquetin B. Une échelle spécifique d'évaluation de la perturbation de la qualité de vie au cours des troubles mictionnels : L'échelle Ditrovie. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 1997; 40: 21-6.
9. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JOL, Klarskov P, Shull BL, Smith ARB. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1996; 8.
10. Persu C, Chapple CR, Cauni V, Gutue S, Geavlete P. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) – a new era in pelvic prolapse staging. *Journal of Medicine and Life*. 2011; 4 (1): 75-81.
11. Amblard J, Fatton B, Savary D, Jacquetin B. Examen clinique et classification du prolapsus génital. *Pelvi-périnéologie*. 2008;3 (2): 155-65.
12. de Tayrac R, Deval B, Fernandez H, Marès P. Validation linguistique en français des versions courtes des questionnaires de symptômes (PFDI-20) et de qualité de vie (PFIQ-7) chez les patientes présentant un trouble de la statique pelvienne. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2007;36(8), 738-748.
13. 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. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006;194 (5): 1492-98.
14. Knorst MR, Cavazzotto K, Henrique M, Resende TL. Intervenção Fisioterapêutica Em Mulheres Com Incontinência Urinária Associada Ao Prolapso de Órgão Pélvico. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2012; 16 (2): 102-7.
15. Giarenis I, Robinson D. Prevention and management of pelvic organ prolapse. *F1000Prime Reports*. 2014;6:77.
16. Hagen S, Glazener C, Sinclair L, Stark D, Bugge C. Psychometric Properties of the Pelvic Organ Prolapse Symptom Score. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009; 116 (1): 25-31.
17. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M et al. Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015: Elaboration and Explanation. *Systematic reviews*. 2015;4(1), 1-9.
18. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD et al. The Cochrane Collaboration's Tool for Assessing Risk of Bias in Randomised Trials. *BMJ*. 2011; 343.
19. Resende APM, Bernardes BT, Stüpp L, Oliveira E, Castro RA, Girão MJ, et al. Pelvic Floor Muscle Training Is Better than Hypopressive Exercises in Pelvic Organ Prolapse Treatment: An Assessor-Blinded Randomized Controlled Trial. *Neurourology and Urodynamics*. 2019; 38 (1): 171-79.
20. Stüpp L, Resende APM, Bernardes BT, Oliveira E, Castro RA, Girão MJ, et al. Pelvic floor muscle training for treatment of pelvic organ prolapse: randomized controlled trial. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*. 2010; 22(10): 1233-1239.
21. Wiegersma M, Panman CMCR, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-Van Leeuwen Y, Dekker JH. Effect of Pelvic Floor Muscle Training Compared with Watchful Waiting in Older Women with Symptomatic Mild Pelvic Organ Prolapse: Randomised Controlled Trial in Primary Care. *BMJ*. 2014; 349 g7378.
22. Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short Forms of Two Condition-Specific Quality-of-Life Questionnaires for Women with Pelvic Floor Disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005;193 (1): 103-13.
23. Manonaj J, Harnsombon T, Sarit-apisak S, Wattanayingcharoenchai R, Chittacharoen A, Suthutvoravut S. Effect of Colpexin Sphere on Pelvic Floor Muscle Strength and Quality of Life in Women with Pelvic Organ Prolapse Stage I/II: A Randomized Controlled Trial. *International Urogynecology Journal*. 2012;23 (3): 307-12.
24. Panman CMCR, Wiegersma M, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-Van Leeuwen Y, Vermeulen KM, Dekker JH. Two-Year Effects and Cost-Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training in Mild Pelvic Organ Prolapse: A Randomised Controlled Trial in Primary Care. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017; 124 (3): 511-20.
25. Fregni F, Imamura M, Chien HF, Lew HL, Boggio P, Kaptchuk TJ, et al. Challenges and Recommendations for Placebo Controls in Randomized Trials in Physical and Rehabilitation Medicine : A Report of the International Placebo Symposium Working Group. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2010;89(2), 160-172.
26. Armijo-Olivo S, Fuentes J, da Costa BR, Saltaji H, Ha C, Cummings GG. Blinding in Physical Therapy Trials and Its Association with Treatment Effects : A Meta-epidemiological Study. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2017;96(1), 34-44.
27. Li C, Gong Y, Wang B. The Efficacy of Pelvic Floor Muscle Training for Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *International Urogynecology Journal*. 2016; 27 (7): 981-92.
28. ÖZengin N, Yildirim NU, Duran B. A comparison between stabilization exercises and pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse ». *Türk jinekoloji ve obstetrik derneği dergisi*. 2015; 12 (1): 11-17.
29. Hagen S, Stark D, Glazener C, Dickson S, Barry S, Elders A, et al. Individualised Pelvic Floor Muscle Training in Women with Pelvic Organ Prolapse (POPPY): A Multicentre Randomised Controlled Trial. *Lancet (London, England)*. 2014; 383 (9919): 796-806.
30. Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bø K. Can Pelvic Floor Muscle Training Reverse Pelvic Organ Prolapse and Reduce Prolapse Symptoms? An Assessor-Blinded, Randomized, Controlled Trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010; 203 (2): 170.e1.
31. Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic Floor Physical Therapy in the Treatment of Pelvic Floor Dysfunction in Women. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*. 2019;31 (6): 485-93.
32. Doaee M, Moradi-Lakeh M, Nourmohammadi A, Razavi-Ratki SK, Nojomi M. Management of pelvic organ prolapse and quality of life : A systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*. 2014;25(2), 153-163.
33. Bernardes BT, Resende APM, Stüpp L, Oliveira E, Castro RA, Järmy di Bella ZIK et al. Efficacy of Pelvic Floor Muscle Training and Hypopressive Exercises for Treating Pelvic Organ Prolapse in Women: Randomized Controlled Trial. *Sao Paulo Medical Journal*. 2012; 130 (1): 5-9.
34. Bø K. Can pelvic floor muscle training prevent and treat pelvic organ prolapse? *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2006;85(3), 263-268.