



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

# Recommandations concernant la convalescence après chirurgie de l'incontinence ou du prolapsus génital : une enquête chez des chirurgiens français

*Convalescence recommendations after incontinence and pelvic organ prolapse surgery: A study of opinions among French surgeons*

X. Deffieux<sup>a,\*</sup>, T. Thubert<sup>a,b</sup>, R. de Tairac<sup>c</sup>, H. Fernandez<sup>d</sup>,  
G. Amareno<sup>b,e</sup>, M. Jousse<sup>b,e</sup>, V. Letouzey<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, hôpital Antoine-Béclère, Assistance publique—Hôpitaux de Paris, université Paris-Sud, 157, rue de la Porte-de-Trivaux, 92141 Clamart, France

<sup>b</sup> ER6, UPMC, 75013 Paris, France

<sup>c</sup> Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Carémeau, université Nîmes—Montpellier, 30000 Nîmes, France

<sup>d</sup> Service de gynécologie-obstétrique, CHU du Kremlin-Bicêtre, Assistance publique—Hôpitaux de Paris, université Paris-Sud, 94270 Le-Kremlin-Bicêtre, France

<sup>e</sup> UPMC, service de neuro-urologie, CHU de Tenon, Assistance publique—Hôpitaux de Paris, 75020 Paris, France

Reçu le 23 septembre 2010 ; avis du comité de lecture le 24 octobre 2010 ; définitivement accepté le 17 novembre 2010

Disponible sur Internet le 16 décembre 2010

## MOTS CLÉS

Réhabilitation après chirurgie ;  
Urogynécologie ;  
Repos ;  
Rééducation après chirurgie ;  
Rééducation postopératoire

## Résumé

**Introduction.** — Étant donné que l'hyperpression intra-abdominale est un facteur de risque d'altération du plancher pelvien, la plupart des médecins recommandent une restriction de nombreuses activités en postopératoire : la plupart des patientes se voient prescrit d'éviter les efforts de soulèvement et de port de charges lourdes. L'objectif de cette étude était d'établir quelles sont les recommandations actuellement pratiquées par les chirurgiens français après chirurgie urogynécologique.

**Matériel et méthode.** — En 2009, des chirurgiens français, urologues et gynécologues ont reçu un questionnaire au préalable testé, concernant leurs recommandations postopératoires en matière de convalescence après chirurgie de l'incontinence urinaire à l'effort et de chirurgie du prolapsus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [xavier.deffieux@abc.aphp.fr](mailto:xavier.deffieux@abc.aphp.fr) (X. Deffieux).

**KEYWORDS**

Rehabilitation following surgery; Rest after surgery; Rehabilitation; Urogynecology; Postoperative; Postoperative rehabilitation

**Résultats.** — Après 13 exclusions pour données manquantes, 76 (85 %) questionnaires étaient utilisables pour l'analyse. La durée médiane recommandée d'hospitalisation était de trois jours (extrêmes : trois à sept) après chirurgie par voie vaginale ou promontofixation coelioscopique versus cinq jours (extrêmes : quatre à six) après promontofixation par laparotomie ( $p < 0,0001$ ). La durée médiane d'arrêt de travail recommandé était de quatre semaines (extrêmes : deux à huit) pour les patientes après chirurgie du prolapsus. La durée médiane d'abstinence sexuelle était de quatre semaines (extrêmes : deux à 12) après promontofixation laparoscopique. La grande dispersion de certains résultats n'est pas corrélée aux caractéristiques démographiques des chirurgien(ne)s (homme/femme, exercice public ou privé, formation urologique ou gynécologique) mais à l'expérience (volume d'activité). La durée médiane d'interdiction du port de charges lourdes après promontofixation coelioscopique était de quatre semaines (extrêmes : deux à huit) chez les chirurgiens à fort volume d'activité versus six semaines (extrêmes : quatre à dix) chez les chirurgiens à faible volume d'activité.

**Conclusion.** — Les recommandations de restriction d'activité habituellement faites en postopératoire varient d'un praticien à l'autre. Il serait intéressant d'établir des recommandations consensuelles concernant ces pratiques.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary**

**Introduction.** — Since increased intra-abdominal pressure contributes to pelvic floor disorders, physicians commonly restrict various activities postoperatively: most patients are instructed to avoid lifting, exercise and heavy labour after surgery. The aim of this study was to describe advice and restrictions given by French surgeons to patients after urogynecological surgery.

**Methods.** — In 2009, French urologists and gynaecologists surgeons received a tested questionnaire about postoperative treatment and convalescence recommendations following stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse surgery.

**Results.** — After 13 exclusions (missing data), 76 (85%) of the questionnaires were suitable for analysis. The expected postoperative hospital stay was median 3 days (range, 3–4) following surgery by vaginal route or laparoscopic sacral colpopexy and 5 days (range, 4–6) following laparotomy ( $P < 0.0001$ ). The recommended sick leave was median 4 weeks (range, 2–8) for patients following pelvic organ prolapse surgery. The recommended time till recommencement of sexual intercourse was median 4 weeks (range, 2–12) following laparoscopic sacral colpopexy. The overall, great variance could not be explained by demographic differences between gynaecologists (male/female, private or public hospital, urologist/gynaecologist), but by surgical experience. Recommended lifting restrictions were median 6 weeks (range, 4–10) and 4 weeks (range, 2–8) following laparoscopic sacral colpopexy for low-experienced surgeons and high-experienced surgeons, respectively.

**Conclusion.** — Current activity restrictions often placed on postoperative patients show substantial variability. Evidence-based guidelines and consensus are desirable.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Introduction**

L'hyperpression abdominale générée par certaines activités sportives et les efforts physiques réguliers domestiques ou professionnels sont des facteurs de risque de prolapsus génital et d'incontinence urinaire à l'effort [1,2]. Ainsi, les femmes au foyer ayant des « activités ménagères » ont un risque plus important de développer un prolapsus génital par rapport aux cadres supérieurs sédentaires (OR 3 ; IC 95 %, 1,6–8,8) [3] et les femmes ayant un travail de soulèvement des charges ont plus de risques d'être opérées d'un prolapsus génital au cours de leur existence [4].

Aussi, après une chirurgie du prolapsus ou pose d'une bandelette sous-urétrale pour incontinence urinaire à l'effort, il est d'usage de recommander le repos et de prescrire un arrêt de travail. Cette période de repos afin d'éviter une mise en tension des sutures et une mobilisation du matériel implanté avant cicatrisation, a pour objectif de limiter le risque de récurrence. Toutefois, il n'existe aucune recom-

mandation concernant la durée d'hospitalisation, celle d'arrêt de travail, la prescription de régulateurs du transit, la durée d'abstinence sexuelle, la reprise des activités sportives ou l'éventuelle prescription d'une rééducation après la chirurgie.

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux en France vis-à-vis des pratiques des chirurgiens urologues et gynécologues concernant les prescriptions de repos postopératoire pour la chirurgie du prolapsus génital et de l'incontinence urinaire à l'effort.

**Matériel et méthode**

Nous avons envoyé d'un questionnaire par *mailing* (messagerie électronique) et fax à une population source constituée de chirurgien(ne)s (urologues, gynécologues et viscéraux) pratiquant la chirurgie du prolapsus génital et de l'incontinence urinaire. La base de sondage a été issue

**Tableau 1** Caractéristiques des chirurgiens ayant répondu à l'enquête.*Characteristics of surgeons that have answered to the questionnaire.*

<i>Formation</i>	
Chirurgie urologique	25 (33%)
Chirurgie gynécologique	49 (64%)
Chirurgie viscérale/digestive	2 (3%)
<i>Lieu d'exercice</i>	
Centre hospitalier privé	12 (16%)
Centre hospitalier général	8 (10,5%)
Centre hospitalo-universitaire	48 (63%)
PSPH	8 (10,5%)
<i>Sexe</i>	
Femme	16 (21%)
Homme	60 (79%)

d'un recensement réalisé grâce à la liste des adhérents à la Société interdisciplinaire francophone d'urodynamique et de pelvipérinéologie (SIFUD-PP), à des membres du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) et de l'association française d'urologie (AFU) et grâce au listing France-Télécom des praticiens installés dans les régions suivantes : Aquitaine, Alsace-Lorraine, Bretagne, centre, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Nord, Pays de Loire, Picardie. Tous les types d'établissement ont été visés : centres hospitaliers privés (CHP), établissements de santé privés d'intérêt collectif, (ESPIC ex PSPH), centres hospitaliers publics généraux et centres hospitalo-universitaires. Des questionnaires ont également été envoyés dans les cabinets de ville des chirurgiens spécialisés répertoriés sur les listings de France-Télécom. Le sondage a été réalisé de façon aléatoire, non randomisé. Au total, le questionnaire a été envoyé à 167 chirurgiens, ainsi qu'à l'ensemble des membres de la SIFUD-PP (société savante regroupant divers spécialistes, majoritairement non-chirurgiens). Le questionnaire devait être rempli de façon anonyme mais les chirurgien(ne)s devaient spécifier leur spécialité (formation : urologue, gynécologue-obstétricien, viscéral, général), leur âge, leur sexe, leur lieu d'exercice (CHP, PSPH, CHG, CHU) et leur niveau d'activité en chirurgie urogynécologique. Le volume d'activité des chirurgiens a été classé en trois niveaux, englobant les interventions pour prolapsus génital et incontinence urinaire à l'effort. Le niveau 1 correspondait à un nombre d'actes par an inférieur à 20, le niveau 2 à un nombre d'actes entre 20 et 50 et le niveau 3 à un nombre d'actes supérieur à 50 par an. Les chirurgiens pouvaient renvoyer le questionnaire par fax ou mailing.

Afin de limiter les biais, nous avons éliminé les questionnaires supposés être des doublons : les questionnaires pour lesquels toutes les caractéristiques du chirurgien étaient identiques (âge, sexe, spécialité, niveau d'activité, lieu d'exercice). Nous avons également éliminé les questionnaires remplis par des chirurgiens encore en cours de formation. Au total, quatre doublons et trois questionnaires, pour lesquels l'âge du répondant était inférieur à 29 ans, ont été éliminés.

**Tableau 2** Volume d'activité opératoire des chirurgiens en fonction de leur mode d'exercice.*Level of surgical activity regarding the mode of practice.*

	Total	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	<i>p</i>
CHP	12	0	8	4	0,09
CHG	8	0	3	5	
CHU	48	12	14	22	
PSPH	8	0	3	5	

CHG : centre hospitalier général ; CHP : centre hospitalier privé ; CHU : centre hospitalo-universitaire ; PSPH : établissement de santé privé participant au service public hospitalier (ce type d'établissement s'appelle maintenant établissement de santé privé d'intérêt collectif [ESPIC]).

Le questionnaire, qui a été envoyé, est donné en **Annexe 1**. Les données suivantes étaient collectées : temps d'hospitalisation, durée du sondage urinaire, durée d'arrêt de travail, durée d'interdiction du port de charges lourdes, des rapports sexuels, des bains, des activités sportives, de la conduite automobile, prescription d'une rééducation périnéale systématique après la chirurgie et délai de la consultation postopératoire. Nous avons également posé une question concernant la prescription d'anticoagulation postopératoire pour laquelle il existe des recommandations précises de la Société française d'anesthésie réanimation (Sfar) ([http://www.sfar.org/\\_docs/articles/209-RPC%20MVTE.pdf](http://www.sfar.org/_docs/articles/209-RPC%20MVTE.pdf)). Les analyses statistiques ont été réalisées grâce à des tests non paramétriques : test de Fischer pour comparer les effectifs et test de Wilcoxon pour les données numériques.

## Résultats

Nous avons reçu 89 questionnaires remplis. Treize questionnaires ont été exclus : quatre doublons, trois questionnaires remplis par des chirurgiens encore en formation et six questionnaires pour lesquels des items étaient non ou mal renseignés (âge non indiqué dans deux cas, formation non spécifiée dans un cas, pas de réponse à l'item port de charges lourdes dans un cas et pas de réponse à l'item sur la prescription d'anticoagulation dans deux cas. Finalement, 76 questionnaires (85%) étaient exploitables sur les 89 reçus. Les résultats sont donnés uniquement pour ces 76 questionnaires complètement « exploitables ». Le **Tableau 1** expose les caractéristiques des chirurgiens ayant répondu à l'enquête. Au total, 47% des répondants (36/76) avaient une activité de niveau 3, c'est dire avec plus de 50 actes de chirurgie urogynécologique par an. Il y avait significativement plus de chirurgiens pratiquant moins de 20 actes par an (niveau 1) dans les CHU (**Tableau 2**). Dans les CHU, le niveau d'activité était significativement corrélé à l'âge du chirurgien. Les chirurgiennes (16 femmes ont répondu au questionnaire versus 60 hommes) déclaraient un niveau d'activité significativement plus faible que les hommes : (7[43%] en niveau 1, 3 [19%] en niveau 2 et six (38%) en niveau 3, versus cinq (8%), 25 (41%) et 30 (50%) respectivement pour les hommes ( $p=0,004$ ). Le **Tableau 3** expose les recommandations des chirurgien(ne)s en fonction du type d'intervention. La durée d'hospitalisation est signi-

**Tableau 3** Durée d'hospitalisation et recommandations postopératoires selon le type de chirurgie. Les résultats sont donnés en médiane (*interquartile range* [IQR]).  
*Duration of hospitalization and postoperative recommendations according. Data are given as follows: median (interquartile range [IQR]).*

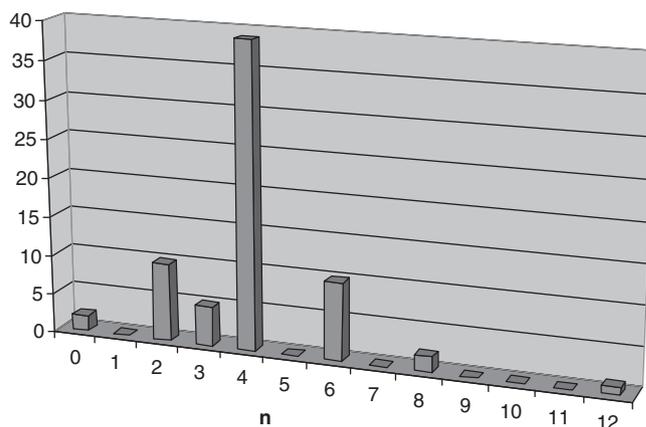
	Chirurgie IUE	Prolapsus voie vaginale	Promontofixation coelioscopique	Promontofixation laparoscopique	<i>p</i>
Durée d'hospitalisation	1,0 (0,0–1,0)	3,0 (3,0–4,0)	3,0 (3,0–4,0)	5,0 (4,0–6,0)	< 0,0001
Durée de sondage urinaire	1,0 (0,0–1,0)	1,0 (1,0–1,0)	1,0 (1,0–1,0)	1,0 (1,0–1,0)	< 0,0001
Durée de HBPM	0,0 (0,0–0,0)	2,0 (1,0–3,0)	2,0 (1,0–3,0)	3,0 (2,0–4,0)	< 0,0001
Délai de consultation postopératoire	4,0 (4,0–6,0)	4,0 (4,0–6,0)	4,0 (4,0–6,0)	4,0 (4,0–6,0)	0,59
Durée d'arrêt travail	2,0 (1,0–3,0)	4,0 (4,0–4,0)	4,0 (4,0–4,0)	4,0 (4,0–4,0)	< 0,0001
Durée d'arrêt port-charges lourdes	4,0 (2,0–4,0)	4,0 (4,0–6,0)	4,0 (4,0–6,0)	5,5 (4,0–6,0)	< 0,0001

HBPM : héparines de bas poids moléculaire.

ficativement plus courte pour la chirurgie de l'incontinence urinaire à l'effort et elle est significativement plus longue pour la chirurgie du prolapsus par laparotomie. La durée de sondage urinaire est significativement plus courte pour la chirurgie de l'incontinence urinaire à l'effort mais la médiane est d'un jour (IQR: 0,0–1,0), ce qui rend compte du fait qu'une majorité de patientes ne sont pas opérées en ambulatoire dans cette indication.

La durée médiane de prescription d'anticoagulation prophylactique dans notre enquête est de seulement deux semaines (IQR: 1,0–3,0) pour la chirurgie par voie vaginale ou coelioscopique et de trois semaines (IQR: 2,0–4,0) pour la promontofixation par laparotomie. La durée d'arrêt de travail prescrite et la durée d'abstinence sexuelle recommandée ne sont pas significativement différentes selon que le prescripteur est un homme ou une femme (Tableau 4). En revanche, il existe de grandes disparités dans ce type de recommandation. Après promontofixation laparoscopique, si une majorité de chirurgien(ne)s prescrivent quatre semaines d'abstinence, certains n'en prescrivent que deux semaines, voire pas du tout pour deux d'entre eux et à l'opposé, certains vont prescrire jusqu'à 12 semaines d'abstinence sexuelle (Fig. 1). Il n'y a pas de corrélation entre le sexe du chirurgien, son lieu d'exercice ou sa formation et ses habitudes de prescription d'arrêt de travail ou ses recommandations en matière d'éviction du port des charges lourdes. En revanche, il y a une nette corrélation entre le niveau d'activité du chirurgien(ne) et les recommandations concernant l'éviction postopératoire du port de charges lourdes. Après promontofixation laparoscopique, les chirurgiens ayant un faible niveau d'activité moyen (20 à 50 interventions urogynécologiques par an) recommandent six semaines d'éviction du port de charges lourdes contre quatre semaines pour ceux ayant un fort niveau d'activité ( $p=0,02$ ). Concernant l'interdiction des bains, la médiane

de durée recommandée est significativement plus courte pour la chirurgie isolée de l'incontinence urinaire à l'effort : trois semaines versus quatre semaines après chirurgie du prolapsus ( $p=0,0001$ ). Toutefois, il n'y a pas de différence entre les recommandations pour la chirurgie par voie vaginale et la chirurgie laparoscopique (médiane de quatre semaines dans les deux cas) alors qu'il n'y a aucune cicatrice vaginale dans ce cas (sauf si bandelette sous-urétrale associée). Concernant les recommandations d'éviction de la conduite automobile et des longs trajets, les résultats montrent une grande dispersion des pratiques. Après mise en place d'une bandelette sous-urétrale, 41 sur 76 (54%) autorisent une reprise immédiate de la conduite automobile,



**Figure 1** Recommandations données aux patients concernant la durée d'éviction des rapports sexuels après promontofixation laparoscopique (*n*: nombre de semaines d'éviction).  
*Recommendations concerning the duration of sexual abstinence.*

**Tableau 4** Recommandations de durée d'éviction des rapports sexuels après l'intervention selon le type de chirurgie.  
*Recommendations concerning sexual abstinence.*

Sexe du chirurgien	BSU	POP VV	PMF cœlio
Femme	4,0 (3,0–4,0)	4,0 (4,0–4,5)	4,0 (4,0–4,5)
Homme	4,0 (2,0–4,0)	4,0 (4,0–4,0)	4,0 (4,0–4,0)
<i>p</i>	0,97	0,97	0,94

BSU : chirurgie de l'incontinence urinaire à l'effort par bandelette sous-urétrale ; POP VV : chirurgie du prolapsus par voie vaginale ; PMF cœlio : promontofixation cœlioscopique.

28 sur 76 (37 %) recommandent une éviction d'une semaine et sept sur 76 (9 %) recommandent une durée d'éviction de deux à quatre semaines. Pour l'éviction des longs trajets en voiture, 24 sur 76 (31 %) autorisent une reprise immédiate de la conduite automobile, 27 sur 76 (36 %) recommandent une éviction d'une semaine et 25 sur 76 (33 %) recommandent une durée d'éviction de deux à quatre semaines.

## Discussion

Cette étude apporte des résultats originaux concernant les recommandations des chirurgiens pour la période postopératoire après cure de prolapsus ou d'incontinence urinaire à l'effort. Aucun travail équivalent n'avait jusqu'à présent été réalisé concernant cette problématique. Malgré l'absence de recommandations précises des sociétés savantes, notre étude montre une certaine homogénéité sur certaines prescriptions comme, par exemple, la durée d'arrêt de travail. En revanche, nous avons observé une grande hétérogénéité des pratiques concernant les recommandations visant le port de charges lourdes, les bains/piscine et la reprise des rapports sexuels. Certaines recommandations sont difficiles à comprendre comme, par exemple, une éviction de deux à quatre semaines des longs trajets en voiture alors qu'il n'a jamais été montré que ce type de trajet augmentait l'hyperpression abdominale par rapport à des trajets courts. Une autre hypothèse serait que cette éviction des longs trajets est destinée à limiter le risque thromboembolique lié à l'immobilisme pendant les trajets longs mais dans le même temps, le même chirurgien(ne)s ne suivent pas les recommandations de la Sfar concernant la durée d'anticoagulation postopératoire puisque la durée moyenne d'anticoagulation prescrite est de seulement deux semaines au lieu des quatre recommandées (grade A) par la Sfar pour la chirurgie du prolapsus (indépendamment du risque propre lié aux antécédents de la patiente).

Concernant la durée d'hospitalisation, des études ont montré que la diminution de la durée d'hospitalisation (24–48 heures au lieu de plus de 72 heures et ambulatoire versus 24–48 heures) n'augmentait pas le risque de lâchage de suture [5–9]. Pour la durée d'arrêt de travail, une étude « avant/après » comparant quatre semaines d'arrêt de travail à six semaines n'a pas montré de différence concernant les récurrences de prolapsus génital (interventions par voie vaginale) [10].

Pour la reprise des activités sportives, il a été montré que les sauts et changements de position peuvent augmenter la pression vaginale [11]. Toutefois, Ottesen et al. ont mon-

tré qu'il n'y avait pas plus de récurrence de prolapsus génital près trois semaines d'abstinence sportive et de piscine par rapport à six semaines [9].

Les efforts de toux sont également une des causes potentielles de mise en tension des cicatrices en postopératoire. Pour les patientes asthmatiques ou ayant une bronchite chronique, il a été montré que la prévention de la toux chronique limitait le risque de récurrence après chirurgie [1].

Le port de charges lourdes et les efforts professionnels et ménagers, en général, ont également un impact sur le prolapsus. Jorgensen et al. ont montré qu'une aide-soignante avait un risque supérieur à la population générale de développer un prolapsus génital (OR 1,6 [IC 95 % 1,2–2,2]) [4]. De même, les femmes au foyer ayant des activités ménagères ont plus de risqué d'être opérées d'un prolapsus génital par rapport à une « femme d'affaire » (OR 3,1 [IC 95 % 1,6–8,8]) [1–5,10]. Une étude « avant/après », portant sur 288 patientes, a toutefois montré qu'un raccourcissement de six à trois semaines de l'éviction du port des charges lourdes (10 à 20 kg) n'a pas montré de différence de récurrence du prolapsus génital un an après et ce avec un taux de compliance de 90 % [10].

La reprise des activités sexuelles est un des autres points litigieux. Bien entendu, on peut comprendre qu'une reprise précoce des rapports sexuels peut entraîner une désunion de cicatrice vaginale et qu'elle pourrait favoriser les récurrences des prolapsus par différents mécanismes (relâchement des sutures, infection...). Toutefois, là-encore, l'étude « avant/après » d'Ottesen et al. n'a montré de différence de récurrence de prolapsus génital à un an entre le groupe « reprise des rapports à quatre semaines » et le groupe « reprise des rapports sexuels à six semaines » [10].

Un des paramètres que nous n'avons pas abordé dans notre étude concerne la dyschésie et les troubles du transit postopératoire. Il est établi que la constipation est un facteur de risque de prolapsus génital (OR 2,8) [2]. Après une intervention chirurgicale pour prolapsus génital, une prévention des efforts de poussée défécatoires paraît donc souhaitable. Ottesen et al. ont montré que la limitation des efforts de poussée défécatoires pendant les deux semaines qui suivent une intervention n'augmente pas le risque de récurrence à un an par rapport à une éviction des efforts de poussée défécatoire pendant quatre semaines [12].

Actuellement, beaucoup d'équipes utilisent des renforts prothétiques pour limiter le risque de récurrence après chirurgie du prolapsus. Il a été établi que le délai d'intégration prothétique dans des modèles expérimentaux chez le rat était de trois semaines [13,14]. Aussi, il peut paraître logique de recommander une limitation des efforts sportifs, sexuels et professionnels dans les trois

semaines suivant une chirurgie du prolapsus avec renfort prothétique.

Hormis la limitation des efforts postopératoires, une autre piste est celle de la rééducation après chirurgie mais les résultats des études disponibles sont contradictoires et il est donc difficile d'en tirer une quelconque conclusion [15,16].

Au total, les données de la littérature encouragent à limiter les efforts de poussée pendant trois à quatre semaines (arrêt de travail, éviction des activités sportives, prévention de la constipation et de la dyschésie postopératoire, prévenir la toux chronique, abstinence sexuelle). En revanche, la durée d'hospitalisation et les transports semblent avoir un impact très limité ; les recommandations concernant ces points doivent donc être très limitées.

Il faut, toutefois, relativiser l'impact des recommandations vis-à-vis de la réduction des « efforts » domestiques ou même professionnels. En effet, si la pression intra-abdominale est multipliée par dix lors d'un effort volontaire (évitable) de soulèvement banal, elle est multipliée par 20 lors des efforts de toux ou d'éternuement (inévitables. . .) [1]. Par ailleurs, on sait que la compliance vis-à-vis de toutes ces recommandations est inférieure à 80 % [17].

Il y avait significativement plus de chirurgiens pratiquant moins de 20 actes par an (niveau 1) dans les CHU, ce qui pourrait s'expliquer par une proportion importante de chefs de clinique et assistants ayant répondu à l'enquête (Tableau 2). Le moindre niveau d'activité des chirurgiennes s'explique probablement par leur âge plus jeune : médiane de 37,0 ans (IQR 33,7–42,2) pour les femmes versus 47,0 ans (40,7–52,0) pour les hommes ( $p=0,0001$ ).

Certains points de la méthodologie de cette étude peuvent constituer des biais : les sondages étaient non strictement aléatoires et les réponses étaient basés sur le seul volontariat. Il y a donc un possible biais de sélection possible dans les catégories de volontaires (risque de mauvaise

représentativité). Toutefois, nous avons observé que tous les types de praticiens ont répondu (tous types de formation, tout volume d'activité et tous types d'établissement). Une autre limite évidente de ce type d'enquête est qu'il s'agit d'une enquête de déclaration de pratique. Cela n'est pas équivalent à une vraie enquête de pratique qui consisterait à vérifier auprès des patientes quelles ont été les recommandations émises par leur chirurgien. Enfin, ce qui n'apparaît pas non plus, c'est l'observance des patientes vis-à-vis des recommandations de leur chirurgien. De futures enquêtes pourront tenter de pallier ces différents biais et pourront également explorer des paramètres non évalués dans cette enquête comme, par exemple, la lutte contre la constipation et la dyschésie en postopératoire.

Il est à souligner que pour que les sociétés savantes puissent émettre des recommandations pour la pratique clinique concernant cette période postopératoire, elles devront s'appuyer sur des études randomisées ou au moins contrôlées, qui pour l'instant n'existent pas. Des études comparatives sont donc souhaitables. Il faudra alors probablement distinguer les recommandations concernant la chirurgie prothétique et la chirurgie avec tissus natifs.

## Conclusion

Les recommandations de restriction d'activité habituellement faites en postopératoire (qui peuvent perturber de façon importante la vie courante des femmes) varient d'un praticien à l'autre et ce, uniquement sur des avis personnels. Il serait intéressant d'établir des recommandations consensuelles concernant ces pratiques.

## Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont pas transmis de conflit d'intérêt.

## Annexe 1. Questionnaire.

	Chirurgie isolée de l'incontinence urinaire par bandelette sous-urétrale	Chirurgie du prolapsus par voie vaginale	Chirurgie du prolapsus par promontofixation coelioscopique	Chirurgie du prolapsus par laparotomie
Durée moyenne d'hospitalisation en nombre de nuits				
Durée moyenne du sondage urinaire en nombre de jours				
Durée arrêt de travail en nombre de semaines (à compter du jour de l'opération)				
Combien de temps interdisez-vous les activités suivantes : (en nombre de semaines)				
Port de charges lourdes				
Rapports sexuels				
Bains, piscine				
Activités sportives				
Conduite automobile				

## Annexe 1 (Suite)

	Chirurgie isolée de l'incontinence urinaire par bandelette sous-urétrale	Chirurgie du prolapsus par voie vaginale	Chirurgie du prolapsus par promontofixation coelioscopique	Chirurgie du prolapsus par laparotomie
Long trajet en voiture				
Quand programmez-vous la consultation postopératoire ? (délai en semaines après l'intervention)				
Durée d'anticoagulation par héparines de bas poids moléculaire (nombre de semaines), en l'absence de facteur de risque				
Durée de prescription des bas antithrombose (en nombre de semaines), en l'absence de facteurs de risque				
Prescrivez-vous une rééducation périnéale systématique après ces différents types de chirurgie (répondre par oui ou non) ?				

## Références

- [1] Mouritsen L, Hulbaek M, Brostrøm S, Bogstad J. Vaginal pressure during daily activities before and after vaginal repair. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:943–8.
- [2] Rortveit G, Brown JS, Thom DH, Van Den Eeden SK, Creasman JM, Subak LL. Symptomatic pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a population-based, racially diverse cohort. *Obstet Gynecol* 2007;109:1396–403.
- [3] Chiaffarino F, Chatenoud L, Dindelli M, Meschia M, Buonaguidi A, Amicarelli F, et al. Reproductive factors, family history, occupation and risk of urogenital prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;82:63–7.
- [4] Jørgensen S, Hein HO, Gyntelberg F. Heavy lifting at work and risk of genital prolapse and herniated lumbar disc in assistant nurses. *Occup Med (Lond)* 1994;44:47–9.
- [5] Reiner IJ. Early discharge after vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1988;71:416–8.
- [6] Stovall TG, Summitt Jr RL, Bran DF, Ling FW. Outpatient vaginal hysterectomy: a pilot study. *Obstet Gynecol* 1992;80:145–9.
- [7] Powers TW, Goodno Jr JA, Harris VD. The outpatient vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1875–8 [discussion 1878–80].
- [8] Ng PH, Hogston P. Early discharge following major gynaecological surgery. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1994;34:474–6.
- [9] Ottesen M, Sørensen M, Rasmussen Y, Smidt-Jensen S, Kehlet H, Ottesen B. Fast track vaginal surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:138–46.
- [10] Ottesen M, Sørensen M, Kehlet H, Ottesen B. Short convalescence after vaginal prolapse surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:359–66.
- [11] Harman EA, Frykman PN, Clagett ER, Kraemer WJ. Intra-abdominal and intrathoracic pressures during lifting and jumping. *Med Sci Sports Exerc* 1988;20:195–201.
- [12] Ottesen M, Møller C, Kehlet H, Ottesen B. Substantial variability in postoperative treatment, and convalescence recommendations following vaginal repair. A nationwide questionnaire study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:1062–8.
- [13] Boukerrou M, Boulanger L, Rubod C, Lambaudie E, Dubois P, Cosson M. Study of the biomechanical properties of synthetic mesh implanted in vivo. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;134:262–7.
- [14] Boulanger L, Boukerrou M, Lambaudie E, Defossez A, Cosson M. Tissue integration and tolerance to meshes used in gynecologic surgery: an experimental study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;125:103–8.
- [15] Jarvis SK, Hallam TK, Lujic S, Abbott JA, Vancaillie TG. Perioperative physiotherapy improves outcomes for women undergoing incontinence and/or prolapse surgery: results of a randomized controlled trial. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005;45:300–3.
- [16] Barber MD, Brubaker L, Menefee S, Norton P, Borello-France D, Varner E, et al. Pelvic floor disorders network. Operations and pelvic muscle training in the management of apical support loss (Optimal) trial: design and methods. *Contemp Clin Trials* 2009;30:178–89.
- [17] Weir LF, Nygaard IE, Wilken J, Brandt D, Janz KF. Postoperative activity restrictions: any evidence? *Obstet Gynecol* 2006;107:305–9.