

Mise à jour technique sur l'utilisation des pessaires

La présente mise à jour technique a été rédigée par le comité d'urogynécologie, analysée par le comité consultatif de pratique familiale et approuvée par le comité exécutif de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Magali Robert, MD, Calgary (Alb.)
Jane A. Schulz, MD, Edmonton (Alb.)
Marie-Andrée Harvey, MD, Kingston (Ont.)

COMITÉ D'UROGYNÉCOLOGIE

Danny Lovatsis, MD (coprésident), Toronto (Ont.)
Jens-Erik Walter, MD (coprésident), Montréal (Québec)
Queena Chou, MD, London (Ont.)
William A. Easton, MD, Scarborough (Ont.)
Annette Epp, MD, Saskatoon (Sask.)
Scott A. Farrell, MD, Halifax (N.-É.)
Roxana Geoffrion, MD, Vancouver (C.-B.)
Lise Girouard, RN, Winnipeg (Man.)
Chander K. Gupta, MD, Winnipeg (Man.)
Marie-Andrée Harvey, MD, Kingston (Ont.)
Annick Larochelle, MD, St-Lambert (Québec)
Kenny D. Maslow, MD, Winnipeg (Man.)
Grace Neustaeder, inf. aut., Calgary (Alb.)
Dante Pascali, MD, Ottawa (Ont.)
Marianne Pierce, MD, Halifax (N.-É.)
Magali Robert, MD, Calgary (Alb.)
Sue Ross, PhD, Calgary (Alb.)
Joyce Schachter, MD, Ottawa (Ont.)
Jane A. Schulz, MD, Edmonton (Alb.)
Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.)
David H.L. Wilkie, MD, Vancouver (C.-B.)
Tous les collaborateurs nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Le Dr Scott Farrell est vice-président - médical de EastMed Inc. (Halifax, N.-É., société assurant la mise en marché d'Uresta) et l'un de ses principaux intervenants. Le Dr Roxana Geoffrion est actionnaire de la société EastMed Inc.

Résumé

Objectif : Passer en revue l'utilisation, l'entretien et l'ajustement des pessaires.

Options : Les pessaires constituent une option pour les femmes qui présentent un prolapsus et/ou une incontinence urinaire.

Issues : Les pessaires peuvent être adaptés avec succès à l'anatomie de la majorité des femmes, le tout s'accompagnant de complications minimales et d'excellents taux de satisfaction.

Résultats : Des recherches ont été menées dans PubMed et Medline afin d'en tirer les articles publiés en anglais, jusqu'en septembre 2010, au moyen des mots clés suivants : « pessary », « prolapse », « incontinence », « fitting », « complications ». Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs et aux études observationnelles. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en mai 2012. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Valeurs : La qualité des résultats a été évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Les recommandations ont été classées conformément à la méthode décrite par le Groupe d'étude (Tableau 1).

Avantages, désavantages et coûts : Les femmes peuvent choisir d'avoir recours à un pessaire pour la prise en charge de leur prolapsus et/ou de leur incontinence à l'effort, plutôt que de se tourner vers la chirurgie. Des complications majeures n'ont été constatées qu'en présence de pessaires négligés. Les complications mineures (telles que l'écoulement, les odeurs et les érosions affectant le vagin) peuvent habituellement être prises en charge avec succès.

DÉCLARATIONS SOMMAIRES ET RECOMMANDATION

Déclarations sommaires

1. Un pessaire peut être ajusté avec succès chez la plupart des femmes qui présentent un prolapsus. (II-2)

Mots clés : Pessary, prolapse, incontinence, fitting, complications

J Obstet Gynaecol Can 2013;35(7):S1-S12

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Tableau 1 Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs⁵⁴.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif⁵⁴.

2. Les complications sont habituellement mineures et la présence d'écoulements vaginaux constitue la plainte la plus courante. (II-3)
3. Les érosions vaginales peuvent être traitées au moyen du retrait du pessaire et de la mise en œuvre optionnelle d'une supplémentation en œstrogènes par voie vaginale. (II-2)
4. L'utilisation d'un pessaire compte des taux de satisfaction très élevés. (II-2)

Recommandation

1. L'utilisation d'un pessaire devrait être envisagée chez toutes les femmes qui présentent un prolapsus symptomatique et/ou une incontinence urinaire à l'effort. (II-1A)

**Le résumé du présent document a été
publié antérieurement dans :**

J Obstet Gynaecol Can 2013;35(7):675–676

INTRODUCTION

Jusqu'à 50 % des femmes pares en viennent à connaître un prolapsus des organes pelviens¹. Bien que ce dernier soit souvent asymptomatique, il peut prendre la forme d'un bombement, d'une pression pelvienne et, à l'occasion, de maux de dos. Il est souvent associé au dysfonctionnement vésical, intestinal et sexuel. Parmi les options de traitement, on trouve les exercices visant le plancher pelvien², la prise en charge non interventionniste, l'utilisation de dispositifs vaginaux mécaniques (pessaires) et la correction chirurgicale. La présente mise à jour technique offre des conseils aux fournisseurs de soins quant à l'utilisation des pessaires.

Un pessaire est un dispositif placé dans le vagin pour soutenir les parois vaginales en prolapsus ou pour assurer une continence urinaire. Les pessaires ont pour avantage particulier de n'être que peu envahissants, en plus de fournir une atténuation immédiate des symptômes. Bien que, par le passé, le recours aux pessaires ait été réservé aux personnes frêles et âgées, ces dispositifs constituent également une excellente solution de rechange pour les femmes symptomatiques qui souhaitent encore connaître une grossesse; ainsi que pour celles qui choisissent d'avoir recours à une intervention non chirurgicale ou qui veulent obtenir un soulagement des symptômes avant la tenue d'une chirurgie. Les pessaires connaissent un regain de popularité et constituent une option pour la prise en charge du prolapsus et de l'incontinence chez les femmes de tous âges.

Les pessaires sont principalement faits de silicone de qualité médicale; seuls les plus grands formats de pessaire sont faits d'acier chirurgical recouvert de silicone. Cela leur confère l'avantage d'être inertes; de plus, il est ainsi moins probable qu'ils dégagent une odeur ou causent une réaction allergique³. Les pessaires utilisés pour la prise en charge du prolapsus peuvent être répartis en deux catégories : les pessaires de soutien et les pessaires d'encombrement spatial (*space-occupying*)⁴. Les pessaires de soutien reposent dans le cul-de-sac vaginal postérieur, généralement au-delà de l'os pubien et/ou du plancher pelvien. Parmi les types les plus couramment utilisés, on trouve les pessaires de type « anneau » (avec ou sans diaphragmes, Figure 1) et les

pessaires de type « Shaatz » (Figure 2). Parmi les pessaires d'encombrement spatial, on trouve les pessaires de types « cube » (Figure 3), « *Inflatoball* » (Figure 4) et « beigne » (Figure 5). Le cube agit par succion en ramenant les parois vaginales vers le milieu du canal vaginal, tandis que les autres occupent un espace plus grand que l'orifice vaginal⁴. Ces pessaires sont le plus souvent utilisés dans les cas de prolapsus les plus graves. Le pessaire de type « Gellhorn » (Figure 6), lequel est couramment utilisé, fait appel à une combinaison de ces deux méthodes⁴. Il existe de nombreux autres types de pessaire visant la rectification d'anomalies particulières; toutefois, leur utilisation n'est pas souvent signalée dans la littérature.

Les pessaires d'incontinence prennent souvent la forme de pessaires de soutien dotés d'un dispositif de soutien supplémentaire en position antérieure (Figure 7) pour élever et légèrement resserrer l'urètre⁵. Les pessaires d'incontinence de type « anneau » (Figure 8) et de type « *dish* » (Figure 9) sont particulièrement conçus pour assurer la prise en charge de l'incontinence urinaire à l'effort. Lorsqu'une femme en vient à connaître une incontinence à l'effort après avoir reçu un pessaire de prolapsus, le passage à un pessaire d'incontinence pourrait s'avérer bénéfique³.

INDICATIONS

Les pessaires peuvent être utilisés à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Ils sont souvent utilisés pour le soulagement des symptômes de prolapsus⁶ et d'incontinence urinaire à l'effort. Ils constituent une façon rentable d'assurer la prise en charge du prolapsus⁷. Les femmes qui choisissent d'avoir recours à un pessaire pour la prise en charge de leur prolapsus sont tout aussi susceptibles que les femmes qui choisissent la chirurgie d'être satisfaites et d'obtenir une amélioration du fonctionnement de leur plancher pelvien⁸.

Les pessaires peuvent également être utilisés aux fins de l'évaluation préopératoire des femmes qui présentent un prolapsus : ils permettent de mettre au jour l'incontinence à l'effort latente⁹ et offrent des renseignements sur le dysfonctionnement mictionnel postopératoire^{10,11}. Ces renseignements peuvent être révélés dans le cadre de l'utilisation d'un pessaire ou de la tenue d'une analyse urodynamique avec ou sans pessaire. Bien que l'analyse urodynamique compte une faible sensibilité, sa spécificité est élevée (93 %); de plus, l'absence d'incontinence occulte compte un excellent coefficient de prévision d'un test négatif (de 91 % à 98 %) pour ce qui est de la continence postopératoire^{12,13}.

Les pessaires peuvent également être utilisés à titre de moyens temporaires d'assurer la prise en charge des

symptômes au cours de la période d'attente avant la tenue d'une chirurgie; de plus, ils peuvent contribuer à la guérison des ulcères vaginaux qui découlent des érosions attribuables à un prolapsus de grande envergure. Ils pourraient également jouer un rôle dans la prévention de l'évolution du prolapsus.

Prolapsus

Un pessaire peut être adapté à l'anatomie d'une patiente dans de 71 % à 90 % des cas¹⁴⁻¹⁹. Les symptômes associés au bombement et à la pression sont soulagés chez de 70 % à 90 % et chez de 29 % à 49 % des femmes, respectivement^{15,16}. Lorsque les pessaires sont toujours efficaces après quatre semaines, la plupart des femmes les utilisent encore à cinq ans²⁰.

Les pessaires les plus souvent utilisés et les plus largement disponibles sont les pessaires de type « anneau », suivent ensuite les pessaires de type « Gellhorn », « cube » ou « beigne »^{15,16,21}. Dans le cadre d'un essai croisé randomisé, aucune différence en matière de satisfaction de la patiente ou de soulagement des symptômes n'a été constatée entre les femmes ayant utilisé un pessaire de type « anneau » et celles qui ont utilisé un pessaire de type « Gellhorn »¹⁹. Les pessaires de type « anneau » peuvent être ouverts ou couverts (les termes « avec support » ou « avec diaphragme » sont également utilisés pour les distinguer). Les pessaires de type « anneau couvert » sont conçus pour soutenir le col utérin; les perforations qu'ils comptent permettent l'écoulement des sécrétions vaginales. Les pessaires de type « anneau couvert » et de type « anneau ouvert » atteignent leur efficacité maximale dans les cas de prolapsus de stade POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification*) I et II (prolapsus allant de léger à modéré); toutefois, ils conviennent souvent bien aux cas de prolapsus de degré plus avancé, en présence d'un corps périnéal adéquat permettant d'assurer la rétention du pessaire³. Leurs avantages consistent en leur facilité d'insertion et de retrait, ainsi qu'en leur aspect confortable.

Lorsque le pessaire ne parvient pas à demeurer en position ou qu'il ne cesse de faire saillie, l'utilisation d'un pessaire plus rigide (tel qu'un pessaire de type « Shaatz » ou « Gellhorn ») ou d'un pessaire d'encombrement spatial (tel qu'un pessaire de type « cube » ou « beigne ») pourrait être envisagée. Les pessaires de type « cube » ont été utilisés avec succès dans des cas de prolapsus grave. Toutefois, ils pourraient être plus susceptibles d'engendrer une érosion et ils nécessitent des retraits fréquents (toutes les nuits, dans certains cas). Les patientes peuvent apprendre à retirer et à réinsérer un pessaire de type « cube ».

L'utilisation réussie d'un pessaire dépend tant d'un ajustement adéquat que de la satisfaction de la patiente.

Figure 1 Pessaire de type « anneau avec soutien »



Figure 2 Pessaire de type « Shaatz »



Figure 3 Pessaire de type « cube »



Figure 4 Pessaire de type « Inflatoball »

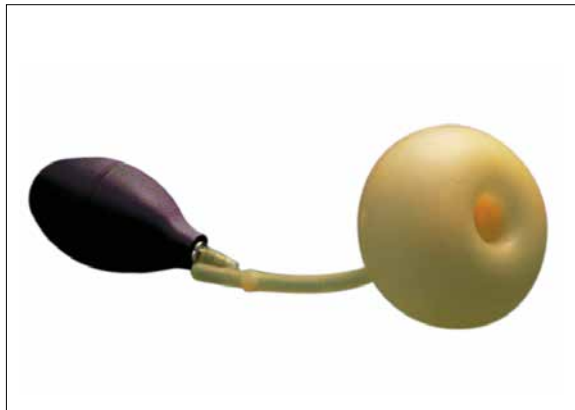


Figure 5 Pessaire de type « beigne »



Figure 6 Pessaire de type « Gellhorn »



Figure 7 Pessaire de type « anneau avec soutien et bouton »



Figure 8 Pessaire d'incontinence de type « anneau »



Figure 9 Pessaire d'incontinence de type « dish »



Figure 10 Dispositif Uresta



Les Figures 1 à 9 sont reproduites avec la permission de CooperSurgical, Inc. Trumbull (CT) et la Figure 10 est reproduite avec la permission de EastMed Inc., Halifax (N.-É.)

L'atténuation des symptômes affectant les voies urinaires inférieures qui sont attribuables au prolapsus des organes pelviens (comme le bombement) et l'amélioration du niveau d'activité et de la santé générale sont les deux raisons les plus courantes qui mènent les femmes à utiliser un pessaire²². L'utilisation d'un pessaire peut également atténuer d'autres symptômes, y compris les difficultés mictionnelles, les symptômes associés à la miction impérieuse et les symptômes associés à la défécation^{15,16}. Contrairement à la croyance populaire, l'activité sexuelle ne constitue pas un facteur prédictif de l'abandon de l'utilisation d'un pessaire^{15,23}; en fait, l'utilisation d'un pessaire pourrait rehausser l'activité et la satisfaction sexuelles^{17,24}. Le Tableau 2 indique la façon dont les

symptômes sont atténués à la suite de l'ajustement d'un pessaire.

Parmi les facteurs prédictifs de l'échec de l'ajustement d'un pessaire, on trouve la présence d'un vagin court (< 6 cm)^{18,25}, la présence d'un large orifice vaginal (largeur > 4 doigts)^{18,25}, la présence d'une rectocèle²⁶, des antécédents en matière de chirurgie vaginale^{14,16,17,25,27,28} et la présence concomitante d'une incontinence urinaire à l'effort²⁷.

Parmi les facteurs prédictifs de l'abandon, on trouve le prolapsus de la paroi postérieure^{14,16}, le jeune âge (< 65 ans)¹⁵, l'incontinence urinaire¹⁵ et l'inconfort²⁸. Toutefois, dans le cadre d'une étude, les femmes qui

Tableau 2 Modification des symptômes à la suite de l'ajustement d'un pessaire

	Amélioration, %	Aggravation, %
Incontinence à l'effort	de 22 à 45 ^{15,16}	de 17 à 21 ^{15,16}
Incontinence par impériosité	de 28 à 46 ^{15,16}	de 6 à 13 ^{15,16}
Difficultés mictionnelles	de 39 à 53 ^{15,16}	de 4 à 14 ^{15,16}
Évacuation incomplète des selles	27 ¹⁶	18 ¹⁶
Défécation impérieuse	22 ¹⁶	9 ¹⁶
Incontinence fécale	19 ¹⁶	9 ¹⁶
Fréquence des relations sexuelles	16 ¹⁶	3 ¹⁶
Satisfaction envers les relations sexuelles	11 ¹⁶	5 ¹⁶

avaient déjà subi une chirurgie de reconstruction pelvienne étaient plus susceptibles de poursuivre leur utilisation d'un pessaire²⁷.

Incontinence urinaire

Certains pessaires sont particulièrement conçus pour assurer la prise en charge de l'incontinence urinaire à l'effort. Parmi ceux-ci, on trouve le pessaire de type « anneau avec soutien et bouton » (Figure 7), le pessaire d'incontinence de type « anneau » (Figure 8), le pessaire d'incontinence de type « *dish* » (Figure 9) et le dispositif Uresta (Figure 10). Ils semblent stabiliser l'urètre et accroître la résistance urétrale⁵. La réussite de l'ajustement initial varie entre 60 % et 92 %^{29,30}, dans le cas du pessaire d'incontinence de type « anneau ». La poursuite de l'utilisation chute à 55 % à six mois³¹. À un an, le taux global de poursuite de l'utilisation pourrait atteindre pas plus de 16 %; toutefois, cette constatation est tirée d'une étude dans le cadre de laquelle un pessaire d'incontinence de type « anneau avec diaphragme » a été utilisé : la plupart des femmes en ont abandonné l'utilisation en raison de son efficacité déficiente³². Dans le cadre d'une analyse rétrospective de dossiers³³ portant sur 100 femmes chez lesquelles un pessaire a été ajusté avec succès, 59 % de ces femmes étaient continentes ou pratiquement continentes à 11 mois. Parmi les raisons mentionnées pour expliquer l'abandon, on trouvait la persistance de l'incontinence, les chutes du pessaire ou la douleur et les saignements. Un essai croisé a indiqué que le pessaire d'incontinence de type « anneau » était plus efficace que l'absence de traitement pour la prise en charge de l'incontinence urinaire à l'effort : il a donné lieu à une baisse significative du nombre d'épisodes d'incontinence et à une amélioration de la qualité de vie³⁴. Quatre-vingt pour cent des femmes ont constaté une atténuation de leur incontinence et 20 % sont devenues continentes.

Dans le cas du nouveau dispositif Uresta, les taux de poursuite de l'utilisation à un an étaient de 50 %³⁵. Dans le

cadre de cette série de cas (n = 32), 31 % des femmes sont devenues continentes et 34 % des femmes ont connu une atténuation de leur incontinence³⁵.

Nous ne disposons pas de données suffisantes pour affirmer que les pessaires sont plus efficaces pour la prise en charge de l'incontinence urinaire que les autres dispositifs ou traitements³⁶, y compris les exercices visant le plancher pelvien³⁷.

Grossesse

Un pessaire peut être utilisé (bien que cela puisse ne pas toujours se solder en réussite⁴¹) chez les femmes qui en viennent à connaître un prolapsus^{3,38,39} pendant la grossesse ou à présenter une rétention urinaire en raison d'une incarceration utérine⁴⁰. À la 18^e semaine, lorsque l'utérus se soulève hors du bassin, il arrive souvent que les symptômes se résorbent : l'utilisation d'un pessaire peut alors être abandonnée. L'utilisation d'un pessaire d'incontinence pendant la grossesse n'a pas encore été décrite.

Dans le cadre d'études de cohorte de faible envergure, il a été démontré que les pessaires placés autour du col utérin (comme le pessaire Arabin⁴²) offrent certains avantages en matière de prévention de l'accouchement préterme chez les femmes qui présentent une béance cervico-isthmique^{43,44}. De multiples essais cliniques randomisés (dont certains sont internationaux et multicentriques) sont en cours⁴⁵. Un ECR mené par Goya et coll.⁴⁶, publié en 2012, a constaté que l'utilisation du pessaire Arabin était associée à une baisse significative (de 27 % à 6 %) du taux d'accouchement prématuré (< 34 semaines) chez les femmes identifiées comme ayant un col court (< 25 mm) au moment de l'échographie menée à 22 semaines, ainsi qu'à une baisse du taux de rupture prématurée des membranes (de 9 % à 2 %) et à une baisse du taux composite d'issues néonatales graves (de 16 % à 3 %), principalement en ce qui concerne la septicémie et le syndrome de détresse

respiratoire. Toutefois, jusqu'à ce que les résultats de cet essai soient reproduits, l'utilisation d'un pessaire aux fins de la prévention de l'accouchement prématuré ne peut être recommandée, et ce, puisque l'innocuité d'une telle pratique n'a toujours pas été établie⁴⁷.

LIGNES DIRECTRICES EN CE QUI CONCERNE L'AJUSTEMENT

La réussite de l'ajustement et la poursuite de l'utilisation dépendent de l'offre de consignes adéquates à la patiente (Annexe). Il est impératif que la patiente et/ou son fournisseur de soins s'engagent envers l'entretien approprié du pessaire⁴⁸.

Dans le cadre de la prise de l'anamnèse, les fournisseurs de soins devraient chercher à en savoir davantage au sujet des symptômes de prolapsus, du dysfonctionnement de la vessie et des intestins, et de l'activité sexuelle. Par la suite, un examen exhaustif doit être tenu : évaluation de la santé de la muqueuse vaginale; évaluation du degré et du compartiment du prolapsus, y compris le *hiatus genitalis* et la longueur vaginale; et mesure de la force du plancher pelvien. Il est courant (mais non essentiel⁴⁹) d'entamer une œstrogénothérapie vaginale chez les femmes postménopausées, et ce, en vue d'améliorer la santé de l'épithélium vaginal^{3,4}.

La taille approximative de pessaire qui s'avère requise est déterminée par l'évaluation de la largeur du canal vaginal : à cette fin, il suffit d'écarter les deux doigts utilisés pour l'examen dans un plan sagittal au niveau du dôme vaginal et d'estimer la distance qui les sépare. Un pessaire de type « anneau » est habituellement mis en place d'entrée de jeu, puisqu'il est plus facile à utiliser et qu'il a tendance à être plus confortable. Le pessaire est plié et le bord avant est lubrifié. On l'insère en le dirigeant vers le sacrum, puis on le déplie au-delà du plancher pelvien, le bord antérieur se situant alors tout juste derrière la symphyse. Une largeur d'un doigt devrait séparer le pessaire (bord) et la symphyse dans la partie antérieure; une même largeur devrait séparer le côté du pessaire et la paroi vaginale latérale. Une rotation d'un quart de tour (dans une direction ou l'autre) devrait être imprimée au pessaire de type « anneau » à la suite de sa mise en place, de façon à s'assurer que le bord pliable ne se situe pas devant l'orifice vaginal; ceci permet potentiellement de limiter l'expulsion spontanée du pessaire. Une fois le pessaire mis en place, la patiente devrait déambuler dans la clinique et mener des activités telles que l'accroupissement et la manœuvre de Valsalva pour s'assurer qu'il ne tombera pas. Il est nécessaire de s'assurer que les patientes sont en mesure d'uriner et qu'elles ont obtenu des consignes adéquates avant de quitter la clinique

avec leur nouveau pessaire (Annexe). Une évaluation du résidu post-mictionnel peut être menée pour écarter la possibilité d'une obstruction. De la soie dentaire peut être fixée au pessaire pour en faciliter le retrait, dans les cas où cela s'avère difficile.

L'ajustement d'un pessaire d'incontinence de type « anneau » s'effectue en évaluant la distance qui sépare le cul-de-sac postérieur et la partie médiane de l'urètre. Puisque le pessaire d'incontinence de type « anneau » est plus flexible, il s'adaptera à la configuration du vagin. Le fournisseur de soins doit s'assurer que le bouton du pessaire est centré sous la partie médiane de l'urètre et que la partie proximale de l'anneau est positionnée dans le cul-de-sac postérieur, et non devant le col utérin dans le cul-de-sac antérieur⁵⁰.

La mise en place d'un pessaire d'incontinence de type « anneau avec bouton » s'effectue tout comme celle d'un pessaire de type « anneau » régulier; cependant, une fois le pessaire déplié, son bouton fera face à la paroi latérale : on doit donc lui imprimer une rotation d'un quart de tour de façon à ce que le bouton soit situé sous la partie médiane de l'urètre⁵⁰.

Lorsque la largeur de l'orifice vaginal est supérieure à celle de trois ou de quatre doigts, l'utilisation d'un pessaire d'encombrement spatial est la plus susceptible de mener à la réussite de l'intervention. L'ajustement d'un pessaire de type « Shaatz » s'effectue de façon semblable, sa partie convexe devant être positionnée dans la partie antérieure. L'ajustement d'un pessaire de type « Gellhorn » s'effectue en pliant le disque comme nous l'avons auparavant décrit, lorsque cela s'avère possible, et en repliant la tige pour faciliter l'insertion. La tige sera orientée en position caudale (pointant vers l'extérieur) et il devrait être possible d'insérer un doigt entre le disque et la paroi vaginale latérale. En raison de la forme du pessaire de type « cube », sa largeur n'a pas à équivaloir à celle du vagin (telle que mesurée en écartant les doigts utilisés pour l'examen), mais bien à environ la moitié de celle-ci. Pour l'insérer, il suffit de comprimer le bord qui est introduit dans l'orifice vaginal, puis de pousser le tout vers le haut et vers l'arrière. Une compression doit également être appliquée aux pessaires de type « beigne » pour en faciliter l'insertion.

Suivi à la suite de la mise en place d'un pessaire

À la suite d'une mise en place réussie, la patiente se présente à nouveau dans un délai de deux à quatre semaines pour que l'on puisse déterminer son degré de satisfaction et chercher à savoir si le recours à un autre format ou à un autre type de pessaire s'avère requis. Dans la mesure du possible, des consignes quant au retrait et à l'entretien du pessaire

devraient être remises à la patiente³. Bien qu'il n'existe pas de lignes directrices claires quant à l'entretien des pessaires, on conseille aux femmes qui sont en mesure de le faire de retirer le pessaire une fois par semaine et de le laver à l'eau claire ou au moyen d'eau légèrement savonneuse. Les femmes qui ne sont pas en mesure d'assurer leurs propres soins devraient faire l'objet d'un suivi mené tous les trois mois. L'utilisation d'un pessaire de type « Gellhorn », « cube » ou « beigne » nécessite souvent que l'entretien du pessaire soit assuré par un professionnel de la santé, plutôt que par la patiente.

Certains pessaires peuvent être difficiles à retirer. Le pessaire de type « Gellhorn » est plus facile à retirer lorsque le professionnel de la santé positionne une pince circulaire ou une pince de tamponnement à fermeture automatique à la base de la tige en vue d'y appliquer une traction vers l'extérieur, pour ensuite éliminer l'effet de succion au moyen d'un doigt et replier le disque le long de la tige. Dans le cas d'un pessaire de type « cube », un retrait et un nettoyage s'avèrent requis plus souvent qu'à tous les trois mois, et ce, en raison du fait qu'une plus grande quantité de sécrétions est habituellement retenue dans les ventouses (une version du pessaire de type « cube » comptant des trous de drainage est toutefois disponible). La fréquence de nettoyage qui s'avère requise pour un pessaire de type « cube » varie d'une patiente à l'autre (de « tous les quelques jours » à « toutes les quelques semaines »).

Une fois retiré, le pessaire devrait être lavé au moyen de savon et d'eau. L'utilisation d'une brosse *cytobrush* ou d'un petit coton-tige constitue la meilleure façon de nettoyer les perforations que comptent les pessaires de types « Gellhorn » et « Shaatz ». L'épithélium vaginal devrait être inspecté en vue d'y déceler des érosions ou des ulcérations; une attention particulière devrait être portée aux culs-de-sac postérieur et latéraux du vagin. La meilleure façon de procéder à une telle inspection consiste à utiliser un large coton-tige pour déplacer le col utérin dans la direction contralatérale.

En l'absence de complications et lorsque la patiente est en mesure d'assurer ses propres soins, l'intervalle entre les consultations peut passer à six mois ou à un an³⁰. Les femmes chez qui un pessaire de type « anneau » ou « Shaatz » a été mis en place peuvent continuer à être actives sur le plan sexuel. D'ordre général, les pessaires de type « cube », « beigne » ou « Gellhorn » doivent être retirés avant la pratique d'activités sexuelles avec pénétration.

COMPLICATIONS

Les taux publiés de complication varient, ce qui reflète probablement des différences en matière de signalement. Dans le cadre d'une étude menée par Hanson et coll.,

88,5 % des 1 216 participantes n'ont pas connu de complications¹⁷. Parmi les complications courantes, on trouvait les érosions (8,9 %) et les infections vaginales (2,5 %)¹⁷. Au contraire, dans le cadre de l'étude menée par Bai et coll., 73 % des femmes ont connu des complications, dont des saignements, des érosions ou des odeurs fétides⁵¹. Malgré ce taux relativement élevé, plus de 70 % de ces femmes ont signalé être satisfaites de leur pessaire et souhaitaient en poursuivre l'utilisation⁵¹, ce qui semble indiquer que ces complications sont mineures.

La pression locale qu'engendre le pessaire peut mener à une dévascularisation focale et causer des érosions. Les taux signalés s'étalent de 2 % à 9 %^{8,10}. Les érosions peuvent se présenter sous forme de saignements vaginaux, d'odeurs ou d'un écoulement accru, lequel est habituellement de couleur brune. Une forte odeur est habituellement présente au moment du retrait du pessaire. Lorsqu'une telle forte odeur est détectée pendant l'entretien régulier du pessaire, un examen rigoureux du vagin devrait être mené; la tenue d'un tel examen est souvent facilitée par l'utilisation de larges écouvillons pour écarter le col des parois latérales. Lorsqu'elles sont négligées, les érosions peuvent se transformer en ulcères ou en une fistule. Les autres causes possibles de saignements vaginaux ne peuvent être écartées chez les utilisatrices de pessaire; une biopsie de l'endomètre ou des ulcères pourrait s'avérer indiquée lorsque de tels saignements persistent. Le traitement consiste en le retrait du pessaire pendant une période allant de deux à quatre semaines¹⁷ et en l'utilisation locale d'œstrogènes (comprimé ou crème)¹⁷. La résolution des érosions peut également survenir sans traitement local aux œstrogènes¹⁷. En présence de problèmes continus, des consultations plus fréquentes et la modification du type ou du format de pessaire peuvent s'avérer requises. Bien que l'apparition d'un cancer du vagin soit rarement associée à l'utilisation négligente d'un pessaire, elle devrait toutefois être prise en considération en présence d'ulcères qui ne guérissent pas²⁴.

Les utilisatrices de pessaire se plaignent souvent de la présence d'écoulements vaginaux. Ceux-ci peuvent être causés par une vaginose bactérienne, des levures ou une réaction physiologique à la friction qu'exerce le pessaire sur la muqueuse vaginale. La vaginose bactérienne peut causer des écoulements vaginaux malodorants, ce qui peut s'avérer problématique; toutefois, la présence de tels écoulements n'est pas associée à l'apparition d'un ulcère¹⁷. Alnaif et Drutz ont démontré que, dans un groupe de femmes appariées, les utilisatrices de pessaire présentaient un taux de vaginose bactérienne diagnostiquée de 32 %, par comparaison avec 10 % chez les non-utilisatrices⁵². L'utilisation d'une crème d'œstrogènes n'a pas semblé

conférer un effet protecteur. Le retrait plus fréquent du pessaire peut souvent atténuer ce problème. L'utilisation de la crème Trimo-San (Cooper Surgical) ou de Replens peut entraîner la diminution des odeurs et des écoulements³. La mise en œuvre d'un traitement antibiotique au moyen de métronizadole administré par voie orale ou vaginale est également efficace. Le simple fait de rassurer la patiente en lui disant qu'il s'agit d'un problème physiologique peut souvent s'avérer suffisant. Les levures peuvent être prises en charge au moyen de méthodes conventionnelles. Il est souvent recommandé de ne pas remettre le pessaire en place pendant le traitement, et ce, bien que rien n'indique qu'une telle pratique exerce un quelconque effet.

Lorsque le pessaire se déloge à répétition, les femmes en abandonnent souvent l'utilisation. La prévention de la constipation et le fait de généralement éviter les efforts de défécation constituent la meilleure façon d'éviter une telle issue.

L'utilisation d'un pessaire donne peu souvent lieu à l'apparition de complications majeures. Dans le cadre d'exposés de cas documentant des complications (y compris des fistules vésicovaginales, des fistules intestinales, des pessaires incarcérés, etc.)⁵³, 91 % de celles-ci étaient associées à la négligence dans l'utilisation des pessaires en question. Cela souligne l'importance de la tenue d'un suivi continu et minutieux.

CONCLUSION

Les pessaires comptent un taux de réussite élevé et un taux de complication minimal pour ce qui est de la prise en charge de l'incontinence et du prolapsus. Lorsque leur ajustement s'avère réussi, ils sont associés à un taux élevé de satisfaction des patientes. Ils devraient donc être considérés comme des moyens de traitement de première intention pour toutes les femmes qui présentent un prolapsus des organes pelviens et/ou une incontinence urinaire à l'effort.

Déclarations sommaires

1. Un pessaire peut être ajusté avec succès chez la plupart des femmes qui présentent un prolapsus. (II-2)
2. Les complications sont habituellement mineures et la présence d'écoulements vaginaux constitue la plainte la plus courante. (II-3)
3. Les érosions vaginales peuvent être traitées au moyen du retrait du pessaire et de la mise en œuvre optionnelle d'une supplémentation en œstrogènes par voie vaginale. (II-2)
4. L'utilisation d'un pessaire compte des taux de satisfaction très élevés. (II-2)

Recommandation

1. L'utilisation d'un pessaire devrait être envisagée chez toutes les femmes qui présentent un prolapsus symptomatique et/ou une incontinence urinaire à l'effort. (II-1A)

RÉFÉRENCES

1. Swift SE. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(2):277-85.
2. 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. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203(2):170-7.
3. Schulz JA, Kwon E. Pelvic organ prolapse: pessary treatment. In: Baessler K, Schussler B, Burgio KL, Moore KH, Norton PA, Stanton SL, eds. *Pelvic floor reeducation: principles and practice*. London UK:Springer-Verlag London Limited;2009: 271-7.
4. Trowbridge ER, Fenner DE. Practicalities and pitfalls of pessaries in older women. *Clin Obstet Gynecol* 2007;50(3):709-19.
5. Komesu YM, Ketaj LH, Rogers RG, Eberhardt SC, Pohl J. Restoration of continence by pessaries: magnetic resonance imaging assessment of mechanism of action. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(5):563-6.
6. Patel M, Mellen C, O'Sullivan DM, LaSala CA. Impact of pessary use on prolapse symptoms, quality of life, and body image. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(5):499e1-499e4.
7. Hullfish KL, Trowbridge ER, Stukenborg GJ. Treatment strategies for pelvic organ prolapse: a cost-effectiveness analysis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2011;22(5):507-15.
8. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH, Oliver RS. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2011;22(3):273-8.
9. Liapis A, Bakas P, Georgantopoulou C, Creatsas G. The use of the pessary test in preoperative assessment of women with severe genital prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;155(1):110-3.
10. Lazarou G, Scotti RJ, Mikhail MS, Zhou HS, Powers K. Pessary reduction and postoperative cure of retention in women with anterior vaginal wall prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004;15(3):175-8.
11. Liang CC, Chang YL, Chang SD, Lo TS, Soong YK. Pessary test to predict postoperative urinary incontinence in women undergoing hysterectomy for prolapse. *Obstet Gynecol* 2004;104(4):795-800.
12. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L. Ringing the changes in evaluation of urogenital prolapse.[Erratum appears in *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2011 Jul;22(7):901]. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2011;22(2):171-5.
13. Ellstrom Engh AM, Ekeryd A, Magnusson A, Olsson I, Otterlind L, Tobiasson G. Can de novo stress incontinence after anterior wall repair be predicted? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90(5):488-93.
14. Maito JM, Quam ZA, Craig E, Danner KA, Rogers RG. Predictors of successful pessary fitting and continued use in a nurse-midwifery pessary clinic. *J Midwifery Womens Health* 2006;51(2):78-84.
15. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(4):1025-9.

16. Fernando RJ, Thakar R, Sultan AH, Shah SM, Jones PW. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2006;108(1):93–9.
17. Hanson LA, Schulz JA, Flood CG, Cooley B, Tam F. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(2):155–9.
18. Manchana T. Ring pessary for all pelvic organ prolapse. *Arch Gynecol Obstet* 2011;284(2):391–5.
19. Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, Coates KW, Schaffer JI, Strohhahn K, et al. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196(4):405–8.
20. Lone F, Thakar R, Sultan AH, Karamalis G. A 5-year prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;114(1):56–9.
21. Cundiff GW, Weidner AC, Visco AG, Bump RC, Addison WA. A survey of pessary use by members of the American urogynecologic society. *Obstet Gynecol* 2000;95(6 Pt 1):931–5.
22. Komesu YM, Rogers RG, Rode MA, Craig EC, Schrader RM, Gallegos KA, et al. Patient-selected goal attainment for pessary wearers: what is the clinical relevance? *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(5):577–5.
23. Brincat C, Kenton K, Pat FM, Brubaker L. Sexual activity predicts continued pessary use. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(1):198–200.
24. Kuhn A, Bapst D, Stadlmayr W, Vits K, Mueller MD. Sexual and organ function in patients with symptomatic prolapse: are pessaries helpful? *Fertil Steril* 2009;91(5):1914–8.
25. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(2):345–50.
26. Yamada T, Matsubara S. Rectocele, but not cystocele, may predict unsuccessful pessary fitting. *J Obstet Gynaecol* 2011;31(5):441–2.
27. Nguyen JN, Jones CR. Pessary treatment of pelvic relaxation: factors affecting successful fitting and continued use. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2005;32(4):255–61.
28. Mutone MF, Terry C, Hale DS, Benson JT. Factors which influence the short-term success of pessary management of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(1):89–94.
29. Noblett KL, McKinney A, Lane FL. Effects of the incontinence dish pessary on urethral support and urodynamic parameters. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(5):592–5.
30. Nager CW, Richter HE, Nygaard I, Paraiso MF, Wu JM, Kenton K, et al. Incontinence pessaries: size, POPQ measures, and successful fitting. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(9):1023–8.
31. Donnelly MJ, Powell-Morgan S, Olsen AL, Nygaard IE. Vaginal pessaries for the management of stress and mixed urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004;15(5):302–7.
32. Robert M, Mainprize TC. Long-term assessment of the incontinence ring pessary for the treatment of stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002;13(5):326–9.
33. Farrell SA, Singh B, Aldakhil L. Continence pessaries in the management of urinary incontinence in women. *J Obstet Gynaecol Can* 2004;26(2):113–7.
34. Harvey MA. The treatment of stress urinary incontinence using an incontinence ring: a randomized, cross-over trial treatment of stress urinary. *Neurourol Urodyn* 2009;28: 817–8.
35. Farrell SA, Baydock S, Amir B, Fanning C. Effectiveness of a new self-positioning pessary for the management of urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196(5):474–8.
36. Lipp A, Shaw C, Glavind K. Mechanical devices for urinary incontinence in women. [Update of Cochrane Database Syst Rev. 2006;3:CD001756; PMID: 16855977]. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;7(CD001756).
37. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, Nygaard IE, Ye W, Weidner A, et al. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2010;115(3):609–17.
38. Ng YW, Paramasivan A, Ahmed AKS. Uterine prolapse in pregnancy: a case report and review of literature. *Internet Journal of Gynecology and Obstetrics* 2010; 13(2).
39. De Vita D, Giordano S. Two successful natural pregnancies in a patient with severe uterine prolapse: a case report. *J Med Case Rep* 2011;5:459.
40. Yohannes P, Schaefer J. Urinary retention during the second trimester of pregnancy: a rare cause. *Urology* 2002;59(6):946i-946iii.
41. Brown HL. Cervical prolapse complicating pregnancy. *J Natl Med Assoc* 1997;89(5):346–8.
42. Quaaas L, Hillemanns HG, Du BA, Schillinger H. The Arabin-cerclage pessary—alternative to surgery [article en allemand]. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1990;50(5):429–433.
43. Dharan VB, Ludmir J. Alternative treatment for a short cervix: the cervical pessary. *Semin Perinatol* 2009;33(5):338–42.
44. Abdel-Aleem H, Shaaban OM, Abdel-Aleem MA. Cervical pessary for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(9):CD007873.
45. Hegeman MA, Bekedam DJ, Bloemenkamp KW, Kwee A, Papatsonis DN, van der Post JA, et al. Pessaries in multiple pregnancy as a prevention of preterm birth: the ProTwin Trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9:44.
46. Goya M, Pratorcorona L, Merced C, Rodo C, Valle L, Romero A, et al. Pesario Cervical para Evitar Prematuridad (PECEP) Trial Group. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial. *Lancet* 2012;279(9828):1800–6.
47. Jorde A, Kastli K, Hamann B, Pockrandt H. Changes in the vaginal flora caused by supporting pessary treatment in pregnancy [article en allemand]. *Zentralbl Gynakol* 1983;105(13):855–62.
48. Wu V, Farrell SA, Baskett TF, Flowerdew G. A simplified protocol for pessary management. *Obstet Gynecol* 1997;90(6):990–4.
49. Ramsay S, Bouchard F, Tu LM. Long term outcomes of pessary use in women with pelvic organ prolapse. *Neurourol Urodyn* 2011;30(6):1105–6.
50. Farrell SA. Pessaries for the management of stress urinary incontinence. *J Obstet Gynaecol Can* 2001;23(12):1184–9.
51. Bai SW, Yoon BS, Kwon JY, Shin JS, Kim SK, Park KH, et al. Survey of the characteristics and satisfaction degree of the patients using a pessary. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16(3):182–6.
52. Alnaif B, Drutz HP. Bacterial vaginosis increases in pessary users. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2000; 11(4):219–22.
53. Arias BE, Ridgeway B, Barber MD. Complications of neglected vaginal pessaries: case presentation and literature review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19(8):1173–8.
54. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care, CMAJ 2003;169:207–8.

ANNEXE EXEMPLE DE LIGNES DIRECTRICES ET DE RENSEIGNEMENTS À L'INTENTION DES PATIENTES

Avec l'autorisation de : *Pelvic Floor Clinic, Calgary*

Pessaires : Lignes directrices et suivi

Date : _____ Taille : _____ Type : _____

À la suite de l'ajustement de votre pessaire, prenez un rendez-vous de suivi dans __ semaines.

- Cette consultation a pour but de vérifier si le pessaire vous aide et d'examiner votre vagin pour s'assurer de sa bonne santé.
- Il est très important de prendre d'autres rendez-vous de suivi. Lorsque vous serez à l'aise avec l'entretien de votre pessaire, les rendez-vous de suivi seront moins fréquents.
- Vous pouvez apprendre à assurer vous-même l'entretien de votre pessaire. Si vous êtes en mesure de retirer et d'insérer vous-même votre pessaire, vous devriez le retirer pour la nuit au moins une fois par semaine et le nettoyer à l'eau chaude. Prenez régulièrement des rendez-vous de suivi pour vous assurer de la bonne santé de vos tissus vaginaux.

Problèmes occasionnels et suggestions

Problème	Suggestions
• Chute du pessaire	Réinsérez votre pessaire, si vous êtes en mesure de le faire. Amenez votre pessaire avec vous au moment de vous présenter à votre prochain rendez-vous.
• Douleurs pelviennes	Lorsque vous croyez que votre pessaire est à l'origine des douleurs, retirez-le et amenez-le avec vous au moment de vous présenter à votre prochain rendez-vous. Si vous êtes incapable de retirer votre pessaire, communiquez avec la clinique.
• Odeurs et/ou écoulements vaginaux	Certaines odeurs et certains écoulements sont normaux. Lorsque les odeurs sont très nauséabondes, retirez votre pessaire (si vous êtes en mesure de le faire) et présentez-vous à votre prochain rendez-vous. Si vous êtes incapable de retirer votre pessaire, communiquez avec la clinique.
• Saignements vaginaux	De tels saignements pourraient indiquer que le pessaire irrite votre muqueuse vaginale. Retirez votre pessaire (si vous êtes en mesure de le faire) et présentez-vous à votre prochain rendez-vous. Si vous êtes incapable de retirer votre pessaire, communiquez avec la clinique.
• Fuite d'urine	Lorsque vous croyez que votre pessaire aggrave de telles fuites, retirez-le. Présentez-vous à votre prochain rendez-vous. Si vous êtes incapable de retirer votre pessaire, communiquez avec la clinique.

En présence de problèmes urgents, communiquez par téléphone avec la clinique de pessaire à : _____

Le présent document n'a été conçu qu'à des fins d'information : Il ne devrait pas remplacer l'obtention de conseils, de consignes et/ou de traitements auprès d'un médecin. Si vous avez des questions particulières, consultez votre médecin ou un professionnel de la santé compétent.

Écoulements et odeurs

Certaines femmes constatent un accroissement de leurs écoulements vaginaux, avec ou sans odeur, lorsqu'elles utilisent un pessaire. Habituellement, un tel phénomène est normal. Il s'agit de la réaction du corps à la présence interne d'un corps étranger. Ce phénomène peut être maîtrisé au moyen de diverses crèmes ou de divers gels; consultez un médecin ou une infirmière à ce propos.

Insertion et retrait

La plupart des femmes sont en mesure d'insérer et de retirer elles-mêmes leur pessaire. L'infirmière de la clinique vous enseignera une certaine façon d'y parvenir; toutefois, il est possible que vous en veniez, avec le temps, à acquérir une façon de faire vous étant propre.

Nous vous suggérons de tenter de retirer votre pessaire au moins une fois par semaine. Ne le portez pas pendant la nuit pour permettre à vos tissus de récupérer. Certaines femmes le retirent toutes les nuits, tandis que d'autres le retirent pendant plus longtemps. Le degré de tolérance au pessaire des tissus vaginaux varie d'une personne à l'autre, tout comme chaque personne compte une sensibilité cutanée lui étant propre. La fréquence à laquelle vous retirez votre pessaire dépend également de la prise ou non d'hormones, ainsi que du type de pessaire que vous portez.

Certaines femmes sont incapables de retirer ou d'insérer leur pessaire en raison de la présence d'arthrite ou pour d'autres raisons. L'infirmière de la clinique peut vous aider à trouver la façon de faire qui vous convient le mieux, ainsi qu'à établir un horaire d'utilisation du pessaire qui répond à vos besoins.

Insertion de votre pessaire

Pliez le pessaire et insérez-le dans l'orifice vaginal, en l'inclinant vers le bas (vers votre coccyx) et en le poussant contre la paroi vaginale.

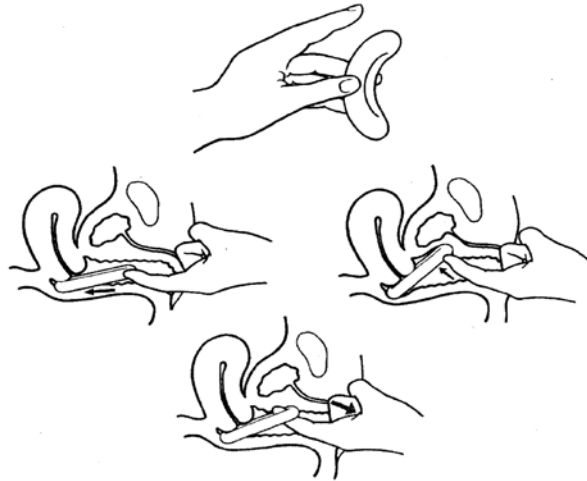
Au moyen de l'index, poussez le pessaire vers l'intérieur aussi loin que possible, pour ensuite le pousser vers le haut de façon à le loger derrière l'os pubien.

suite

ANNEXE Suite

Retrait de votre pessaire

Faites passer votre index sous le pourtour de l'anneau (ou dans l'un des trous du pessaire), puis exercez une traction sur le pessaire pour le retirer du vagin.

**PESSAIRES : RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX FEMMES****De quoi s'agit-il?**

Un pessaire est un dispositif qui peut être utilisé pour vous aider à maîtriser vos problèmes de **fuite** ou encore pour assurer le **soutien** de vos organes pelviens (comme la vessie, l'utérus ou le rectum) lorsque ceux-ci s'affaissent (connaissent un prolapsus). Ils sont faits de **silicone** et se portent à l'intérieur du vagin.

- Les pessaires ne constituent pas une nouvelle invention. Ils sont utilisés depuis des siècles et sont offerts dans de nombreuses tailles et formes. De nos jours, ils sont davantage utilisés à titre d'option efficace et simple pour contrer le prolapsus des organes pelviens et/ou l'incontinence urinaire.
- Les pessaires peuvent être utilisés pendant des années.
- Ils doivent être confortables. Lorsque le pessaire est de la bonne taille et de la bonne forme, vous devriez vous sentir comme si vous n'en portiez pas un.
- Une fois ajusté, le pessaire peut être porté de temps à autre ou la plupart du temps. Les pessaires sont des outils conçus pour vous aider et leur utilisation varie d'une femme à l'autre.
- Les pessaires fonctionnent très bien chez de nombreuses femmes, offrent une certaine aide à d'autres et semblent n'être d'aucune utilité chez certaines. Vous pouvez faire l'essai de différentes tailles et formes pour trouver le pessaire qui vous convient le mieux.

Nettoyage

Utilisez l'eau chaude du robinet et un savon doux (par exemple, le savon à vaisselle Sunlight). Assurez-vous de bien rincer le pessaire. Rangez-le dans un endroit propre et sec. Le pessaire n'a pas à être bouilli ou désinfecté. N'oubliez pas que vos mains et le pessaire doivent être propres avant de procéder à l'insertion de ce dernier.

Relations sexuelles

Vous pouvez laisser le pessaire en place ou le retirer avant de connaître des relations sexuelles avec pénétration, selon votre degré d'aisance. Il s'agit d'un processus essais-erreurs. Certaines formes de pessaire doivent être retirées avant la tenue de relations sexuelles avec pénétration.

Selles

Chez la plupart des femmes, le pessaire ne nuit en rien à la défécation (aller à la selle). Les femmes qui ont tendance à être constipées pourraient connaître certains problèmes. Assurez-vous de faire en sorte que vos selles demeurent molles et régulières. Chez certaines femmes, le retrait du pessaire peut s'avérer nécessaire avant la défécation.

Le présent document n'a été conçu qu'à des fins d'information : Il ne devrait pas remplacer l'obtention de conseils, de consignes et/ou de traitements auprès d'un médecin. Si vous avez des questions particulières, consultez votre médecin ou un professionnel de la santé compétent