

Chapitre 4 Item 42 – UE 2 – Tuméfaction pelvienne chez la femme : prolapsus génito-urinaires⁵.

Auteur : Loïc Le Normand

Relecteur : Xavier Gamé

Coordonnateur : Véronique Phé

- I. Rappels anatomiques et physiopathologiques
- II. Épidémiologie des prolapsus génitaux de la femme
- III. Principes thérapeutiques et indications

Objectif pédagogique

- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

I Rappels anatomiques et physiopathologiques

Le **pelvis** est un compartiment de la cavité abdominale situé entre le détroit supérieur (ligne entre bord supérieur du pubis et promontoire) et le plancher pelvien musculaire principalement représenté par le **muscle levator ani** (fig. 4.1).

Fig. 4.1

A et B. Rappel de l'anatomie du pelvis et du périnée.

Le **périnée** est situé au-dessous du pelvis (sous le plan du muscle *levator ani*). Il contient l'orifice vulvaire, l'orifice anal et les fosses ischiorectales.

Chez la femme le **pelvis contient** d'avant en arrière le **bas appareil urinaire** (urètre, vessie, portion terminale des uretères), l'**appareil génital** (ovaires, trompes, utérus et vagin) et une **partie de l'appareil digestif** (rectum, canal anal ; il n'est pas rare que la boucle sigmoïdienne descende dans le pelvis de même que le cæcum et l'appendice).

Le plancher pelvien est défini comme l'ensemble des structures musculo-aponévrotiques fermant en bas le petit bassin (ou pelvis). Dans l'espèce humaine, l'axe vertical du tronc soumet le plancher pelvien aux contraintes de la gravité et de la pression abdominale.

Chez la femme, le plancher pelvien a deux points de faiblesse : le hiatus urogénital et le hiatus rectal.

La statique pelvienne (c'est-à-dire ce qui permet de maintenir les organes pelviens à leur place) est liée à l'action conjointe de trois systèmes : soutènement, suspension et angulation.

⁵. Seule une portion d'item sera ici traitée correspondant aux prolapsus génito-urinaires.

Le **système de soutènement** comprend : les parois du bassin osseux sur lesquelles s'insèrent les muscles piriformes, obturateur interne et surtout l'**élévateur de l'anus** (*levator ani*) tapissé par le fascia pelvien.

Le **système de suspension** est constitué d'un ensemble de ligaments viscéraux et de septas. Les ligaments viscéraux sont répartis en un groupe sagittal : ligaments pubovésicaux, vésico-utérins, utérosacrés, et un groupe latéral : ligaments latérovésicaux, latérorectaux, paramètre et paracervix. Les septas sont : vésico-utérin, vésicovaginal, urétrovaginal et rectovaginal.

Enfin, l'**angulation des organes pelviens** assure une répartition des forces de contraintes sur le plancher pelvien : angulation de 60° du vagin par rapport à l'horizontal et antéversion de l'utérus sur le dôme vésical.

Les troubles de la statique pelvienne et le prolapsus apparaissent lorsque l'équilibre anatomique et mécanique entre pression abdominale et force de résistance périnéale est rompu. Cette diminution de résistance du plancher pelvien résulte d'une altération du tissu de soutien conjonctif et musculaire, des lésions de dénervation liées à l'âge, aux grossesses, aux accouchements et à des facteurs génétiques.

A Qu'est-ce qu'un prolapsus génital de la femme ? (en anglais *pelvic organ prolapse* [POP])

Le prolapsus génital de la femme est une protrusion d'un ou plusieurs organes pelviens dans la cavité vaginale, voire extériorisés par l'orifice vulvaire, apparaissant ou s'accroissant à la poussée abdominale.

Cette protrusion se fait dans une hernie de la paroi vaginale (**colpocèle**) qui peut intéresser sa face antérieure, sa face postérieure ou son apex.

Les **organes intéressés** par le prolapsus génital de la femme en fonction du niveau de la colpocèle sont : (fig. 4.2) :

- colpocèle antérieure : la vessie, constituant ainsi une **cystocèle** (fig. 4.2, A) ;
- colpocèle apicale : l'utérus, constituant une **hystéroptose** ou **hystéroccèle**, ou lorsque l'utérus est absent, le **fond vaginal** et le **contenu abdominal sus-jacent** (fig. 4.2, B) ;
- colpocèle postérieure :
 - le rectum, constituant une **rectocèle** (fig. 4.2, D),
 - le contenu abdominal par l'intermédiaire du cul-de-sac de Douglas : l'**élytroccèle**. (fig. 4.2, C). (Il peut s'agir des anses intestinales [**entéroccèle**] grêles ou coliques (sigmoïde), de l'épiploon...).

Fig. 4.2

Cystocèle (A), hystéroccèle (B), élytroccèle (C), rectocèle (D).

B Diagnostics différentiels

- **Il doit être différencié du prolapsus rectal** qui est une protrusion du conduit digestif dans le canal anal qui s'extériorise par l'anus, qui peut cependant être associé au prolapsus génital (fig. 4.3).
-

- Les tumeurs de la paroi vaginale antérieure : kystes, fibromes, rares tumeurs malignes, diverticules de l'urètre, fibromes du col utérin... Le toucher vaginal perçoit une masse qui n'existe pas dans le prolapsus.
- L'allongement hypertrophique du col utérin, qui se présente comme une hystérocèle, mais le corps de l'utérus est en place alors que le col utérin affleure la vulve en raison d'un allongement de l'isthme.
- Une caroncule urétrale qui est une lésion exophytique du méat urétral qui s'observe surtout chez la femme ménopausée.

Fig. 4.3

Prolapsus rectal.

II Épidémiologie des prolapsus génitaux de la femme

Le symptôme le plus corrélé à la présence d'un prolapsus génital est la « vision » ou la « sensation » d'une **boule vaginale**. En langage courant, les patientes parlent de « descente d'organe ».

Les prolapsus des organes pelviens sont fréquents. Leur prévalence est de 2,9 à 11,4 % lorsqu'on utilise un questionnaire pour le dépistage. Les questionnaires ne permettent de dépister que les prolapsus symptomatiques tandis que l'examen clinique est descriptif de l'anatomie et évalue la prévalence des prolapsus de 31 à 97 %. **Cela souligne qu'il existe un nombre important de prolapsus génitaux non symptomatiques.** Cette prévalence augmente avec l'âge jusqu'à 50 ans. À partir de 50 ans la prévalence stagne et c'est le grade du prolapsus qui augmente alors avec l'âge.

A Facteurs de risque de l'apparition d'un POP

- Facteurs de risque gynécologiques : ménopause, hypo-œstrogénie.
- Facteurs de risque obstétricaux : la grossesse, l'accouchement par voie basse (poids du fœtus > 4 kg, manœuvres instrumentales), la multiparité.
- Facteur de risque chirurgical : hystérectomie.
- Facteurs de risque gastroentérologiques : troubles chroniques de l'exonération (constipation terminale ou dyschésie) et en règle générale toutes les poussées abdominales chroniques.
- Antécédents familiaux de prolapsus (prédisposition génétique).
- Les Caucasiennes et Hispaniques auraient plus de prolapsus que les Afro-Américaines.

B Diagnostic des prolapsus génitaux de la femme

Le diagnostic est avant tout clinique +++.

1 Interrogatoire

Le symptôme central du prolapsus est **une sensation de « boule intravaginale »** majorée en position debout et en fin de journée pouvant être associée à une pesanteur pelvienne. **Attention le prolapsus n'est pas douloureux.** La conjonction d'une douleur pelvienne et d'un prolapsus n'implique pas que le prolapsus est responsable de la douleur ; gêne et pesanteur sont bien distinctes d'une douleur. À des stades avancés, le prolapsus génital se présente sous la forme

d'une boule vaginale extériorisée en permanence, qui peut être le siège de lésions inflammatoires ou ulcérées.

Les symptômes pelviens associés et pouvant amener à découvrir un prolapsus sont :

- des **symptômes urinaires** :
 - l'urgenterie, l'incontinence urinaire par urgenterie et l'hyperactivité vésicale peuvent être associées au prolapsus génital. Le lien physiopathologique n'est pas clairement élucidé (traction sur le trigone...) ; et la relation causale entre le prolapsus et ces symptômes n'est pas systématique,
 - aux stades plus avancés, c'est la mauvaise vidange vésicale qui domine : dysurie et résidu, infections urinaires récidivantes, à l'extrême rétention urinaire et mictions par regorgement. Des manœuvres digitales de réintégration du prolapsus peuvent être nécessaires pour permettre la miction. Ces symptômes sont liés à la plicature ou la compression de l'urètre lors de l'extériorisation du prolapsus, avec un effet « pelote » qui équivaut à un obstacle sous-vésical,
 - un cas particulier rare et classique doit être cité : l'insuffisance rénale obstructive par plicature urétérale bilatérale en cas de grand prolapsus vésical ;
- des **symptômes digestifs** dans la rectocèle : constipation terminale appelée dyschésie qui peut conduire à la nécessité de manœuvres digitales de réintégration du prolapsus pour permettre l'exonération, faux besoins pouvant conduire à des épisodes d'incontinence fécale surtout en présence d'un fécalome associé à une fausse diarrhée du constipé ;
- des **symptômes génitosexuels** : dyspareunie, sensation de béance vulvaire conduisant à un arrêt de l'activité sexuelle.

Il convient de rechercher la chronologie des événements en cas de dysurie et de dyschésie car une poussée abdominale chronique liée à une dyschésie ou une dysurie préexistante peut être responsable de l'apparition secondaire d'un prolapsus.

2 Examen clinique d'un prolapsus

Il a trois objectifs.

- Le principal est d'**affirmer le prolapsus et d'analyser le ou les compartiments prolabés**. Il repose sur l'examen au spéculum avec une seule valve refoulant à tour de rôle la paroi vaginale antérieure puis postérieure, puis les deux pour visualiser le col utérin et en demandant à la patiente de pousser. On explore ainsi :
 - le compartiment antérieur : vésical ;
 - le compartiment moyen : utérin ou dôme vaginal si antécédent d'hystérectomie ;
 - le compartiment postérieur : anorectal ;
 - le compartiment postérosupérieur (cul-de-sac postérieur), péritonéal (cul-de-sac de Douglas) accompagné parfois d'anses grêles.
- Le deuxième est d'**évaluer l'importance du prolapsus en grades** : classifications de Baden-Walker (la plus ancienne mais la plus utilisée en pratique courante). Le principe est de coter la mobilité de chaque compartiment prolabé : C (cystocèle) × H (hystérocèle) × R (rectocèle) (fig. 4.4). La classification de POP-Q analyse différents points vaginaux afin de décrire encore plus précisément le prolapsus. Cette classification est surtout utilisée en recherche clinique.

Les différents grades de prolapsus : la classification la plus utilisée est celle de Baden. Grade 1 = bombement restant au-dessus de l'hymen ; grade 2 = bombement atteignant l'hymen ; grade 3 = bombement dépassant l'orifice vulvaire ; grade 4 = prolapsus extériorisé en permanence. Chaque compartiment (antérieur, apical, postérieur) intéressé par le prolapsus est gradé.

Il peut cependant exister une certaine variabilité de l'importance du prolapsus au cours de la journée (souvent il s'aggrave en fin de journée) ou d'un jour à l'autre, ce qui peut nécessiter de refaire l'examen si l'on constate une discordance entre les symptômes décrits par la patiente et les constatations cliniques.

- Le troisième est de **rechercher une incontinence urinaire à l'effort masquée** par le prolapsus. (On réalisera un test d'effort de poussée abdominale et de toux vessie pleine et prolapsus réduit). Il n'y a pas de lien direct entre POP et incontinence urinaire d'effort mais des facteurs de risque communs expliquent la possible association des deux pathologies.

La plicature de l'urètre ou l'effet pelote qui peut être responsable de dysurie peut également masquer une faiblesse de l'appareil sphinctérien urétral ou une mobilité excessive de l'urètre. Si on ne reconnaît pas cette situation, le traitement du prolapsus peut provoquer l'apparition d'incontinence urinaire d'effort qui sera vécu comme une complication et un échec thérapeutique par la patiente (fig. 4.5).

Fig. 4.5

La plicature et l'effet pelote expliquant le mécanisme d'obstruction vésicale pouvant être responsable de dysurie ou masquer une incontinence urinaire à l'effort.

Enfin il faut réaliser un toucher vaginal et toucher rectal pour éliminer toute autre pathologie gynécologique ou digestive et s'assurer des résultats des derniers frottis cervico-vaginaux.

3 Place des examens complémentaires dans le diagnostic de POP

Le diagnostic clinique est assez fiable pour les compartiments antérieur et moyen. La différence entre une rectocèle et une élytrocèle est plus difficile car les deux se présentent comme une colpocèle postérieure.

L'utilisation de l'imagerie est réservée aux situations complexes. Si une correction chirurgicale est envisagée et que la stratégie thérapeutique peut être modifiée par la précision de la description du prolapsus, surtout s'il s'agit d'une récurrence de prolapsus ou que des troubles anorectaux prédominent, une imagerie peut être utile.

L'imagerie réalisée dans le bilan de prolapsus est dynamique, et vient compléter la clinique dans l'analyse des compartiments périnéopelviques. Deux examens peuvent répondre à ces objectifs :

- la colpocystodéfécographie dynamique comporte deux phases : cystographie rétrograde dynamique (voire mictionnelle si des troubles de la miction sont associés), et une défécographie obtenue par opacification vaginale, rectale et de l'intestin grêle. L'examen

a l'avantage d'être réalisé en position assise plus physiologique pour obtenir une défécation, mais elle nécessite l'opacification des organes pelviens (fig. 4.6) ;

Fig. 4.6

Colpocystodéfécographie : les organes pelviens sont opacifiés au repos : vessie (V), vagin (va), rectum (R), intestin grêle (IG).

Noter l'évolution de la position des organes en cours de poussée (B), puis (C) faisant apparaître la rectocèle (marquée d'une étoile), puis le rectum se vidant (D), on voit les anses grêles descendre (E, F).

- la défécographie IRM dynamique nécessite l'introduction de gel dans le rectum. La définition des organes pelviens est de très bonne qualité, mais l'épreuve dynamique avec défécation est plus difficile à obtenir en position allongée dans l'IRM (fig. 4.7).
-

Fig. 4.7

Défécographie IRM au repos (A), puis après défécation (B). Noter l'évolution de la position de la vessie (V), du rectum (R) et des anses grêles (E).

D'autres examens peuvent être utiles avant la prise en charge chirurgicale d'un prolapsus : une échographie pelvienne à la recherche d'une anomalie utérine, un frottis cervicovaginal, un bilan urodynamique s'il existe des troubles mictionnels patents ou masqués associés, une manométrie anorectale en cas de troubles anorectaux prédominants (dyschésie, incontinence fécale).

Au terme de l'examen clinique (et parfois radiologique), on identifie le/les prolapsus (tableau 4.1).

- Prolapsus de l'étage antérieur, se présentant à l'examen clinique comme un bombement de la paroi antérieure du vagin (c'est une colpocèle antérieure) qui contient la vessie : c'est une cystocèle (fig. 4.8).
-

Fig. 4.8

Cystocèle.

- Prolapsus de l'étage moyen avec descente du col utérin voire éversion complète de l'utérus : c'est une hystérocèle (fig. 4.9).
-

Fig. 4.9

Hystérocèle.

- Prolapsus de l'étage postérieur, se présentant à l'examen clinique comme un bombement de la paroi postérieure du vagin (colpocèle postérieure) qui peut contenir :

Fig. 4.10

Rectocèle.

- le rectum : rectocèle (fig. 4.10) ;

- le cul-de-sac de Douglas/l'intestin grêle : élytrocèle/entéroçèle.

Tableau 4.1

Les prolapsus des différents étages.

| Étage | Organe | Nom du prolapsus (toute les « cèles » sont féminines) |
|------------|----------------------------|--|
| Antérieur | Vessie | Cystocèle |
| Moyen | Utérus | Hystéroçèle |
| | Après hystérectomie totale | Dôme vaginal (peut contenir Douglas et grêle) |
| Postérieur | Rectum | Rectocèle |
| | Douglas-grêle | Élytrocèle-entéroçèle |

III Principes thérapeutiques et indications

Seuls les prolapsus génitaux symptomatiques doivent être traités. La découverte fortuite d'un prolapsus génital au cours d'un examen clinique ne doit pas alerter la patiente sur un quelconque risque. L'aggravation potentielle du prolapsus est difficile à prédire. Tout au plus, on peut rechercher les facteurs de risque comme les poussées abdominales chroniques (dyschésie anorectale) et les traiter. De plus, il faut **s'assurer que la gêne décrite par la femme est en rapport avec le prolapsus observé par le médecin.**

A Traitements conservateurs

Les pessaires (fig. 4.11) sont des dispositifs vaginaux de formes variées (anneaux et cubes) qui se bloquent derrière la symphyse pubienne et « retiennent » l'extériorisation du prolapsus. Ils ont une action palliative utile chez des patientes inopérables ou ne souhaitant pas de chirurgie. Ils peuvent être utiles en tant que test thérapeutique avant chirurgie (disparition des symptômes et de la gêne lorsqu'on mime la chirurgie avec un pessaire).

Fig. 4.11

Pessaires.

La rééducation périnéale a pour objectif d'augmenter la force musculaire et la contraction volontaire du périnée en réponse à l'augmentation de la pression abdominale, elle peut aider dans les formes débutantes.

B Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical avec deux familles d'intervention :

- la chirurgie par voie abdominale : c'est la promonto-fixation (fig. 4.12) qui consiste à fixer une bandelette prothétique synthétique en haut sur le promontoire et en bas dans la cloison vésicovaginale pour la correction de la cystocèle et/ou dans la cloison recto-vaginale pour la correction de l'élytrocèle et de la rectocèle. Cette intervention est réalisée le plus souvent par cœlioscopie, parfois par laparotomie ;

-
-
- la chirurgie par voie vaginale qui peut se faire par plicature des tissus naturels ou parfois avec interposition de prothèse synthétique. Chez la femme très âgée, fragile ne désirant plus de rapport sexuel, il peut être proposé une fermeture vaginale (colpocléisis).
 - Il n'y a pas d'indication à réaliser d'hystérectomie systématique en l'absence de pathologie utérine associée.
 - Le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort associée au prolapsus peut se faire soit de manière concomitante soit différée. Dans le cas d'une intervention différée, il faut prévenir les patientes du risque de majoration ou d'apparition d'une incontinence urinaire après traitement du prolapsus.

Fig. 4.12

Promonto-fixation : les bandelettes synthétiques sont représentées en violet.

C Indications

Il s'agit d'une pathologie fonctionnelle ne menaçant pas la vie des patientes et n'exposant que rarement à des complications.

Il est fréquent de voir en consultation des patientes inquiètes mais sans aucune gêne fonctionnelle. Ces patientes doivent être rassurées et une surveillance doit leur être proposée.

La rééducation peut être utile pour le confort dans les stades débutants.

La chirurgie « préventive » n'a pas de place car elle expose des patientes asymptomatiques à des complications sévères. On opère uniquement une patiente avec un prolapsus responsable d'une gêne lorsque l'on a établi avec une bonne probabilité le lien de cause à effet entre le prolapsus et la gêne.

La chirurgie est le traitement de référence des formes symptomatiques modérées et sévères (\geq stade 2). La voie abdominale est le plus souvent proposée aux femmes les plus actives physiquement et sexuellement. La voie vaginale est une alternative principalement chez les patientes plus âgées, avec comorbidité ou lorsque la voie abdominale est difficile (abdomen multi-opéré). Bien que le résultat anatomique de la réparation vaginale avec prothèse soit supérieur à la réparation par plicature des tissus, les complications à type d'exposition, infection du matériel prothétique en font une technique de deuxième ligne (en cas de récurrence) pour des cas soigneusement sélectionnés et des patientes informées des risques.

Pour en savoir plus



Recommandations du CUROPF pour la pratique clinique : recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme. Prog Urol 2016 ; 2HS : 1-109.

Pour en savoir plus

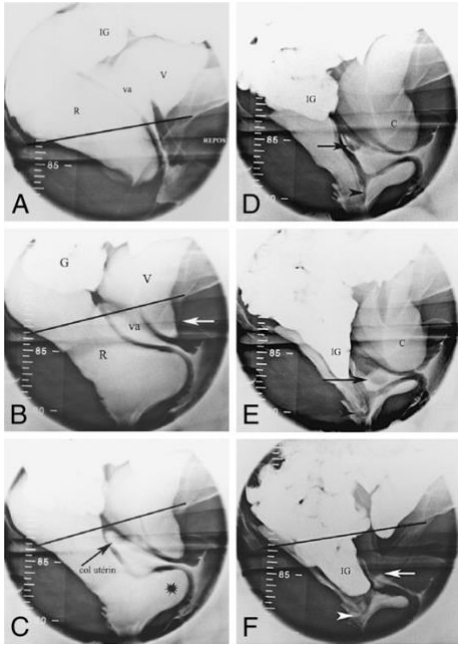
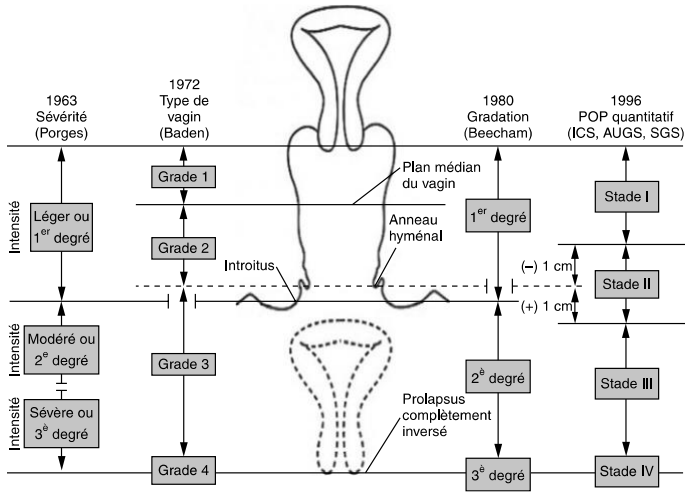
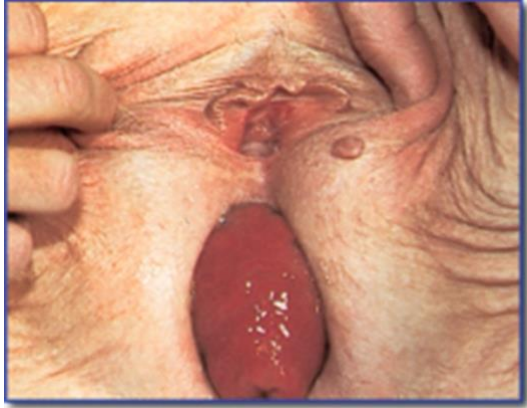
Recommandations du CUROPF pour la pratique clinique : recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme. Prog Urol 2016 ; 2HS : 1-109. <http://www.urofrance.org/base-bibliographique/numero-2hs-pp-1-109-juillet-2016-recommandations-du-curopf-pour-la-pratique>

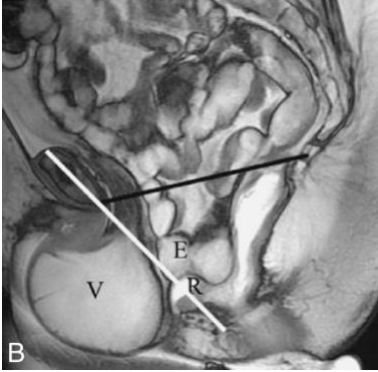
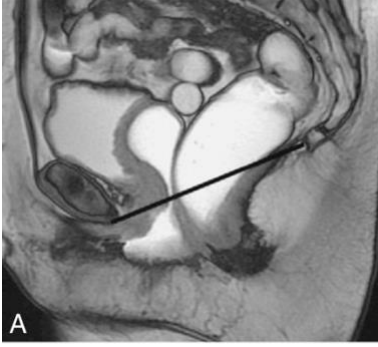
Résumé

Le prolapsus génital de la femme est une protrusion d'un ou de plusieurs organes pelviens dans la cavité vaginale, voire extériorisés par l'orifice vulvaire, apparaissant ou s'accroissant à la poussée abdominale.

Cette protrusion se fait dans une hernie de la paroi vaginale (**colpocèle**) qui peut intéresser sa face antérieure, sa face postérieure ou son apex.

- Les **organes intéressés** par le prolapsus génital de la femme en fonction du niveau de la colpocèle sont (fig. 4.2) :
 - colpocèle antérieure : la vessie, constituant ainsi une **cystocèle** (fig. 4.2, A) ;
 - colpocèle apicale : l'utérus, constituant une **hystéroptose ou hystérocèle**, ou lorsque l'utérus est absent, **le fond vaginal et le contenu abdominal sus-jacent** (fig. 4.2, B) ;
 - colpocèle postérieure.
- Le rectum, constituant une **rectocèle** (fig. 4.2, D).
- Le contenu abdominal par l'intermédiaire du cul-de-sac de Douglas : l'**élytrocèle**. Les tuméfactions pelviennes se développent aux dépens de ces structures.
- Le prolapsus génital est souvent non symptomatique.
- La gêne la plus typique est une boule vaginale, voire une pesanteur, mais non douloureuse.
- Des signes urinaires, anorectaux, sexuels peuvent l'accompagner.
- Le diagnostic est essentiellement clinique par l'examen gynécologique.







B

