

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD
FACULTE DE MEDECINE
DR. B.BENZERDJEB - TLEMCEN



جامعة أبو بكر بلقايد
كلية الطب
د.ب.بن زرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE MEDECINE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Thème :

PROLAPSUS GÉNITAL

Présenté par :

Nessibhoum Hanane.

Medjdoub Fatiha.

Ranbi Sabrina.

Rahmoun Safia Wissem.

DR Ouali Mohamed Professeur en Gynécologie obstétrique **Encadreur**

Année universitaire 2022

Remerciements :

Tout d'abord on aimerait remercier Dieu le tout puissant de nous avoir aidé à accomplir ce petit travail.

Nous exprimons nos plus sincères remerciements et gratitude à notre encadreur le Professeur **Dr.Ouali M, Professeur en Gynécologie obstétrique Ehs mère et enfant Tlemcen** d'avoir accepté de diriger ce modeste travail, ainsi que pour son soutien sa disponibilité son aide précieuse et ses conseils.

Que toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail veuillez accepter nos sincères remerciements et notre gratitude.

Dédicace :



C'est avec un immense plaisir que je dédie ce modeste travail aux êtres les plus chers à mon cœur :

A mes chers parents sans qui je ne pouvais rien accomplir dans ma vie, à qui je dois toute ma réussite tout ce que je suis et tout ce que je serai, vous êtes le monde pour moi, je vous serai éternellement redevable, Que Dieu vous protège et vous garde pour moi, sans vous je suis rien.

A ma chère sœur Amina qui m'a toujours soutenue et encouragée et qui a cru toujours en moi, que Dieu te garde.

A ma chère Grande mère qui m'a toujours accompagné avec ses Douaas.

A mes très chères copines Nafissa Khaldi et Siham Attar avec qui j'ai partagé mes plus beaux moments mes meilleures souvenirs , je vous aime et je vous remercie pour votre amour, votre façon d'être et de faire partie de ma vie, vous êtes ma fierté, que Dieu vous garde.

A mes chers enseignants depuis le primaire jusqu'à ma dernière année je vous remercie pour tout.

Merci à vous tous pour cette merveilleuse aventure.

Hanane Nessibhoum

Dédicaces



Avec un immense plaisir ;je dédie ce modeste travail aux plus chers :

A mes chers parents, qui ont tous sacrifié pour m'offrir le meilleur, et grâce à qui, je suis devenue la femme que je suis actuellement .Je leurs serai éternellement redevable.

A Nadir, mon cher mari, qui m'offre son estimable et interminable support et encouragements.

A mes chères sœurs Ghania et Khadija qui m'ont toujours supporté et aidé par leur présence et leur conseils tout au long de mon parcours.

A mes chers frères Abderrahmane et Mustapha , pour leur appui et leur soutien.

A mes chers neveux

Abdelfettah ,Arwa,hadger,ibtihel,Djoud ;mohammed,Meriem et Haroun que dieu les garde

A ma belle mère, mon beau père et mes belles sœur Latifa, hafsa et Djamila qui contribuent tous a mon épanouissement

*A mes chers enseignants du primaire jusqu'à ma dernière année, qui m'ont assuré une formation agréable et très enrichissante
Merci d'être toujours la pour moi*

Medjdoub Fatiha

Dédicace



Chère maman,

En cette occasion spéciale de fin de mes études, je tiens à te dédier ces mots empreints d'amour et de gratitude.

Tu es la seule personne qui m'a soutenue tout au long de mon parcours, tant moralement que financièrement, et je ne saurais jamais assez te demander pour tout ce que tu as fait pour moi.

Tu as été mon pilier, ma source d'inspiration et ma plus grande admiratrice, ta confiance inébranlable en mes capacités m'a donné la force et la motivation nécessaire pour persévérer, même lors des moments les plus difficiles. Tu m'as toujours encouragée à poursuivre mes rêves et à viser l'excellence, sans jamais douter de ma réussite.

C'est grâce à toi que j'ai pu atteindre cette étape importante de ma vie. tes sacrifices et ton dévouement ont été inestimables. Tu as travaillé dur pour me soutenir financièrement, en mettant de côté tes besoins propres pour que je puisse réaliser les miens. je suis reconnaissante de tout ce que tu as sacrifié pour moi.

Aujourd'hui, ma réussite académique est aussi la tienne. Chaque diplôme que je reçois et le reflet de ton amour, de ton soutien inconditionnel et de ta force. Tu es ma source d'inspiration et mon modèle de persévérance. Je suis fière de pouvoir te rendre fière.

Alors que je termine cette étape de ma vie, je veux te dire combien je t'aime et combien je suis reconnaissante de t'avoir comme mère. Tu es une source infinie d'amour, de sagesse et de courage. Je sais que peu importe où la vie me mènera tu seras toujours là pour moi.

Cette d »dédicace est pour toi, ma merveilleuse mère, qui m'a soutenue à chaque pas de mon parcours éducative.

Merci pour tout ce que tu as fait, je t'aime plus ce les mots ne peuvent l'exprimer. Avec tout mon amour et ma reconnaissance.

Mes chers frères, je voulais prendre un moment pour exprimer à quelle point vous êtes important pour moi vous êtes bien plus que des frères, vous êtes mes compagnons de vie, mes meilleures amis, merci d'être mes frères et mes complices je vous aime de tout mon cœur.

Mes chers amis, votre amitié est un trésor précieux dans ma vie. vos rires, votre soutiens et votre présence font de chaque jour une aventure merveilleuse, vous êtes des amis exceptionnels

Ranbi sabrine

Dédicace



C'est avec profonde gratitude et sincères mots,
Que je dédies ce modeste travail de fin
d'étude à mes chers parents qui ont sacrifié
leurs vie pour ma réussite
j'espère qu'un jour je pourrais leurs rendre un
peu de ce qu'ils ont fait pour moi, que dieu
leurs prête bonheur et longue vie ,
je dédies aussi ce travail à mes amis, ma
famille, tous mes professeurs qui m'ont si bien
enseigner.

Rahmoun

Sommaire :

1-Introduction.....	01
2-Historique.....	03
3-épidémiologie.....	03
4- Définition	04
5- Rappel	05
• Fascia pelvienne	05
• Lig viscéraux	06
• Les espaces de dissection	08
• Les moyens déficit du pelvis	08
• H'ophragme pelvis de périnée.....	09
6- Physiopath.....	11
7-les étiologies	12
8- Classification des problèmes	14
• Clonfacaise.....	14
• Classification de Badeu et walker	15
• P0PQ pelvis organe prolepse quantifier.....	15
9- Etudes Clinique	19
1. Interrogatoire	19
2. Examen clinique	20
3. Inspection de la vulve périnéale vaginale et péri-anale	23
4. Examen physique	24
10- des différentes situations clinique.....	31

11- examen para clinique prise en charge.....	35
1. Examen de routine	36
2. Uretrocystoscopie.....	36
3. Examen Radiologie.....	36
a-urographie intraveineuse	36
b-cystographie mictionnelle	36
c-Colpocystogramme.....	36
d-Echographie pelvienne.....	36
e-hysteroscopie.....	36
f- IRM	36
4 . Bilan urodynamique	37
a- Cystomanometrie.....	37
b- Sphincterrometrie ou profil.....	37
12- Les traitements du Prolapsus.....	39
1- Trt Non chirugica.....	40
2- Trt chirurgical	46

TABLEAU DES FIGURES

- 1-représentation du fx pubo-rectal et de son action sur le sphincter externe de l'anus
 - 2- le fascia pelvien vue schématique endo pelvienne
 - 3-le fascia pelvien viscéral (d'après Netter)
 - 4-mobilité durant le cystocèle (a) rechocèle (b) hystérocèle (c)
 - 5- schéma des différentes classifications du POP illustrés par Mouritsen en 2005
 - 6- différents temps opératoires de l'opération de Manchester
 - 7- promontofixation
- Srouce : Urology Davody 7 aout 2015

introduction

I. Introduction :

Le prolapsus génital est une condition médicale courante chez les femmes, qui survient lorsque les muscles et les ligaments qui provoquent les organes pelviens, tels que l'utérus, la vessie et le rectum, deviennent affaiblis ou endommagés, entraînant une descente de ces organes dans le vagin. Le prolapsus génital peut affecter les femmes de tous âges, mais il est plus fréquent chez les femmes ménopausées et après plusieurs grossesses et accouchements.

Les symptômes du prolapsus génital peuvent inclure une sensation de pesanteur ou de pression dans le vagin, une saillie d'un organe dans le vagin, des douleurs lors des rapports sexuels, des fuites urinaires ou des selles, des problèmes de vidange de la vessie ou du rectum, ainsi que des douleurs chroniques.

Le prolapsus génital peut être requis à l'aide d'un examen pelvien, d'un examen échographique ou d'autres tests médicaux spécialisés. Le traitement dépend de la gravité des symptômes et peut inclure des exercices de renforcement musculaire, des dispositifs de soutien, tels que les pessaires, et la chirurgie, si nécessaire.

Il est important de consulter un médecin si vous pensez que vous pourriez souffrir d'un prolapsus génital, car une prise en charge précoce peut aider à prévenir des complications et à améliorer la qualité de vie.

Partie théorique

//. Historique :

Le prolapsus génital est une condition qui a été décrite depuis l'Antiquité. Les premiers médecins enregistrés de cette condition remontent à l'Egypte ancienne, où les femmes utilisaient des tampons faits de papyrus et de laine pour soutenir l'utérus en cas de prolapsus.

Au fil des siècles, diverses méthodes ont été utilisées pour traiter cette condition, allant de l'utilisation de pessaires (dispositifs en forme de diaphragme insérés dans le vagin pour soutenir l'utérus) à la chirurgie.

Au 19ème siècle, la chirurgie pelvienne a commencé à se développer pour traiter le prolapsus génital.

Les techniques ont continué à être évaluées au 20ème siècle, avec l'introduction de nouvelles méthodes de reconstruction vaginale et d'utilisation de matériaux synthétiques pour renforcer les tissus pelviens affaiblis.

De nos jours, le traitement du prolapsus génital dépend de la gravité de la condition et des symptômes. Les options de traitement comprennent des exercices de renforcement musculaire, des dispositifs de soutien, tels que les pessaires, et la chirurgie. Des recherches sont également en cours pour développer de nouvelles approches non invasives pour le traitement du prolapsus génital.

I. Épidémiologie

Le prolapsus génital est une pathologie fréquente chez les femmes de tous âges, mais sa prévalence augmente avec l'âge. Selon des études récentes, la prévalence du prolapsus génital chez les femmes varie de 2% à 50%, en fonction de la définition utilisée, de la population étudiée et de la méthode de diagnostic utilisée

Le prolapsus génital est plus fréquent chez les femmes ménopausées que chez les femmes en âge de procréer. Selon une étude publiée dans le Journal of Women's Health en 2015, la prévalence du prolapsus génital chez les femmes ménopausées aux États-Unis est d'environ 26%, tandis que la prévalence chez les femmes en âge de procréer est d'environ 14%.

Le prolapsus génital est également plus fréquent chez les femmes ayant accouché par voie vaginale que chez celles ayant accouché par césarienne. Selon une étude publiée dans le journal Obstetric and Gynecology en 2017, le risque de prolapsus génital chez les femmes ayant accouché par voie vaginale est environ deux fois plus élevé que chez

celles ayant accouché par césarienne.

Les facteurs de risque du prolapsus génital comprennent l'âge, les antécédents de grossesse et d'accouchement, le tabagisme, l'obésité, la constipation et les interventions chirurgicales antérieures, notamment les hystérectomies.

La prévalence du prolapsus génital varie également en fonction des groupes ethniques et des régions géographiques. Selon une étude publiée dans le Journal of Urology en 2011, la prévalence du prolapsus génital chez les femmes afro-américaines est significativement plus élevée que chez les femmes blanches non hispaniques. De même, une étude publiée dans le journal International Urogynecology Journal en 2013 a montré que la prévalence du prolapsus génital chez les femmes vivant en Asie est plus faible que chez celles vivant en Europe ou en Amérique du Nord.

Enfin, le prolapsus génital est souvent associé à d'autres pathologies pelviennes, telles que l'incontinence urinaire ou fécale. Selon une étude publiée dans le Journal of Women.

I. Définition

Le prolapsus génital se réfère à une descente ou une protrusion d'un ou plusieurs organes pelviens à travers le vagin. Les organes pelviens qui peuvent prolapsus comprennent l'utérus, la vessie, le rectum, l'intestin grêle et le côlon. Le prolapsus peut être partiel ou complet et peut varier en gravité. Les femmes atteintes de prolapsus génital peuvent éprouver des symptômes tels que des sensations de lourdeur ou de pression dans le bassin, des douleurs ou des gênes lors des rapports sexuels, une incontinence urinaire ou fécale, ou des difficultés à uriner ou à déféquer.

Le prolapsus génital peut être classé en fonction de la partie de l'organe qui prolapsus. Par exemple, un prolapsus de l'utérus est appelé prolapsus utérin, tandis qu'un prolapsus de la vessie est appelé cystocèle. Le prolapsus génital peut également être classé en fonction de son degré de gravité, allant de stade I à stade IV, en fonction de la quantité de descente des organes pelviens.

Enfin, il est important de noter que le prolapsus génital peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie des femmes qui en souffrent. Les femmes atteintes de prolapsus génital peuvent éprouver une détresse émotionnelle, une diminution de la fonction sexuelle et une limitation de leurs activités quotidiennes. Le traitement du prolapsus génital vise à améliorer les symptômes et la qualité de vie des patients, en fonction de la gravité et de la cause sous-jacente de la maladie

III. Rappel anatomique

✓ 1-fascias pelvienne

La fascia pelvienne est une couche de tissu conjonctif dense qui enveloppe les structures du bassin et forme une barrière entre les différents compartiments du pelvis. Elle est divisée en deux parties, le fascia pelvien superficiel et le fascia pelvien profond.

La fascia pelvienne superficielle est également appelée fascia pariétal du pelvis ou fascia de Colles. Elle recouvre le muscle élévateur de l'anus et forme le plancher du périnée. Cette couche de fascia est continue avec le fascia de la paroi abdominale antérieure et s'étend latéralement pour former les ligaments inguinaux.

Le fascia pelvienne profonde, également appelée fascia endopelvien, enveloppe les organes pelviens, les muscles du plancher pelvien et les vaisseaux sanguins. Elle est divisée en deux couches, la couche viscérale et la couche pariétale.

La couche viscérale est en contact direct avec les organes pelviens, y compris la vessie, le rectum et les organes génitaux internes. Elle est continue avec les fascias des organes abdominaux et thoraciques.

La couche pariétale est en contact avec la surface interne de la cavité pelvienne, y compris les muscles du plancher pelvien et le bord interne du bassin. Elle est continue avec le fascia de la paroi abdominale postérieure.

Le fascia pelvien est important pour la stabilité et la fonction du bassin, notamment pour le maintien des organes pelviens en place et la transmission de forces entre les différentes parties du corps. Elle joue également un rôle important dans la chirurgie pelvienne et la réparation des prolapsus génitaux.

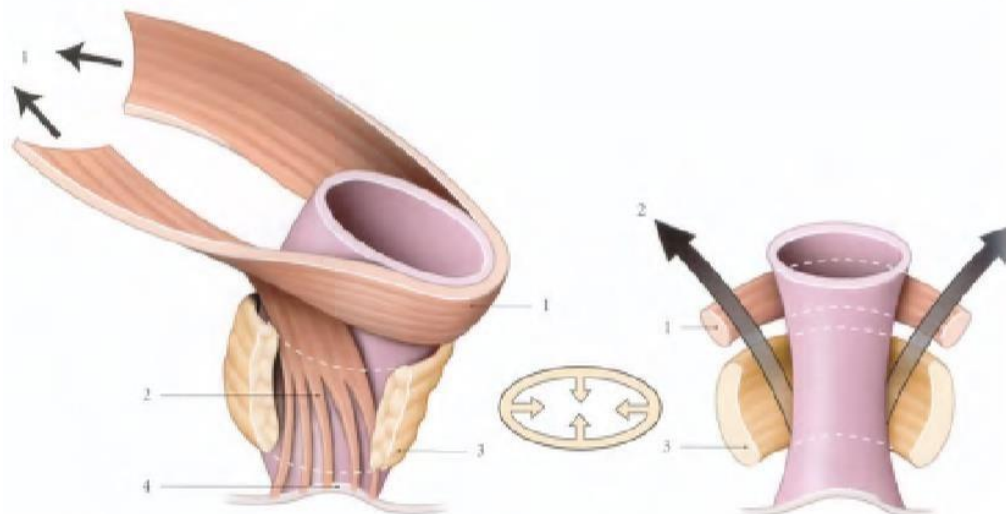


FIG. 8.10. Fonctions des muscles pubo-rectal et sphincter externe de l'anus (schématique)

1. faisceau rétrorectal
2. faisceau latérorectal
3. m. sphincter externe de l'anus
4. m. corrugateur de la marge de l'anus

Figure 1 : Représentation du faisceau pubo-rectal et de son action sur le sphincter externe de l'anus

✓ 2-ligaments viscéraux

Les ligaments viscéraux sont des structures de tissu conjonctif qui relient les organes du pelvis à la paroi du bassin. Ils jouent un rôle important dans le maintien de la position des organes pelviens et dans leur fonctionnement normal.

Voici une description des principaux ligaments viscéraux :

- Le ligament utéro-sacré : ce ligament relie le col de l'utérus à la face antérieure de la colonne vertébrale, juste en dessous de la région sacrée. Il aide à maintenir l'utérus en position antéversée et exerce une tension sur les muscles du col de l'utérus pour maintenir sa fermeture.
- Le ligament cardino-sacré : ce ligament relie le col de la vessie et le col de l'utérus à la face antérieure de la colonne vertébrale, juste en dessous de la région sacrée. Il soutient la vessie et l'utérus en position antéversée et aide également à maintenir l'ouverture de l'urètre.

Partie théorique

- Le ligament large : ce ligament est un pli de péritoine qui s'étend du côté de l'utérus aux parois latérales du bassin. Il contient les vaisseaux sanguins et lymphatiques qui nourrissent l'utérus et les ovaires, ainsi que les trompes de Fallope. Il aide à maintenir l'utérus en position antéversée et à stabiliser les ovaires.

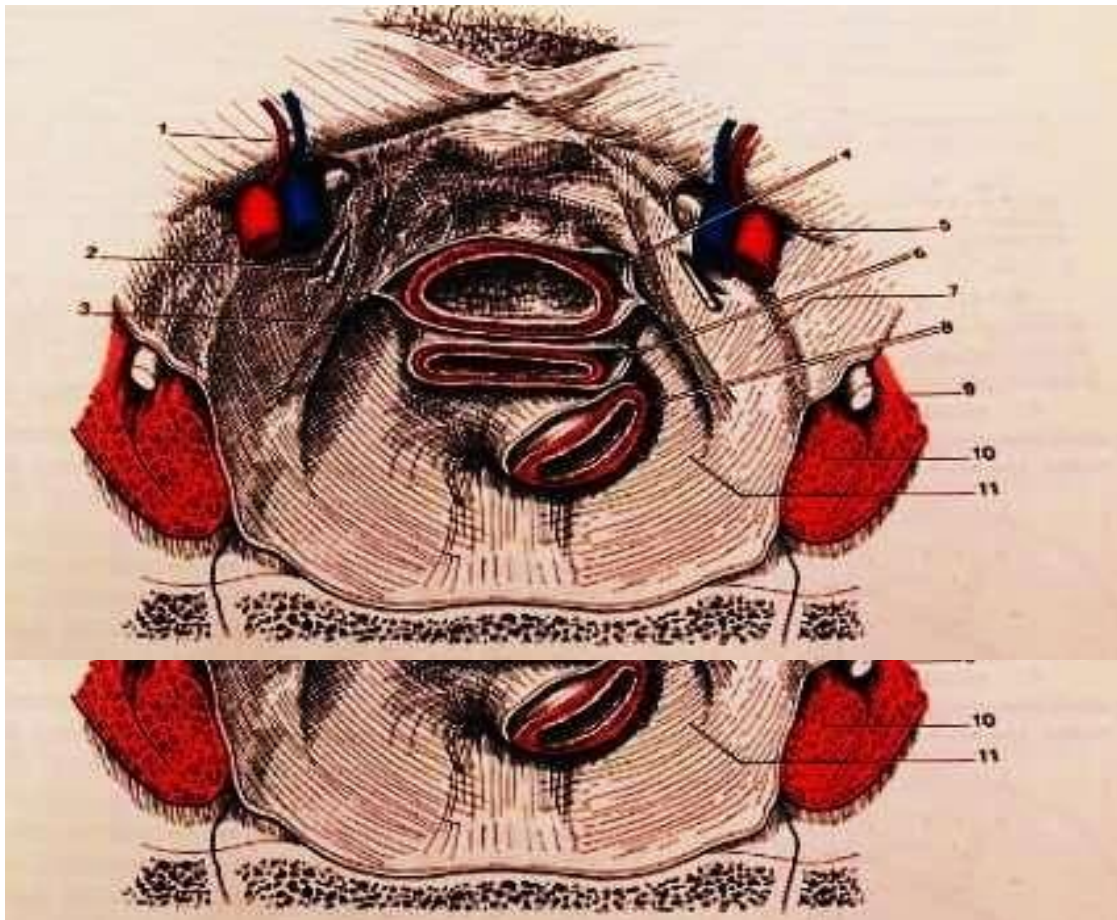


Figure 2 : fascie pelvienne : vue schématique endo pelvienne.

1. av. épigastriques inférieures
2. n. obturateur
3. Arcade tendineuse du m. élévateur de l'anus
4. Fascia vésical
5. av. iliaques externes
6. Fascia vaginal.
7. Fascia iliaca
8. Fascia rectal
9. n. fémoral.
10. m. ilio psoas
11. Fascia pelvienne pariétal

- Le ligament rond : ce ligament est un vestige du canal inguinal chez l'homme et de l'évolution embryonnaire chez la femme. Il relie l'utérus au bord supérieur du canal inguinal et aide à maintenir l'utérus en position antéversée.

-

✓ 3-Les espaces de dissection :

Les espaces de dissection du pelvis sont des zones anatomiques où les structures adjacentes sont relativement peu encombrantes, permettant un accès facile pour des interventions chirurgicales ou d'autres procédures médicales. Voici une description des principaux espaces de dissection :

- ***L'espace rétro péritonéal*** : Cet espace est situé en arrière du péritoine pariétal et contient les reins, les uretères, la partie postérieure de la vessie, la prostate et les vaisseaux sanguins et lymphatiques associés. Cet espace peut être accessible par une incision transpéritonéale ou rétro péritonéale.
- ***L'espace pré péritonéal*** : Cet espace est situé entre le péritoine pariétal et le muscle abdominal et contient la partie antérieure de la vessie, l'urètre, les vaisseaux sanguins iliaques et fémoraux et les nerfs associés. Cet espace peut être accessible par une incision dans la paroi abdominale.
- ***L'espace pelvi-rétro-péritonéal*** : Cet espace est situé derrière le fascia endopelvien et contient le sacrum, le coccyx, les ligaments sacro-iliaques et les vaisseaux iliaques internes. Cet espace peut être accessible par une incision dans la région sacrée ou par voie endoscopique transanale.
- ***L'espace pré-sacré*** : Cet espace est situé entre le rectum et le sacrum et contient les vaisseaux sacrés médians et les nerfs associés. Cet espace peut être accessible par une incision transsacrée.

✓ 4-Moyenne de fixité pelvis

Le pelvis est fixé à plusieurs structures anatomiques pour maintenir sa position et ses fonctions. Voici une description des moyens de fixité du pelvis :

- ***Les muscles*** : Les muscles du bassin, y compris le muscle obturateur interne, le muscle piriforme, le muscle coccygien et le muscle élévateur de l'anus, sont attachés au bassin et fournissent une force de maintien pour le pelvis.

- *Les ligaments* : Les ligaments du bassin, y compris les ligaments sacro-iliaques, les ligaments sacrotubéreux et les ligaments sacro-épineux, maintiennent les os du bassin en place et contribuent à la stabilité du pelvis.

- *Le fascia* : Le fascia pelvien est une couche de tissu conjonctif qui recouvre les muscles et les organes du pelvis. Il est attaché aux os du bassin et fournit une force de maintien pour le pelvis.

- *Les os* : Les os du bassin, y compris l'ilium, l'ischion et le pubis, sont connectés les uns aux autres par des articulations, y compris l'articulation sacro-iliaque, qui maintiennent le pelvis en place.

✓ 5-Diaphragme pelvienne de périnée

Le diaphragme pelvien ou périnée est une structure anatomique complexe qui se trouve à la base du bassin et sépare la cavité pelvienne de la région périnéale. Il est composé de plusieurs muscles, de tissus conjonctifs et de vaisseaux sanguins et nerveux. Voici une description plus détaillée du diaphragme pelvien :

- *Les muscles*: Le diaphragme pelvien est constitué de trois couches de muscles qui se croisent et se superposent, formant un réseau de fibres musculaires. Les muscles de la couche supérieure sont le muscle coccygien et le muscle élévateur de l'anus. Les muscles de la couche moyenne sont le muscle transverse du périnée et le muscle sphincter de l'urètre externe. Les muscles de la couche inférieure sont le muscle bulbo-spongieux et le muscle ischio-caverneux. Ces muscles ont pour rôle de soutenir les organes pelviens, de maintenir la continence urinaire et fécale, et de participer à la fonction sexuelle.

- *Les tissus conjonctifs* : Le diaphragme pelvien est entouré de tissus conjonctifs, y compris le fascia pelvien et le ligament pubo-rectal. Ces tissus forment une structure solide qui maintient les muscles en place et permet la transmission de la force musculaire.

- *Les vaisseaux sanguins et nerveux* : Le diaphragme pelvien est irrigué par plusieurs artères, y compris l'artère pudendale interne, qui fournit du sang aux organes pelviens et à la région périnéale. Les nerfs pudendaux, qui sont responsables de la sensibilité et de la fonction des organes pelviens et de la région périnéale, traversent également le diaphragme pelvien.

✓ 6-Structure conjonctive pelvienne

Les structures conjonctives pelviennes sont des tissus qui soutiennent et maintiennent les organes pelviens en place. Ils sont constitués de tissu conjonctif dense, de ligaments et de fascias. Ces structures sont importantes pour maintenir la fonction et la stabilité des organes pelviens, y compris le vagin, l'utérus, la vessie et le rectum.

Le tissu conjonctif dense est le principal composant des structures conjonctives pelviennes. Il est composé de fibres de collagène et d'élastine qui sont organisées en faisceaux et qui donnent aux tissus leur résistance et leur élasticité. Les ligaments sont des bandes de tissu conjonctif dense qui relient les os du bassin aux organes pelviens. Les fascias sont des couches de tissu conjonctif qui enveloppent les organes pelviens et les soutiennent.

Les structures conjonctives pelviennes sont importantes pour la fonction et la stabilité des organes pelviens. Des modifications de ces structures peuvent entraîner des troubles tels que le prolapsus génital, où les organes pelviens descendent de leur position normale et peuvent provoquer une gêne ou des douleurs.

✓ 7-Fonction du plancher pelvienne

Le plancher pelvien est un ensemble de muscles et de tissus conjonctifs qui s'étendent du pubis à la colonne vertébrale, et qui constituent le fond du bassin. Il a plusieurs fonctions importantes, notamment :

1. Soutien des organes pelviens : Le plancher pelvien maintient les organes pelviens, notamment la vessie, l'utérus et le rectum, en place. Les muscles du plancher pelvien s'étirent comme un hamac entre les os du bassin et forment une plateforme pour les organes pelviens. Cette fonction est importante pour éviter la descente d'organes ou prolapsus génital.
2. Contrôle de la miction : Les muscles du plancher pelvien aident à contrôler le flux urinaire en entourant l'urètre et en le comprimant pour arrêter le flux urinaire lorsque nécessaire.

3. Contrôle de la défécation : Les muscles du plancher pelvien aident à contrôler la défécation en entourant l'anus et en contractant pour aider à pousser les selles hors du rectum.
4. Sexualité : Les muscles du plancher pelvien sont également impliqués dans la sexualité, en aidant à maintenir l'érection chez les hommes et en augmentant la sensibilité du clitoris chez les femmes.

Les muscles du plancher pelvien peuvent devenir faibles ou endommagés en raison de facteurs tels que l'accouchement, l'âge et les problèmes de santé. Les exercices de Kegel sont une méthode efficace pour renforcer les muscles du plancher pelvien et améliorer leur fonctionnement.

I. Physiologiopathologie :

Le prolapsus génital est une affection qui se caractérise par l'affaissement ou la descente d'un ou plusieurs organes du petit bassin (utérus, vagin, vessie, rectum, etc.) de leur position normale, ce qui peut entraîner des symptômes tels que des douleurs, des troubles urinaires et/ou digestifs, ainsi qu'un inconfort ou une gêne lors des rapports sexuels. La physiopathologie du prolapsus génital est complexe et multifactorielle, impliquant des altérations anatomiques et fonctionnelles des structures de soutien pelviennes. Voici quelques éléments clés :

- Les structures de soutien du pelvis (muscles, fascias, ligaments) jouent un rôle clé dans la maintien des organes pelviens en place. Leur altération ou leur affaiblissement peut entraîner un affaissement des organes.
- Les causes du prolapsus génital sont multifactorielles, et peuvent inclure des facteurs tels que l'âge, la grossesse et l'accouchement, le surpoids, le tabagisme, des antécédents de chirurgie pelvienne, etc.
- L'effet cumulatif de ces facteurs sur les structures de soutien du pelvis peut entraîner un affaissement progressif des organes pelviens, qui peut se manifester cliniquement par différents types de prolapsus, tels que le prolapsus de l'utérus, le prolapsus vaginal, ou encore le prolapsus de la vessie.
- Les altérations du tissu conjonctif, telles que la fibrose, l'atrophie ou la dégénérescence des tissus, peuvent également contribuer à l'affaiblissement des structures de soutien pelviennes.

- Enfin, il convient de noter que le prolapsus génital est souvent multifactoriel, avec plusieurs causes coexistantes qui peuvent agir de manière synergique pour entraîner un affaissement des organes pelviens.

La compréhension de la physiopathologie du prolapsus génital est essentielle pour la prise en charge de cette affection complexe. Les traitements peuvent inclure des mesures conservatrices (telles que la rééducation périnéale, la perte de poids ou l'arrêt du tabac), des traitements chirurgicaux, ou une combinaison des deux en fonction de la gravité et des symptômes de chaque patiente.

IV. Les Étiologies :

1-facteurs congénitaux

Le prolapsus génital peut avoir plusieurs étiologies, dont les facteurs congénitaux. Voici une liste non exhaustive de certaines des causes congénitales possibles :

1. Malformations congénitales du développement des organes pelviens, telles que l'hypoplasie vaginale, l'absence d'utérus ou de vagin, l'agénésie rénale, l'atrophie vaginale, la duplication utérine et vaginale, le syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH), etc.
2. Les anomalies du collagène ou du tissu conjonctif, telles que le syndrome d'Ehlers-Danlos, qui peuvent affecter la résistance et l'élasticité des tissus du plancher pelvien.
3. Les anomalies chromosomiques, telles que la trisomie 18 ou la trisomie 21, peuvent également être associées à un risque accru de prolapsus génital.
4. Les facteurs génétiques jouent également un rôle important dans le développement du prolapsus génital. Les études ont montré que les antécédents familiaux de prolapsus génital augmentent le risque de développer cette pathologie.

Il est important de noter que, même si le prolapsus génital peut avoir des causes congénitales, il peut également être causé par des facteurs acquis, tels que la grossesse, l'accouchement, l'obésité, la ménopause, l'hystérectomie, la constipation chronique, la toux chronique, l'exercice physique intense, etc.

Il est donc crucial pour le médecin d'effectuer une évaluation approfondie de la patiente pour identifier les facteurs de risque potentiels et les causes sous-jacentes du prolapsus génital.

2-facteurs traumatiques :

Le prolapsus génital peut également être causé par des facteurs traumatiques, tels que les suivants :

1. Accouchement difficile avec utilisation d'instruments tels que forceps ou ventouses
2. Lésions périnéales lors de l'accouchement, par exemple des déchirures du périnée
3. Chirurgie pelvienne préalable, comme une hystérectomie ou une réparation d'une fistule vésico-vaginale

Ces facteurs peuvent affaiblir les muscles et les tissus de soutien du plancher pelvien, entraînant un prolapsus des organes génitaux.

3-modifications ménopausiques :

Les modifications ménopausiques sont également une cause courante de prolapsus génital. Après la ménopause, la production d'œstrogènes diminue, entraînant une diminution de la densité et de l'élasticité des tissus pelviens, notamment du tissu conjonctif et du muscle. Cette faiblesse des tissus pelviens peut conduire à un affaiblissement des muscles et des ligaments soutenant les organes pelviens, ce qui peut entraîner un prolapsus.

3-facteurs iatrogènes :

Le prolapsus génital peut également être causé par des facteurs iatrogènes, c'est-à-dire liés aux traitements médicaux ou chirurgicaux. Les interventions chirurgicales dans la région pelvienne, comme l'hystérectomie, peuvent endommager les tissus de soutien et entraîner un prolapsus. L'utilisation prolongée de certains dispositifs médicaux, comme les pessaires vaginaux, peut également causer un prolapsus.

Des études ont montré que les femmes ayant subi une hystérectomie ont un risque plus élevé de développer un prolapsus génital, en particulier si la chirurgie a été réalisée par voie vaginale plutôt que par laparoscopie ou laparotomie. De plus, la chirurgie pour traiter un prolapsus antérieur peut augmenter le risque de prolapsus postérieur.

Enfin, certaines pratiques médicales, comme la rééducation périnéale intensive, peuvent également augmenter le risque de prolapsus génital si elles sont pratiquées de manière inappropriée.

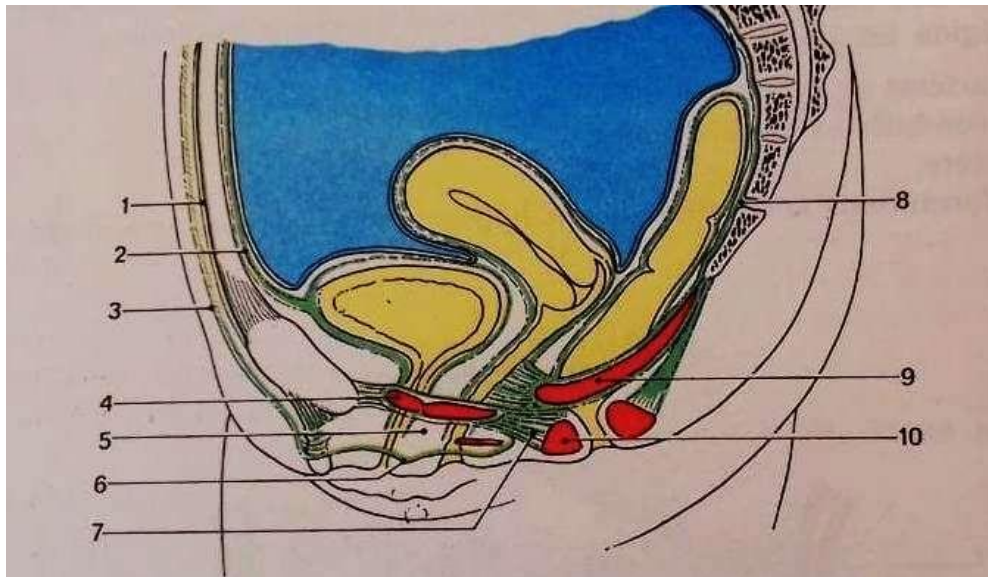


Figure 3 : le fascia pelvien viscéral (d'après Netter) (coupe sagittale).

1. Gaine du muscle droit de l'abdomen.
2. Ouraque
3. Fascia superficiel de l'abdomen.
4. Espace profond du périnée.
5. Espace superficiel du périnée.
6. Fascia superficiel du périnée.
7. centre tendineux du périnée.
8. Fascia retro rectal.
9. M.élevateur de l'anus.
10. m.sphincter externe de l'anus.

III .Classification des prolapsus

Classification « française »

Elle consiste en une stadification par rapport à la vulve pour chacun des éléments anatomiques :

-Stade1 : intra vaginal.

-stade 2 : avec atteinte de la vulve.

Stade3 : le dépassant.

Malheureusement, cette classification, simple et reproductible, reste trop imprécise. Actuellement, lui sont préférées deux classifications internationales : Half-Way System de Baden et Walker et surtout maintenant le POPQ.

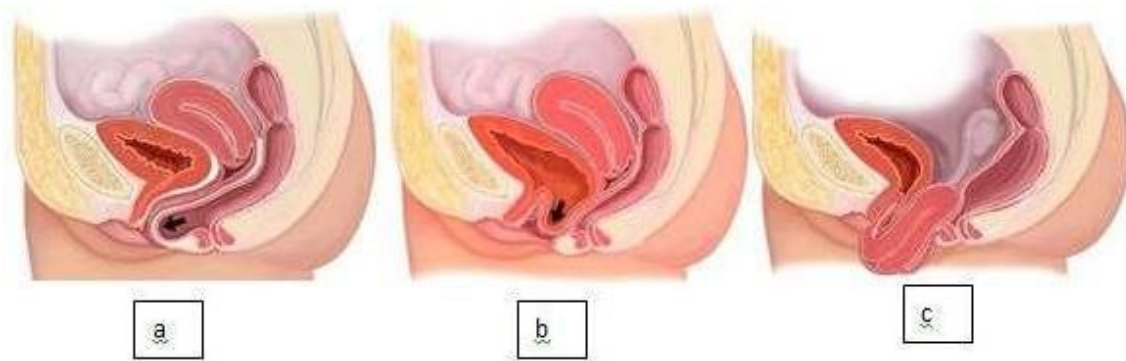


Figure 4: Mobilité durant une cystocèle (a), un rectocèle (b), une hystéroccèle(c).

Classification de Baden et Walker

Le prolapsus est alors évalué en décubitus dorsal, en position gynécologique lors d'une manœuvre de Valsalva et défini par rapport à l'hymen qui est le point de référence. La classification concerne les quatre étages pelviens : cystocèle, hystéroptose (ou prolapsus du dôme vaginal après hystérectomie), élytroccèle et rectocèle :

- **Grade 0** : position normale de l'étage étudié ;
- **Grade 1** : descente de l'étage à mi-chemin entre sa position normale et l'hymen ;
- **Grade 2** : descente de l'étage jusqu'au niveau de l'hymen ;
- **Grade 3** : extériorisation de l'étage au-delà de l'hymen ;
- **Grade 4** : extériorisation maximale ou éversion.

« POPQ » (Pelvic Organ Prolapse Quantification) :

L'examen peut être réalisé chez une patiente en décubitus dorsal en position gynécologique. Il nécessite un spéculum dont les deux valves sont désolidarisées afin de refouler la paroi vaginale opposée.

La descente des organes génitaux est évaluée au travers de la réalisation de

mesures en centimètres de points définis (neuf au total).

Les repères utilisés sont répartis sur le vagin antérieur, sur le dôme, sur le vagin postérieur en plus de 3 autres mesures complémentaires.

Huit mesures (Aa, Ba, C, D, Ap, Bp, gh, pb) s'effectuent lors de l'effort de poussée maximale ; seule la longueur vaginale totale (tvl) est mesurée au repos. L'hymen est le point de référence.

Les points proximaux en deçà de l'hymen (dans le vagin) ont une valeur négative, les points distaux au-delà de l'hymen auront une valeur positive ; le niveau hyménéal ayant par définition la valeur 0.

Paroi vaginale antérieure (a = antérieure)

- **Aa** : point situé arbitrairement à la partie médiane de la paroi vaginale antérieure à 3 cm du méat urétral, il correspond à la position du col vésical. Sa position peut varier entre - 3 et + 3 cm par rapport à l'hymen ; - 3 est en fait la position normale de la paroi vaginale antérieure et + 3 correspond au degré maximal en cas de cystocèle largement extériorisée.
- **Ba** : point le plus bas ou déclive de la paroi vaginale antérieure. Il est confondu avec Aa à - 3 cm, par définition, en l'absence de prolapsus et aurait une valeur comprise entre -3 et + tvl (longueur vaginale totale) dans le cas d'une éversion complète.

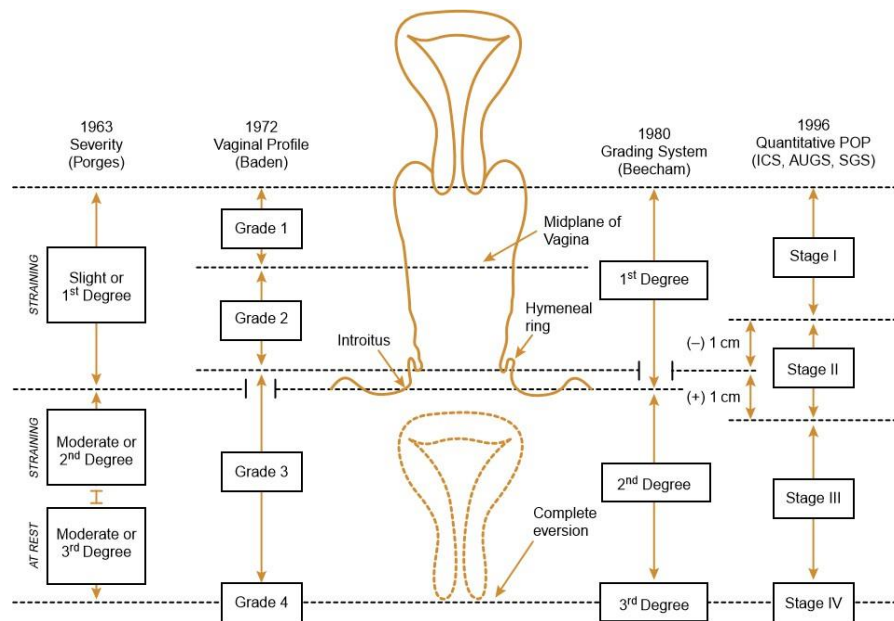


Figure 5 : Schéma des différentes classifications du POP illustrés par Mouritsen.L en 2005.

Fond vaginal

- **C** : correspond au col utérin ou au fond vaginal chez les patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie. Sa valeur est comprise entre - tvl (col ou fond non prolabé) et + tvl en cas d'éversion complète.
- **D** : point qui représente la position du cul-de-sac vaginal postérieur ou du cul-de-sac recto-utérin chez les patientes non opérées.

Un allongement hypertrophique du col est confirmé quand le point C est significativement distant du point D traduisant ainsi un massif cervical étendu. En l'absence de col, cette mesure n'est pas effectuée. Sa valeur est comprise entre -tvl et +tvl.

Paroi vaginale postérieure (p = postérieure)

- **Ap** : point situé à la partie médiane de la paroi vaginale postérieure à 3 cm de l'hymen. Il peut varier entre - 3 et + 3 cm par rapport à l'hymen ; - 3 est en fait la position normale de la paroi vaginale postérieure et + 3

- correspond au degré maximal du rectocèle.
- **Bp** : point le plus distal de la paroi vaginale postérieure par rapport à Ap, situé par définition à - 3 cm en l'absence de prolapsus et qui aurait une valeur positive dans le cas d'une éversion complète du fond vaginal chez les patientes hystérectomisées (jusqu'à +tvI au maximum).

Autres repères

Ils ont toujours une valeur positive.

- **gh** : diamètre du diaphragme génital, distance entre le méat urinaire et la fourchette vulvaire.
- **tvI** : longueur vaginale totale du fond vagin (ou cul-de-sac postérieur) à l'hymen.
- **Pb** : épaisseur du périnée, distance entre la fourchette vulvaire et le centre de l'anus.

À partir de ces neuf mesures, il est possible de classer le prolapsus selon cinq stades allant de 0 à 4 :

- **stade 0** : pas de prolapsus, tous les points sont à plus de 3 cm au-dessus de l'hymen ;
- **stade I** : le point le plus bas du prolapsus reste à 1 cm au-dessus de l'hymen ;
- **stade II** : le point le plus bas situé se situe entre + 1 cm et - 1 cm de part et d'autre de l'hymen ;
- **stade III** : le point le plus bas situé est situé à plus de 1 cm sous l'hymen, mais la longueur de l'extériorisation reste au moins inférieure de 2 cm par rapport à la longueur vaginale totale ;
- **stade IV** : tout point au-delà du stade III, le retournement complet vaginal; la

longueur de l'extériorisation vaginale correspond à l'ensemble de la longueur vaginale.

Cette classification est objective et rigoureuse mais elle n'est pas aisée, peu reproductible et rébarbative. Schussler met en évidence, chez 17 patientes une différence de significative de plus de 30% entre les examinateurs.

Nous avons choisi d'utiliser, dans notre étude, la classification de Baden et Walker qui plus simple dans sa compréhension, la plus rapide dans son exécution et la plus reproductible.

Il faudra choisir parmi les techniques avec conservation utérine puisque les possibilités de procréation doivent être conservées chez la femme jeune.

IX. étude clinique :

a) Interrogatoire :

-La descente d'organes ou prolapsus correspond à l'affaissement anormal de l'un des organes du pelvis féminin. Les femmes redoutent le prolapsus car il entraîne une gêne physique importante, et parfois de la honte. La plupart du temps, il se manifeste par une gêne dans le bas- ventre, une sorte de pesanteur ainsi que des troubles urinaires.

L'interrogatoire précise et recherche :

-un terrain prédisposant :

- Anatomique : amaigrissement rapide, obésité, douglas profond.

-Gynéco-obstétricaux : la date de survenue des troubles par rapport a la grossesse, aux grossesses multiples, multiparité, accouchements traumatique, poids de naissance élevé, Ø d'épisiotomie préventive, l'absence de rééducation périnéale du post partum, ménopause précoce/avérée.

= les antécédents chirurgicaux et plus particulièrement les interventions de

l'utérus, de prolapsus ou d'une incontinence urinaire d'effort.

- = l'histoire du prolapsus : l'âge de survenue, la cause, les circonstances de découverte, évolution, traitements déjà entrepris ;
- = les tares et traitements associés.
- = le désir de grossesse chez les patientes jeunes.
- = l'activité sexuelle chez les patientes âgées.

- = les facteurs favorisant de récurrences : (bronchite chronique, constipation, sport)
- = les troubles pelviens associés : incontinence anale ou difficulté à évacuer les selles, incontinence urinaire ou dysurie, impériosités mictionnelles, hémorragies génitales ;
- = surtout, le gêne fonctionnel quotidien qui est la principale justification chirurgicale.

B/La symptomatologie est variable :

Elle n'est pas corrélée à l'importance du prolapsus. Il peut s'agir de la perception d'une « boule » ou d'une masse vulvaire. Cette saillie est majorée en position debout ou à l'effort et diminuée en position de repos ou en décubitus dorsal.

Dans certaines situations la saillie des viscères peut être responsable de lésions de frottements à l'origine de saignements ou de leucorrhée.

D'autres symptômes, témoin d'une pathologie du plancher pelvien, peuvent révéler un prolapsus :

- **1 /Urinaires** : incontinence d'urines au repos ou à l'effort, impériosité mictionnelle, urgences mictionnelles ou pollakiurie diurne (>6) ou nocturne (> 2), dysurie (lié souvent à un prolapsus volumineux qui comprime l'urètre, pouvant être corrigée par une manœuvre digitale intra-vaginale), incontinence par regorgement ; en cas d'IUE, on devra quantifier l'importance de l'I.U.E :

1er degré I : effort de poussée, de rire, d'éternuement, de toux, du port d'une charge lourde.

2ème degré II : à une marche rapide. 3ème

degré III : au fait de se lever.

On pourra aussi utiliser une méthode plus objective : PAD test qui consiste à peser des garnitures pour apprécier le volume d'urines perdues.

- **2/Digestives** ; incontinence anale au gaz ou au fèces, impériosités défécatoires, prolapsus rectal extériorisé, troubles de la défécation (dyschésie ano-rectale, pouvant être corrigée par une manœuvre digitale intra-vaginale).
- **3/Génitaux-sexuels**: impression de béance vulvaire, gaz intra- vaginaux, perte de sensibilité vulvo-vaginale, dyspareunie d'intromission par obstacle, saignements post-coïtaux, gêne liée à l'organe prolapsé.
- **4/Altération de la qualité de vie** : appréciée par des échelles spécifiques (DITROVIE) qui comportent des questions sur l'activité physique, sportive, le travail, l'anxiété et la dépression.
- **5/douleurs dorso-lombaires.**
- **6/infections urinaires et génitales à répétition.**

Enfin, un prolapsus même important peut être totalement asymptomatique.

Ensuite, *l'examen sous spéculum* permet de vérifier l'aspect du colutérin (voire de pratiquer frottis). Il comporte plusieurs étapes, réalisées vessie pleine,

b.Examen clinique :

Cet examen doit suivre une standardisation qui prend en compte tous les éléments nécessaires à un bilan lésionnel des plus complets afin non seulement de guider l'acte chirurgical, mais aussi de prévenir l'évolution de telles lésions (par la rééducation en post-partum par exemple).

L'examen clinique débute dès que la patiente pénètre dans votre cabinet de consultation. On notera la posture en position debout, on dépistera les troubles de la statique rachidienne, de la marche ou tout élément pouvant interférer sur la prise en charge.

L'examen spécifique s'effectue sur une patiente **dévêtue** installée en **position gynécologique**. Cette position reste la plus confortable pour la patiente et pour le praticien : les jambes sont placées écartées et fléchies dans des étriers, le bassin au bord de la table d'examen

Les positions d'examen « proctologique » genu pectorale ou encore en décubitus latéral gauche (position de Simms) ne permettent pas d'explorer correctement le périnée antérieur, voire même faussent l'interprétation puisque, pour la position genu pectorale, les prolapsus se trouvent réduits. Néanmoins si cet examen en position gynécologique est le plus souvent suffisant, parfois il faut réexaminer la patiente dans d'autres positions :

- = **accroupie ou debout**, en demandant à la patiente d'appuyer la jambe gauche sur un petit tabouret, ce qui permet un toucher bidigital en poussée, dans d'excellentes conditions ;
- = **en position genu pectorale** en cas de suspicion de pathologie de l'étage postérieur.

La nécessité d'un tel examen doit être bien comprise par la patiente puisque cette exploration médicale touche à son intimité la plus profonde.

Toute incompréhension doit être levée avant l'examen par des explications adéquates, éventuellement appuyées par un schéma.

Le périnée n'est examiné qu'après l'abdomen, temps préliminaire qui établit une relation de confiance. L'examen physique doit être bien entendu complet, aussi bien au niveau génito-urinaire qu'au niveau ano-rectal associant deux temps : un premier temps d'inspection et un deuxième temps d'« exploration » clinique.

c/ L'inspection vulvo-périnéale, vaginale et péri-anale :

Ce premier temps est une période d'observation qui permet de dresser un rapide « état des lieux ».

= Il s'agit d'un examen visuel. Au repos, on apprécie : **La trophicité**; on peut noter toute altération de cette trophicité: hyperkératose, érosions, ulcérations ou la présence d'une éventuelle dermatose locale (lichen). L'atrophie est de loin l'anomalie la plus fréquente ; l'examen du vagin au spéculum révèle alors un amincissement de l'épithélium vaginal, une disparition des crêtes et une apparence pâle et sèche (l'humidité de la muqueuse vaginale est un bon reflet de l'imprégnation hormonale). Les tissus épithéliaux sont souvent friables et des hémorragies pétéchiales sous muqueuses peuvent être constatées.

= **Le degré de béance** vulvaire ; normalement la vulve apparaît fermée en position gynécologique mais elle peut être béante ou à l'opposé étroite et fermée.

= **La distance anovulvaire** normalement de 3 à 4 centimètres et la distance anosymphysaire (de 5 à 8 cm).

= **La région péri-urétrale** à la recherche d'une caroncule au niveau urétral (ectropion ou prolapsus muqueux de l'urètre souvent présent chez les patientes âgées pouvant être à l'origine de saignements), d'un éventuel diverticule urétral ; on peut profiter de l'inspection pour solliciter des efforts de toux de la patiente pour, avant toute manoeuvre, objectiver des fuites urinaires et noter la mobilité de la jonction uréthro-vésicale.

= Même au repos, il peut exister une tuméfaction faisant saillie à la vulve ou un prolapsus rectal. L'effort de poussée peut faire apparaître les éléments d'un prolapsus pelvien antérieur, médian, postérieur qu'il faudra analyser et quantifier à l'aide de l'examen aux valves réalisé dans la continuité. Une simple poussée est parfois insuffisante ; il faut demander à la patiente de pousser en tirant et en écartant les cuisses qu'elle saisit au niveau des creux poplités. En retenue, si les releveurs sont efficaces, les éléments prolapsés peuvent réintégrer le petit bassin et

la vulve se fermer.

= L'état du périnée. Il peut être cicatriciel, éculé, descendu ou descendant (se ballonnant à la poussée avec une disparition complète du sillon fessier avec une protrusion de l'anus).

= L'aspect de la marge anale. Le caractère irrité, excorié ou souillé de glaires ou de selles confirmerait un symptôme d'incontinence, la perte des plis radiés péri-anaux évoquerait quant à elle une rupture sphinctérienne.

d/ L'examen physique

Cet examen est axé principalement sur la mise en évidence de **l'incontinence urinaire** et sur l'étude de la statique des organes pelviens. Son interprétation doit tenir compte du degré de réplétion vésicale, de la position de la patiente et de l'effet du prolapsus. Pour éviter ces biais, il doit être standardisé. La patiente étant installée en général **en décubitus dorsal**, sur table gynécologique, l'examen est pratiqué à **vessie pleine** de façon statique et dynamique : **au repos, en poussée**

Abdominale continue (Valsalva), **à la toux** et **en effort de retenue** en sollicitant une contraction volontaire des muscles élévateurs de l'anus.

-**À la toux**, on recherche **une fuite urinaire** en s'assurant préalablement que la vessie n'est pas vide. Il faut faire tousser de manière répétitive et de plus en plus fort si besoin, car ce n'est parfois qu'après plusieurs essais qu'on voit jaillir du méat urétral quelques gouttes, voire un jet plus ou moins puissant.

Une observation attentive doit noter le synchronisme rigoureux de la fuite avec **l'effort** : dans le cas d'une incontinence urinaire d'effort pure, la fuite d'urine survient pendant **l'effort** et cède à son arrêt ; elle est à différencier d'une miction involontaire déclenchée par l'hyperpression abdominale.

Par ailleurs, **l'existence d'un prolapsus peut masquer l'incontinence urinaire** : c'est l'effet « pelote ».

Partie théorique

Il faut donc renouveler les tests en réintégrant le prolapsus : valve dans le cul-de-sac vésico-utérin corrigeant la cystocèle, appelé valve de Pozzi sur le col réintégrant celui-ci, valve postérieure inhibant l'ampliation d'une rectocèle ou encore test au pessaire.

Les mêmes manoeuvres seront répétées à la poussée (il est à noter que ces efforts de toux ou en Valsalva peuvent aussi révéler une incontinence aux gaz, voire aux selles). Parfois, cette incontinence n'apparaîtra qu'en position **debout, cuisses écartées** .

l'interrogatoire guidera en cas de discordance la nécessité de telles positions.

En cas d'incontinence totale, a fortiori si l'on suspecte une fistule vésico-vaginale, un examen minutieux est requis pouvant être potentialisé par la mise en place d'une solution colorée en intravésical (par exemple bleu de méthylène).

La fuite étant objectivée, initialement, on pratique alors la **manoeuvre de Bonney** décrite pour étudier l'effet du repositionnement» du col vésical dans l'enceinte abdominale fidèle à **la théorie d'Enhorning**, elle consistait à refouler vers le haut le cul-de-sac vaginal antérieur, sans comprimer l'urètre, au moyen de deux doigts ou d'une pince pour présumer de l'efficacité d'une éventuelle colposuspension comme leBurch.

Actuellement, elle est remplacée par **la manoeuvre de soutènement** de l'urètre [Celle-ci, en réalisant un soutènement de l'urètre distal à l'aide d'un soutien à 1 cm en arrière du méat et de part et d'autre de l'axe urétral à l'aide de deux cotons-tiges ou d'une pince

entrouverte permet par sa positivité de préjuger de l'efficacité future d'une fronde sous-urétrale de type « TVT ».

L'examen au spéculum :

Réalisé à l'aide d'un spéculum à valve **démontable** type **Colin**, il permet en premier lieu de faire un examen gynécologique standard :

On réalisera **un frottis cervico-vaginal** après examen du vagin et du col utérin et éventuellement **une biopsie** d'endomètre si l'on envisage une conservation utérine et si l'absence de sténose cervicale l'autorise. Position debout, couchée puis vessie vide :

❖ Temps moyen :

On demandera à la femme de pousser tout en retirant progressivement le spéculum. Le col utérin peut ainsi descendre un peu correspondant à une hystérocèle stade 1, jusqu'à la vulve correspondant

une hystérocèle stade 2 et sortant de la vulve correspondant à une hystérocèle stade 3.

Puis les deux temps antérieur et postérieur après avoir séparé les deux valves du spéculum

❖ Temps antérieur :

❖ A l'aide de l'une des deux valves, on refoule la paroi postérieure du vagin et on demande à la femme de pousser, peut apparaître une colpocèle antérieure stade 1, 2 ou 3. Ce bombement du vagin correspond le plus souvent à une cystocèle (saillie vésicale) parfois à une urétrocèle (saillie antérieure de l'urètre).

Peut apparaître également une fuite d'urines à l'effort.

Recherche d'une incontinence urinaire par demande de tousser en réalisant des manœuvres spécifiques :

Dans la manœuvre de **Bethoux**, on refoule le col utérin à l'aide d'une pince et les fuites urinaires disparaissent. Dans la manœuvre de **Bonney**, on remonte le col vésical dans l'enceinte abdominale en mettant deux doigts de part et d'autre du col vésical et ainsi, les fuites urinaires à l'effort disparaissent. Elle correspond à un bon pronostic chirurgical en cas d'IUE. Le TVT test ou

manœuvre d'Ulmsten consiste à réaliser un soutènement de l'urètre sans pression à l'aide d'une valve ou d'une pince languette afin d'empêcher sa descente au cours d'un effort de poussée.

Si les fuites urinaires n'apparaissent plus, une intervention type TVT devrait être efficace.

- ❖ Temps postérieur :

Manœuvre valve postérieure



On refoule la paroi antérieure du vagin. A l'effort peut apparaître une colprocèle postérieure correspondant à une rectocèle (saillie du rectum dans le vagin) ou à une élytrocèle (hernie du cul de sac de Douglas dans la cloison recto-vaginale). Le toucher rectal permettra de faire la différence entre les deux en percevant dans un cas des anses digestives prolapsées correspondant à une hernie du cul de sac de Douglas.

Les touchers pelviens :

Dans la suite logique, l'examen comporte également des touchers pelviens.

Par le **toucher vaginal**, on apprécie la sensibilité de l'urètre, l'état de la cavité vaginale, de l'utérus (associé au palper abdominal) et des annexes et le testing périnéal.

Le toucher rectal, quant à lui, évalue le tonus et le comportement du sphincter anal ainsi que son intégrité lors d'une contraction volontaire, à la poussée et la résistance au déplissement anal. Il recherche une lésion endoanale éventuelle et notamment la présence d'un prolapsus interne du rectum, juge de l'état de la cloison recto-vaginale et explore le contenu de l'ampoule rectale : sa vacuité ou au contraire la consistance et le volume des selles présentes. Le doigt intrarectal crochète et expose la rectocèle, mais il faut garder à l'esprit que chez toute femme, ce geste peut artificiellement amplifier la rectocèle du fait de la laxité naturelle de la cloison recto-vaginale et ce n'est donc qu'en présence d'une symptomatologie concordante que le diagnostic de rectocèle « pathologique » sera retenu.

Les touchers pelviens, **vaginal et rectal**, sont réalisés séparément puis de façon associée : ils permettent ainsi de distinguer une élytrocèle.

L'exploration est alors **bidigitale** (doigt endovaginal, doigt endorectal)

en demandant à la patiente d'exercer un effort de poussée (hyperpression abdominale) :

la sensation d'interposition entre ces 2 doigts d'éléments mobiles parfois

gargouillants (du fait du péristaltisme) témoigne de la présence dans le cul-de-sac de Douglas d'anses intestinales.

Néanmoins, l'examen clinique est le plus souvent très insuffisant au diagnostic d'entérocele : 50 à 84 % des cas d'entéroceles sont en effet méconnus par l'examen clinique.

Ce toucher combiné permet également d'évaluer la tonicité ainsi que la qualité du noyau fibreux central.

Le testing périnéal quantifie la qualité des élévateurs de l'anus (en fait des faisceaux pubococcygiens). Pour ce faire, l'index et le médus légèrement écartés seront placés à plat, sur les premiers centimètres à sa face postérieure. La force de contraction des muscles sera notée ainsi que la qualité et la durée de la contraction.

La cotation se fait de **0 à 5** :

0 : pas de contraction.

1 : contraction très faible, perçue sur le doigt comme un frémissement.
2 : contraction faible mais incontestable.

3 : contraction bien perçue mais insuffisante pour être contrariée par une opposition faible.

4 : contraction forte mais opposition modérée.

5 : contraction forte, résistance à une opposition forte.

Ces contractions doivent pouvoir être prolongées avec une force égale pendant 5 secondes.

Une comparaison entre le releveur gauche et le releveur droit (siège plus fréquent des épisiotomies) peut être faite en cas d'asymétrie et de défaut musculaire. L'examen permet de dépister une participation « parasite » des adducteurs, des fessiers ou des

abdominaux aux efforts de retenue. Chez certaines patientes, on note alors une incapacité à se relâcher, voire une hypertonie des élévateurs. Ces cas incitent à rechercher une inversion de commande périnéale : le toucher rectal, en poussée, objective non pas un relâchement du tonus anal, mais au contraire son renforcement;

on parle alors d'asynchronisme abdomino pelvien.

En outre, l'examen à cet instant peut authentifier un « diastasis » des releveurs : la force des releveurs est conservée, mais l'amarrage sur le noyau fibreux central n'est plus perçu.

L'examen clinique s'achève par l'examen neurologique du périnée notamment en cas d'altération du testing ou du tonus du sphincter anal. Cet examen **neuro-périnéal** évalue d'abord la sensibilité des derniers métamères sacrés à la recherche d'un trouble de la sensibilité péri-anale (comme l'anesthésie en selle dans le syndrome de la queue de cheval). Il explore la sensibilité tactile discriminative, nociceptive,

Thermique des différents territoires sensitifs :

- ✓ **S2** à la face postérieure des cuisses.
- ✓ **S3** au niveau des grandes lèvres, des plis fessiers et la région coccygienne ;
- ✓ **S4** dans la région péri-anale.

Puis l'examen neurologique du périnée se poursuit par l'étude de la réflexivité périnéale :

- **le réflexe anal (S4)** : contraction du sphincter anal au retrait du doigt anal ou à la piqure de la marge anale.
- La contraction anale à la toux est un réflexe faisant intervenir de nombreux segments situés plus hauts.
- **Le réflexe bulbo-caverneux (S3)** : contraction du sphincter anal et des muscles releveurs à la stimulation du clitoris (chiquenaude, pincement).

X. LES DIFFÉRENTES SITUATIONS CLINIQUES

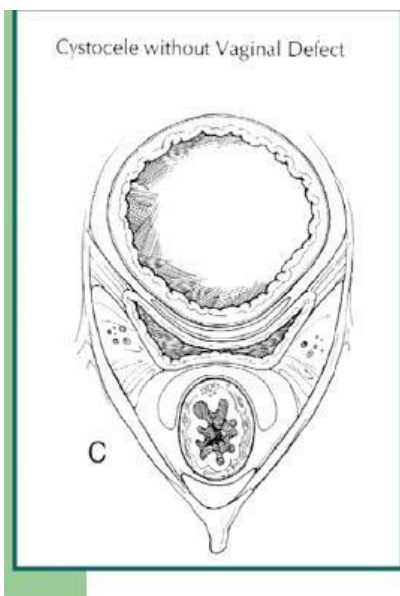
Celles-ci peuvent survenir de façon isolée, ou associées entre elles et s'accompagner d'une incontinence urinaire.

La cystocèle

C'est une hernie de la face postérieure de la vessie refoulant vers l'arrière et le bas la face antérieure du vagin. On distingue généralement :

- ❖ les cystocèles latérales :

Qui correspondent à une désinsertion du fascia viscéral, le vagin conserve alors ses stries transversales et la correction du défaut paravaginal par repositionnement des culs de sac.



❖ Les cystocèles médianes

où le vagin apparaît lisse, atrophique avec une perte du relief muqueux ; il s'agit d'un défaut médian où les cul-de-sac vaginaux restent en place. En fait, l'identification préopératoire n'est pas toujours aussi simple ; de plus des formes intermédiaires, mixtes et/ou asymétriques sont fréquentes.

La cystocèle symptomatique s'accompagne généralement d'une pollakiurie et surtout d'une dysurie ; l'incontinence urinaire quant à elle est fréquemment masquée.

L'hystérocèle

Il s'agit d'une « descente » d'utérus, le diagnostic clinique est évident mais peut nécessiter une traction douce sur le col réalisée avec une pince de Pozzi pour l'objectiver. Il n'y a pas de symptomatologie spécifique, le plus souvent est décrite une pesanteur.

Le diagnostic différentiel est l'allongement de col que l'on peut observer notamment après ventrofixation ou promontofixation : le corps utérin est en général fixé, l'isthme utérin s'étire vers le bas « en crayon » associé à un massif cervical intravaginal de volume variable (atrophique ou à l'opposé hypertrophique).

La rectocèle

C'est une hernie de la face antérieure du rectum refoulant vers l'avant et le bas la face postérieure du vagin. On peut distinguer les rectocèles basses, sus-anales infra-lévatoriennes et des rectocèles hautes sus-lévatoriennes qui intéressent la totalité de la paroi vaginale, souvent associées à une élytrocèle. La rectocèle symptomatique se traduit généralement par une constipation terminale avec dyschésie qui peut nécessiter des manœuvres intravaginales de refoulement de la poche herniée lors des efforts de défécation.

L'élytrocèle

Le clivage de la cloison recto-vaginale par le cul-de-sac de Douglas (élytrocèle) peut, comme la rectocèle, provoquer une colpocèle postérieure.

L'élytrocèle peut contenir différents éléments : intestin grêle, colon sigmoïde ou grand épiploon. À l'origine de manifestations cliniques mal systématisées (pesanteur pelvienne, parfois même douleurs), elle est de diagnostic clinique difficile. Parfois confondue avec une rectocèle à laquelle elle est souvent associée, elle est surtout évoquée après hystérectomie. Le toucher bidigital est nécessaire, mais pas toujours suffisant, pour affirmer le diagnostic : défécographie, échographie ou IRM peuvent s'avérer alors indispensables.

Le périnée descendant/descendu

-Ce sont deux diagnostics d'inspection. Normalement, le périnée postérieur est situé au repos au niveau des ischions et descend de 3 à 4 cm lors d'un effort de poussée. Au-delà, on parle de descente périnéale anormale.

- Dans le périnée descendant, la descente anormale survient à l'effort de poussée. Le périnée vient alors bomber largement au-dessous des ischions, en se « ballonnant », ce qui efface le sillon inter-fessier. L'effort de retenue ramène le périnée dans sa position de repos.

- Le périnée descendu est un stade ultérieur de la dégradation du plancher pelvien. La descente périnéale est spontanément anormale, encore aggravée par la poussée. L'effort de retenue ne corrige pas ou peu la descente périnéale. Au toucher, le testing des élévateurs est nul ou très faible. Ces anomalies sont la conséquence d'étirements aigus (accouchements) et/ou chroniques répétés (constipation) des muscles du plancher pelvien et de leurs nerfs.



- Le périnée descendant ou descendu doit être reconnu, car il signe un périnée fragilisé. Il aggrave les troubles de l'exonération, le périnée «fuyant » devant la selle.

Il peut accompagner une incontinence anale, conséquence de la neuropathie d'étirement.

La rupture sphinctérienne anale

-La rupture sphinctérienne la plus habituellement rencontrée est antérieure, et de cause obstétricale.

- Les manifestations d'incontinence peuvent survenir très à distance du traumatisme, souvent à la ménopause, lorsque la sangle pub rectale s'affaiblit et ne parvient plus à maintenir une occlusion anale suffisante. Dès l'inspection, on peut observer un raccourcissement, voire la disparition de la distance anovulaire, une béance anale au repos de même qu'une perte des plis radiés de l'anus (figure 11).

Le toucher rectal voire bi digital objective le défaut et quantifie sa sévérité.

La procidence interne (prolapsus intrarectal)

Elle ne donne que peu de signes cliniques spécifiques, peut s'accompagner d'une descente périnéale, d'une béance anale, de troubles de la coordination périnéale. Le toucher rectal peut percevoir le boudin d'invagination à la poussée. La position accroupie est parfois nécessaire.

Le prolapsus extériorisé du rectum

Le diagnostic est le plus souvent évident cliniquement, cependant il n'est pas toujours aisé. L'extériorisation peut être incomplète (prolapsus muqueux anorectal) ou absente. Dans cette seconde situation où les patientes décrivent une symptomatologie typique, mais chez qui il est impossible d'observer une quelconque extériorisation rectale, l'hypotonie anale, la présence de glaires sont évocatrices.

L'effort de poussée sur le doigt, en leur demandant une tentative d'exonération, peut aider à démasquer le prolapsus. Le recours aux examens complémentaires est utile pour authentifier le prolapsus et guider la prise en charge.

XI. EXAMENS PARACLINIQUES :

L'apport des examens paracliniques et des examens urodynamiques doivent être donc défini de façon très rigoureuse.

Le prolapsus pelvien de la femme est un diagnostic clinique qui, dans ses formes simples ne justifie pas de bilan paraclinique spécifique

L'imagerie intervient dans un 2eme temps et sera proposé pour

- Permettre une meilleure différenciation du type de prolapsus dans les lésions complexes
- Identifier des prolapsus masqués à l'examen clinique

Les examens radiologiques, urologiques et le colpocystogramme nous ont permis de comprendre les troubles des statiques pelviennes ; mais ils ont actuellement fortement concurrencés par l'échographie et les examens urodynamiques.

Que reste-t-il de leurs indications actuelles ? les bilans urodynamiques ont permis à leur tour de mieux comprendre la physiopathologie des troubles urinaires mictionnels et des fuites d'urines liées ou non au prolapsus. Peut-on se passer de

ces bilans en cas d'absence de troubles urinaires cliniques patents ?

1. examens de routine :

-examen du col utérin, prélèvements bactériologiques éventuels, frottis cervico-vaginaux de dépistage

-examen du méat urétral, prélèvement endo-urétral à la recherche des germes, imprégnation hormonale, d'autant qu'il existe un ectropion de la muqueuse urétrale (pseudo-polype de l'urètre) .

-cytobactériologique urinaire.

2. uretroscopie :

Elle permet un bilan de l'état de la muqueuse uretrale, de l'aspect du col de la vessie lors des épreuves de retenue de la miction ,de l'aspect du trigone et des méats , de l'aspect de la muqueuses vésicale et la façon dont la vessie se laisse remplir. Elle est utile en cas de troubles mictionnels

3. examens radiologiques :

a)urographie intraveineuse :

Cet examen a perdu de ces indications. Devant un grand prolapsus il faut penser à faire une urographie intraveineuse pour mettre en évidence un gêne du péristaltisme urétral lors de la bascule du trigone vésical

b) cystographie mictionnel en fin d'UIV :

Elle permet d'explorer la vidange vésicale, précise la perméabilité du col vésical et de l'urètre, apprécie la qualité des contractions du détrusor, dépiste un éventuel reflux vésicaux-urétral et quantifie les résidus post mictionnels

c)colpocystogramme :

il permet de visualiser la dynamique des organes pelviens opacifiés lors des efforts de poussée et de retenue .Sa technique doit être rigoureuse. Il a perdu son intérêt du fait de sa mauvaise acceptabilité par les patientes.

Cet examen n'a pas de valeur explicative réelle de fuites urinaires associées au prolapsus.

d) échographie pelvienne :

Cet examen est utile en complément de l'examen clinique pour préciser le volume utérin et confirmer une aplogie annexielle.

Elle apporte des renseignements sur la fonction vésicale, sa vidange et l'existence d'un résidu post mictionnel

e)hysteroscopie :

Elle peut être indiquée si l'on décide de laisser l'utérus en place afin de vérifier l'intégrité de la cavité utérine et de donner une mesure précise de l'allongement du col utérin

f) L'IRM :

Si le colpocystogramme reste pour l'instant l'examen de référence dans l'évaluation des prolapsus multicompartimentaires, la place de l'IRM en cours d'évaluation est prometteuse car cet examen unique permet une évaluation dans le plan sagittal, axial ou frontal de l'ensemble des étages pelviens. Les séquences

dynamiques de L'IRM semblent les plus intéressantes (effort de poussée, de retenue, d'évacuation)

4. bilan urodynamique :

L'exploration urodynamique vise à préciser les anomalies d'une anomalie d'une unité fonctionnelle vésico-urétrale souvent intéressée par les troubles de la statique pelvienne.

Cette unité fonctionnelle répond à une physiologie complexe notamment par son intervention. Il est particulièrement indiqué en cas d'incontinence urinaire d'effort associé au prolapsus (précisant la part de la ptose génitale dans la survenue de la fuite urinaire, mais recherchant d'autres causes éventuellement associées dont la méconnaissance conduirait à l'échec d'un traitement chirurgical même habilement mené), mais aussi en cas de prolapsus apparemment isolé sans IUE, car il peut révéler ou confirmer une IUE potentielle dont il faudra tenir compte lors de la cure chirurgicale du prolapsus.

Les résultats de ce bilan, sont bien sûr confrontés avec les résultats de l'examen clinique minutieux, pour permettre poser les meilleures indications thérapeutiques.

a. cystomanométrie :

La cystomanométrie réalise un enregistrement de la pression intra vésicale pendant la réplétion.

- L'instabilité vésicale correspond à des contractions non contrôlables du détrusor, se traduisant par :

- De grandes variations de pressions (supérieur à 15 cm H₂O) Lors de remplissage.

- Un premier besoin mictionnel précoce ; souvent accompagné de fuite urinaire.

- Une capacité vésicale diminuée.

- L'hypertonie vésicale se traduit par un tonus de base élevé, un redressement rapide de la pente de pression lors du remplissage, un premier précoce, mais sont les grandes oscillations de pressions de l'instabilité.

- L'atonie vésicale réalise le phénomène inverse avec :

- Un tonus de base peu élevé ;

- Un premier besoin mictionnel très tardif ;

- Une pression très basse lors du remplissage ;

- Une capacité vésicale très augmentée (supérieur à 600 ml).

b. sphinctrométrie ou profil urétral :

La sphinctrométrie réalise une mesure du gradient de pression vésico-urétral, au repos puis l'effort, grâce à un enregistrement simultané des pressions vésicales et urétrales.

XIII.Prise en charge

Traitement médical

Kinésithérapie

La défaillance des muscles du plancher pelvien joue un rôle primordial dans la genèse des prolapsus .

La revue de Cochrane publiée en 2006 indiquait que les données disponibles étaient insuffisantes pour recommander la rééducation périnéale dans le traitement des prolapsus, et que des études randomisées étaient nécessaires.

Une étude prospective randomisée récente a montré une amélioration du prolapsus et des symptômes après rééducation chez des patientes présentant un prolapsus de stade 1 à 2 selon la classification POP-Q et qu'il n'y avait pas d'amélioration significative du prolapsus chez les patientes présentant un prolapsus en dessous de l'hymen. L'effectif de cet essai était cependant limité.

En cas de prolapsus modéré de stade 1 ou 2, ce qui est souvent le cas chez la femme jeune, la kinésithérapie peut améliorer le stade du prolapsus et les symptômes des patientes. En cas d'efficacité, la rééducation peut donc retarderle recours à une intervention chirurgicale.

Pessaire

Le pessaire est un des traitements du prolapsus et doit être proposé aux patientescomme alternative à la chirurgie.

Aucune étude n'a été réalisée spécifiquement chez la femme jeune et la plupart des données disponibles concernent la femme ménopausée.

L'utilisation d'un pessaire peut parfois altérer l'image de la féminité et entraîner un inconfort dans la vie sexuelle, ce qui est déjà le cas des patientes

souffrant d'un prolapsus. Le traitement par pessaire est mieux accepté par les femmes âgées.

Il pourra parfois permettre de retarder l'intervention chirurgicale et être « une solution d'attente » avant l'obtention d'une grossesse. Son utilisation est également un bon test thérapeutique avant chirurgie.

Traitement chirurgical

La prise en charge chirurgicale du prolapsus de la femme jeune est complexe du fait de la nécessité d'obtenir un bon résultat anatomique avec le moins de récurrences possible, tout en conservant ses possibilités de procréation et en préservant sa qualité de vie sexuelle.

Chirurgie par voie basse sans prothèse

Il faudra choisir parmi les techniques avec conservation utérine puisque les possibilités de procréation doivent être conservées chez la femme jeune.

Intervention de Manchester

L'intervention de Manchester consiste à réaliser une incision péri-cervicale avec une incision en T antérieure. L'espace vésico-utérin est disséqué afin de dégager l'isthme. Le Douglas est disséqué sans être ouvert afin d'individualiser les deux ligaments utéro-sacrés qui sont libérés sur quelques centimètres puis sectionnés au ras de l'utérus. Les deux utéro-sacrés sont croisés et fixés en antérieur sur

l'isthme utérin par un ou deux points de fil non résorbable mono filament. Le col est ensuite sectionné et le vagin suturé à l'isthme. Cet artifice permet de remettre en tension les utéro-sacrés.

Cette intervention se complique dans 10 à 15 % des cas environ d'une sténose isthmique secondaire avec hématométrie, dysménorrhées et douleurs

pelviennes.

Si on fait le parallèle avec les trachélectomies réalisées pour cancer du col utérin, on retrouve une fertilité diminuée avec un taux de fausses couches augmenté (21 % de fausses couches au premier trimestre et 8% au second). Le taux d'accouchements prématurés est également augmenté par incompetence cervicale. Chez ces patientes, la surveillance par frottis est difficile. L'intervention de Manchester ne semble donc pas être la technique de choix pour le traitement du prolapsus de la femme jeune.

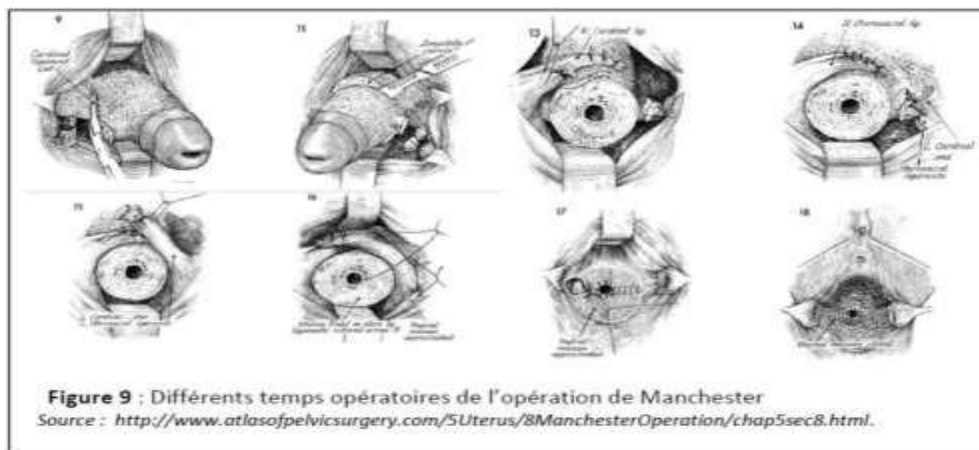


Figure 6: Différents temps opératoires de l'opération de Manchester.

Intervention de Richardson

La sacro-spinofixation est le traitement de référence de la chirurgie par voie basse sans prothèse. L'intervention de Richardson ou hystérosacrocolpopexie.

Consiste à fixer l'isthme utérin et les ligaments utéro-sacrés au ligament sacro-épineux par du fil non résorbable.

On réalise une colpotomie longitudinale postérieure permettant de disséquer la fosse para-rectale d'un côté (choisi selon les habitudes de l'opérateur) et de dégager le ligament sacro-épineux. Ce ligament est aiguillé par deux points de fil non résorbable monobrin. La solidité de la prise est vérifiée avant d'aiguiller un ligament utéro-sacré puis l'autre. La fermeture vaginale est amorcée par un surjet avant de serrer les deux points sans tension en prenant garde de ne pas coller le col au ligament sacro-épineux, ce qui pourrait provoquer des douleurs et dyspareunies. Le taux de récurrence après hystérosacrocolpopexie varie de 6,5 % à 26% selon les études avec un recul de seulement 13 à 57 mois.

Triple opération périnéale avec hystérectomie

La triple opération périnéale se base sur 3 temps : le premier temps consiste à une hystérectomie vaginale, suivi par le temps antérieur qui consiste en la remise en place et le maintien de la vessie par la dissection et la suture de fascia de Halban. Et on termine par le temps postérieur en réparant la composante rectale du prolapsus.

1^{er} temps : temps antérieur « Hystérectomie »

- On commence par une colpotomie antérieure et décollement vésico-utérin ;
- On enchaîne avec une colpotomie postérieure et ouverture du Douglas ;
- Puis les incisions vaginales latérales : Entre les incisions des colostomies antérieure et postérieure, on trace au bistouri deux sillons de quelques millimètres dans lesquels viendront s'appliquer les fils des futures ligatures. Ces incisions doivent être assez loin du col (un travers et demi de doigt) pour que le moignon des ligaments utéro-sacrés sectionnés soit suffisamment long pour éviter le « dérapage » des fils de ligature ;

- On enchaîne avec le traitement des ligaments utéro-sacrés et des artères utérines droite et gauche à travers une ligature-section ;
- Ensuite on procède à l'extraction de l'utérus ;
- Puis on fait la section et ligature des ligaments utéro-ovariens droit et gauche ;
- Après on vérifie l'hémostase des ligaments utéro-sacrés et des artères utérines ;
- On procède ensuite au godronnage de la tranche vaginale postérieure.

L'intervention se termine par la péritonisation qui consiste à fermer le péritoine par deux héli-bourses en extériorisant les pédicules utéro-sacrés, utérins et utéro-ovariens .

2^{ème} temps : La plastie antérieure

On conduit une colpotomie antérieure transversale à la jonction de la muqueuse vaginale et cervicale prolongée par incision médiane jusqu'à 1 cm de l'orifice urétral, (incision de Crossen). « Au cours de ce temps, il faut éviter de commettre l'erreur de faire le clivage vésico-vaginal trop près du vagin par crainte de blesser la vessie, et de cheminer ainsi entre le fascia de Halban et le vagin. Le plan de clivage à ce niveau est artificiel et, par la suite, la dissection vésico-vaginal elle-même devient plus difficile ».

On enchaîne avec une dissection vésico-vaginale réalisée avec plicature. Au cours de ce temps, les difficultés peuvent être dues à une impossibilité de trouver d'emblée le bon plan de dissection entre vessie et vagin : dans ces cas, il convient de passer de l'autre côté avant de reprendre la dissection du côté où l'on a eu des difficultés, la libération de la vessie d'un côté facilite la dissection contralatérale. Il faut éviter, au cours de ce temps, de faire une dissection avec un tampon monté qui dilacère les tissus ; Ensuite on procède à une colpectomie antérieure et suture vaginale antérieure, notant que la

dimension des lambeaux à réséquer dépend de l'importance de la colpocèle.

Troisième temps : La plastie postérieure

On commence par un tracé du triangle de la colpectomie postérieure, avec une pince à disséquer à griffes, on évalue l'importance de la colpocèle par des tractions sur la paroi vaginale postérieure et on repère ainsi la dimension exacte que doit avoir la colpectomie dont le triangle est déterminé par trois pinces de Kocher repères.

Ensuite on procède à la colpectomie postérieure, qui est réalisée de haut en bas au bistouri à froid.

Après on réalise le repérage des muscles releveurs et myorrhaphie.

Et on pratique une suture de la colpectomie et serrage des fils de myorrhaphie. La périnéorrhaphie termine la plastie postérieure.

Au cours de ce temps vaginal postérieur, les difficultés peuvent être dues à l'état scléreux des tissus souvent difficiles à identifier et c'est par des points en X de Vicryl® placés sur la face interne du vagin que leur hémostase est réalisée, le complément d'hémostase étant fait au moment où l'on serre les deux points de Vicryl® de la myographie.

On termine l'intervention par une vérification de l'hémostase du dôme vaginal et par la mise en place d'une ou deux mèches à prostate selon l'importance des colpectomies antérieure et postérieure.

Une sonde à demeure est également mise en place. On demande à la fin un examen anatomopathologique de la pièce opératoire qui a été ouverte lors de l'intervention.

La durée de cette intervention varie de 60 à 90 minutes.

Chirurgie avec renforcement prothétique

Le traitement du prolapsus avec renfort prothétique s'est développé ces dernières années avec l'apparition de nouveaux matériaux.

Une revue de la Cochrane, qui a analysé 40 essais randomisés avec un total de 3 773 patientes, retrouve moins de récurrences chez les patientes opérées par promontofixation que par sacro-spinofixation par voie vaginale (RR 0,23, 0,95

% IC 0,07 à 0,77) . Il est également retrouvé moins de récurrences lorsqu'une cystocèle est traitée par un renfort prothétique comparé à une réparation antérieure classique [31]. Le taux estimé de récurrence après chirurgie classique à un an est d'environ 37 % alors qu'il n'est que de 11 % en cas de renforcement prothétique. Cependant, peu d'études ont été réalisées chez la femme jeune qui présente un risque de récurrence augmenté et chez laquelle il faudra alors pouvoir proposer un nouveau traitement.

Promontofixation avec conservation utérine

La promontofixation est souvent considérée comme le traitement de choix du prolapsus de la femme jeune. L'intervention consiste à interposer une prothèse dans l'espace vésico- et recto vaginal par voie coelioscopie. Ces prothèses seront solidarifiées au ligament pré vertébral par un fil aiguillé non résorbable. La promontofixation a fait ses preuves en termes de résultat anatomique.

Ganatra retrouve dans une revue de littérature un taux de récurrence de 10 % avec 6,2 % de ré interventions à 24 mois.

Barranger retrouvait chez 20 patientes jeunes (âge moyen de 35,7 ans) opérées d'un prolapsus par promontofixation une récurrence dans 6,6 % (délai moyen de 44 mois), avec un taux de ré intervention de 3,3 %.

De nombreux auteurs associent systématiquement la mise en place de deux prothèses. L'argument avancé par certains contre la mise en place d'une prothèse postérieure de façon systématique est le risque d'apparition d'une constipation de novo en postopératoire et l'augmentation des risques opératoires]. Ceci s'expliquerait par un changement d'axe du rectum en raison de la

traction exercée en direction du promontoire et une éventuelle dénervation effectuée lors de la dissection latérale.

Antiphon a comparé un groupe de 33 patientes traitées par simple promontofixation à 71 patientes traitées par double promontofixation.

Le taux de constipation de novo ou aggravée par l'intervention (65 %) est statistiquement augmenté dans le groupe double promontofixation mais cette constipation disparaît chez 19 patientes sur 21 dans le mois suivant l'intervention. La morbidité est très peu augmentée par la mise en place d'une prothèse postérieure. Le risque de récurrence est diminué par cette association systématique. Ganatra retrouve 2,7 % d'érosions prothétique par voie haute.

Le taux d'érosion est plus élevé dans les séries où le suivi est plus long. Il a été rapporté à 9 % à 5 ans. Le taux de dyspareunies de novo est inférieur à celui observé après chirurgie conventionnelle.

La promontofixation présente donc de nombreux avantages sur la chirurgie voie basse sans prothèses en termes de récurrences et de dyspareunies. Cependant, le risque de récurrence est augmenté chez la femme jeune et la promontofixation pourrait être un traitement de deuxième ligne effectué en cas d'échec de la chirurgie classique.

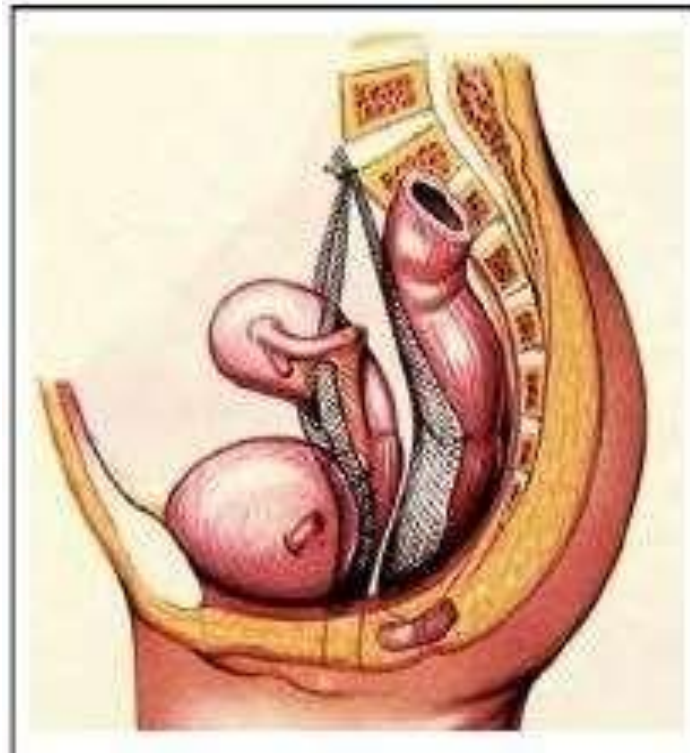


Figure 7 : Promontofixation Source : Urologie Davody, 7 août 2015.

Cure de prolapsus avec renforcement prothétique voie basse

La mise en place de prothèses par voie basse est classiquement contre-indiquée chez la femme jeune en raison du risque de récurrence et des complications qui peuvent survenir à type d'exposition prothétique et de dyspareunies de novo.

Pourtant, ses avantages sont nombreux avec un temps opératoire et une durée de convalescence diminués par rapport à la voie haute. Le taux de récurrence est d'environ 20 % à 5 ans avec un taux de ré-intervention de 2 à 5 %. Le taux de récurrence semble donc supérieur à celui observé après promontofixation mais le taux de ré-intervention paraît similaire. Ces résultats sont à interpréter avec prudence et des études prospectives randomisées sont

nécessaires à cette évaluation.

Benhaim retrouve 10 % d'exposition prothétique et 26 % de dégradation de la vie sexuelle chez 20 patientes âgées de moins de 50 ans (âge moyen de 42,8 ans) après chirurgie prothétique voie basse [39]. Le taux moyen de dyspareunie de novo (13,8 %) après chirurgie prothétique voie basse est similaire à celui observé après chirurgie conventionnelle.

En raison du risque de récurrence et de dyspareunies de novo, la chirurgie prothétique voie basse n'est actuellement pas le traitement de choix chez la femme jeune.

Partie pratique

Partie pratique : études épidémiologiques

- **1-Introduction**
- **2-objectif**
- **3-matériels et méthodes :**
 - *Type d'étude*
 - *Population d'étude*
 - *Collecte des données*
 - *Critères étudiés*
 - *Résultats (graphes + interprétation)*
 - *Discussions et commentaires*

PARTIE PRATIQUE : ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

1/INTRODUCTION

Les prolapsus génitaux conséquence de la ptose des organes pelviens à des degrés divers ; représentent l'anomalie la plus fréquente des troubles de la statique pelvienne en gynécologie de notre EHS TLEMEN

2/OBJECTIF :

- Estimer la prévalence du prolapsus au niveau de l'EHS
- Déterminer la répartition du prolapsus en fonction de l'âge
- Déterminer le motif de la consultation le plus fréquent

3/MATÉRIELS ET MÉTHODES :

❖ **Type D'étude :**

Étude rétrospective portant sur les dossiers des patientes représentant un prolapsus génital et l'hospitalisation au niveau de l'EHS durant la période (2020 / 2022)

❖ **Population d'étude :**

Du 1 janvier 2020 au 31 décembre 2022 ; 79 patientes ont été opérées d'un prolapsus génito-urinaire dans le service de gynéco-obstétrique du centre hospitalo-universitaire EHS TLEMEN

Parmi celle-ci 77 ont été opérées par voie vaginale et 3 patientes par voie abdominale

❖ **Collecte des données :**

Les données ont été requises à partir des dossiers d'hospitalisation

❖ **-Les critères Étudiés :**

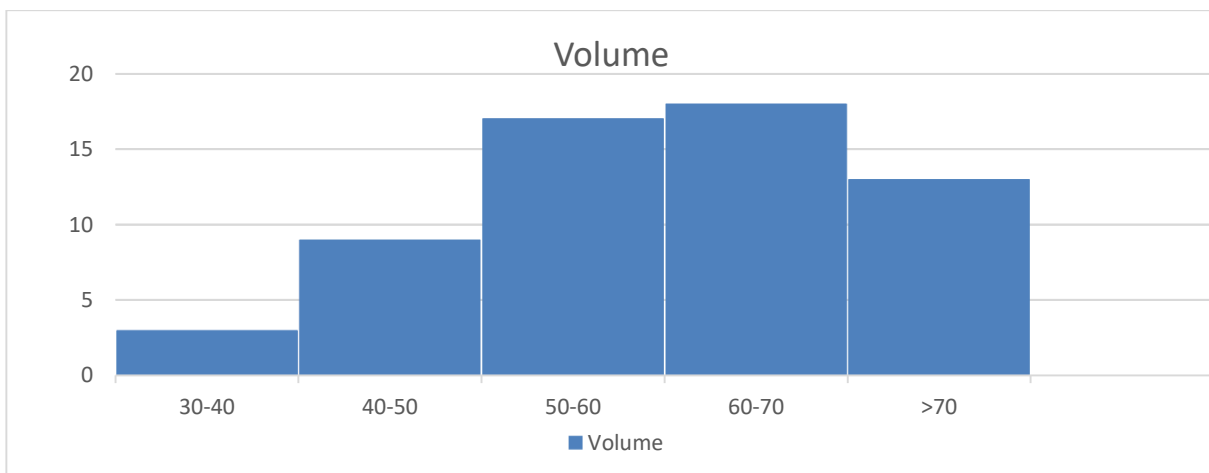
Les critères relevés pour chaque patiente ont été :

- ✓ l'âge
- ✓ le type de prolapsus
- ✓ la parité
- ✓ la ménopause
- ✓ le surpoids et diabète
- ✓ le type du traitement (rééducation périnéale ou traitement chirurgical)
- ✓ l'évolution du prolapsus et sa rétion sur la qualité de vie....
- ✓ sa fréquence et possibles mesures de prévention

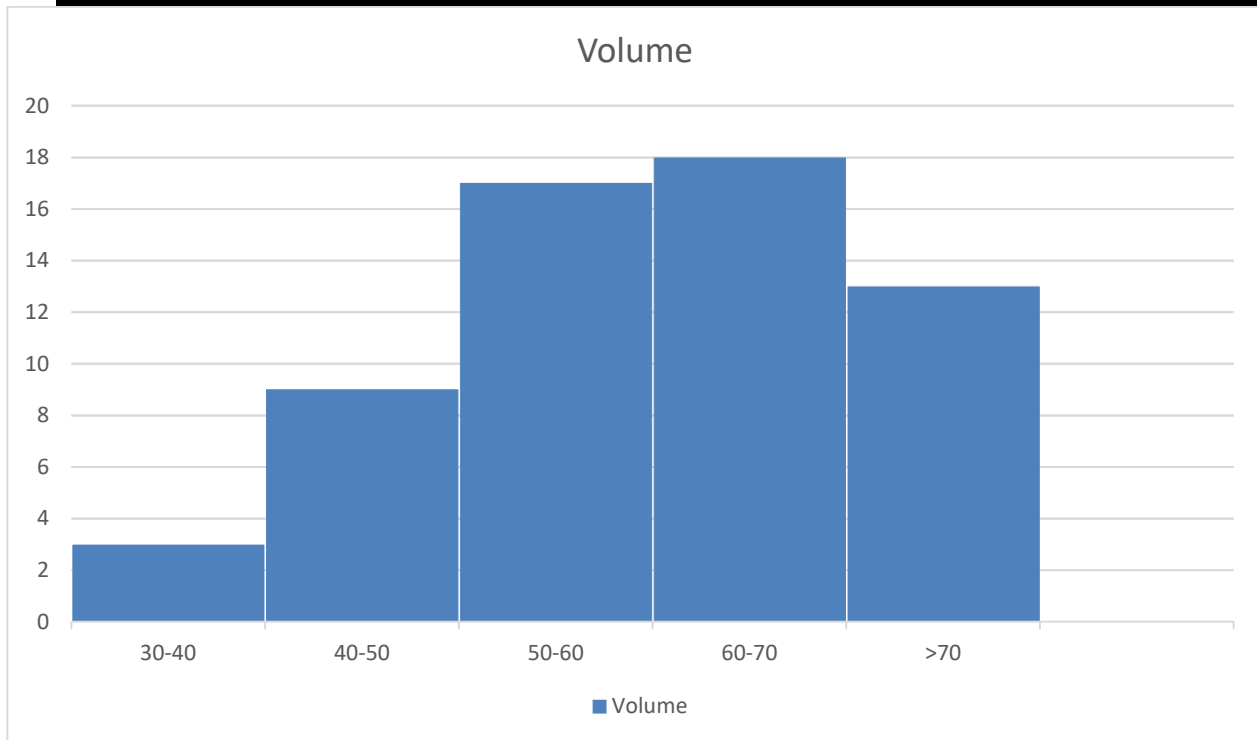
❖ Résultats :

Durant la période (2020 -2022) le nombre d'hospitalisation et de 47.216 dont 79 cas sont hospitalisées pour la prise en charge d'un prolapsus génital soit une prévalence de 1.673 cas /hospitalisation

[¶ Les graphes](#)



L'âge moyen lors de l'intervention était de 60.64 : la patiente la plus jeune ayant 34 ans et la plus âgée ayant 86 ans
La plus forte incidence de prolapsus se situait entre 60 et 70 ans



✓ motifs de consultation :

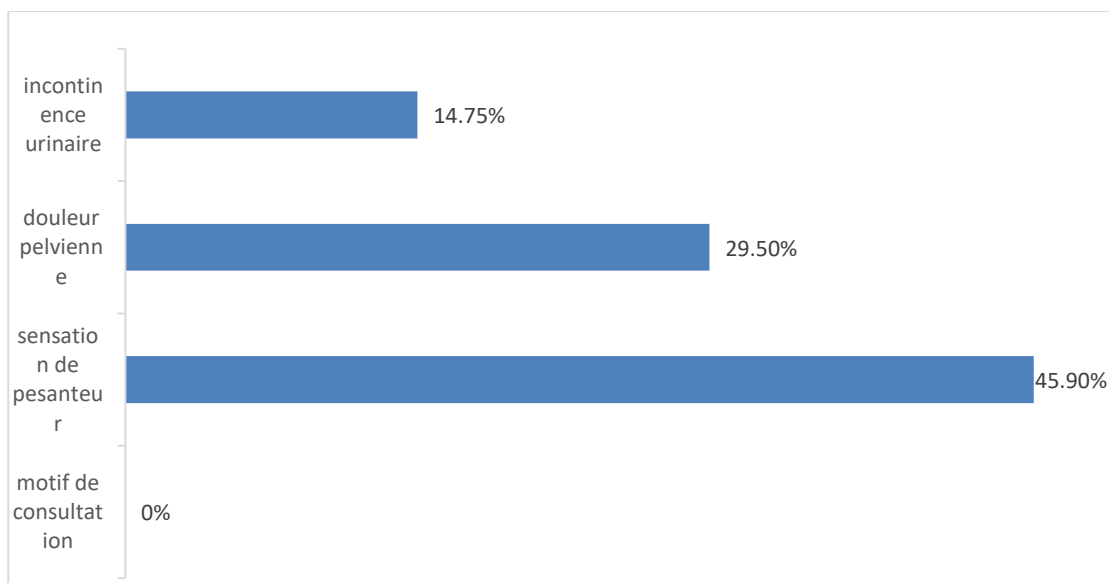
Toutes les patientes présentaient des symptômes liés au prolapsus ; les patientes pouvaient se plaindre de plusieurs symptômes à la fois

1-symptomes pelviens et perinéaux :

La sensation de boule vaginale et de pesanteur pelvienne sont présentes dans 45 à 90%

La sensation de douleur pelvienne est présente dans 29 à 50 %

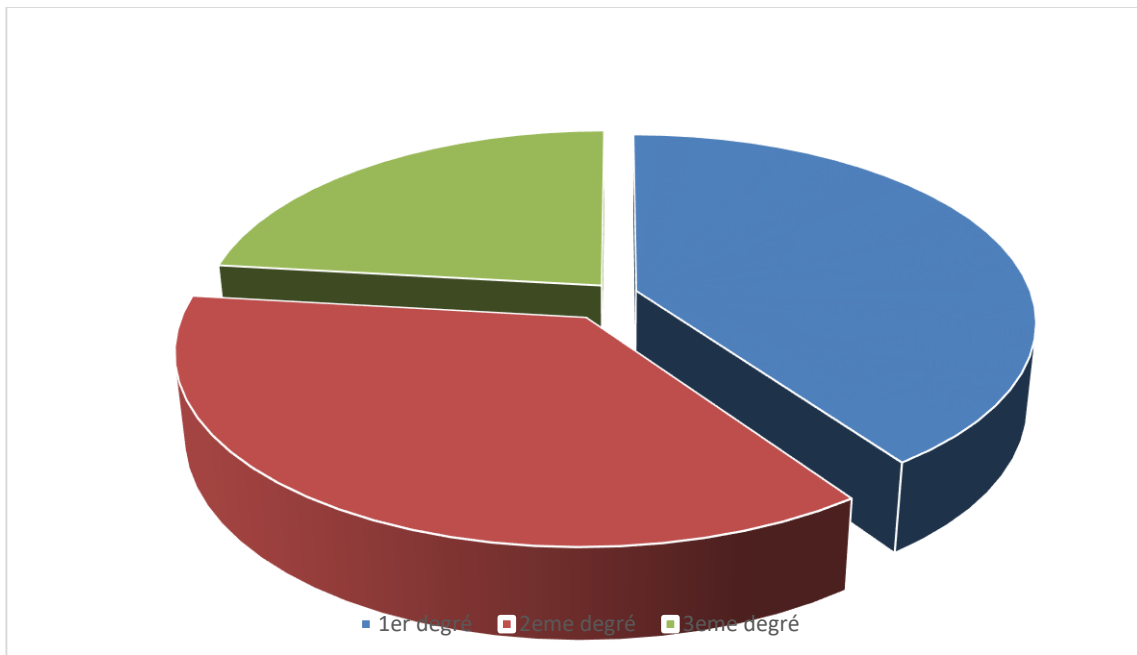
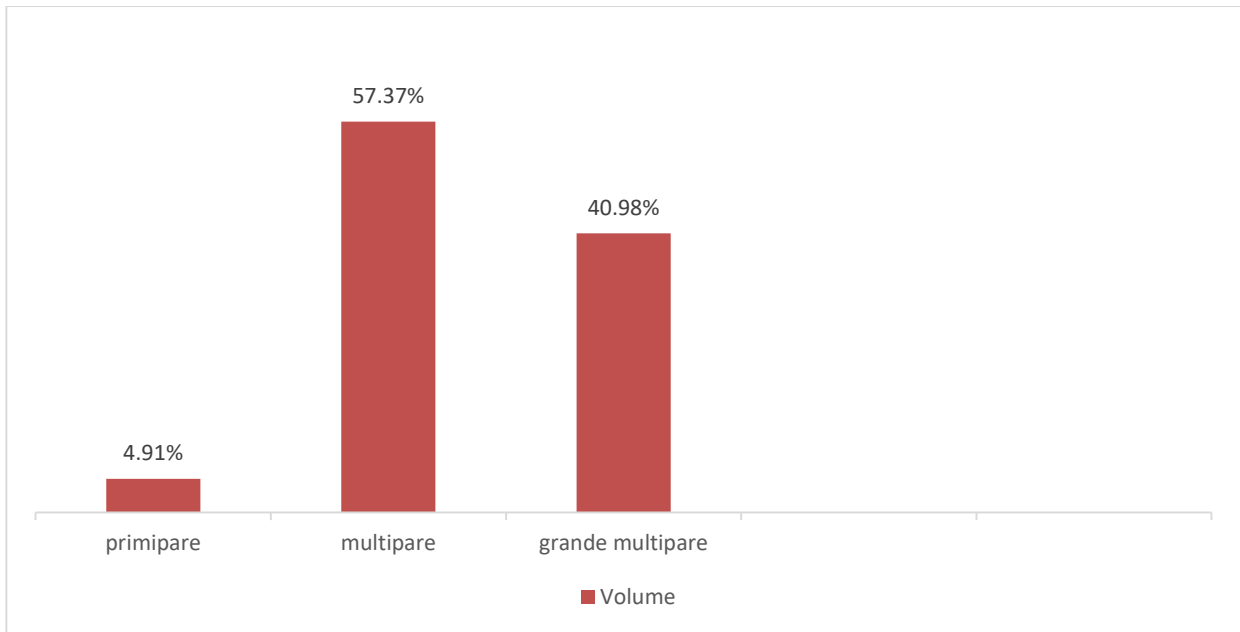
2-symptômes urinaires : l'incontinence urinaire représente 14.75 % du motif de consultation du prolapsus



Partie pratique

La parité moyenne était de 5.57 à l'intervention avec un maximum de 12 enfants ; aucune patiente était nullipare ; 14 patientes étaient multipares et 5 étaient grandes multiplares

La macrosomie fœtale est un facteur de risque important de prolapsus urogénital dans cette série ; 25% des malades ont eu des nouveaux nés avec poids de naissance égale ou supérieure à 3800 g



On note une augmentation de fréquence du prolapsus de 1^{er} degré ; et presque la même fréquence pour la 2^{ème} et 3^{ème} degrés

✓ **Les facteurs médicaux et chirurgicaux :**

13 malades présentent un facteur médical pouvant être en partie responsable de l'apparition ou de l'aggravation du prolapsus ; 7 malades ont un diabète NID ; 06 pour HTA ; 09 malades ont eu des avortements et des morts nés....

Malades sans antécédents médicaux au nombre de 57

❖ **Discussions et commentaires :**

-c'est une étude rétrospective à propos de 79 cas de prolapsus génital traités au niveau de service d'EHS TLEMCEN sur une période de 3 ans allant de 2020 -2022

- l'analyse de nos observations a mis en évidence :

- que la tranche d'âge la plus affectée dans cette série se situe entre 50-70 ans ; la parité moyenne est de 5,57
- le déroulement de l'accouchement reste un facteur déclenchant dans la genèse du prolapsus génital
- Les femmes ménopausées représentent 75%
- La sensation de pesanteur constitue le premier motif de consultation = 45,90 %
- L'incontinence urinaire d'effort est associée au prolapsus dans 14,75 %
- L'évolution immédiate est dans la majorité des cas excellente ; quand à l'évolution lointaine elle n'a pas pu être évalué
- Vu le nombre des perdus de vues de nos résultats, comme ceux de la littérature ont montré que toute technique pour cure de prolapsus n'est pas parfaite aussi-bien sur le plan anatomique que fonctionnel .

Références bibliographie

Sources :

- 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) :277-285.
- Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstet Gynecol.* 2014 ;123(1) :141-148.
- Wei JT, De Lancey JO. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. *Clin Obstet Gynecol.* 2004 ;47(1) :3-17.
- Aigmueller T, Riss P. Risk factors for genital prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006 ;126(2) :183-188.
- Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2013 ;24(11) :1783-1790.m
- Gray's Anatomy for Students, 3rd Edition, par Richard L. Drake, A. Wayne Vogl et Adam W.M. Mitchell.

- Pelvic Floor Anatomy and Function, par Rebecca G. Rogers et Lennox Hoyte, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, Volume 34, Issue 4, décembre 2007, Pages 647-662.

- Anatomy of Pelvic Ligaments, par Sijo J. Parekattil et Ahmet Gudeloglu, *Current Urology Reports*, Volume 13, Issue 5, octobre 2012, Pages 353-360.

- Atlas d'anatomie humaine de Frank H. Netter, 6^e édition.

- Dissection Laparoscopique dans le Pelvis, par Michel Cosson et Nicolas Berreni, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Volume 34, Numéro 2, avril 2005, Pages 185-193.

- Anatomie des espaces pelviens : applications chirurgicales, par Gwenaël Ferron et al., *EMC – Techniques chirurgicales – Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*, Volume 6, Numéro 1, mars 2011, Pages 1-12.

- Anatomie pelvienne : les différentes structures et leurs relations, par Pierre Marès et al., *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Volume 41, Numéro 8, décembre 2012, Pages 806-815.

- Le fascia pelvien, par Caroline Le Bouteiller et al., Pratique en Kinésithérapie, Volume 43, Numéro 172, juin 2016, Pages 43-48.
- - Anatomie et biomécanique du périnée féminin, par Thierry Vancaillie, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Volume 34, Numéro 2, février 2005, Pages 107-116.
- Le diaphragme pelvien : anatomie, imagerie et rôle fonctionnel, par Bénédicte Magnier et al., Progrès en Urologie, Volume 23, Numéro 7, juin 2013, Pages 405-415.
- Sihra N, Goodman MP, Lowenstein L. Pelvic Organ Prolapse : Pathophysiology and Treatment. In : StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing ; 2022
- DeLancey JO, Ashton-Miller JA. Pathophysiology of adult urinary incontinence. Gynecol Obstet Invest. 1994
- Potters A, Fickweiler S, DeLancey JO. The connective tissue in the anterior vaginal wall of women with pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008
- Mayo Clinic. Kegel exercises for men : Understand the benefits.
- University of Michigan Medicine. Pelvic Floor Muscles
- International Urogynecology Journal. The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders
- Maher, C. (2013). Anatomy and biomechanics of pelvic organ prolapse. -biomechanics-of-pelvic-organ-prolapse
- Maher, C., & Feiner, B. (2013). Pelvic organ prolapse : aetiology, clinical and imaging evaluation, and treatment. Nature Reviews Urology, 10(5), 255-263.
- Dietz, H. P., & Lien, K. C. (2014). Anatomy and imaging of the pelvic floor. In Pelvic Floor Disorders (pp. 11-22). Springer, London.
- Pizarro-Berdichevsky, J., & Murphy, M. (2021). Anatomy and physiology of pelvic organ prolapse. In Vaginal Surgery for the Urologist (pp. 23-31). Springer, Cham.
- Ramage, L., & Pearce, M. (2017). Pathophysiology of pelvic organ prolapse. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 27(7), 203-209. Doi : 10.1016/j.ogrm.2017.02.012
- Lukacz, E. S. (2012). Pathophysiology of pelvic organ prolapse. In A. Wein & L. Goldman

- Kudish, B. I., Iglesia, C. B., Sokol, A. I., & Gutman, R. E. (2012). Obstetric risk factors for symptomatic prolapse : a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and gynecology*, 119(1), 184-191.
- Olsen, A. L., Smith, V. J., Bergstrom, J. O., Colling, J. C., & Clark, A. L. (1997). Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstetrics & Gynecology*
- Bump, R. C., Mattiasson, A., Bo, K., Brubaker, L. P., DeLancey, J. O., Klarskov, P., ... & Shull, B. L. (1996). The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175(1), 10-17.
- Nygaard, I., Barber, M. D., Burgio, K. L., Kenton, K., Meikle, S., Schaffer, J., ... & Spino, C. (2008). Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *Jama*, 300(11), 1311-1316.