



Hôpital militaire régional universitaire d'Oran

Service de Gynécologie-obstétrique

PROLAPSUS URO- GENITAUX

DR OUSALAH

Maitre Assistante HMRUO

LE PLAN:

I-Introduction-définition.

II-Intérêt de la question.

III- Facteurs de risque.

IV- Diagnostic positif:

- **Circonstances de découverte.**

- **Interrogatoire.**

- Examen clinique.**

- Examens complémentaires.**

VI-Classifications:

-BADEN ET WALKER.

-FRANCAISE.

-PELVIC ORGAN PROLAPSE QUANTIFICATION.

VII- Diagnostic différentiel.

VIII- Prise en charge.

1-traitement prophylactique.

2-Indications.

3-Moyens: -Traitement non chirurgical.

-Traitement chirurgical.

IX- Les Formes Particulières.

X- Conclusion.

I-Introduction- définition:

- Le prolapsus pelvi-génital, est une entité anatomoclinique correspondant à la défaillance des systèmes de soutènement et de suspension des organes pelviens de la femme, qui font issue à travers l'orifice vulvovaginal.
- Les PUG sont fréquents, source de gêne fonctionnelle, souvent associés à des fuites d'urine.
- **Le Prolapsus** = c'est la descente d'organe permanente ou à l'effort dans la lumière vaginale, l'orifice vulvaire ou en dehors de celui-ci, de tout ou une partie des parois vaginales plus au moins doublées de la vessie; du rectum , de l'utérus ou le fond vaginal.

- **Il peut s'agir d'une:**

***colpocèle antérieure**, prolapsus de l'étage antérieur, contenant: la vessie: **cystocèle**.

rarement l'urètre: **urétrocèle**.

***le prolapsus de l'étage moyen**, intéressant:

l'utérus: **hystérocèle (ou hystéroptose)**.

ou, être limité au col utérin: **trachélocèle**.

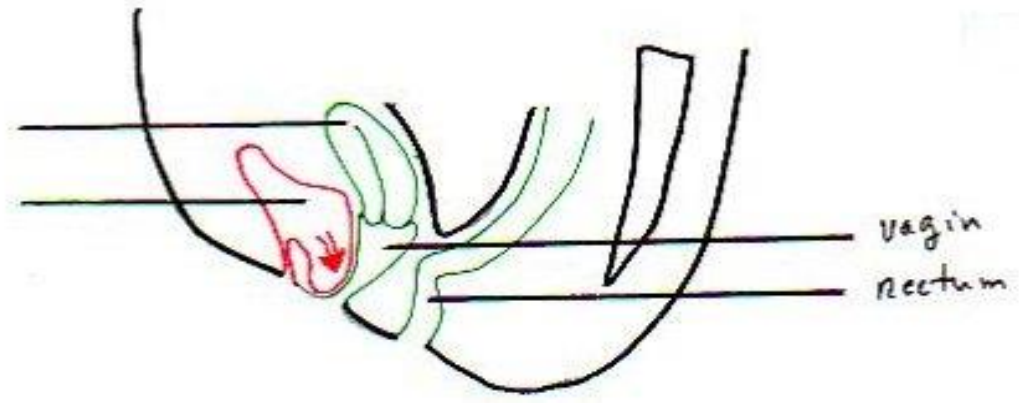
ou, au fond vaginal(si pas d'utérus): **retournement vaginal**.

***colpocèle postérieure**, prolapsus de l'étage postérieur, contenant: le rectum: **rectocèle**.

ou, le cul-de-sac de Douglas: **élytrocèle**.

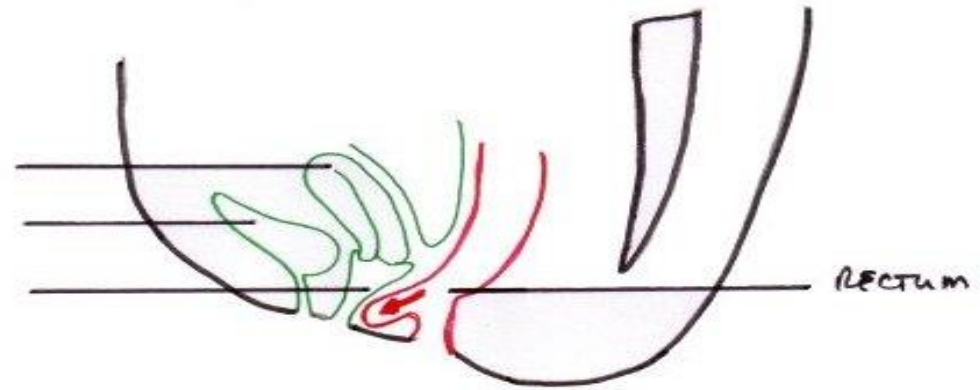
- **Ces formes anatomiques;** peuvent s'associer diversement;

utérus
vessie



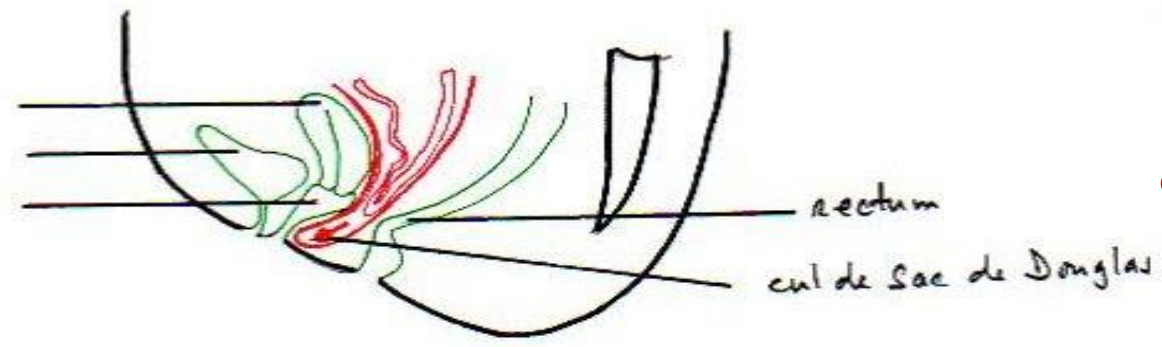
(cystocèle)

utérus
vessie
vagin



(rectocèle)

utérus
vessie
vagin



élytrocèle

II-Intérêt de la question:

- L'anomalie la plus fréquente des troubles de la statique pelvienne en gynécologie.
- Pathologie bénigne de la femme dont l'incidence augmente avec l'âge et les accouchements.
- Source de gêne fonctionnelle parfois handicapante (incontinence urinaire ou anale).
- Une affection courante dont le diagnostic est cliniquement facile, mais dont le traitement chirurgical est complexe;
- Une analyse clinique minutieuse s'impose pour bien poser l'indication thérapeutique adéquate.

III-Facteurs de risques:

- La multiparité(>4 enfants).
- Accouchement de macrosome par voie basse.
- Accouchement par extraction instrumentale.
- Ménopause(la carence hormonale) est à l'origine d'une atrophie des tissus de soutien et réduction du taux de collagène.
- Obésité (poids >70 kg).
- Le régime amaigrissant massif.
- Tabac.
- Situation d'hyperpression abdominale: Constipation chronique, port de charge,..... .
- Antécédents de chirurgie pelvienne (hystérectomie).

IV- Le diagnostic positif:

A-Circonstances de découverte:

-Le prolapsus génital est le plus souvent découvert par la patiente lors de sa toilette (saillie extériorisée à la vulve).

- Plus rarement, il est découvert à l'examen clinique chez une patiente se plaignant de:

- dysurie,
- d'une pesanteur pelvienne, aggravée par la position debout et l'effort,
- d'une dyspareunie,
- de métrorragie par ulcération du col,
- parfois constipation ou incontinence anale.

B-L'interrogatoire:

C'est un temps essentiel pour préciser l'importance du retentissement de la pathologie pour la patiente, il recherche:

- les facteurs de risque
- les antécédents chirurgicaux particulièrement les interventions sur le pelvis.
- les tares et traitements associés.
- le désir de grossesse chez les patientes jeunes.
- L'activité sexuelle chez les patientes âgées.
- Traitement substitutif chez la ménopausée.

- Les atcds obstétricaux, traumatiques...
- Les troubles pelviens associés :
 - * Incontinence anale ou difficulté à évacuer les selles,
 - * Incontinence urinaire ou dysurie , impériosités mictionnelles,
 - * Hémorragies génitales.
- Rechercher des signes urinaires (pollakiurie) témoignant d'une infection urinaire.
- L'histoire du prolapsus : circonstances de découverte, évolution, traitements déjà entrepris
- Surtout, l' handicap fonctionnel quotidien qui est la principale justification chirurgicale

C- L'examen clinique:

***A pour objectifs:**

- Pose le diagnostic.
- Précise le type, et permet la classification.
- Contrôler l'état de la musculature pelvi périnéale.
- Rechercher des lésions gynécologiques et urinaires.

***Se pratique:**

- En position gynécologique vessie pleine, puis debout.
- Au repos puis à l'effort de poussée (de toux).

A- l'inspection vulvo périnéale:

a/ Au repos:

Béance de l'orifice vulvaire

Cicatrice de déchirure périnéale,

b/ A l'effort: on assiste à;

***Un déroulement progressif de la paroi antérieure du vagin:**

Avec bombement d'une partie du vagin strié transversalement.



B-Examen au speculum:

- ❖ Apprécier: l'état du col, la trophicité des muqueuses,
- ❖ Un speculum aux valves démontables, introduit en réduisant progressivement le prolapsus;
 - Examen à la valve ant:** appliquée contre la paroi vaginale ant, exposant la paroi vaginale post, mettant en évidence une colpocèle post
 - Examen à la valve post:** en refoulant la paroi vaginale postérieure met en évidence la colpocèle antérieure (le bombement du segment vésical du vagin).



C-Toucher vaginal: procure des renseignements :

-Sur la taille de l'utérus:

- normal (de volume normal, ou atrophique de la ménopause),
- ou pathologique (adénomyosique ou porteur de fibromes utérins).

-Sur la mobilité de l'utérus:

l'utérus est manipulé entre la main interne et la main abdominale.

-Sur l'étiologie du prolapsus : en particulier:

- * les cicatrices vaginales observées, les déchirures du col sont en faveur du traumatisme obstétrical ;
- * l'atrophie des tissus et des organes plaide pour une défaillance hormonale;

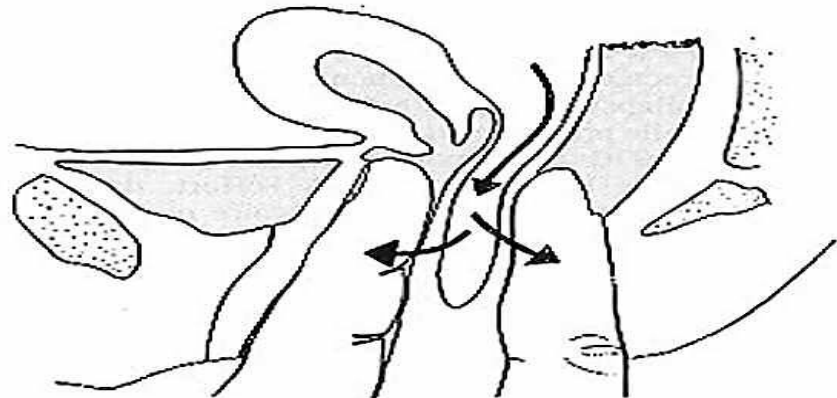
-**Le TV** : appréciera la tonicité musculaire(ex: des muscles releveurs de l'anus).

D-Le toucher rectal:

-Permet d'explorer l'ampoule rectale,, la tonicité du sphincter anal.

E-Combiné au TV:

-Apprécier la cloison recto vaginale, épaisseur et la consistance,



F-Palpation abdominale :

- État de la musculature
- Orifices herniaires (ombilical, inguinal, crural).

G-Examen général :

- Neurologique (si anomalie de l'examen local).
- Rhumatologique (étude de la laxité articulaire).

D/- Examens complémentaires:

- ❖ **Echographie pelvienne** : utérus et annexes.
- ❖ **Le bilan du col** : FCV, +/- biopsie sous colposcopie.
- ❖ **Les explorations endo-utérine:** en cas de métrorragies associées, hystéroscopie, curetage biopsique.
- ❖ **Faire un ECB des urines**
- ❖ **Le bilan urodynamique** :est utile pour rechercher des troubles urinaires associés (l'incontinence urinaire).

VI- Classification des PUG:

1-Classification de BADEN ET WALKER :

- La descente des organes génitaux est alors évaluée par rapport à l'hymen qui est le point de référence.
- La classification concerne les quatre étages génitaux, soit d'avant en arrière : cystocèle, hystéroptose (ou prolapsus du dôme vaginal après hystérectomie), élytrocèle 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.

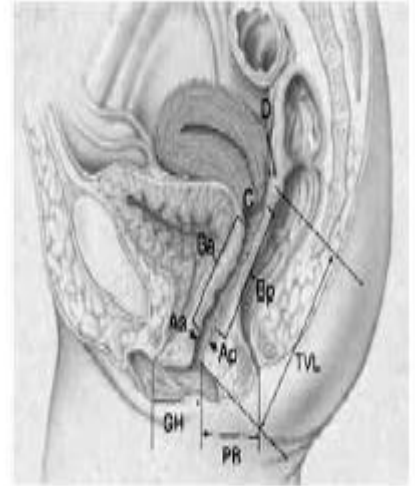
grade 3 : extériorisation de l'étage au-delà de l'hymen.

grade 4 : extériorisation maximale de l'étage par rapport à l'hymen.

2-Classification française:

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

- stade 1: intra vaginal.
- stade 2: arrive au niveau de la vulve.
- stade 3: la dépassant.



Malheureusement, cette classification est simple ,mais reste trop imprécise.

3-Pelvic organ prolapse quantification: POPQ:

VII- Diagnostic différentiel:

1. Kystes vaginaux :

- .Leur diagnostic se fait par l'examen clinique.
- .Une échographie pelvienne révèle habituellement la nature réelle de la tuméfaction dans les cas difficiles.

2. Tumeurs bénignes :

- . Du col utérin, prolabées dans la cavité vaginale, plus souvent il s'agit d'un fibromyome pédiculé.
- . Le simple examen au spéculum permet de redresser le diagnostic.

VIII- Prise en charge:

1- Traitement Prophylactique:

Le traitement du prolapsus est complexe. Il doit d'abord être prophylactique:

- Au cours de la grossesse, limiter la prise de poids et dépister le diabète gestationnel.
- Au cours de l'accouchement, préférer l'épisiotomie à la déchirure périnéale, le forceps à l'expression abdominale et la césarienne au forceps difficile .
- Entretenir la trophicité du vagin par une hormonothérapie (œstrogène) chez la patiente ménopausée.
- Eviter ou traiter les causes d'hyperpression abdominale chronique.

2- Les Indications du traitement: dépendent de l'âge, de la gêne fonctionnelle,

Une Gêne modérée: Il n'y pas d'indication chirurgicale.

Une gêne moyenne: Le traitement médical des troubles génitaux associés (sécheresse vaginale, pesanteur pelvienne, incontinence urinaire d'effort) peut permettre de retrouver une qualité de vie satisfaisante.

Une gêne importante: c'est Le traitement chirurgical.

3-Moyens thérapeutiques:

A/ Traitement non chirurgical:


1-Le pessaire:

- Il s'agit d'un anneau introduit dans le vagin pour maintenir l'utérus dans sa position normale.

- C'est la seule alternative à la chirurgie chez les patientes non Opérables.

- Il demande une surveillance régulière pour dépister les complications qui peuvent être: une infection vaginale, des ulcérations vaginales.

Il ne corrige pas l'incontinence urinaire.



2-La rééducation périnéale a une action sur les troubles urinaires associé, et sur la pesanteur pelvienne, mais elle ne peut pas corriger le trouble anatomique.

3-L'hormonothérapie chez la patiente ménopausée, permet d'améliorer la trophicité locale, de réduire les troubles urinaires et de faciliter la rééducation ou la chirurgie.

B/ TRT chirurgical:

***Le traitement du prolapsus constitué**, demeure essentiellement chirurgical.

***Son indication**, est donc posée en fonction du gain de confort espéré, et confronté aux risques vitaux de l'acte opératoire, et à l'éventualité de troubles fonctionnels postopératoires.

***Avant d'opérer il faut d'abord apprécier:**

- l'Age et l'état général de la patiente,
- La gêne fonctionnelle,
- Le désir de grossesse,
- Le désir de conserver une activité sexuelle,
- L'importance des lésions anatomiques et troubles urinaires.

***En pratique:**

-N'opérer que les patientes gênées, et traiter dans le même temps les trois étages (antérieur, moyen et postérieur).

***En cas de chirurgie;**

-La voie vaginale est préférée chez les patientes de plus de 60ans.

-La laparotomie est choisie chez les patientes jeunes, ou présentant des facteurs de risque (hyperpression abdominale chronique).

IX-FORMES PARTICULIERES

-Chez la femme *enceinte* :

Le prolapsus est exceptionnel en cours de grossesse.

Le plus souvent, il se réduit spontanément après le troisième mois, en raison du développement abdominal de l'utérus.

-Chez la femme jeune *désireuse d'une nouvelle grossesse* :

- Si la gêne est modérée, intervenir qu'après la grossesse.
- Si la gêne est importante, une intervention par laparotomie (avant la grossesse) en conservant l'utérus est choisie, et en cas de grossesse, l'accouchement par césarienne est conseillé.

NB/Chez une patiente jeune peu gênée , désirant conserver sa fécondité et *accoucher par voie basse*; il n'y pas d'indication chirurgicale

-Le prolapsus après *hystérectomie* :

le plus souvent c'est un prolapsus du fond vaginal.

X-Conclusion:

- Le prolapsus génital est une pathologie fréquente de la femme âgée, dont la prise en charge tient compte essentiellement de l'handicap fonctionnel.
- Diagnostiquer un trouble de la statique pelvi-périnéale est simple; Les signes cliniques sont le plus souvent faciles à recueillir, et permettent d'élaborer un diagnostic et une stratégie de prise en charge.
- Il ne faut pas hésiter à opérer une patiente gênée, même si elle est âgée.
- En revanche, il n'existe aucune urgence chez la patiente qui ne souffre pas dans ses activités quotidiennes.



Merciiiiiiiii



Références

- EMC 2002;
- ENC Gynécologie-Obstétrique 2011.
- Gynécologie pour le praticien J-Lansac 2012
- CNGOF 2007 recommandations pratiques
- Prolapsus génital et incontinence urinaire chez la femme Professeur Pierre BERNARD Septembre 2002