

**Urologie-gynécologie** Le prolapsus pelvien, qui peut concerner la vessie, l'utérus ou le rectum, nécessite souvent une prise en charge plurielle et graduée selon les symptômes ressentis. Ces dernières années, l'option chirurgicale a nettement évolué du fait de la limitation de l'usage des implants.

## LE PROLAPSUS PELVIEN

Dr Solène Gardic (urologue, Urogard à Nîmes)

### INTRODUCTION

Le prolapsus pelvien est défini comme la descente d'un organe dans la fente vaginale ou vulvaire. Il résulte d'un relâchement des ligaments et des muscles du périnée (1). Il peut intéresser l'étage antérieur (on parle de cystocèle), et/ou l'étage moyen (hystéroptose ou hystérocèle), et/ou l'étage postérieur (rectocèle).

Les conséquences sont nombreuses : gêne dans la vie quotidienne, dans la vie sexuelle, gêne fonctionnelle avec très souvent un impact psychologique (état de mal-être, anxiété, dépression).

La prise en charge est plurielle, avec en premier lieu la correction des facteurs de risque modifiables. Seuls les prolapsus symptomatiques et/ou compliqués sont à prendre en charge.

Le prolapsus pelvien est une pathologie fréquente après 50 ans, dont la prévalence augmente avec l'âge. Les données de la littérature ne permettent pas de la préciser avec exactitude (beaucoup de prolapsus pelviens sont négligés par les femmes), mais l'on estime qu'une femme sur 2 sera concernée après la ménopause.

L'évolution naturelle d'un prolapsus est lente dans le temps (1).

Il existe plusieurs facteurs de risque modifiables et non modifiables identifiés (cf. tableau 1).

### SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

C'est souvent la femme elle-même qui fait le diagnostic : une « boule » vaginale perçue lors de la toilette intime. Il peut s'agir aussi d'une sensation de corps étranger, de pesanteur pelvienne (cf. photo 1).

Une dysurie peut également amener au diagnostic (courbe de débitmétrique), tout comme des infections urinaires à répétition liées à un résidu post-mictionnel parfois significatif en cas de prolapsus de haut grade (stades 3/4 selon la classification de Baden-Walker) (cf. tableau 2).

Un prolapsus pelvien n'entraîne pas de douleur (sauf en cas de prolapsus extériorisé avec lésions des muqueuses) : une douleur doit orienter vers une autre pathologie plus ou moins associée au prolapsus, et doit faire pousser les investigations.

L'examen clinique fera le diagnostic et appréciera la qualité des muscles du périnée, la trophicité

### EN RÉSUMÉ

- Le diagnostic d'un prolapsus pelvien est avant tout clinique. Il est essentiel d'évaluer ses conséquences dans la vie quotidienne de la patiente.
- Des examens complémentaires sont à envisager seulement en cas d'éventualité chirurgicale.
- Tout comme pour les troubles de la continence, la rééducation pelvipérinéale reste une étape importante dans la prise en charge initiale des troubles de la statique pelvienne.
- L'intervention chirurgicale aujourd'hui privilégiée, la promontofixation, se fait par voie cœlioscopique.

vaginale et la béance vulvaire. Il doit être fait dans de bonnes conditions : patiente détendue, mise en confiance, idéalement vessie pleine, en position gynécologique, d'abord sans puis avec poussée abdominale. La ptose périnéale peut ainsi être appréciée (stade de 1 à 4, classification de Baden-Walker).

Si rien n'est constaté, il ne faudra pas hésiter à réitérer l'examen, en position debout cette fois-ci. Parfois, certaines hystéroptoses sont en effet difficiles à diagnostiquer.

Dans la pratique courante, un prolapsus se classe cliniquement selon la classification de Baden-Walker, mais nous citerons également une autre classification utilisée : le POP-Q. Plus fastidieux à réaliser, ce score est généralement réservé aux publications scientifiques.

**Évaluer le retentissement** Il est fondamental d'écouter la/les plainte(s) de la patiente et d'évaluer les répercussions dans sa vie quotidienne. Sujet encore tabou en 2023, le prolapsus génital fait partie de ces pathologies considérées comme honteuses et dégradantes par la patiente, au même titre que l'incontinence urinaire. ●●●

TAB.1 - FACTEURS DE RISQUE D'UN PROLAPSUS PELVIEN (2)

FACTEURS DE RISQUE NON MODIFIABLES	FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES
L'âge	La sédentarité
La ménopause (carence œstrogénique)	La toux chronique
Les antécédents gynéco-obstétricaux (grossesses)	La constipation chronique
Les maladies du collagène	L'obésité
Les pathologies neurologiques affectant le plancher pelvien (syndrome de la queue de cheval, spina bifida, etc.)	Le port de charges lourdes

TAB. 2 - CLASSIFICATION DE BADEN-WALKER

Stade 1	prolapsus intra-vaginal
Stade 2	prolapsus affleurant la vulve
Stade 3	prolapsus dépassant l'orifice vulvaire
Stade 4	prolapsus extériorisé

Source : Baden et Walker, 1972/HAS

Plusieurs questionnaires standardisés sont à notre disposition pour évaluer le retentissement sur la femme (questionnaire PFDI-20, questionnaire FPFQ) mais leur utilisation est limitée vu leur complexité en pratique clinique quotidienne.

### EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour confirmer un prolapsus pelvien : le diagnostic est clinique.

**En cas de prise en charge chirurgicale** envisagée, un frottis cervico-vaginal est indispensable pour dépister des lésions pré-cancéreuses du col utérin (3).

**Un bilan urodynamique** est recommandé par l'ICS (International Continence Society) avant tout traitement chirurgical (3). Mais cette recommandation ne fait pas consensus. Cet examen est, sans nul doute, intéressant à envisager en cas d'hyperactivité vésicale résistante aux traitements médicaux ou en cas d'incontinence urinaire associée. Il permettra aussi d'examiner la patiente vessie pleine pour démasquer un éventuel effet pelote (incontinence urinaire d'effort sur hypermobilité de l'urètre masquée par la ptose vésicale, utérine ou rectale).

L'examen urodynamique permet de bilancer correctement une incontinence urinaire d'effort associée au prolapsus même si la prise en charge chirurgicale du prolapsus génital associée à celle de l'incontinence urinaire d'effort n'est pas standardisée et fait l'objet de vives discussions aujourd'hui (3).

**L'IRM pelvienne dynamique** n'a pas sa place dans la prise en charge initiale, hormis en cas de récurrence après chirurgie. Il s'agit d'un examen peu agréable pour la patiente : il est nécessaire, pour apprécier au mieux les contraintes exercées sur le périnée, d'opacifier le vagin voire le rectum (déféco-IRM parfois associée).

### PRISE EN CHARGE

→ **La rééducation pelvi-périnéale** Tout comme pour les troubles de la continence, la rééducation pelvi-périnéale reste une étape importante dans la prise en charge initiale des troubles de la statique pelvienne.

Le praticien prescrira généralement une quinzaine de séances.

Une rééducation bien conduite peut aider à renforcer les muscles périnéaux et ainsi supprimer toute gêne. Ce n'est pas le résultat anatomique qui est le plus important mais le résultat fonctionnel, supprimer l'inconfort étant l'objectif premier de la rééducation. Elle permet également de renforcer

### EXEMPLES D'EXAMENS CLINIQUES ET D'IMAGERIES PAR IRM



Photo 1 Cystocèle stade 3 responsable d'une dysurie



Photo 2 Éversion utérine complète (hystéroptose stade 4)



Photo 3 Hystéroptose stade 3 avec hypertrophie du col

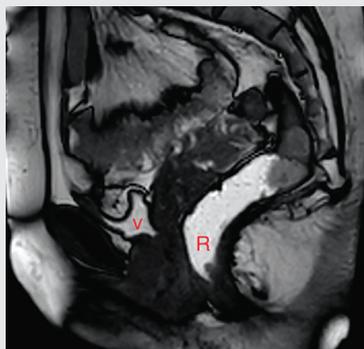


Photo 4 Cliché statique : pas de prolapsus pelvien (V pour vessie, R pour rectum)  
PHOTOS : DR SOLÈNE GARDIC

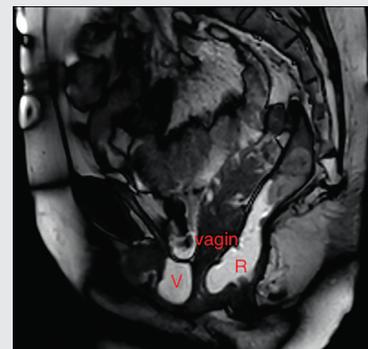


Photo 5 Cliché dynamique : descente périnéale globale (cystocèle stade 3, hystéroptose stade 2, rectocèle antérieure stade 2)

les structures sphinctériennes avant une éventuelle prise en charge chirurgicale.

À cette rééducation doit s'associer la correction des facteurs de risque modifiables. Nous citerons notamment :

- la perte de poids en cas de surpoids ou d'obésité,
- le traitement de la carence œstrogénique,
- le traitement de la constipation,
- l'arrêt du tabac,
- la lutte contre la sédentarité.

→ **Les pessaires** Il s'agit d'une solution de confort permettant d'éviter une intervention chirurgicale. Un pessaire doit toujours être proposé en première intention, avant une solution chirurgicale.

Il s'agit d'un dispositif intravaginal, le plus souvent en silicone aujourd'hui, qui maintient vessie, utérus et rectum en position normale.

Il en existe plusieurs types. Nous citerons les plus fréquents : les anneaux, les donuts et les cubes. Le cube est intéressant chez une patiente ayant des rapports sexuels, puisque la femme peut le mettre et le retirer seule comme elle le souhaite. Les anneaux, eux, sont faits pour rester en place plusieurs mois. Le nettoyage du pessaire doit être fait de façon régulière (tous les 3 à 6 mois) par une sage-femme, un gynécologue, un urologue, un médecin généraliste. Un pessaire bien adapté ne fait pas mal et ne gêne en rien la miction.

Un pessaire peut être prescrit par un médecin généraliste, un gynécologue, un urologue ou une sage-femme. Il en existe différentes tailles,

