

Le prolapsus génital

Dr CHERGUI

I-Introduction : le prolapsus génital est une pathologie fréquente et bénigne de la femme dont l'incidence augmente avec l'âge et les accouchements, Sa prise en charge tient compte uniquement du handicap fonctionnel.

II-Définition : Le prolapsus génital est un trouble de la statique pelvienne se manifestant par l'issue des parois vaginales à la vulve. Les viscères adjacents accompagnent les parois vaginales et donnent leur nom aux différents éléments du prolapsus

III-Facteurs de risque : Les facteurs de risque sont soit acquis, soit constitutionnels.

Le traumatisme obstétrical est le facteur prépondérant dans la genèse du prolapsus.

Il est facilement retrouvé sur la durée ou la difficulté de l'expulsion, le poids des enfants, la survenue d'une déchirure, l'utilisation d'un forceps ou d'une expression abdominale

Les situations d'hyperpression abdominale comme l'obésité, la constipation, la bronchite chronique, l'asthme, le port de charges et certaines activités sportives, contribuent à aggraver le prolapsus.

L'âge et la ménopause favorisent également la dégradation des tissus. Un facteur tissulaire constitutionnel est probable, mais il est difficile à démontrer. C'est le seul facteur pour expliquer le prolapsus génital de la vierge ou de la nullipare, l'association fréquente avec d'autres troubles pariétaux (hernies, éventrations) et les familles à prolapsus.

IV-Examen clinique :

a- L'interrogatoire : précise et recherche :

- les facteurs de risque .

- les antécédents chirurgicaux et plus particulièrement les interventions pour prolapsus ou Incontinence .

- les tares et traitements associés ;

- le désir de grossesse chez les patientes jeunes.

- l'activité sexuelle chez les patientes âgées ;

- les troubles pelviens associés : incontinence anale ou difficulté à évacuer les selles, incontinence urinaire ou dysurie, impériosités mictionnelles, hémorragies génitales ;

- l'histoire du prolapsus : circonstances de découverte, évolution, traitements déjà entrepris

- surtout, le handicap fonctionnel quotidien qui est la principale justification chirurgicale.

L'examen s'effectue à vessie vide, en effort de poussée maximal. Une valve vaginale (ou la moitié d'un spéculum de Collin) est utilisée pour refouler la paroi vaginale postérieure quand on recherche un prolapsus antérieur et vice versa pour le prolapsus postérieur

Enfin, les deux valves sont réunies pour rechercher le prolapsus du fond vaginal, en tirant éventuellement sur le col utérin à l'aide d'une pince de Pozzi. La classification est faite sur l'extériorisation maximale observable.

L'examen à vessie pleine et prolapsus refoulé recherche une incontinence urinaire d'effort.

Les touchers pelviens apprécient la taille de l'utérus et la qualité des muscles releveurs.

L'examen clinique note également la trophicité des muqueuses, la perméabilité urétrale, les cicatrices antérieures, la béance vulvaire, la sensibilité et les réflexes périnéaux.

Paroi vaginale antérieure	Colpocèle antérieure
Paroi vaginale postérieure	Colpocèle postérieure
Utérus cul - le col utérin cervicocèle	Élytrocèle
Vessie	Cystocèle
utérus	urétrocèle

<i>Utérus</i>	<i>Hystérocèle (Hystéroptose)</i>
<i>Vessie</i>	<i>Cystocèle</i>
<i>Rectum</i>	<i>Rectocèle</i>

V-Examens complémentaires : Elles ne sont utiles que si la patiente désire un traitement chirurgical.

a- Le colpocystogramme :

est indiqué en cas de récurrence après chirurgie. Il comprend une opacification de l'urètre, de la vessie, du vagin et du rectum, avec un cliché de profil en retenue et un autre en poussée. Les deux clichés sont résumés sur un calque. Cet examen permet de préciser la place du col vésical, de la vessie, du cul-de-sac de Douglas et du rectum par rapport au déroulement des parois vaginales.

b- Le bilan urodynamique :

Utile pour évaluer le risque de dysurie ou d'incontinence urinaire postopératoire. La présence d'une mégavessie hypotonique (fréquente chez des sujets âgés) expose à un risque de rétention postopératoire. Une insuffisance sphinctérienne multiplie par deux le risque d'échec sur la continence urinaire.

VI-Formes cliniques :

-Chez la femme enceinte :

le prolapsus est exceptionnel en cours de grossesse, il se réduit spontanément après le troisième mois en raison du développement abdominal de l'utérus. Dans les rares cas où il persiste, il s'agit le plus souvent d'un prolapsus cervical : l'utérus reste en place et le col s'allonge dans le vagin (allongement hypertrophique du col).

-Le prolapsus après hystérectomie :

associe le plus souvent un prolapsus du fond utérin et une élytrocèle. Il peut retrouver une mobilité anormale du col vésical (cervicocystoptose), qui devra être traitée en même temps, même en l'absence d'une incontinence urinaire d'effort.

VII-Prévention : Elle passe par le traitement ou la prophylaxie des facteurs de risque :

- 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 de l'urètre, du trigone et du vagin par une hormonothérapie chez la patiente ménopausée.
- éviter ou traiter les causes d'hyperpression abdominale chronique.

VIII-Traitement :

A- Les indications : dépendent de la gêne fonctionnelle.

le traitement médical des troubles génitaux associés (sécheresse vaginale, pesanteur pelvienne, incontinence urinaire d'effort) peut permettre de retrouver une qualité de vie satisfaisante. Enfin, le traitement chirurgical est choisi en cas de gêne importante.

- a- Le pessaire** : peut être une alternative à la chirurgie chez les patientes non opérables, mais il demande une surveillance régulière pour dépister les complications. Il ne reste pas en place en cas d'éversion complète et ne traite pas l'incontinence urinaire associée ou démasquée par la réduction du prolapsus. Les complications courantes sont l'infection vaginale, qui peut avoir un retentissement général, et les ulcérations vaginales. Les incarcérations, les cancers du vagin et les compressions urétérales sont exceptionnels. Il est conseillé de revoir les patientes 1 mois après la pose, puis tous les 3 à 6 mois pour changer l'anneau.

b- La **rééducation avec électrostimulation** a une action sur les troubles urinaires associés et sur la pesanteur pelvienne, mais elle ne peut pas corriger le trouble anatomique.

c- 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- Le **traitement chirurgical** : repose sur deux principes :

- n'opérer que les patientes gênées ;

- traiter dans le même temps les trois étages. La technique utilisée est déterminée par la gravité du prolapsus, les facteurs de risque de la patiente et les habitudes du chirurgien.

En pratique, la voie vaginale est préférée chez les patientes de plus de 60 ans s'il n'existe pas de facteurs de risque de récurrence. La laparotomie est choisie chez les patientes jeunes ou présentant des facteurs de risque (hyperpression abdominale chronique).

a- **laparotomie**: l'intervention la plus répandue consiste à :

-suspendre la paroi vaginale antérieure et postérieure au promontoire sacré, par l'intermédiaire d'une bandelette.

-Une suspension du col vésical par l'intermédiaire du vagin

-un rapprochement des muscles releveurs par voie vaginale (myorrhaphie des releveurs)

b- **voie vaginale** :

-le fond vaginal peut être suspendu au petit ligament sacrosciatique (sacrospinofixation ou intervention de Richter).

-Une suspension du col vésical par voie vaginale.

- une myorrhaphie des releveurs sont souvent associées.

c- **hystérectomie** : accompagne souvent la cure chirurgicale du prolapsus à partir de 45 ans. Elle facilite le geste chirurgical, que ce soit par laparotomie ou par voie vaginale, et il est plus difficile de réaliser une hystérectomie ensuite en cas de pathologie utérine ultérieure. Avec le temps, les opérées sont exposées à un risque de rechute dans environ 15% des cas.