

PROLAPSUS GENITAL ET INCONTINENCE URINAIRE

1 Introduction

Les prolapsus génitaux sont des troubles de la statique pelvienne à l'origine d'une symptomatologie fonctionnelle variable (urinaire, rectale, sexuelle) ou d'une simple pesanteur pelvienne.

Ces manifestations sont fréquentes mais souvent cachées car associées à la vieillesse. L'incontinence urinaire est la manifestation la plus invalidante ; elle concerne plus de 10 % des femmes.

2 Quels sont les principaux facteurs étiologiques des troubles de la statique pelvienne ?

Elle est multifactorielle.

Il existe des facteurs constitutionnels et des facteurs acquis.

Les facteurs constitutionnels :

L'existence de prolapsus chez la nullipare et la vierge explique l'origine congénitale de certains prolapsus. Les anomalies peuvent être multiple :

- anomalies de la statique lombo-pelvienne (hyperlordose lombaire et inclinaison du sacrum) modifiant la position du hiatus uro-génital et donc l'axe de poussée,
- anomalies constitutionnelles du tissu conjonctif responsables d'une diminution de la résistance des aponévroses ou du maintien latéral des viscères. Ceci explique également la grande fréquence des pathologies de la paroi abdominale associées : hernie ombilicale, crurale,... Une des ces formes majeures est le syndrome de Marfan ou la maladie d'Ehlers Danlos.

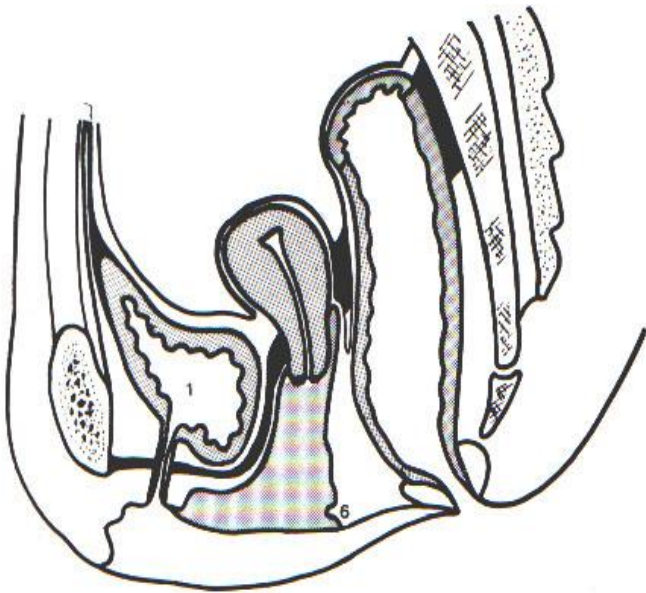
Les facteurs acquis sont traumatiques ou correspondent à une pathologie acquise du tissu conjonctif.

Les traumatismes sont essentiellement obstétricaux (gros fœtus, manœuvres instrumentales, travail prolongé, expression utérine, épisiotomie médiane, déchirure périnéale,...). Ceux sont les facteurs étiologiques prédominant. La majorité des traumatismes se réparent progressivement après l'accouchement, sauf en cas de lésions du nerf pudendal ou de fragilité du tissu conjonctif. Les traumatismes peuvent être chirurgicaux par section des éléments de suspension des viscères pelviens soit par modification de leur position (fixation antérieure de l'utérus favorisant les rectocèle ou les élytrocèles). Enfin, il peut s'agir de traumatismes répétés : sportif de haut niveau, toux chronique, constipation chronique.

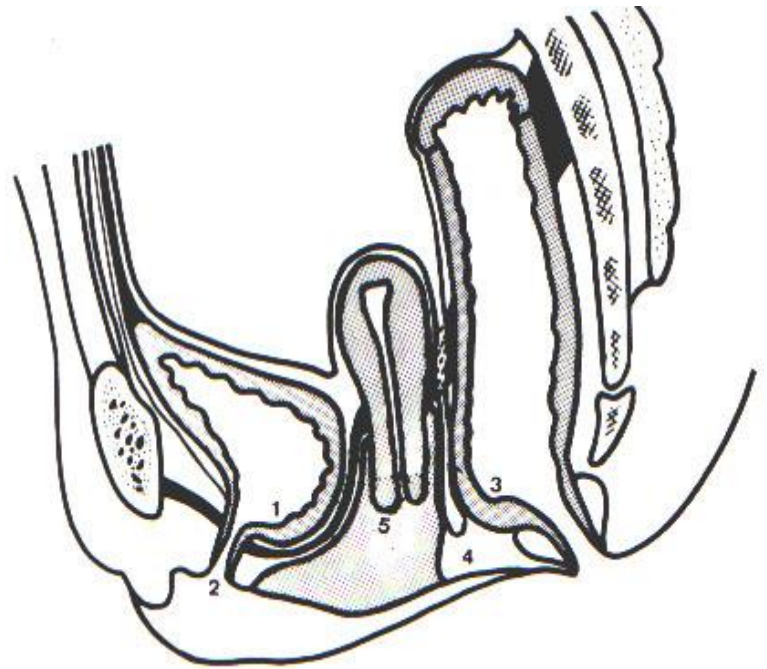
Les lésions acquises du tissu conjonctif sont secondaires au vieillissement physiologique, à une carence œstrogénique, à une obésité, à une carence nutritionnelle => involution des fascias et des ligaments.

Après un accouchement par voie naturelle, des lésions périnéales sont presque systématiques ; elles concernent les muscles releveurs et l'aponévrose pelvienne.

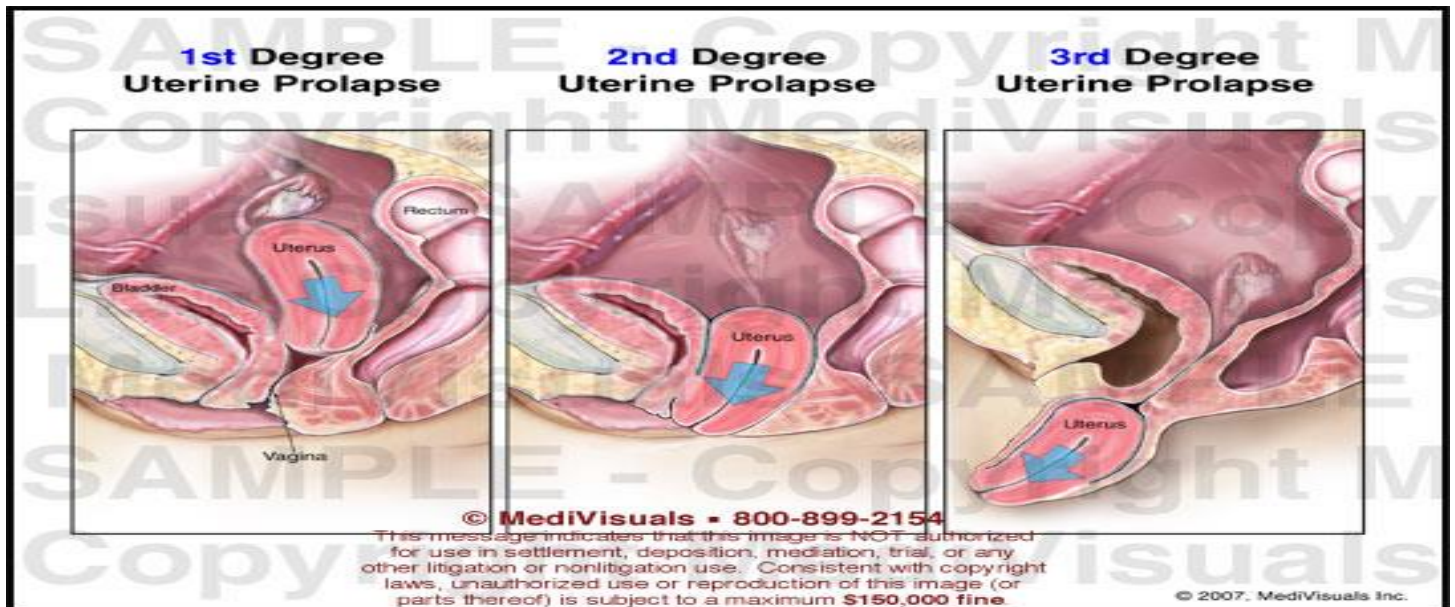
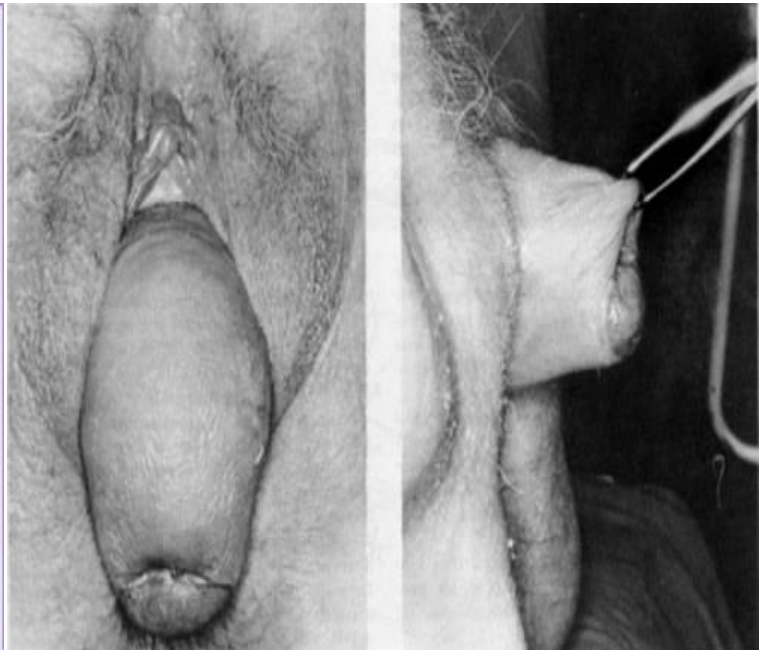
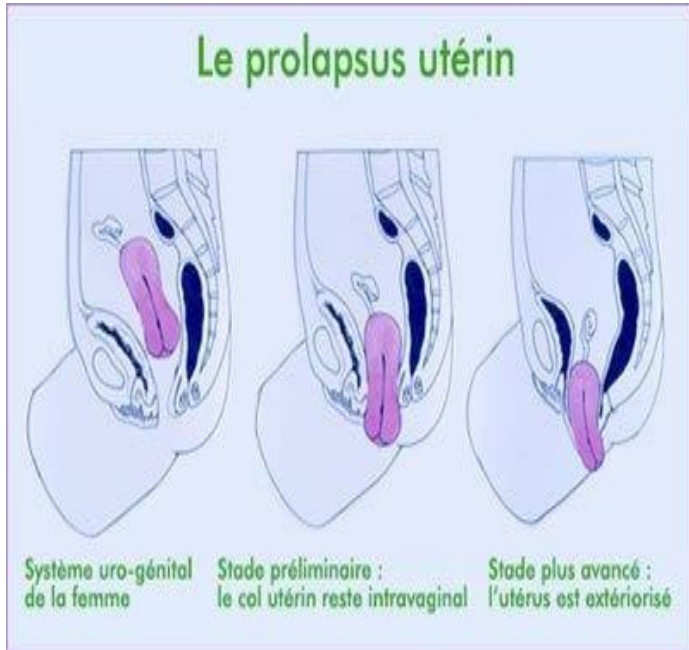
Ces lésions se réparent les plus souvent et progressivement. Dans certains cas, surviennent des lésions musculaires d'origine neurogène par lésions ou étirement du nerf pudendal ; celles-ci vont alors être responsables d'une atrophie progressive des muscles releveurs qui ne soutiendront plus l'aponévrose et ensuite les organes pelviens.



coupe sagittale d'un prolapsus du premier degré



coupe sagittale d'un prolapsus du deuxième degré
 1 : cystocèle, 2 : urétrocèle, 3: rectocèle, 4 : élytrocèle,
 5 : allongement hypertrophique du col



3 Quelle est la stratégie diagnostique dans les troubles de la statique pelvienne ?

L'examen clinique est essentiel dans cette pathologie et notamment l'appréciation de la gêne fonctionnelle.

3.1 L'interrogatoire

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 :

- **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 (1^{er} degré II effort de poussée, de rire, d'éternuement, de toux, du port d'une charge lourde, 2^{ème} degré II à une marche rapide, 3^{ème} degré II 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.
- **incontinence anale** au gaz ou au fécès, troubles de la défécation (dyschésie ano-rectale, pouvant être corrigée par une manœuvre digitale intra-vaginale),
- **troubles sexuels** : impression de béance vulvaire, gaz intra-vaginaux, perte de sensibilité vulvo-vaginale, dyspareunie d'intromission par obstacle, saignements post-coitaux, gêne liée à l'organe prolapsé,
- **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, ...
- douleurs dorso-lombaires.

Enfin, un prolapsus même important peut être totalement asymptomatique.

L'interrogatoire devra rechercher la cause du prolapsus, des facteurs favorisants de récives (bronchite chronique, constipation, sport), déterminer l'âge, les antécédents obstétricaux et chirurgicaux (chirurgie de l'utérus, prolapsus, IUE, ...), le désir éventuel de grossesse et l'activité sexuelle.

L'examen est réalisé en position couchée puis éventuellement debout voire accroupie, vessie pleine et vessie vide.

Il comporte, en dehors de l'examen gynécologique habituel :

3.2 L'inspection

Elle recherche une béance vulvaire, une cicatrice périnéale d'épisiotomie, apprécie la distance ano-vulvaire, la trophicité des organes génitaux externes (cause de dyspareunie, de brûlures mictionnelles).

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

- 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 : on refoule la paroi antérieure du vagin. A l'effort peut apparaître une colpocèle 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 prolabées correspondant à une hernie du cul de sac de douglas.

L'examen est complété par un **toucher vaginal** pour l'exploration de l'utérus, des annexes et des releveurs et par un toucher rectal pour explorer la cloison recto-vaginale, l'étude de la tonicité du sphincter de l'anus, le noyau fibreux central du périnée et la contractilité des muscles releveurs (pubo-rectaux).

La qualité des muscles releveurs de l'anus appréciée en demandant à la femme de faire un effort de retenue qui est coté de 0 à 5.

L'examen des seins et l'examen général (recherche d'hernie de la paroi abdominale) doivent être réalisés.

3.3 Les examens complémentaires Ils comportent :

- **ECBU systématique,**
 - **Explorations urodynamiques** pour apprécier la qualité du sphincter, la contractilité vésicale, le degré de transmission des pressions abdominales, la stabilité vésicale et urétrale,
 - **Techniques d'imagerie** pour apprécier la mobilité des organes par rapport aux structures osseuses (échographie, Colpocystodéfécogramme, IRM,...)
 - parfois, manométrie anorectale et défécographie en cas de troubles de la défécation.
- Ces examens ne sont pas toujours nécessaires.

Ils seront essentiellement prescrits si le tableau clinique est complexe ou mixte (prolapsus et I.U. par exemple), s'il s'agit d'une récurrence ou d'un échec thérapeutique.

4 Quels sont les principes thérapeutiques ?

Il s'agit d'une pathologie fonctionnelle = il ne s'agit pas d'opérer sans demande, il ne s'agit pas corriger l'anatomie sans tenir compte de la fonctionnalité des organes.

Les moyens :

- L'abstention thérapeutique.
- Les alternatives (pessaire, sonde).
- La rééducation pelvi-périnéale.
- Les traitements médicaux.
- Les techniques chirurgicales par voie abdominale ou par voie basse.

L'abstention thérapeutique s'envisage en cas de :

- Découverte fortuite ou l'absence de demande de la femme,
- Proximité d'un accouchement,
- Chirurgie pelvienne récente,
- Contre-indication chirurgicale.

L'évolution d'un prolapsus est variable ; il peut exister une stabilisation des troubles ou une aggravation, rarement une amélioration en dehors de la période post-partum.

5 conclusion

- IUE et prolapsus sont des conséquences des troubles de la statique pelvienne,
- Ils peuvent être à l'origine d'une pathologie fonctionnelle d'importance très variable,
- Les facteurs obstétricaux sont fondamentaux dans la genèse des prolapsus,
- Le diagnostic est avant tout clinique,
- Les principales indications des explorations sont l'I.U. et le prolapsus récidivant,
- N'envisager un traitement qu'après avoir tenu compte des différentes composantes du prolapsus (urinaire, génital, rectal, sexuelle),
- Aucun traitement chirurgical n'a une efficacité dans 100 % des cas à long terme,
- L'information est essentielle dans cette pathologie fonctionnelle concernant les résultats fonctionnels et la morbidité per- et post-opératoire.