

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE



UNIVERSITE ABOU BAKR BELKAID
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE

Thème pour l'obtention d'un diplôme
de doctorat en médecine

PROLAPSUS GENITAL

Chef service:

*Dr BENHABIB

Encadré par :

*Dr OUALI

Présenté par :

- * ZERROUKI MOHAMED
- * KECHKOUCHE MOHAMED
- * SEDJELMACI SARAH

Docteur OUALI
Maître Assistant
Gynéco-Obstétrique
CHU TLEMCEM

Année universitaire:2005-2006

REMECIEMENTS

J'adresse ma reconnaissance la plus cordiale au Dr BENHABIB (médecin chef service de gynéco-obstétrique), Dr OUALI pour leur soutien intarissable tout au long de mon cheminement dans le vaste monde de gynéco-obstétrique ainsi que pour l'encadrement scientifique constant .

Je dis merci de m'avoir accordé le privilège de prendre part à leur service comme interne ce fait pour moi un plaisir sans cesse renouveler de travailler à ses cotés au quotidien.

Qui plus est, je ne saurais omettre de souligner tout le plaisir que j'ai eu à côtoyer tous ceux et celles qui animent le service de gynéco-obstétrique de CHU TLEMCEM.

Aussi, sans oublier Mme le Dr TCHIALI pour son aide.

Finalement, aux membres de ma famille : ma mère, mon père, mes sœurs et mes frères à eux tous qui n'ont jamais cessé de croire en moi et m'ont toujours témoigné leurs encouragements et leurs supports dans ma

tache quotidienne d'étudiant au programme de doctorat en médecine et j'adresse mes remerciements les plus cordiaux et sincères.

A eux tous, je dis mille fois merci.

PROLAPSUS GÉNITAUX

I-Introduction :

Ils sont la conséquence de la dégradation des différents éléments musculaires et fibro-ligamentaires qui assurent dans les conditions physiologiques le maintien des organes pelviens.

Ces éléments intimement intriqués assurent la statique et la dynamique à l'effort des viscères pelviens à savoir d'avant en arrière le bas appareil urinaire, le tube génital, le conduit anorectal.

Il n'est donc pas étonnant que le prolapsus génital s'accompagne le plus souvent et à des degrés divers d'une descente de la vessie et de l'urètre proximal et/ou du conduit anorectal expliquant les troubles fonctionnels urinaires ou anorectaux qui leur sont si souvent associés.

II-Physiopathologie :

1-Anatomie de la statique pelvienne :

La station et la locomotion érigées ont entraîné d'importantes modifications du squelette pelvien ainsi que des muscles et des formations fibro-ligamentaires qui lui sont annexés. La phylogenèse explique les transformations qui en ont résulté affectant le maintien du bas appareil urinaire, du tube génital et du conduit digestif terminal selon des modalités complexes, l'accouchement constituant un élément fondamental de fragilisation.

L'ensemble des viscères pelviens est amarré par des formations musculaires constituant le **plancher pelvien** et des **structures fibro-ligamentaires** dont certaines lui sont intriquées, ces éléments supportant les contraintes mécaniques et dynamiques au repos, à la station debout, au moment de l'effort et lors de la parturition.

1/1-Plancher musculaire pelvien :

Il est avant tout représenté par le **muscle élévateur de l'anus** lui-même constitué par deux lames musculaires disposées symétriquement des parois latérales vers le centre de l'excavation, circonscrivant la **fente uro-génitale**, véritable point faible en forme de fer à cheval ouvert en avant. Les fibres les plus internes s'identifient en **muscle pubo-rectal**. C'est une fronde musculaire puissante, fortement orientée en haut et en avant, tendue du **centre tendineux du périnée** et de la musculature anorectale au pubis. Ces fibres croisent le

conduit vaginal auquel elles adhèrent plus ou moins intimement. En arrière du vagin, les fibres les plus internes s'unissent entre elles au niveau du centre tendineux constituant un véritable épaulement postérieur; en arrière du canal anal les fibres se réunissent de la même façon en s'intriquant à la musculature anorectale puis avec les fibres les plus profondes du sphincter externe de l'anus.

Ainsi constituée, cette fronde musculaire puissante assure un rôle de soutènement statique (par sa tonicité) mais surtout dynamique, sa contraction entraînant les viscères vers l'avant en même temps qu'elle permet une certaine fermeture de la fente uro-génitale. Au-dessus de cette fronde, la **portion pelvi-coccygienne** du muscle élévateur de l'anus s'étend du pubis à l'épine sciatique sur le fascia de l'obturateur interne. C'est une lame musculaire beaucoup plus mince, étalée en éventail se prolongeant en arrière par le **muscle ischiococcygien**. Les fibres convergent en arrière du canal anal pour constituer le raphé anococcygien.

L'aponévrose pelvienne recouvre la face supérieure du releveur de l'anus. Elle présente trois renforcements dont l'arcus tendineus fasciae-pelvis tendu de l'épine sciatique à la surface angulaire du pubis où il se poursuit par le **ligament pubo-urétral postérieur**; ses adhérences à la paroi vaginale représentent un véritable point d'ancrage (**vaginal repair** des anglo-saxons). Les connections de cette aponévrose avec les différents fascias péri-viscéraux contribuent au renforcement des structures déjà décrites.

1/2-Système fibro-ligamentaire :

La vascularisation des viscères pelviens dépend essentiellement des branches viscérales des vaisseaux hypogastriques au sein de condensations fibro-cellulaires épaisses **l'aileron viscéral commun** dirigé à partir du détroit supérieur en bas, en avant, en dedans. A proximité de chaque viscère intéressé, les vaisseaux concernés soulèvent un aileron viscéral que l'on identifie d'arrière en avant, aileron rectal, aileron cervico-vaginal (ligament de Mackenrodt), aileron vésical. Ce système latéral est complété par une puissante formation sagittale : **les lames sacro-recto-génito-pubiennes** comprenant le plexus hypogastrique inférieur. Leur intrication avec les ailerons viscéraux renforce le dispositif en un véritable maillage solidarissant les viscères entre eux. En arrière les **lames utéro-vagino-sacrées** suspendent le col et la partie haute du vagin qui est ainsi attirés en haut et en arrière. En avant, les lames sacropubiennes s'identifient en **piliers de la vessie** comprenant les vaisseaux vésicaux inférieurs.

Ce système fibro-ligamentaire sous péritonéal complexe assure la suspension viscérale et l'orientation particulière du tube génital. Il est complété en avant par le **fascia inter-vésico-vaginal** (dit de Halban) et en arrière par le **fascia rectovaginal** assurant respectivement la solidarisation vagino-viscérale et le soutien de la base vésicale en avant, la solidarisation recto-vaginale et le soutien du tube anorectal en arrière.

Au total, on peut identifier :

- Un **soutènement antérieur** essentiellement musculaire et constitué avant tout par le muscle élévateur de l'anus qui forme une fronde musculaire puissante, orientée en haut et en avant, circonscrivant le point faible de la fente urogénitale. Il est élastique, dynamique, volontaire essentiellement au moment de l'effort.
- Un **système suspensif postérieur** fibro-ligamentaire et fascial, rigide, passif, non réeducable assurant l'amarrage des viscères entre eux et au squelette.
- L'**orientation** du tube génital qui est sous la dépendance de ces structures permet de définir trois coudures physiologiques :
- Un angle d'antéflexion utérine, le corps étant fléchi sur le col selon un angle d'environ 100 à 120 degrés ouvert en avant, cette angulation étant favorisée par l'action des ligaments ronds qui n'ont en fait aucun rôle suspensif.
- Antéversion utérine, le col prenant contact avec la face postérieure du tiers supérieur du vagin selon un angle ouvert en avant d'environ 100 degrés, en raison de la traction vers le haut et l'arrière exercée par les ligaments utérosacrés et l'aileron cervico-vaginal.
- Le **cap vaginal** à sommet antérieur est sous la dépendance de l'action du muscle pubo-rectal à la partie moyenne du vagin alors que la partie supérieure du conduit est attirée en haut et en

arrière par les structures fibro-ligamentaires déjà décrites. S'inscrivent dans cette angulation en avant le **cap urétral** et en arrière le **cap anorectal**.

Ainsi d'avant en arrière la base vésicale et la paroi postérieure de l'urètre reposent sur la paroi vaginale antérieure renforcée par le fascia de Halban assurant la solidarisation des deux organes; le corps utérin repose sur la vessie, le col prenant appui sur la face postérieure du vagin tandis que le rectum sous péritonéal reste solidaire de la paroi postérieure du vagin grâce au fascia recto vaginal.

2-Cinétique des viscères pelviens

Dans les conditions normales et si l'intégrité des différentes structures est respectée, au moment de l'effort, les forces résultantes de pression intra abdominale est dirigée en bas et en arrière vers la concavité sacrée et le périnée postérieur, effaçant ainsi le point faible de la fente urogénitale. En effet, tandis que le corps utérin s'applique contre la face supérieure de la vessie fermant l'angle uréthro-vésical, on note un effacement du cap vaginal avec horizontalisation du vagin et déplacement vers le bas mais surtout vers l'arrière des principaux viscères pelviens : vessie et urètre, tube génital et rectum. Au moment de la poussée, on constate successivement l'effacement du cap uréthro-vésical avec déplacement simultané des deux berges du col vésical, l'ouverture du cap vaginal tandis que le col utérin vient appuyer sur la face antérieure du rectum verrouillant le cul de sac de Douglas et

prenant appui sur le raphé ano-coccygien qui constitue une barrière particulièrement solide.

Au moment de l'effort de retenue, la contraction du plancher musculaire pelvien s'exerce, à laquelle participent les sphincters urétral et anorectal, et l'évolution viscérale se fait en sens inverse avec reconstitution des différents caps viscéraux et effacement partiel de la fente urogénitale.

Pour que ces évolutions puissent s'effectuer, il est nécessaire que les différentes structures qui assurent le maintien des organes pelviens aient gardé souplesse et trophicité et que l'orientation du tube génital soit maintenue permettant l'occlusion du cul de sac péritonéal qui doit rester virtuel

3-Dégradations :

Les altérations sont souvent précoces et resteront longtemps masquées tant que persistent une bonne trophicité tissulaire et une tonicité musculaire suffisante. Les premiers signes peuvent certes apparaître chez la femme encore jeune mais en pratique ils surviennent vers la cinquantaine et même plus tard favorisés par le vieillissement tissulaire génétiquement programmé, par la carence œstrogénique de la ménopause si elle n'est pas substituée, parfois par l'action malencontreuse, incomplète ou maladroite d'un chirurgien. Les toux chroniques des asthmatiques, des bronchitiques, et la constipation constituent autant de facteurs de risques surajoutés. De même les hypotonies de la paroi abdominale, les insuffisances musculaires

pariétales telle qu'elles peuvent se rencontrer chez les obèses ont pour effet de verticaliser la résultante des forces de pression et ainsi de déporter le point d'efficacité vers l'avant menaçant alors le point faible le hiatus génito-urinaire.

En réalité, la première atteinte survient au cours de la première grossesse et plus particulièrement pendant le premier accouchement dont les conséquences sur le maintien des viscères pelviens et sur la qualité de la continence sont constantes à des degrés divers.

Au cours de la grossesse, l'hyper lordose favorise la rétroposition du coccyx et l'horizontalisation du sacrum éloignant la butée sacrococcygienne qui constitue l'appui des viscères au moment de l'effort : ainsi est menacé le point faible - la fente urogénitale. Ces phénomènes s'aggraveront bien entendu au cours des grossesses ultérieures. Le développement de l'utérus entraîne une élongation de la paroi antérieure du vagin et donc de l'urètre qui lui est intimement solidaire effaçant ainsi l'angle urétrovésical. L'augmentation du volume et du poids de l'utérus est en outre responsable d'une distension progressive des éléments de suspension le plus souvent irréversible et toujours susceptible de s'aggraver lors des grossesses ultérieures. L'accouchement par les voies naturelles engendre un traumatisme tissulaire constant dont l'importance dépend de certains facteurs bien classiques :

- Hypoplasie périnéale d'origine congénitale ou fragilisation oedémateuse des obèses.
- Présentation défléchie (occipito-sacrée, face) ou présentation du siège
- Effort expulsif prolongé avec expression abdominale
- Manoeuvre obstétricale quelle qu'en soit la nature
- Macrosomie foetale qu'il convient de distinguer des enfants de petits poids dont l'accouchement parfois rapide peut être aussi très traumatisant.
- Déchirure périnéale dont la qualité de la réparation est aléatoire ou différée mais on sait que certaines ruptures musculaires authentiques peuvent survenir à peau intacte.

Ainsi au moment de l'expulsion, malgré l'épisiotomie qui est toujours tardive alors que les dégâts sont déjà commis, les différentes structures sont distendues, étirées, comprimées, sous l'effet du mobile foetal : rupture partielle ou totale et hématomes en sont la conséquence dont le résultat sera la fibrose cicatricielle, la dénervation périphérique avec un retentissement inéluctable sur la valeur fonctionnelle de ces tissus. Le muscle pubo-rectal, l'ensemble des muscles du périnée dont le point de convergence est le noyau fibreux central, les systèmes sphinctériens sont le siège de lésions fibrillaires, vasculaires et nerveuses souvent définitive. De même les structures fibro-conjonctives pelviennes et les fascias subissent une distension à laquelle s'ajoute des phénomènes de glissement provoqués lors de la

descente de la présentation désolidarisant les viscères de façon plus ou moins définitive.

4-Conséquences :

Au niveau génito-urinaire

La dégradation du soutènement musculaire entraîne une béance vulvaire : le vagin n'est plus épaulé non plus que la base vésicale et l'urètre proximal. Très rapidement la cloison vésico-vaginale et le fascia qu'elle contient est forcé expliquant la colpocèle antérieure contenant la partie postérieure du bas appareil urinaire (**urétro-cervico-cystocèle** associée à des degrés divers à la cervico-cystoptose). L'urètre proximal reste plus longtemps amarré au pubis grâce à l'action des ligaments pubo-urétraux postérieurs expliquant dans certains cas la bascule d'une volumineuse cystocèle autour de ce point encore fixé avec coudure du conduit urétral parfois responsable d'une dysurie obligeant à certaines manoeuvres lors de la miction.

Plus tard apparaîtra la faillite des éléments suspenseurs du tube génital favorisant la désaxation utérine et l'hystéroptose. Que le col se mette dans l'axe du vagin et il s'allonge en s'épaississent si les amarres ligamentaires ont cédé ou en s'atrophiant si ces dernières ont gardé une certaine efficacité (**allongement hypertrophique ou atrophique du col**).

♦ A l'étage postérieur

Si le cul de sac de Douglas est anormalement large et profond contenant les anses grêles ou le fond d'un utérus rétroversé, le péritoine dédouble la cloison rectovaginale jusqu'à soulever la paroi postérieure du vagin mais toujours à distance de la marge anale en réalisant une colpocèle postérieure. Parfois le cul de sac péritonéal est entraîné par la ptose viscérale telle qu'elle peut être réalisée dans les prolapsus totaux. Ces **élytrocèles** peuvent aussi être favorisées par les suspensions antérieures et antiphysiologiques du tube génital, rançon d'une chirurgie du temps passé (pexies antérieures). Les exceptionnelles élytrocèles congénitales, pédiculées, dont le collet se situe au niveau de la fossette de Meigs, peuvent exister en l'absence de prolapsus.

La désorganisation du fascia rectovaginal et la rupture de la gaine rectale (fascia recti) entraînent une véritable hernie de la paroi antérieure du rectum à travers la paroi postérieure du vagin. Cette colpocèle postérieure correspond alors à la **rectocèle** en général situé au-dessus du plan du releveur. Si les éléments du périnée en particulier les puborectaux ont fait faillite, il existe un véritable «écoulement» du périnée, la saillie de la rectocèle apparaissant alors à la partie postérieure d'une vulve béante.

5-Retentissement fonctionnel urinaire et rectal :

Les structures tissulaires qui participent aux mécanismes de la continence s'intégrant au système musculo-ligamentaire qui assure l'amarrage des viscères pelviens, il n'est pas étonnant que les prolapsus féminins s'accompagnent de troubles de la continence altérant la qualité de vie (dans 50% des cas environ).

➤ **Incontinence urinaire**

Elle apparait lorsque les forces d'expulsion deviennent supérieures aux forces de retenue. On peut distinguer :

- **Incontinence urinaire à l'effort (IUE)** soit par atteinte du système intrinsèque, essentiellement sphinctérien entraînant une chute de la pression de clôture urétrale, soit par atteinte du système extrinsèque entraînant une ptôse du col vésical et de l'urètre proximal auxquels les forces de pression intra-abdominales ne sont plus transmises. De plus en cas de délabrement du plancher musculaire, la contraction volontaire du périnée est incapable d'exercer une contre pression efficace.
- **Incontinence par hyper-activité vésicale** à l'origine de contractions involontaires du détrusor traduisant l'instabilité vésicale favorisée par les grandes cystocèles qui irritent le trigone et les infections urinaires à répétition en cas de défaut de vidange correcte de la vessie.

- **Incontinence mixte** pouvant associer les trois mécanismes précédents à des degrés divers et dont feront la preuve l'examen clinique, le bilan urodynamique et éventuellement le colpocystogramme.

Si la ptôse vésico-urétrale peut être traitée par la chirurgie, l'insuffisance sphinctérienne est de traitement beaucoup plus aléatoire puisqu'elle dépend de l'âge, de la disparition des récepteurs estrogéniques, adrénérgiques, aux prostaglandines en cas de carence hormonale, entraînant une atrophie épithéliale et sous muqueuse avec régression des plexus vasculaires et enfin du vieillissement tissulaire avec envahissement par des fibres collagènes au détriment des fibres élastiques. Les microlésions qu'ont entraîné les accouchements sont à l'origine d'une sclérose surajoutée des parois à l'origine d'un défaut de transmission des pressions et d'une perte de souplesse du conduit. Ces lésions peuvent être aussi associées à une dénervation musculaire qui retentit sur le tonus sphinctérien et sur l'adaptation à la fois réflexe et volontaire à l'effort (Neuropathie périphérique).

A ces symptômes peuvent s'associer des troubles de la miction : dysurie par obstacle anatomique du fait du prolapsus antérieur ou pollakiurie par étirement vésical diminuant la capacité ou par instabilité du détrusor.

➤ **Troubles anorectaux**

La **constipation terminale** est le trouble fonctionnel le plus fréquent en cas de prolapsus. Elle s'explique par le fait que la poussée rectale s'exerce vers l'avant au niveau de la cloison recto-vaginale insuffisante siège de la rectocèle au niveau de laquelle s'amassent les selles. L'existence d'une **dénervation** par neuropathie périphérique est un facteur aggravant en dispersant les forces de propulsion et entraînant un ballonnement du bas rectum et du périnée. Les efforts excessifs d'exonération peuvent entraîner un **anisme** par dys-synergie anorectale avec contractions sphinctériennes au moment de la poussée établissant un véritable cercle vicieux en aggravant la rectocèle et la dénervation périnéale à l'origine d'un **périnée descendant**.

L'incontinence anale peut aussi s'associer au prolapsus. Le mécanisme en est double : diminution du tonus permanent du sphincter interne par altération des fibres musculaires lisses du conduit digestif et diminution du tonus du sphincter externe musculaire strié par dénervation périphérique, ce sphincter, qui fait partie intégrante de la musculature périnéale n'étant plus capable de s'opposer au réflexe de vidange anorectale qui est lui même favorisé par l'existence même du prolapsus postérieur.

Dans certains cas, il existe une rupture d'origine traumatique plus ou moins compensée par auto-éducation hygiénique et musculaire périnéale.

III-Examen clinique :

1-Motifs de consultation

Ils sont divers et, pour certains, d'autant plus qu'il s'agit d'une femme jeune, parfois difficiles à exposer. La tolérance fonctionnelle est essentiellement variable : certaines consultent pour des symptômes minimes mais qui les inquiètent, alors que d'autres cacheront longtemps un handicap majeur de leur vie quotidienne.

Le plus souvent, il s'agit d'un inconfort abdomino-pelvien, de pesanteur pelvienne, d'une impression de perte d'organes surtout à la station debout ou en fin de journée ou encore d'une saillie anormale de l'orifice vulvaire constatée au moment de la toilette, au moment d'un effort ou parfois même permanente.

Les troubles fonctionnels peuvent dominer la clinique : macération, irritation locale, pertes anormales pouvant être en relation avec une ulcération surinfectée d'un organe extériorisé. En cas de douleur, surtout si elle est apparue récemment, il est toujours nécessaire de rechercher une autre étiologie que celle du prolapsus. Dans certains cas non exceptionnels, le prolapsus peut être découvert fortuitement lors d'un examen gynécologique pour tout autre cause et le diagnostic de l'affection posé chez des patientes consultant pour la

ménopause en constitue un excellent exemple (15% dans notre expérience).

2-Interrogatoire :

Il doit être minutieux faisant en particulier préciser :

- La date et les circonstances d'apparition du prolapsus ;
- Son mode d'installation brutal ou progressif ;
- Le caractère évolutif.
- L'apparition, ou l'aggravation au moment de l'installation de la ménopause ou après intervention sur le petit bassin doivent être particulièrement notés.

Les troubles fonctionnels d'accompagnement sont à rechercher systématiquement :

➤ Trouble de la continence urinaire ou de la miction.

Ce sont souvent eux qui dominent la symptomatologie amenant la patiente à consulter. 50% des prolapsus génitaux s'accompagnent d'une symptomatologie urinaire. Il faut faire préciser l'importance des fuites et le degré de gêne définie en trois stades de gravité croissante :

de quelques gouttes de temps en temps à la nécessité d'un port plus ou moins permanent de garnitures.

Tantôt les **fuites sont liées à l'effort**. Il s'agit le plus souvent de fuite à la toux, à l'éternuement mais parfois seulement au changement de position voire à la marche. Il faut tenter de définir si la fuite est strictement liée à l'effort, apparaissant et cessant avec lui mais en règle jamais précédée de sensation de besoin.

Cette incontinence d'effort doit être distinguée des cystalgies, dysurie, pollakiurie diurne ou nocturne (nycturie), d'impériosités mictionnelles parfois accompagnées de fuites. Ces symptômes évoquent une pathologie du détrusor ou une irritation de la zone uréthro-trigonale : elle s'intègre dans le cadre des **instabilités vésico-urétrales**. Cette distinction est tout à fait importante car les traitements en sont spécifiquement différents tout en sachant que les mécanismes peuvent être intriqués : l'**incontinence urinaire d'effort pure** est en relation avec la ptôse viscérale et l'insuffisance musculaire périnéale justiciable de la chirurgie ; elle doit être différenciée de l'**incontinence urinaire d'effort par insuffisance du système sphinctérien urétral** dont le traitement est essentiellement rééducatif et pharmacologique. Quant aux instabilités, elles peuvent relever du traitement chirurgical quand elles sont associées à un volumineux prolapsus antérieur ou si elles surviennent après un traitement chirurgical inadéquat ou surtout incomplet mais la base de la thérapeutique en reste médicale.

L'existence d'une **dysurie** doit être recherchée accompagnant parfois les volumineux prolapsus extériorisés mais dont l'origine peut aussi être l'existence d'une sténose cervico-urétrale d'autre origine ou d'une hypotonie du muscle vésical.

► **Troubles fonctionnels anorectaux.**

Ils sont relativement moins fréquents mais peuvent être particulièrement invalidant en cas de **constipation** opiniâtre qui constitue un véritable cercle vicieux aggravatif sur le plan du prolapsus ; parfois une incontinence au gaz ou même au matières peut compliquer le tableau. L'existence de rectorragies peut certes être en relation avec une pathologie hémorroïdaire mais il convient alors d'éliminer tout autre cause organique et en particulier une pathologie tumorale de l'intestin terminal.

Il conviendra enfin de préciser l'âge et le mode de vie professionnel, l'existence ou non de rapports sexuels (parfois rendus difficiles par l'existence même du prolapsus à l'origine d'une dyspareunie), la prise éventuelle de médicaments dont il convient de préciser la nature vis à vis d'une pathologie associée et enfin le retentissement de l'affection sur la qualité de vie sociale et affective.

Les facteurs de risques doivent être aussi systématiquement recherchés :

- Antécédents obstétricaux ;

- Antécédents chirurgicaux en particulier gynécologiques (hystérectomie, cure antérieure de prolapsus dont on essaiera de se procurer les comptes rendus opératoires);
- Situation par rapport à la ménopause substituée ou non

3-Examen physique :

3/1-Au repos :

L'examen est pratiqué en position gynécologique ou même debout ou encore en position accroupie afin de reconnaître les troubles au moment de la poussée et à l'effort. Il faut que la vessie soit en semi-repletion si l'on veut objectiver une incontinence à l'effort. En cas de vessie vide, on peut revoir la patiente une demi-heure à une heure plus tard après lui avoir fait boire une bouteille d'eau ou lui avoir donné un comprimé de Lasilix. IL faut rechercher la nature exacte du prolapsus, reconnaître les anomalies potentielles ébauchées, diagnostiquer une pathologie gynécologique associée et tester la valeur fonctionnelle du périnée.

L'examen de l'abdomen recherche des cicatrices, contrôle les orifices herniaires et recherche une tumeur abdomino-pelvienne.

A l'inspection, il faut noter la trophicité de la vulve et du périnée, rechercher les cicatrices de déchirures ou d'interventions antérieures, la plus courante étant l'épisiotomie. Parfois la vulve est béante avec éversion de la muqueuse vestibulaire ce qui prouve la faillite du centre tendineux du périnée. On note également la distance anovulvaire qui

est normalement d'au moins 3 cm. Parfois il existe un certain degré de macération ou d'irritation vulvaire entraînée par le prolapsus. Dans certains cas, les saillies anormales existent en dehors de tout effort :

- Saillie du col utérin parfois ulcéré et hyperkératosique (frottis voir biopsie seront pratiqués au moindre doute);
- **Colpocèle antérieure** striée transversalement dans la zone urétrale et lisse dans sa portion vésicale;
- **Colpocèle postérieure** atteignant ou non la commissure postérieure de la vulve et pouvant correspondre soit à une rectocèle soit à une élytrocèle.

3/2-A la poussée :

Lors de l'effort apparaissent les différentes saillies anormales classées en trois stades selon leur importance.

- Stade 1 : Saillie purement intra-vaginale
- Stade 2 : Saillie affleurant l'orifice vulvaire
- Stade 3 : Saillie extériorisée

On peut ainsi définir plusieurs variétés de prolapsus : antérieur intéressant le bas appareil urinaire, moyen concernant le segment utéro-vaginal ou postérieur comprenant le péritoine du Douglas et/ou le rectum sus-lévatorien.

Dans certains cas, en faisant pousser, on voit apparaître d'abord la paroi antérieure du vagin puis le col et enfin la paroi postérieure : c'est le prolapsus total.

D'autres aspects peuvent se voir :

- Déroulement des parois antérieure et postérieure de façon compétitive et masquant l'apparition de l'utérus;
- Apparition isolée du col utérin au niveau de l'orifice vulvaire caractérisant l'**hystérocele**;
- Une fuite d'urine peut être objectivée caractérisant l'**incontinence urinaire à l'effort** parfois mieux mise en évidence en déprimant par deux doigts intra-vaginaux le périnée postérieur;
- Quand le prolapsus est très extériorisé, la palpation permet toujours de trouver le col souvent allongé ce que prouve l'**hystérométrie** qui permet au mieux de juger de la longueur du col par rapport au volume utérin.

3/3-Examen au spéculum :

Il est toujours indispensable permettant de localiser le col, de l'examiner, de pratiquer divers **prélèvements bactériologiques ou cytologiques** à la demande. Le retrait progressif du spéculum valve ouverte alors que l'on demande à la patiente de pousser permet d'objectiver une descente de l'utérus qui n'apparaissait pas de prime abord.

La manoeuvre des valves (spéculum démontable ou valve vaginale) permet de compléter exactement le bilan topographique des lésions en refoulant soit en avant soit en arrière la colpocèle qui dissimulait le prolapsus utérin ou qui masquait une fuite d'urine à l'effort par effet pelote.

3/4-Touchers pelviens :

Le toucher vaginal permet d'apprécier la souplesse du vagin, le volume et la position de l'utérus et recherche tout autre anomalie pelvienne associée en particulier annexielle. Il faut apprécier l'état des muscles du périnée et en particulier des releveurs dont on note au repos l'épaisseur et la tonicité mais aussi leur contractilité au moment de l'effort de retenue ou en position d'adduction contrariée des cuisses, la force musculaire étant notée de 0 à 5. Il existe parfois au moment de la retenue une **inversion de commande**, la patiente poussant au lieu de retenir.

Le toucher vaginal doit être complété par un **toucher rectal** qui apprécie le tonus du sphincter anal qui peut avoir été déchiré; Il peut permettre d'objectiver la volumineuse poche d'une rectocèle. Combiné au toucher vaginal, il permet de percevoir les deux feuillets péritonéaux d'une **élytrocèle** parfois occupée par des anses intestinales qui se réduisent en gargouillant ou par le fond utérin en cas de rétroversion, ou encore par tout autre tumeur pelvienne : fibrome ou tumeur annexielle.

Dans tout les cas, il faut explorer la cloison recto-vaginale et la tonicité du noyau fibreux central du périnée qui à parfois complètement disparu.

A la fin de l'examen, il convient de noter tous les éléments constatés sous forme d'une formule par exemple :

- **C2, H2, R1 + IUE.** Faible risque chirurgical.
- **C1, H3, E2, R1.** Terrain chirurgical à risque.

Il faut compléter en notant l'**importance de la gêne fonctionnelle** et le **retentissement sur la qualité de vie** ainsi que les éventuels **désirs de grossesse ultérieure** chez une femme non ménopausée de même que l'existence ou non de relations sexuelles.

IV-Examens complémentaires :

Ils peuvent être nombreux mais pas tous indispensables. Leur demande est fonction des données de l'interrogatoire, de l'examen physique et des troubles fonctionnels.

1-Prélèvements bactériologiques

- **ECBU** s'il existe le moindre signe évoquant une infection du bas appareil urinaire : pollakiurie, miction douloureuse, antécédents d'infection urinaire à répétition.
- **Prélèvement cervico-vaginal et / ou urétral** en particulier à la recherche de chlamydiae ou de mycoplasmes, s'il existe des leucorrhées pathologiques, une dysurie ou tout autre signe évoquant une irritation uréthro-vésicale.

2-Colpocystogramme

C'est le diagramme cinétique des viscères pelviens en retenue puis en poussée après opacification de la vessie, du conduit ano-rectal et après repérage du col et du corps utérin. Deux clichés de profil strict sont reproduits sur un même calque repérant les contours osseux et les

organes. On note ainsi les modifications anatomiques. Normalement au moment de l'effort :

- La vessie se déplace en bas et en arrière, le col vésical ne descendant jamais au-dessous du bord inférieur de la symphyse pubienne.
- Le vagin se déplace également en bas et en arrière avec effacement du cap vaginal, ce cap étant d'autant plus accentué que la sangle des muscles releveurs est tonique.
- L'utérus se porte en bas et en arrière vers le coccyx sans jamais que le col ne descende au-dessous de ce repère.
- Le rectum évolue en bas et en arrière.

Cet examen renseigne sur les modifications physiopathologiques expliquant le mécanisme de survenue du prolapsus en permettant d'en distinguer les différents éléments. C'est ainsi que l'on peut différencier des hystérocèle isolées, une chute rectale, une élytrocèle qui, comme on le sait, est favorisée par toutes les techniques de suspension antérieure du tube génital.

Le colpocystogramme permet encore de mettre en évidence une **vésicalisation de l'urètre** alors qu'il n'y a pas de cervico-cystocèles (incontinence de type A) ou encore de définir l'incontinence **urinaire d'effort potentielle** par chute du col vésical alors que l'examen clinique n'est pas parlant.

En réalité c'est surtout chez les femmes antérieurement opérées de prolapsus ou chez celles qui présentent des troubles fonctionnels

majeurs alors que le prolapsus paraît uniquement latent que cet examen paraît le plus utile, et généralement lorsqu'il existe une discordance entre l'examen clinique et les symptômes allégués.

3-Bilan urodynamique

Il est toujours utile et peut dans certains cas avoir un intérêt médico-légal. En effet, il permet d'identifier le ou les mécanismes de l'incontinence urinaire ou d'une dysurie lorsqu'elles existent, de dégager par conséquent les meilleures indications thérapeutiques ; dans certains cas l'incontinence est seulement latente (défaut de transmission) et ne tardera pas à apparaître puisque l'insuffisance musculo-ligamentaire existe déjà.

➤ La cystomanométrie

Elle étudie le comportement vésical au cours du remplissage et la capacité fonctionnelle de la vessie. L'**instabilité vésicale** (IV) se traduit par de grandes variations de pressions (contractions non inhibées); le besoin mictionnel précoce correspond en règle à une diminution de la capacité vésicale et / ou de son élasticité (compliance).

La sphinctérométrie statique

Elle montre le profil des pressions au niveau de l'urètre au repos permettant de construire l'aire de continence et de calculer la pression de clôture maximum calculée en centimètres d'eau : à 20% près, elle correspond à 110cm d'eau moins l'âge. On peut ainsi mettre en évidence les **insuffisances sphinctériennes** (IS) avec effondrement de la pression de la clôture. A 30 cm d'eau, la fuite survient au moindre effort et à 20 cm, elle est quasi-permanente.

La sphinctérométrie dynamique

Elle permet de mettre évidence un éventuel défaut de transmission (DT) au cours des efforts de toux qui se rencontre dans l'incontinence urinaire d'effort pur par ptôse viscérale. Cependant, il s'agit d'un terme uniquement uro-dynamique mais qui traduit déjà la faillite des éléments de suspension et de soutien du bas appareil urinaire quels que soient les symptômes observés cliniquement.

La débitmétrie

Elle est le plus souvent normale (20 à 25 ml seconde pour une miction d'une durée de 15 à 20 secondes). Elle peut aussi montrer l'existence d'une **dysurie** par insuffisance de la contraction du détrusor (surtout chez les femmes âgées), par anarchie dynamique de la vessie (instabilité) ou encore par obstacle uréthro-cervical qu'il faudra absolument diagnostiquer et lever (sclérose, rétrécissement par

atrophie, infection chronique ou traumatisme) ou parfois par dys-synergie vésico-sphinctérienne avec inversion du réflexe mictionnel.

Toutes les données fournies par le BUD peuvent être faussées lorsqu'il existe un volumineux prolapsus avec importante colpocèle qui peut modifier le trajet urétral ou agir par effet compressif (effet pelote). Même après réduction du prolapsus les données urodynamique peuvent être complètement inversées : il faut toujours savoir en tenir compte.

Par le seul examen clinique, on peut se tromper deux fois sur trois sur le mécanisme exact du trouble fonctionnel urinaire et par conséquent ne pas proposer le traitement adéquat qui est parfois invasif.

Proposer une intervention en cas d'IS ou d'IV sans qu'il existe un prolapsus patent est certainement une erreur qui se traduira le plus souvent par une aggravation de l'incontinence.

4-Echographie

Elle présente plusieurs avantages sur le colpocystogramme tout en étant de technique plus simple. En même temps qu'elle permet d'éliminer toute pathologie tumorale intra-pelvienne et en particulier ovarienne, elle objective l'évolution des viscères pelviens à l'effort et plus spécifiquement au niveau du complexe uréthro-vésical. La longueur et l'orientation de l'urètre, la bascule du col vésical à l'effort et son degré d'ouverture peuvent ainsi être objectivés orientant l'indication thérapeutique.

- En cas d'IUE d'effort pure : au repos à vessie pleine, l'urètre est raccourci et à l'effort de poussée l'orifice interne franchit la ligne passant à l'aplomb du bord inférieur de la symphyse traduisant ainsi la cervico-ptose en même temps que peut s'objectiver la fuite urinaire. La vésicalisation de l'urètre à l'effort peut être mise en évidence ainsi que la cystocèle associée qui, si elle est volumineuse, par un effet pelote peut masquer l'incontinence.
- L'instabilité urétrale peut se traduire par une IUE d'effort. L'ouverture de l'urètre est synchrone de l'effort en même temps que l'on observe le relâchement des muscles releveurs et que se contractent les fibres musculaires longitudinales du sphincter urétral entraînant l'ouverture du col de la vessie.

5-Urétrocystoscopie

Elle fait partie intégrante de l'investigation d'une incontinence d'urgence (miction impérieuse avec ou sans fuite) en l'absence d'infection urinaire mais aussi devant toute dysurie ou autre dysfonction de la vidange vésicale. Elle permet de reconnaître une pathologie inflammatoire ou tumorale (papillome, polype, lithiase, carcinome nécessitant la biopsie). Au cours de cet examen, l'existence d'un éventuel rétrécissement urétral ou d'une coudure anormale de l'urètre aura été notée.

6-Electromyogramme

L'examen électro-neurologique permet de déterminer l'importance d'une éventuelle dénervation de la musculature périnéale impliquée dans le maintien des organes pelviens et de la continence à l'effort.

La dénervation périphérique dans le territoire du nerf pudendal se traduit par une augmentation du temps de conduction du nerf, par la prolongation de la durée des potentiels d'action unipolaire et par l'apparition de potentiels de fibrillation.

Ces anomalies sont particulièrement importantes à rechercher en cas d'IS majeure ou de périnée descendant

V-Principes de traitement :

1-Traitement préventif

➤ **Eliminer les accouchements dystociques et laborieux**

En surveillant la prise de poids, en réduisant toute cause de macrosomie foetale, en favorisant une expulsion à vessie vide sans expression abdominale, en utilisant largement l'épisiotomie surtout en cas de manoeuvre instrumentale afin avant tout d'éviter une déchirure toujours péjorative pour le périnée. Il faut prescrire une **rééducation périnéale dans les suites de couche** permettant de restaurer le verrou périnéal et n'autoriser qu'ensuite une éventuelle gymnastique abdominale.

➤ **Eviter la carence hormonale de la ménopause**

La carence hormonale de la ménopause est source d'atrophie tissulaire par l'institution d'un traitement hormonal substitutif bien équilibré de préférence par voie générale mais aussi par voie locale en cas de contre indication au précédent. Ce traitement doit être proposé quelle que soit la stratégie thérapeutique retenue pour le traitement du prolapsus et des troubles de la continence ou de la miction.

➤ **Responsabiliser le chirurgien au cours de la chirurgie gynécologique classique**

On sait que sa responsabilité peut être engagée lorsque le prolapsus ou les troubles fonctionnels qui l'accompagnent apparaissent dans les deux ans suivant l'intervention.

- Parce qu'un interrogatoire et un examen préalable soigneux n'ont pas été pratiqués avant l'intervention négligeant ainsi l'existence de facteurs de risque, de symptômes débutants ou encore de signes cliniques traduisant la défaillance musculo-ligamentaire.
- Parce que l'on sait qu'une volumineuse tumeur utérine désorganise l'architecture pelvienne parfois évidente à ventre ouvert.
- Parce que l'on a pratiqué une intervention anti-physiologique telle qu'une suspension antérieure du tube génital favorisant l'élytrocèle.
- C'est pour ces raisons qu'il faut favoriser l'hystérectomie abdominale intra-fasciale, resolidariser les ligaments suspenseurs au tube génital restant, cloisonner le Douglas, remettre en tension les ligaments utérosacrés, restaurer un périnée déficient. Ces différents gestes peuvent être réalisés rapidement, n'allongent pas le temps d'intervention de façon considérable et peuvent au mieux assurer une véritable prévention du prolapsus.

- Parce que l'on a traité un prolapsus de façon incomplète, s'exposant ainsi à la récurrence dont le traitement sera plus difficile et les résultats fonctionnels toujours plus aléatoires.

► **Veiller à l'hygiène de vie**

La pénibilité des travaux physiques nécessitant des efforts importants, la constipation chronique, les efforts de toux répétés que peuvent présenter les asthmatiques, les bronchitiques chroniques, les intoxiqués tabagiques représentent autant de causes favorisant surtout chez les femmes qui ont accouché. Dans la mesure où cela est possible, il faut tenter de réduire leur incidence par l'éducation, l'apprentissage de nouvelles règles de vie, des traitements symptomatiques adéquats.

2-Traitements spécifiques

Tous les prolapsus ne sont pas à opérer et il faut retenir que si la chirurgie est capable de restaurer une anatomie correcte, elle ne peut assurer de rétablir une fonction satisfaisante, urinaire, sexuelle et anorectale. Rien ne peut être décidé sans un bilan préalable complet clinique et paraclinique prenant en compte les troubles fonctionnels et le retentissement général sur la qualité de vie. L'âge, le désir éventuel d'une future grossesse, le terrain chirurgical doivent toujours être pris en considération : on ne meurt pas d'un prolapsus mais on peut mourir de la chirurgie ou être singulièrement aggravé par elle.

Trois grandes classes de traitement sont à notre disposition : la **chirurgie**, la **rééducation périnéo-urinaire** et les **thérapeutiques médicamenteuses**. Ces méthodes sont complémentaires et doivent être proposées après les explications nécessaires.

Avant toute prise de décision, il faut avoir éliminé pathologie tumorale et infection urinaire ou génitale, proposer systématiquement un THS aux femmes ménopausées et qui ne sont pas traitées, évaluer la coopération de la patiente à sa prise en charge fonctionnelle et en particulier rééducative. Avant la ménopause, souhaite t'elle conserver une activité génitale voire une possibilité de grossesse? Après la ménopause et plus tardivement conserve-t-elle une activité sexuelle?

Si le prolapsus est manifestement chirurgical, il faut évaluer le terrain et le risque d'une intervention.

Si l'état général paraît trop précaire un **pessaire** peut représenter une solution en particulier chez la femme très âgée. La perte de l'appareil ou la récurrence du prolapsus incitent à prendre un anneau de plus grande taille; les douleurs, la rétention d'urines ou l'ulcération vaginale incitent au contraire à prendre un pessaire plus petit. Dans tous les cas, l'appareil doit être changé tous les trois mois.

2/1-Chirurgie :

Aucune intervention ne doit être entreprise sans connaître le plus exactement possible les dégâts anatomiques patents ou masqués et les lésions intéressant l'appareil urinaire, le tube génital et l'ensemble anorectal. Si l'on opère, il faut être complet si l'on veut ne pas

s'exposer à la récurrence ou à l'incontinence qui, jusque là potentielle ou masquée, deviendra patente.

► **Les interventions par voie basse**

Elles sont toujours préférables chez les femmes à risque car elles ont l'avantage de la rapidité d'exécution et de la sécurité en réduisant le risque chirurgical.

- En avant, il faut restaurer le fascia sous vésical de Halban
- A l'étage moyen, il faut enlever l'utérus qui a perdu droit de citer et resolidariser en les raccourcissant les ligaments suspenseurs au vagin
- En arrière, il faut réséquer le plus haut possible le sac péritonéal d'une élytrocèle, effacer la rectocèle en reconstituant le fascia recti et refaire un plancher périnéal solide en rapprochant les muscles nobles tout en ménageant une bonne perméabilité vaginale chez des femmes qui n'ont pas renoncé.

Dans tous les cas la colPectomie doit être économique : trop large en avant, elle favorise l'incontinence, trop étendue en arrière, elle fait courir le risque de dyspareunie secondaire.

Le remplacement de la zone uréthro-cervicale, qu'il existe une IUE d'effort pure patente ou seulement potentielle, doit faire l'objet d'un temps spécifique systématique :

- plicature sous urétrale à la manière de **Marion**
- suspension par fil amarré à l'aponévrose des droits à travers l'espace de Retzius à la manière de **Peyrera** ou de **Raz**

- soutènement prothétique sous urétral, **procédure TVT** (trans vaginal tape) qui utilise une fronde de prolène de 15 mm de large et longue de 40 cm mise en place à l'aide de grosses alènes selon le même principe que l'intervention précédente mais sans aucune suture.

En cas de volumineuse colpocèle antérieure, on peut avoir recours à l'**intervention de Bologna** qui réalise une suspension uréthro-cervicale à l'aide de deux bandelettes vaginales isolées et retournées dans l'espace de Retzius puis fixées sous tension suffisante à la paroi abdominale antérieure ou aux ligaments de Cowper.

➤ **Les interventions par voie abdominale**

Elles réalisent des suspensions solides par prothèse et traitent les 3 étages du pelvis. Leur intérêt est évident chez les femmes jeunes dont les résultats de l'intervention doivent être durables. Il s'agit de techniques plus complexes, de temps opératoire plus long, réservées aux femmes à faible risque, jeunes, sexuellement actives. **La réfection complémentaire du périnée est toujours indispensable** permettant de reconstituer le centre tendineux et de restaurer l'orientation correcte du vagin. L'exploration abdomino-pelvienne permet de traiter toute pathologie d'organes qui n'aurait pas été diagnostiquée avant l'intervention (ovaire +++). L'ouverture du vagin n'est pas une contre indication à la mise en place des **prothèses antérieure et postérieure** fixées au niveau des parois vaginales et suspendues au promontoire. L'élytrocèle peut être traitée de façon efficace en réalisant une véritable Douglasséctomie avec exclusion haute de la fosse pelvienne.

Les volumineuses colpocèles postérieures, les rectocèles ectasiques, les prolapsus vrais du rectum peuvent bénéficier d'une suspension complémentaire par prothèse surajoutée selon la technique de Orr Loygue.

L'IUE d'effort pure patente ou latente est alors traitée par **colpopexie retro-pubienne** selon la technique de **Burch**. Elle reste l'intervention de référence à l'heure actuelle qui doit être systématiquement pratiquée en complément de la suspension génitale.

Place de la coelio-chirurgie

Concernant le traitement chirurgical des prolapsus, il s'agit d'une technique en évolution et qui n'est pas encore évaluée essentiellement par manque de recul. Seul le traitement endoscopique de l'IUE pur s'est pour l'instant développé, réalisant en fait une intervention de Burch qui peut être effectuée par voie rétro-péritonéale (Retzius-scopie) par voie trans-péritonéale exclusive par fil ou avec un abord limité de l'espace rétro-pubien par voie vaginale permettant alors la mise en place d'une prothèse sous urétrale. La faisabilité de ces techniques parait actuellement démontrée avec de bons résultats à cours terme qui dépassent 85%.

Cependant le «Burch par coelio» n'est qu'une intervention partielle si le geste est isolé et ne peut prétendre à lui seul traiter la totalité des insuffisances musculo-ligamentaire qui sont en cause.

► Les échecs de la chirurgie

Un examen clinique incomplet, l'absence de bilan urodynamique, l'utilisation d'une technique inadaptée ou insuffisante constituent les principales causes des échecs. Les symptômes apparaissant en règle très rapidement après l'intervention. C'est alors que les examens complémentaires prennent tout leur intérêt en particulier : BUD, colpocystogramme, urétrocystoscopie.

- *Dysurie et rétention chronique d'urine*

Le sondage après miction ou l'échographie pelvienne confirment un résidu post-mictionnel qui dépasse en règle 100 ml. Parfois, il existe une véritable distension vésicale. L'endoscopie est surtout le colpocystogramme confirment une tension excessive du montage épaulant la région uréthro-cervicale ou sa situation trop basse au niveau de l'urètre distal entraînant une couture anormale du conduit à l'effort. Dans tout ces cas, il faut réintervenir.

- *Le syndrome du trigone tracassé*

Il s'agit de mictions impérieuses irrépessibles avec fuites survenant à l'effort. Le colpocystogramme montre une bascule de la vessie et de l'utérus au moment de l'effort, ce qui traduit le fait que la cystocèle et / ou l'hystérocèle n'a pas été traitée au moment de la première intervention. Il faut donc réaliser une suspension prothétique postérieure au promontoire.

- *Incontinence urinaire à l'effort*

Il peut s'agir d'une IUE potentielle, méconnue en l'absence de BUD pré-opératoire de colpo-cystogramme et le prolapsus n'a pas été globalement traité en particulier sans gestes uréthro-cervical. Il faut réintervenir pour le pratiquer en complément. En d'autre cas c'est une vésicalisation de l'urètre qui est en cause et qui peut être consécutive à une colpectomie antérieure trop étendue par voie vaginale ou par la création d'adhérences entre le canal anorectal et le dôme vaginal après hystérectomie totale, dans ces conditions, au moment de l'effort se produit une désolidarisation des deux berges urétrales. S'associent à ces mécanismes la sclérose, la dénervation, la dévascularisation toujours aggravante sur le plan fonctionnel. La suspension cervico-urétrale par voie haute ou mixte type fronde à effet dysuriant peut donner de bons résultats.

Les IUE par défaut de transmission correspondent à une cervico-cystoptose qui n'a pas été suffisamment traitée et qu'il faudra donc reprendre; mais il peut s'agir d'une insuffisance de la pression de clôture ou d'une sclérose du système sphinctérien dont le traitement est beaucoup plus aléatoire et dominé par la rééducation et les traitements pharmacologiques. Les injections péri-urétrales de graisse otologue ou de collagène peuvent être proposées, au maximum la mise en place d'un sphincter artificiel.

Il faut enfin insister sur le fait que les suspensions postérieures au promontoire risquent d'entraîner une désolidarisation des deux berges

urétrales à l'effort en l'absence de colpo-suspension uréthro-cervicale qu'il faut donc réaliser de façon systématique dans les traitements de prolapsus par voie abdominale même s'il n'existe pas d'IUE patente.

- *Incontinence urinaire permanente*

Elle peut se rencontrer en cas de dyskinésie du col de la vessie car le montage réalisé à été trop haut placé, trop postérieur intéressant en réalité la vessie et entraînant une véritable extra-vésicalisation de la jonction uréthro-vésicale. Il faut réintervenir pour démonter et remonter en bonne place.

2/2-Rééducation périnéo-urinaire :

Le but est de renforcer la musculature striée périnéale nécessitant la **prise de conscience des muscles** en les détendant ou en les contractant à la demande et en tentant de faire disparaître **l'inversion de commande** que présentent beaucoup de patientes par la mise en jeu des muscles synergiques.

L'interruption volontaire du jet urinaire en début de miction est un bon test de la qualité de la contraction volontaire du plancher pelvien permettant d'instituer un véritable effet de verrouillage à l'effort. Les explications à l'aide de schémas, la rééducation manuelle, l'utilisation de la technique du rétrocontrôle (bio-feed-back) favorisent la bonne collaboration de la patiente. La tenue d'un **calendrier mictionnel**

permet de régulariser, de ralentir le rythme des mictions supprimant les mauvaises habitudes en développant le réflexe de contraction périnéale inhibiteur en cas d'impériosité. L'**électro-stimulation fonctionnelle** agit par sa propre action excito-motrice au niveau du muscle mais aussi par inhibition des contractions du détrusor.

En cas de prolapsus modéré avec IUE du premier stade seulement potentielle, la rééducation est une excellente indication permettant de reculer ou même d'éviter la sanction chirurgicale : elle sera guidée par les données de l'examen uro-dynamique.

Si l'intervention est proposée, la rééducation est surtout indiquée en cas d'inversion de commande ou si la trophicité et la contractilité musculaire sont médiocres. Associée à l'oestrogénothérapie en cas de ménopause, elle constitue une bonne préparation à l'intervention et peut dans les suites opératoires en compléter les résultats.

3-Thérapeutique médicamenteuse

- L'**oestrogénothérapie** est toujours indiquée chez la femme ménopausée et doit être instituée avant tout autre forme de traitement. Par voie générale utilisant l'oestradiol sous toutes ses formes ou les dérivés conjugués équinés (Prémarien) ou par voie locale en cas de contre indication sous forme d'ovule ou de crème.
- En cas d'IUE par hypotonie ou insuffisance sphinctérienne c'est au **sympathomimétiques alpha** qu'il faut avoir recours :

Dénoral, Rinurel, Gutron en l'absence de contre-indications vasculaires.

- En cas d'impériosité avec ou sans fuite, on utilise les **parasympathicolytiques** qui ont une action anticholinergique muscarinique et nicotinique : driptane, ditropan. On peut aussi proposer des myorelaxants type Urispas et Dicletel, les anti-inflammatoires (Indocid), les inhibiteurs calciques (Adalate), les benzodiazépines (Valium), les antidépresseurs tricycliques (Tofranil).
- En cas de dysurie ou de miction impérieuse en relation avec une hypertonie urétrale, le traitement doit faire appel **aux alpha bloquants** dont le plus utilisé est le Xatral mais aussi le Sermion, la Vasobral, le Minipress, le Dysalpha en l'absence de contre indications cardiaques.

➤ **Traitement chirurgical, rééducation et traitement médical sont complémentaires**

Ils nécessitent une bonne coopération de la patiente qui doit avoir compris que, s'il est possible de restaurer une anatomie défailante ou d'éviter son évolution vers la dégradation, les troubles fonctionnels qui l'accompagnent sont traités de façon plus aléatoire. Ils seront sans doute aggravés si l'indication thérapeutique est mal posée ce qui justifie un bilan pré-thérapeutique extrêmement rigoureux avant toute prise de décision.

CLASSIFICATION DE PROLAPSUS GENITAL :

PROLAPSUS DE DEGRE I :

Dans le prolapsus du premier degré, la vulve est béante et la rupture du périnée est associée à une cystocèle accompagnée ou non d'urétrocèle. L'atteinte des ligaments utéro-sacrés est minime.

PROLAPSUS DE DEGRE II :

Dans les prolapsus du second degré, la cystocèle du second degré, la cystocèle est volumineuse accompagnée d'une rectocèle et surtout les ligaments utéro-sacrés sont allongés. Le col utérin apparaît à la vulve entre les deux masses constituées par la cystocèle et la rectocèle. On précise si le col utérin est allongé ou ptôsé.

PROLAPSUS DE DEGRE III :

Le prolapsus du troisième degré est évident avec son utérus partiellement ou totalement extériorisé accompagné de volumineuses cystocèle et rectocèle et la distension du plan suspenseur principal (plan pubo-sacré) est associée à un allongement du col utérin. Il faut alors rechercher une éventuelle élytrocèle.

Les cysto-urétrocèles [1,2], les rectocèles [3], les élytrocèles [4] peuvent atteindre un développement important...

Si la cause initiale de la majorité des prolapsus est post-obstétricale, due à l'effraction au cours d'accouchements successifs du hiatus genitilis et en particulier du noyau fibreux central du périnée, elle est souvent associée aussi à diastasis des hémigaines prérectales.

L'atteinte des releveurs peut être associée à une déchirure des formations

ligamentaires péricervicales, conséquence d'efforts expulsifs intempestifs au cours de l'accouchement sur une dilatation incomplète du col, cependant les troubles trophiques post-ménopausiques sont responsables également d'un certain nombre de prolapsus.

Consultant pour une « descente d'organe », l'examen clinique de la femme ayant un prolapsus doit plus particulièrement s'intéresser aux points suivants : tout d'abord, il faut qualifier et quantifier le prolapsus, puis rechercher l'existence concomitante ou non d'une fuite urinaire. Enfin, comme il s'agira d'une chirurgie à visée fonctionnelle, il faut apprécier les facteurs de risque locaux ou généraux qui modifieront le geste chirurgical.

Etude statistique :

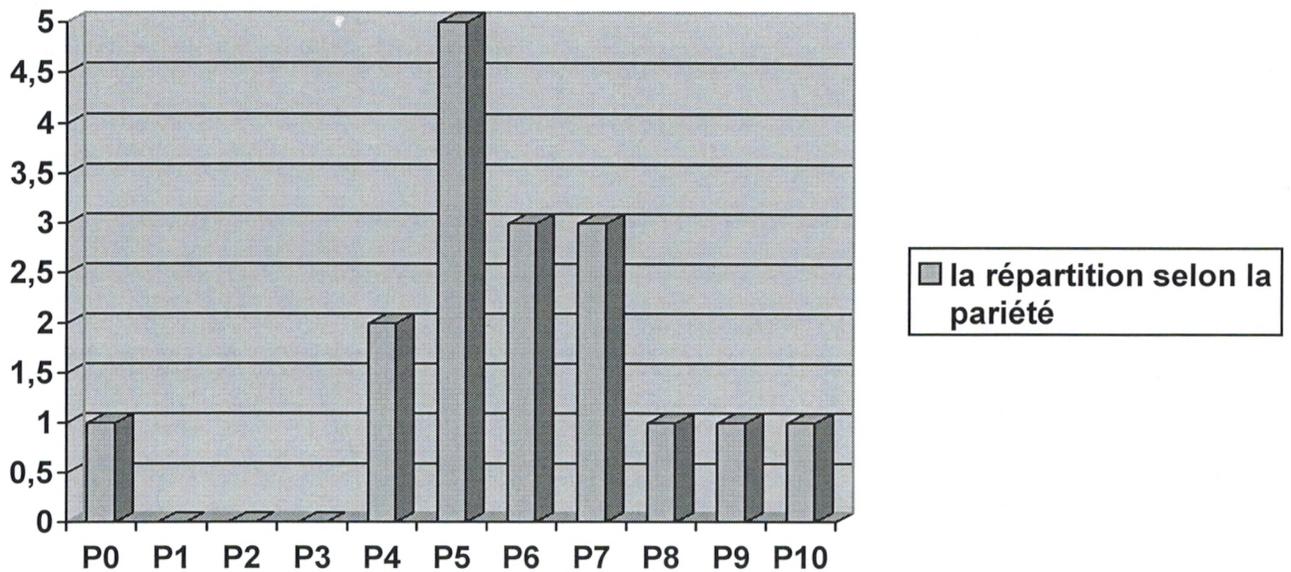
NOM	AGE (an)	PARIETE	REGION	DEGRE	CAT
Tahar Fatima	63	G ₅ P ₅	TLEMCEN	I	COLPOTOMIE
Benmoussa Zoubida	55	G ₅ P ₆	TLEMCEN	II	HVB
Bendersal Amaria	76	G ₈ P ₈	ZEIBANNE	II	HVB
Youcefi Zahra	78	G ₇ P ₇	HENAYA	I	HVB
Massoudi Halima	67	G ₇ P ₇	TLEMCEN	II	HVB
Belmokhda Fatiha	60	G ₅ P ₅	TLEMCEN	I	HVB
Bouazzouz Meriem	35	G ₄ P ₄	TLEMCEN	I	COLPOTOMIE
Ayad Tani ??	60	G ₇ P ₇	TLEMCEN	I	HVB
Manad Karima	60	G ₆ P ₆	TLEMCEN	I	HVB
Rabah hadidja	40	G ₆ P ₆	AIN TEMOUCHENT	I	HVB
Bouabderrahmane Fatima	65	G ₉ P ₉	REMCHI	I	COLPOTOMIE
Maamri Moulouda	56	G ₇ P ₅	AIN TEMOUCHENT	II	HVB
BelhadeF Yamina	76	G ₆ P ₅	HENAYA	III	HVB
Ghazar Rahima	82	G ₁₀ P ₁₀	TLEMCEN	III	HVB
Khaldi Khalida	70	G ₆ P ₅	TLEMCEN	III	HVB
Bouklikha Dounia	64	G ₅ P ₅	HENAYA	II	HVB
Ekhissi Fatima	53	G ₄ P ₄	AIN TEMOUCHENT	III	HVB

On note le nombre de cas de 2004-2005 = 17

Nbre de cas 2004 = 11

Nbre de cas 2005 = 6

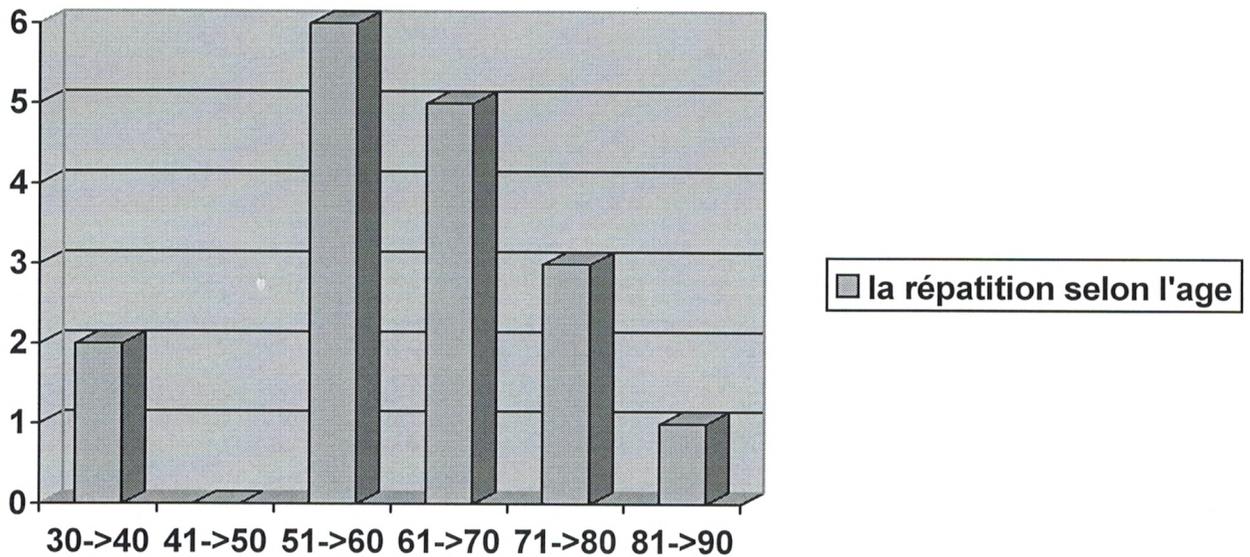
Répartition selon la parité :



Selon le graphe : On remarque la présence d'un prolapsus de II^{ème} degré chez une partéariante ayant eu 10 gestes mais aucun enfant n'a survécu.

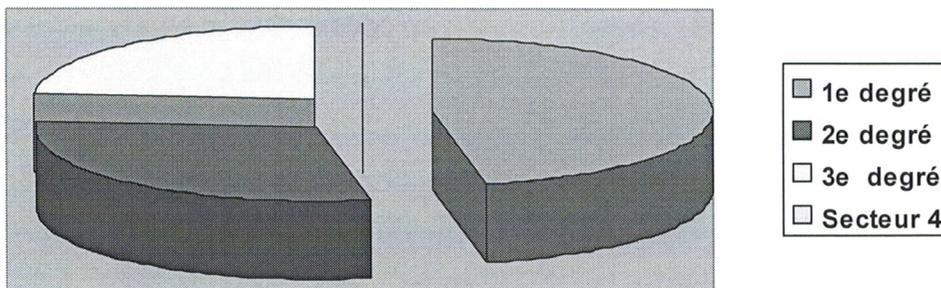
On note la fréquence qui croit des prolapsus en cas de 04 gestes.

Répétition selon l'âge :



Une fréquence diminue de cas de prolapsus avant l'âge de 50 ans alors qu'il y a une nette croissance entre 50 et 60 ans.

Répartition selon le degré:



On note une nette augmentation de fréquence de cas de prolapsus du 1^{er} degré et presque la fréquence pour le 2eme et 3eme degrés.