

# PROLAPSUS GÉNITAL

Ce terme recouvre une entité plus communément connue sous celui de « descente d'organe ». Ceci ne concerne bien sûr que les femmes.

Il s'agit d'un défaut de soutien des organes pelviens par trouble de la statique pelvienne. Il est le plus souvent acquis et aggravé à l'occasion des accouchements et de la ménopause.

Parfois bien toléré, il est le plus souvent à l'origine d'une gêne parfois considérable, qui devient le principal motif de consultation.

## Mécanismes du prolapsus

Les organes concernés sont les organes pelviens, c'est à dire la vessie, l'utérus et le rectum.

La vessie est située dans la partie antérieure du petit bassin. Elle joue le rôle de réservoir pour les urines sécrétées par les reins ou elles sont stockées entre deux mictions.

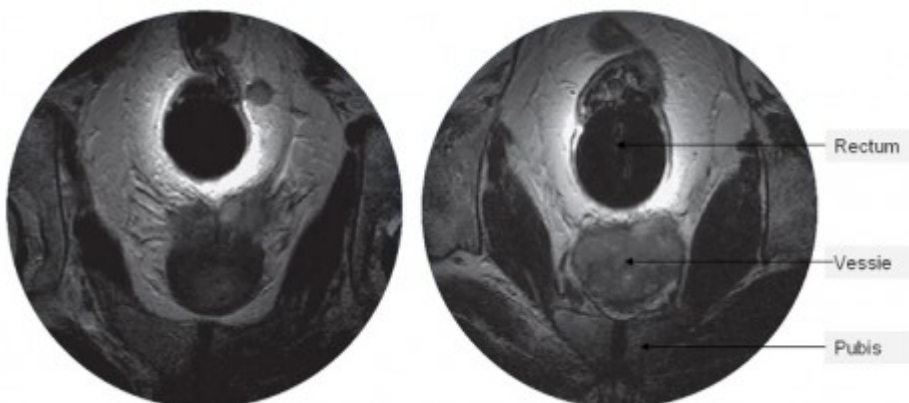
L'utérus occupe la partie moyenne du petit bassin.

Le rectum et l'anus, partie terminale du tube digestif occupent la partie postérieure, le long du sacrum.

C'est en fait le vagin, organe qui offre le moins de résistance et qui est le plus sollicité par les efforts de poussée abdominale dans le prolongement de l'utérus, qui constitue la voie de passage pour la descente des organes sus cités.

C'est ainsi qu'apparaît une « boule » qui gêne la patiente en permanence ou par intermittence (en fin de journée). Dans certains cas, cette « boule » est extériorisée à tout moment. Cette boule peut donc être constituée de la vessie, de l'utérus et/ou du rectum ; il n'est d'ailleurs pas rare de constater une association des trois organes dans un prolapsus.

Le prolapsus est donc dû à un trouble de la statique pelvienne causé par la faillite des moyens de soutien des organes du petit bassin.



IRM de la vessie (Cliquez sur l'image pour l'agrandir)

## Causes du prolapsus

---

Il est hautement probable que le prolapsus n'existerait pas dans l'espèce humaine si nous marchions à 4 pattes. En effet, c'est en grande partie la station debout, du fait de l'accentuation des pressions qu'elle induit dans les parties les plus basses de l'abdomen et donc le petit bassin qui favorise l'apparition du prolapsus lorsque les moyens de soutien des organes pelviens sont fragilisés.

Si l'on s'en réfère aux autres espèces, il n'y a pratiquement jamais ce genre de problème, sauf très rarement chez la chienne ou la brebis.

La fragilisation des moyens de soutien des organes du petit bassin est le plus souvent d'origine obstétricale (en dehors des rares cas de fragilité constitutionnelle).

C'est donc bien au moment de **l'accouchement** que se réunissent les conditions favorables à la survenue plus tardive d'un prolapsus génital. Il peut en effet se produire des déchirures des muscles et de leurs gaines (fascias) qui seront réparées ou prévenues (épisiotomie) par l'obstétricien si elles sont visibles, mais qui peuvent aussi passer inaperçues et évoluer à bas bruit par la suite vers la constitution du prolapsus

La deuxième période de la vie qui est propice à la révélation du prolapsus est la période ménopausique, du fait du vieillissement des organes et de leur moyen de soutien, situation aggravée par la carence hormonale de cette période de la vie féminine. Une constipation importante peut aussi participer à aggraver la situation du fait des efforts de poussée abdominale rendus nécessaire par les difficultés d'exonération des selles

De plus la pratique de certains sports, contrairement aux idées reçues constitue un facteur aggravant pour un prolapsus ; c'est le cas des sports entraînant des brusques augmentations de la pression abdominales, tels le jogging, mais aussi le tennis, le basket, etc....

Il y a indéniablement des facteurs constitutionnels, c'est-à-dire que certaines patientes ont probablement de naissance plus tendance à développer un prolapsus que d'autres sans doute du fait de ligaments qui se relâchent plus facilement ou de muscles pelviens moins puissants. Ceci explique les cas de prolapsus chez des patientes qui n'ont pas eu d'enfant.

## Manifestations du prolapsus

---

Certes la manifestation typique qui va amener la patiente à consulter réside dans la description de la « boule » vaginale avec sensation de corps étranger vaginal dont nous avons parlé plus haut, mais il faut aussi penser à rechercher un prolapsus génital chez une patiente qui se plaint de gêne dans le petit bassin, de pesanteur inexpliquée, voire de douleurs plus rarement.

Fort heureusement, l'on voit de moins en moins souvent de nos jours des prolapsus complètement extériorisés en permanence, parfois infectés, ulcérés qui peuvent au plus se cancériser du fait de l'irritation chronique des tissus. Ces prolapsus graves et négligés peuvent aussi retentir sur le fonctionnement des reins et mettre par là même en danger la vie de la patiente.



Prolapsus extériorisé

Pour ce qui est des troubles urinaires, la patiente se plaint plus souvent d'une gêne à évacuer les urines que de fuites urinaires authentiques, encore que ces différentes manifestations puissent coexister, qu'il s'agisse de fuites à l'effort (toux, port de charge lourde, marche...) ou de fuites précédées d'un besoin impérieux d'uriner.

De toute les façons, l'analyse précise par l'urologue des problèmes urinaires est essentielle car il est impératif d'essayer de les régler en même temps que le problème du prolapsus, sachant qu'il existe souvent des associations de troubles urinaires qui rendent complexe l'évaluation précise de la situation( fuites urinaires à l'effort en même temps que fuites précédées d'un besoin) et oblige à recourir à des examens complémentaires que nous décrirons plus loin car le traitement de ces problèmes urinaires est totalement différent selon leur nature.

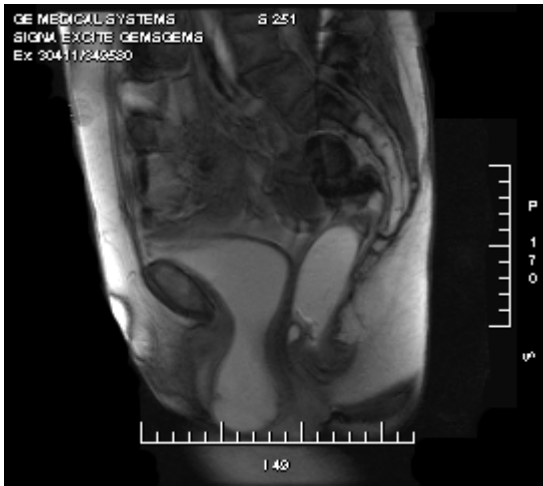
Une autre manifestation du prolapsus, bien que plus rare (car le rectum est moins souvent concerné) réside dans les troubles digestifs de type constipation opiniâtre mais aussi de recherche d'une prédisposition à l'incontinence anale ce qui peut nécessiter dans certains cas des examens spécialisés.

## Bilan du prolapsus

Il est avant tout réalisé au travers d'un interrogatoire et d'un examen clinique bien conduit qui va déterminer ses différentes composantes et associations (descente vessie, utérus, rectum, utérus+vessie, utérus+rectum, vessie + rectum, etc...).

Il est rare au terme de cet examen clinique qu'il faille demander des examens complémentaires :

- Colpocystogramme, examen qui consiste à opacifier les organes pelviens et à prendre des radios en poussée et en retenue. Cet examen de réalisation relativement complexe est plutôt réservé aux prolapsus qui ont récidivé après un premier traitement.
- Imagerie par résonance magnétique(IRM) : cet examen donne des images également très précises de l'anatomie pelvienne dans différentes situations mais est encore actuellement réservé aux cas complexes.



Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Par contre deux examens sont demandés de façon habituelle

- L'examen cytbactériologique des urines, car une infection urinaire peut majorée les troubles ressentis par la patiente et, de toute façon, l'intervention, si elle est indiquée, doit être réalisée sur des urines stériles.
- Le bilan urodynamique (voir incontinence urinaire), qui va apprécier le comportement de la vessie et du sphincter urétral, afin de bien traiter et anticiper les problèmes urinaires qui sont parfois masqués par le prolapsus.

Enfin, l'on s'assure le plus souvent par la réalisation d'une échographie pelvienne et d'un frottis gynécologique de l'absence d'anomalie génitale.

## Traitement

Tout d'abord il faut savoir que tous les prolapsus ne sont pas systématiquement traités. Une petite descente de vessie qui ne gêne pas la patiente peut être simplement surveillée par un examen annuel et, si elle ne s'aggrave pas, il ne sera peut être jamais question d'intervention.

Par contre dès lors qu'un prolapsus est symptomatique, ou en voie d'extériorisation, il faut intervenir, tout d'abord pour le confort de la patiente mais aussi pour éviter les complications tardives dont nous avons parlé plus haut.

Il faut savoir que la rééducation, que l'on propose souvent dans l'incontinence urinaire isolée, ne sera d'aucune utilité ici, car le prolapsus est du comme nous l'avons vu à un défaut de soutien des organes pelviens du fait de l'étirement des fascias qu'une rééducation, même bien conduite ne pourra corriger. Seule la rééducation après l'accouchement conserve un intérêt majeur de prévention car elle intervient sur des tissus jeunes susceptibles d'une bonne récupération.

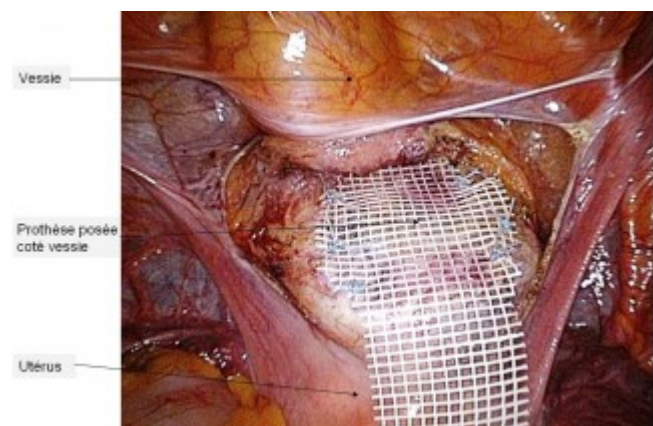
De même nous ne sommes pas favorables à l'utilisation du pessaire, sorte d'anneau que l'on positionne dans le vagin, qui est souvent source d'inconfort pour la patiente et qui, lorsqu'il est porté longtemps peut entraîner des problèmes infectieux, tout cela sans résoudre le problème de fond. Seules les femmes très âgées et/ou inopérables pourraient être traitées palliativement de cette façon encore que les progrès de l'anesthésie repoussent les limites que l'on se fixait auparavant.

**Autrement dit**, le vrai traitement du prolapsus génital est chirurgical et peut être pratiqué par voie abdominale ou par voie vaginale.

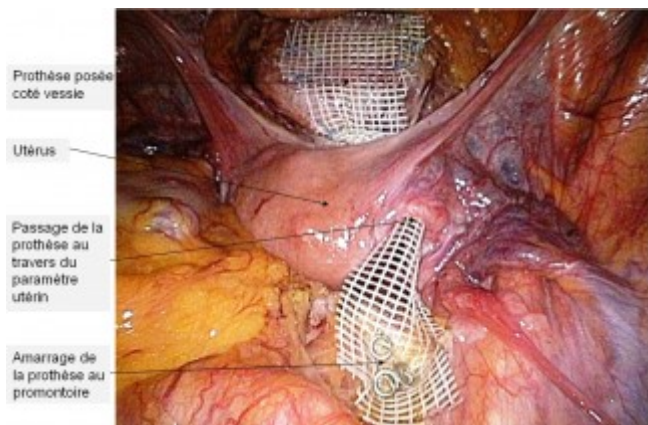
- La voie abdominale est maintenant souvent effectuée par abord coelioscopique, c'est-à-dire que de petites incisions sont faites dans l'abdomen pour introduire des instruments chirurgicaux qui vont permettre de corriger le prolapsus. Dans cette technique, le plus souvent l'on utilise une bandelette de matériel synthétique que l'on amarre entre le vagin et le ligament situé en avant de la colonne vertébrale ce qui permet de réduire le prolapsus et de maintenir les organes pelviens dans le petit bassin.



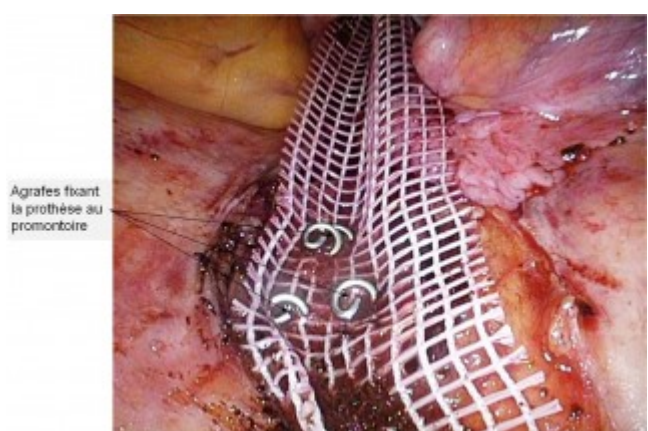
Traitement du prolapsus génital 1/4 (Cliquez sur l'image pour l'agrandir)



Traitement du prolapsus génital 2/4 (Cliquez sur l'image pour l'agrandir)



Traitement du prolapsus génital 3/4 (Cliquez sur l'image pour l'agrandir)



Traitement du prolapsus génital 4/4 (Cliquez sur l'image pour l'agrandir)

- Cette réparation est souvent associée à la mise en place par voie vaginale d'une autre bandelette sous le canal urétral pour traiter une incontinence urinaire patente ou potentielle. Enfin, il n'est pas rare d'ajouter une troisième bandelette en avant du rectum si cela est indiqué.  
L'avantage de la coelioscopie réside dans un meilleur confort postopératoire avec une moindre consommation d'antalgiques, un séjour en clinique plus court et une reprise plus rapide de l'activité. (voir: Coeliochirurgie: le point de vue de l'anesthésiste.)
- La voie vaginale permet le traitement du prolapsus dans son ensemble également et comporte souvent un temps d'ablation de l'utérus (hystérectomie) pour des raisons anatomiques. L'on peut également par cette voie être amené à mettre en place des prothèses de soutien pour renforcer la solidité de la réparation. De même il s'y associe fréquemment un temps de soutien urétral pour traiter l'incontinence urinaire d'effort.  
L'avantage de la voie basse réside surtout dans le fait qu'il n'y a pas d'abord abdominal ce qui rend sa tolérance encore meilleure notamment chez la femme âgée

Les résultats de ces 2 types d'abord chirurgical sont comparables dès lors que l'on en maîtrise bien la technique. Il est vrai que la voie abdominale sous coelioscopie est plutôt réservée à la femme jeune et la voie vaginale à la patiente plus âgée, mais il n'y a pas de dogme en la matière et la décision dépend des habitudes du chirurgien et du choix de la patiente après explication approfondie des différentes possibilités de traitement de leurs avantages respectifs et de leurs inconvénients

---

éventuels.

Rédacteur: Philippe Fiatte