

Item 42 (Item 342) – Les tuméfactations pelviennes chez la femme

Collège Français des Urologues

2014

Table des matières

1. Pour comprendre.....	3
1.1. Rappels anatomiques.....	3
2. Principales étiologies de tuméfaction pelvienne de la femme.....	4
2.1. Tuméfaction d'origine vésicale/urétrale.....	4
2.2. Tuméfaction d'origine utérine.....	4
2.3. Tuméfaction d'origine annexielle.....	5
2.4. Tuméfaction d'origine digestive.....	5
2.5. Endométriose (0).....	5
2.6. Tuméfactions d'origine vasculaire et lymphatique (0/+).....	5
2.7. Les prolapsus des organes pelviens (POP) (+/++).....	5
3. Examen clinique d'une tuméfaction pelvienne.....	5
3.1. Points spécifiques de l'interrogatoire.....	5
3.2. Points clefs de l'examen.....	6
4. Bilan paraclinique d'une tuméfaction pelvienne.....	6
4.1. Imagerie.....	6
4.2. Biologie.....	7
5. Fibromes utérins.....	7
5.1. Circonstances de découverte.....	8
5.2. Diagnostic.....	8
5.3. Principes thérapeutiques.....	8
6. Prolapsus des organes pelviens (POP).....	9
6.1. Définition de la statique pelvienne.....	9
6.2. Épidémiologie des prolapsus.....	9
6.3. Diagnostic des POP.....	10
6.4. Principes thérapeutiques et indications.....	12

Objectifs ENC

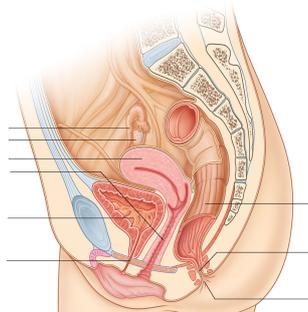
- Devant une tuméfaction pelvienne chez la femme, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.
- Connaître les prolapsus des organes pelviens qui doivent être considérés comme des tuméfactions pelviennes.

1. Pour comprendre

1.1. Rappels anatomiques

Le **pelvis** est une cavité anatomique de forme conique à sommet inférieur et tronqué. Il communique en haut avec la cavité abdominale, sa limite supérieure est le détroit supérieur (ligne entre bord supérieur du pubis et promontoire), ses parois latérales sont ostéo-ligamento-musculaires (figure 1).

Figure 1 : Pelvis féminin



Le plancher pelvien musculaire principalement représenté par le **muscle levator** ANI ferme le pelvis en bas (figures 2 et 3).

Figure 2 : Plancher pelvien vu de dessus

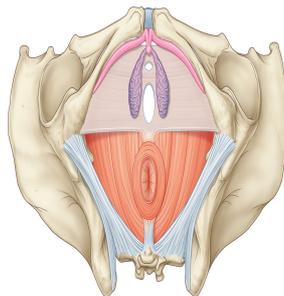
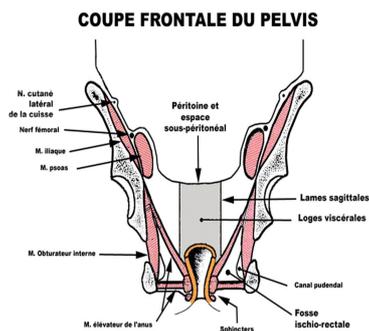
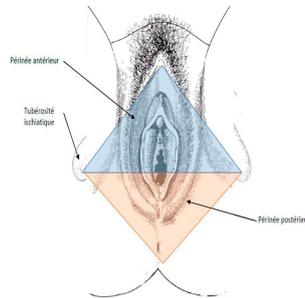


Figure 3 : Plancher pelvien



Le **périnée** est situé à la partie inférieure du pelvis (sous le plan du muscle levator ani). Il contient l'orifice vulvaire, l'orifice anal et les fosses ischio-rectales. Le périnée est divisé en périnée urogénital antérieur et périnée colorectal postérieur. La ligne passant entre les tubérosités ischiatiques sépare ces deux zones (figure 4).

Figure 4 : Périnée



Les orifices herniaires inguinaux et au niveau du périnée la fente urogénitale et le hiatus rectal sont des zones de faiblesse pariétale du pelvis.

Chez la femme, **le pelvis contient** d'avant en arrière **le bas appareil urinaire** (urètre, vessie, portion terminale des uretères), **l'appareil génital** (ovaires, trompes, utérus et vagin) et **une partie de l'appareil digestif** (rectum, canal anal, il n'est pas rare que la boucle sigmoïdienne descende dans le pelvis de même que le cæcum et l'appendice). **Les vaisseaux iliaques** primitifs externes et hypogastriques traversent le pelvis et cheminent sur ses faces latérales et postérieures. *(cf. note : 1)*

NOTE(S) DU CHAPITRE

1 : Toutes ces structures anatomiques peuvent donner naissance à une tuméfaction pelvienne. Pour n'oublier aucune étiologie, on passera en revue d'avant en arrière les organes contenus dans le pelvis.

2. Principales étiologies de tuméfaction pelvienne de la femme

Le fibrome utérin et le kyste ovarien sont les deux tuméfactions pelviennes les plus fréquentes de la femme.

Pour chaque étiologie la fréquence est gradée : 00 (très rare), 0 (rare), + (fréquent), ++ (très fréquent) selon que la tuméfaction pelvienne est un mode de révélation fréquent de cette pathologie. Attention cette évaluation de la fréquence ne préjuge pas de la fréquence générale de la pathologie citée. Le fibrome utérin, compte tenu de sa fréquence, fait l'objet d'un chapitre spécifique. Les prolapsus des organes pelviens sont considérés ici comme faisant partie des tuméfactions pelviennes.

2.1. Tuméfaction d'origine vésicale/urétrale

- Globe vésical aigu ou chronique (+).
- Tumeur vésicale (seulement si très avancée) (0).
- Kyste de l'ouraque, tumeur (adénocarcinome) sur kyste de l'ouraque (00).
- Diverticule urétral/abcès urétral sur diverticule (extériorisés à la vulve) (00).

2.2. Tuméfaction d'origine utérine

- Fibrome utérin++.
- Grossesse méconnue et refusée (0/+).
- Cancer de l'endomètre (0).
- Sarcome utérin (0).

2.3. Tuméfaction d'origine annexielle

- Tumeur de l'ovaire, soit maligne (0/+), soit bénigne (++) (kyste de l'ovaire organique ou fonctionnel).
- Origine tubaire : grossesse extra-utérine tubaire (0), hydrosalpinx (0), pyosalpinx (0), kyste vestigial sous-tubaire (00), cancer de la trompe (00).

2.4. Tuméfaction d'origine digestive

- Hémorroïdes (+), procidence rectale (0) (visibles au périnée), tumeur du canal anal et du rectum (0) (seulement si extériorisé au périnée ou à la paroi antérieure du pelvis).
- Nodule de carcinose péritonéale (0/+).
- Hernie inguinale ou crurale, simplement extériorisée, engouée voire étranglée (+).

2.5. Endométriose (0)

- Les nodules endométriosiques ont des localisations multiples, les plus fréquentes : nodules pariétaux, ovariens, cul-de-sac de Douglas, cloison recto-vaginale ou vésico-vaginale.

2.6. Tuméfactions d'origine vasculaire et lymphatique (0/+)

- Anévrisme des axes iliaques associés ou non à un anévrisme de l'aorte sous-rénale.
- Adénopathies néoplasiques ou infectieuses (principalement sur les axes iliaques).

2.7. Les prolapsus des organes pelviens (POP) (+/++)

- Les POP sont des tuméfactions extériorisées à l'orifice vulvaire.

3. Examen clinique d'une tuméfaction pelvienne

3.1. Points spécifiques de l'interrogatoire

Les signes généraux sont à rechercher comme l'asthénie, l'anorexie, l'amaigrissement, la fièvre qui orientent vers une néoplasie ou infection.

La vie génitale (puberté, activité génitale, ménopause) doit être explorée en recherchant l'âge des premières règles, la régularité des cycles, la prise de contraceptifs. Les antécédents gynécologiques et obstétricaux renseignent sur la possibilité d'une grossesse normale ou pathologique et sur la probabilité d'une endométriose (survient en phase d'activité génitale + dysménorrhée + douleur + infertilité).

Les signes fonctionnels des trois principaux appareils pelviens doivent être connus.

Les signes fonctionnels urinaires sont : une pollakiurie, une urgenturie, une dysurie, des urines rouges évoquant une hématurie (diagnostic clinico-biologique).

Les signes fonctionnels gynécologiques sont une douleur pelvienne spontanée ou provoquée (dyspareunie), des leucorrhées, une aménorrhée, une méno- ou métrorragie.

Les signes fonctionnels digestifs sont un trouble du transit (constipation et dyschésie) et des rectorragies.

Les signes fonctionnels vasculaires sont une claudication intermittente ou un œdème.

3.2. Points clefs de l'examen

L'examen de la **région inguino-hypogastrique**, les **touchers pelviens** (TV et TR) et l'**examen au speculum** sont indispensables.

L'**examen de la région hypogastrique** et des fosses iliaques est réalisé **en 4 temps** (inspection, palpation, percussion et auscultation) et donne accès au contenu pelvien par voie antérieure.

L'inspection du périnée, les touchers pelviens (TV et TR) et l'examen vaginal au spéculum donnent accès au contenu pelvien par une voie privilégiée (inférieure et directe car le doigt de l'examineur rentre dans la cavité pelvienne).

Le **toucher vaginal** est précédé par l'inspection du périnée.

L'inspection détermine si la masse est dépendante de l'utérus ou pas. Le signe du sillon séparant la masse de l'utérus, la transmission des mouvements du col utérin imprimés par les doigts intravaginaux à la main abdominale, sont autant d'indices.

L'inspection précise la taille, les contours et la régularité de la masse.

Il faut préciser la mobilité de la masse ou, en cas de fixité, la structure à laquelle elle est adhérente.

L'inspection périnéale sans et avec poussée abdominale détecte les POP et les autres pathologies extériorisées à la vulve mais aussi les hémorroïdes.

Outre la recherche de tumeur du canal anal ou du rectum, le **toucher rectal** permet d'évaluer une rectocèle (cf. *infra*), la tonicité du sphincter anal, de rechercher une anomalie de la cloison recto-vaginale (nodule endométriosique). Il peut parfois permettre de détecter une procidence interne du rectum (invagination du rectum lors des efforts de poussée).

L'**examen au spéculum** est idéalement effectué avec le spéculum complet, puis avec une seule valve, puis en refoulant à tour de rôle la paroi vaginale antérieure puis postérieure et en demandant à la patiente de pousser.

4. Bilan paraclinique d'une tuméfaction pelvienne

L'examen d'imagerie clef est l'**échographie pelvienne par voie sus-pubienne et endovaginale**. Au moindre doute, le **taux sérique de BHCG** sera contrôlé.

4.1. Imagerie

1) Échographie pelvienne par voie sus-pubienne et endovaginale

Elle permet de distinguer les tuméfactions pelviennes d'origine génitale (utérus et annexes) selon leur échogénicité (figure 5).

Figure 5 : Les tuméfactions pelviennes d'origine génitale en échographie

Elle permet de faire le diagnostic des pathologies vésicales (rétention urinaire, tumeur de vessie).

Elle est moins performante pour les lésions digestives endocavitaires (tumeurs).

Elle est adaptée au diagnostic des lésions vasculaires, plus limitée pour les adénopathies.

2) IRM pelvienne avec injection de gadolinium

C'est le meilleur examen de seconde ligne pour caractériser une tuméfaction pelvienne, en particulier une tuméfaction génitale.

À noter qu'il s'agit de l'examen le plus performant pour une cartographie complète des fibromes utérins. L'IRM est aujourd'hui l'examen de référence dans le bilan de l'endométriose. C'est également l'examen le moins mauvais pour caractériser une adénopathie pelvienne.

3) Les examens endoscopiques endocavitaires

En troisième ligne, leur intérêt est plus limité lorsque le mode de découverte de la pathologie se fait par le biais d'une tuméfaction pelvienne.

Pour la vessie, la **cystoscopie** confirmera le diagnostic de tumeur de vessie.

Pour l'utérus, l'**hystéroskopie** n'est envisagée qu'après l'échographie et l'IRM lorsqu'une histologie est nécessaire. Elle sera utile au diagnostic de tumeur de l'endomètre.

Pour le compartiment digestif, l'endoscopie (**recto-sigmoïdoscopie** au moins plus souvent **coloscopie complète**) reste l'examen de référence pour affirmer le diagnostic de tumeur et obtenir une histologie.

La laparoscopie **exploratrice** a une place dans le diagnostic des lésions annexielles lorsqu'il existe un doute après échographie et IRM.

4.2. Biologie

Le **taux sérique de bêta-HCG** sera demandé chaque fois que la patiente est en âge de procréer.

Les **marqueurs tumoraux** sont utiles au diagnostic des tumeurs de l'ovaire. Le plus utile est le CA125+++ (*Carbohydrate Antigen 125*).

L'association entre une lésion échographique et une lésion solide hétérogène de l'ovaire avec un CA125 élevé signe la malignité dans 80 % des cas. Si le CA125 est normal, le risque de malignité est inférieur à 1 % chez la femme non ménopausée, et de 1 à 10 % chez la femme ménopausée. Lorsque le CA125 est supérieur à 65 UI/mL et qu'il est associé à une masse pelvienne asymptomatique, cela équivaut à une tumeur maligne (Se 97 % Sp 87 %). L'ACE (antigène carcino-embryonnaire), le CA19-9 et le CA125 sont utiles pour certains adénocarcinomes mucineux. L'hCG, la β -hCG libre et l'AFP (alpha-fœtoprotéine) sont utiles pour les tumeurs à cellules germinales.

Pour les tumeurs de vessie, les tumeurs de l'endomètre, les tumeurs anales ou colorectales, il n'existe pas à ce jour de marqueurs diagnostiques pertinents.

5. Fibromes utérins

Les fibromyomes (ou fibromes) utérins sont des tumeurs bénignes de l'utérus développées aux dépens des cellules musculaires œstrogénodépendantes. Les fibromes sont **fréquents**. Après 30 ans, ils concernent 25 % des femmes caucasiennes et 50 % des Afro-Américaines. Ils sont *majoritairement asymptomatiques* (50 %). L'**échographie** (pelvienne et endovaginale) est l'examen clef de leur diagnostic (figures 26 - 27 - 28).

Figure 6 : Volumineux fibrome utérin

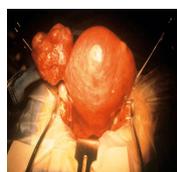


Figure 7 : Les différents types de fibromes utérins

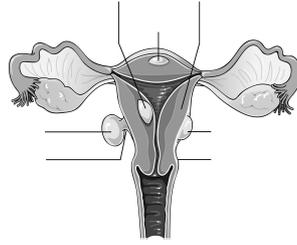


Figure 8 : Fibromes utérins vus en cœlioscopie



5.1. Circonstances de découverte

Les fibromes sont volontiers découverts au décours de **ménorragie** (règles plus longues et plus abondantes), de **dysménorrhée** (règles douloureuses dans les fibromes du col), de sensation de **pesanteur pelvienne**.

Les fibromes peuvent se **compliquer** d'hémorragie conduisant à une anémie (fibromes sous-muqueux). Il peut exister des douleurs, dans le cadre d'une nécrobiose aseptique par ischémie du fibrome associant douleur pelvienne, fièvre 38–39 °C, métrorragie noirâtre (inconstante), utérus augmenté de volume et douloureux, et image en cocarde à l'échographie (hyperéchogénicité centrale), ou dans le cadre d'une torsion d'un fibrome pédiculé sous-séreux, ou enfin d'un accouchement par le col d'un fibrome sous-muqueux.

Il existe aussi des complications mécaniques par le biais d'une compression de la vessie (rétention), des uretères (colique néphrétique pyélonéphrite), du rectum (faux besoin), d'une veine (thrombose) ou des nerfs sciatique ou obturateur.

Une transformation maligne en fibrosarcome est rarissime, et le lien physiopathologique demeure d'ailleurs incertain.

Il existe enfin des complications gravidiques des fibromes avec l'apparition de stérilité et de fausses couches spontanées répétées (fibrome sous-muqueux). Les fibromes peuvent aussi se compliquer d'une nécrobiose, d'une localisation praevia gênant l'accouchement et d'une hémorragie de la délivrance.

5.2. Diagnostic

L'examen clef pour le diagnostic et le suivi est l'**échographie**. L'**hystérocopie** a une place dans l'évaluation du retentissement endocavitaire des fibromes en deuxième intention. L'IRM est performante pour une cartographie exacte des fibromes et le diagnostic différentiel avec les lésions annexielles.

5.3. Principes thérapeutiques

En cas de fibromes asymptomatiques, l'abstention surveillance (échographie) est préconisée.

Le traitement médical (progestatif du 15^e au 25^e jour du cycle) sera utile pour les complications fonctionnelles endométriales (réduction des saignements).

Le traitement chirurgical est conservateur chaque fois que la patiente souhaite garder une fertilité (myomectomie chirurgicale pour les fibromes sous-séreux ou interstitiels, résection endoscopique pour les fibromes sous-muqueux). L'hystérectomie est envisageable dans les autres cas, idéalement par voie vaginale. Des traitements alternatifs (embolisation, radiofréquence, sont en cours d'évaluation).

6. Prolapsus des organes pelviens (POP)

6.1. Définition de la statique pelvienne

Le plancher pelvien est défini comme l'ensemble des structures musculo-aponévrotiques fermant en bas le petit bassin (ou pelvis). Dans l'espèce humaine, l'axe vertical du tronc soumet le plancher pelvien aux contraintes de la gravité, de la pression abdominale.

Chez la femme, le plancher pelvien a deux points de faiblesse : le hiatus urogénital et le hiatus rectal.

La statique pelvienne (c'est-à-dire ce qui permet de maintenir les organes pelviens à leur place) est liée à l'action conjointe de trois systèmes de : soutènement, suspension et angulation.

Le système de soutènement comprend les parois du bassin osseux sur lesquelles s'insèrent les muscles piriformes, obturateur interne et surtout les muscles releveurs de l'anus (levator ani) ainsi que le fascia pelvien.

Le système de suspension est constitué d'un ensemble de ligaments viscéraux et de septas. Les ligaments viscéraux sont répartis en un groupe sagittal : ligaments pubo-vésicaux, vésico-utérins, utéro-sacrés, et un groupe latéral : ligaments latéro-vésicaux, latéro-rectaux, paramètre et paracervix. Les septas sont : vésico-utérin, vesico-vaginal, uréthro-vaginal et recto-vaginal.

Enfin, l'angulation des organes pelviens assure une répartition des forces de contraintes sur le plancher pelvien : angulation de 60° du vagin par rapport à l'horizontal et antéversion de l'utérus sur le dôme vésical.

Les troubles de la statique pelvienne et le prolapsus apparaissent lorsque l'équilibre anatomique et mécanique entre pression abdominale et force de résistance périnéale est rompu. Cette diminution de résistance du plancher pelvien résulte d'une altération du tissu de soutien conjonctif et musculaire, des lésions de dénervation liées à l'âge, aux grossesses, aux accouchements et à des facteurs génétiques.

6.2. Épidémiologie des prolapsus

Le symptôme le plus corrélé à la présence d'un prolapsus des organes pelvien (POP) à un stade avancé est la « vision » ou la « sensation » d'une boule vaginale. En langage courant les patientes parlent de « descente d'organe » (figures 9 et 10).

Figure 9 : Prolapsus très volumineux cystocèle et hystérocèle



Figure 10 : Prolapsus à l'examen clinique (la boule vaginale)



Les POP sont fréquents. Leur prévalence est de l'ordre de 2,9 % à 11,4 % lorsque l'on utilise un questionnaire pour le dépistage. Les questionnaires ne permettent de dépister que les prolapsus symptomatiques tandis que l'examen clinique est descriptif de l'anatomie et évalue la prévalence des prolapsus de 31 % à 97 %. Cette prévalence augmente avec l'âge jusqu'à 50 ans. À partir de 50 ans, la prévalence stagne et c'est la gravité des présentations qui augmente alors avec l'âge.

1) Facteurs de risque de prolapsus

Il existe des facteurs de risque gynécologiques comme la ménopause et l'hypo-œstrogénie.

Il existe des facteurs de risque obstétricaux comme la grossesse, l'accouchement par voie basse (poids du fœtus > 4 kg, manœuvres instrumentales) et la multiparité.

Il y a des facteurs de risque chirurgicaux comme la chirurgie par voie vaginale et l'hystérectomie.

On trouve des facteurs de risque gastro-entérologiques comme les troubles chroniques de l'exonération (constipation terminale ou dyschésie).

L'âge et l'obésité, les antécédents familiaux de prolapsus, les ethnies caucasiennes et hispaniques (prédisposition génétique) sont d'autres facteurs de risque qui ont été rapportés.

6.3. Diagnostic des POP

Le diagnostic de POP est avant tout clinique.

1) Interrogatoire

Le symptôme central du prolapsus est la pesanteur pelvienne associée à la sensation de « boule vaginale » majorée en position debout et en fin de journée.

Les symptômes pelviens associés et pouvant amener à découvrir un prolapsus sont multiples.

En cas de cystocèle, il peut exister des **symptômes urinaires** :

- l'urgenterie et l'incontinence urinaire par urgenterie sont associées aux stades débutants de la cystocèle. Le lien physiopathologique n'est pas clairement établi ;
- aux stades plus avancés, c'est la mauvaise vidange vésicale qui domine : dysurie et résidu, infections urinaires récurrentes, à l'extrême rétention urinaire et mictions par regorgement. Des manœuvres digitales de réintégration du prolapsus peuvent être nécessaires pour permettre la miction. Ces symptômes sont liés à la plicature de l'urètre lors de l'extériorisation du prolapsus qui équivaut à un obstacle sous-vésical ;
- un cas particulier rare et classique doit être cité : l'insuffisance rénale obstructive par plicature urétérale bilatérale en cas de grand prolapsus vésical.

En cas de rectocèle, les **symptômes digestifs** sont prédominants : constipation terminale appelée dyschésie qui peut conduire à la nécessité de manœuvres digitales de réintégration du prolapsus pour permettre l'exonération des selles, faux besoins pouvant conduire à des épisodes d'incontinence fécale, surtout en présence d'un fécalome associé à une fausse diarrhée du constipé. En cas de volumineuse

rectocèle, il peut y avoir un effet compressif sur le col vésical et l'urètre responsable de dysurie, c'est « l'effet pelote ».

Enfin, les **symptômes génito-sexuels** sont parfois au premier plan comme la dyspareunie, une sensation de béance vulvaire conduisant à un arrêt de l'activité sexuelle.

2) Examen clinique d'un POP

Il a trois objectifs.

- Le principal objectif est d'affirmer le prolapsus et d'analyser le ou les compartiments prolapsés. Il repose sur l'examen au spéculum avec une seule valve refoulant à tour de rôle la paroi vaginale antérieure puis la paroi postérieure et en demandant à la patiente de pousser. On explore ainsi le compartiment antérieur (vésical), le compartiment moyen (utérin ou dôme vaginal si antécédent d'hystérectomie), le compartiment postérieur (ano-rectal), le compartiment supérieur (cul-de-sac postérieur), péritonéal (cul-de-sac de Douglas) accompagné parfois d'anse grêle.
- Le second objectif est d'évaluer la gravité du prolapsus en utilisant la classification de Baden-Walker (la plus ancienne mais la plus utilisée en pratique courante). Le principe est de coter la mobilité de chaque compartiment prolapsé : C (cystocèle) × H (hystérocèle) × R (rectocèle) (figure 11).
- Le troisième objectif, plus spécifique à l'urologue, est de rechercher une incontinence urinaire masquée par l'extériorisation du prolapsus (on réalisera un test d'effort vessie pleine et prolapsus réduit). Il n'y a pas de lien direct entre POP et incontinence urinaire d'effort, mais des facteurs de risque communs expliquent la possible association des deux pathologies.

Figure 11 : Classification des prolapsus

La plicature de l'urètre lors de la cystocèle se comporte comme un obstacle et peut masquer une faiblesse de l'appareil sphinctérien urétral. Si on ne reconnaît pas cette situation, le traitement du prolapsus s'accompagnera de l'apparition d'incontinence urinaire d'effort qui sera vécue comme une complication et un échec thérapeutique par la patiente. Une situation identique bien que plus rare peut survenir en présence d'une rectocèle volumineuse. La rectocèle comprime le col vésical et l'urètre (effet pelote) et se comporte comme un obstacle (figure 12).

Figure 12 : Prolapsus, effet obstructif et effet pelote

3) Place de la paraclinique dans le diagnostic de POP

L'imagerie réalisée dans le bilan de prolapsus est dynamique, et vient compléter la clinique dans l'analyse des 4 compartiments péri-néopelviens. Deux examens sont utiles :

- la colpocystodéfécographie dynamique comporte deux phases : cystographie rétrograde dynamique et mictionnelle, et une défécographie obtenue par opacification vaginale, rectale et de l'intestin grêle. C'est l'examen de référence, en particulier le plus performant pour détecter une élytrocèle avec entérocéle et une procidence interne du rectum (figure 13) ;
- l'IRM dynamique est moins invasive mais un peu moins performante que la colpocystodéfécographie sur la détection de la procidence interne du rectum (figure 14).

Figure 13 : Colpocystodéfécographie

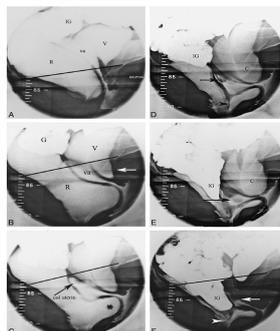
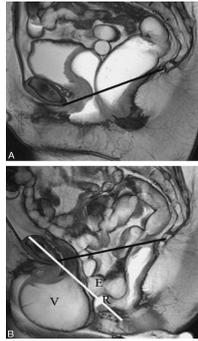


Figure 14 : IRM dynamique avec importante cystocèle

Au terme de l'examen clinique (et parfois radiologique), on identifie le/les prolapsus (tableau 1) :

- Prolapsus de l'étage antérieur, se présentant à l'examen clinique comme un bombement de la paroi antérieure du vagin (c'est une colpocèle antérieure) qui contient un prolapsus de la vessie : c'est une cystocèle.
- Un prolapsus de l'étage moyen avec descente du col utérin voire éversion complète de l'utérus : c'est une hystérocèle.
- Un prolapsus de l'étage postérieur, se présentant à l'examen clinique comme un bombement de la paroi postérieure du vagin (colpocèle postérieure) qui peut contenir le rectum (rectocèle) et/ou le cul-de-sac de Douglas/l'intestin grêle : élytrocèle/entéroécèle.

Tableau 1: Les prolapsus des différents étages

Étage	Organe	Nom du prolapsus (toute les « cèles » sont féminines)
Antérieur	Vessie	Cystocèle
Moyen	Utérus	Hystérocèle
	Après hystérectomie totale Dôme vaginal (peut contenir Douglas et grêle)	
Postérieur	Rectum	Rectocèle
	Douglas-Grêle	Élytrocèle-Entéroécèle

6.4. Principes thérapeutiques et indications

Les pessaires sont des dispositifs vaginaux de formes variées (anneaux et cubes) qui se coincent derrière la symphyse pubienne et « retiennent » l'extériorisation du prolapsus. Ils ont une action palliative utile chez des patientes inopérables ou ne souhaitant pas de chirurgie. Ils peuvent être utiles en tant que test thérapeutique avant chirurgie (disparition des symptômes et de la gêne lorsqu'on mime la chirurgie avec un pessaire).

La rééducation périnéale a pour objectif d'augmenter la force musculaire et la contraction volontaire du périnée en réponse à l'augmentation de la pression abdominale, elle peut aider dans les formes débutantes.

Le traitement chirurgical a deux familles d'intervention :

- la chirurgie par voie abdominale : c'est la promontofixation qui consiste à fixer une bandelette prothétique synthétique en haut sur le promontoire et en bas dans la cloison vésico-vaginale et/ou dans la cloison recto-vaginale. Cette intervention peut être réalisée par laparotomie ou plus communément par coelioscopie standard, monotrocart ou robot-assistée ;

- la chirurgie par voie vaginale qui peut se faire par plicature des tissus naturels ou par interposition de prothèse synthétique.

Il s'agit d'une pathologie fonctionnelle ne menaçant pas la vie des patientes et n'exposant que rarement à des complications.

Il est fréquent de voir en consultation des patientes inquiètes mais sans aucune gêne fonctionnelle. Ces patientes doivent être rassurées et une surveillance doit leur être proposée.

La rééducation peut être utile pour le confort dans les stades débutants.

La chirurgie « préventive » n'a pas de place car elle expose à des complications sévères des patientes asymptomatiques. On opère uniquement une patiente avec un prolapsus responsable d'une gêne lorsque l'on a établi avec une bonne probabilité le lien de cause à effet entre le prolapsus et la gêne.

Les pessaires sont utiles aux patientes contre-indiquées pour la chirurgie ou l'anesthésie, ou refusant le traitement chirurgical. Ils peuvent être utilisés comme test thérapeutique pour faire le lien entre symptôme et prolapsus.

La chirurgie est le traitement de référence des formes symptomatiques modérées et sévères (\geq stade 2). La voie abdominale est proposée chez les femmes les plus actives physiquement et sexuellement. La voie vaginale est une alternative chez les patientes plus âgées, avec comorbidités ou lorsque la voie abdominale est difficile (abdomen multi-opéré).

Points essentiels

La cavité pelvienne contient :

- d'avant en arrière :
 - le bas appareil urinaire,
 - l'utérus et les annexes trompes et ovaires,
 - le rectum et le canal anal ;
- sur ses faces latérales : les vaisseaux iliaques et les chaînes ganglionnaires lymphatiques pelviennes.

Les tuméfactions pelviennes se développent aux dépens de ces structures.

L'examen clinique par la voie vaginale (toucher vaginal) donne un accès direct aux organes de la cavité pelvienne. Il est essentiel au diagnostic.

L'échographie pelvienne par voie sus-pubienne et endovaginale est l'examen paraclinique de référence en première intention. L'IRM pelvienne vient en deuxième intention si nécessaire.

Le fibrome utérin et le kyste ovarien sont les deux tuméfactions pelviennes les plus fréquentes de la femme.

Le fibrome utérin (fibromyome) est une tumeur bénigne développée aux dépens des cellules musculaire œstrogénodépendantes de l'utérus.

Le kyste ovarien bénin est défini par l'échographie :

- uniloculaire ou multiloculaire à cloison < 3 mm ;
- taille < 4 cm ;
- vide d'écho, contour net.

Tout kyste ovarien s'il n'a pas les critères de bénignité doit faire éliminer un cancer de l'ovaire (dosage du CA125 et IRM).

Les prolapsus des organes pelviens font partie des tuméfactions pelviennes. Ce sont des pathologies bénignes qui ne relèvent d'un traitement que lorsqu'elles sont associées à une gêne significative.