

L'examen clinique du prolapsus

Dr A. Jacquet

Collège de Gynécologie CVL

Prévalence dans la population générale :

Classification clinique 2,9 à 97 %

Questionnaires validés 2,9 à 11,4%

Lousqy R, Costa P, Delmas V, Haab F

Etat des lieux de l'épidémiologie des prolapsus génitaux

Progrès en urologie Vol 19, Issue 13, Dec 2009, 907-915

Les symptômes du prolapsus (interrogatoire)

- Sensation de boule à la vulve ou extériorisée
 - Sensation de corps étranger dans le vagin ou à la vulve
 - Sensation de poids dans le vagin
 - Douleur et gêne en s'asseyant
 - La nécessité de réintroduire une boule pour soulager ou uriner ou pour aller à la selle
 - Dysurie
 - Les symptômes se majorent avec les efforts ou en fin de journée
 - Ne sont pas spécifiques: les douleurs
 - la dyspareunie
 - les pesanteurs pelviennes
- Perturbation de l'image corporelle

Les symptômes fonctionnels associés (interrogatoire)

Les troubles urinaires:

- L'IUE, pathologie qui partage avec le prolapsus les mêmes facteurs de risque
- La dysurie : le prolapsus fait obstacle à la miction = effet pelote et peut masquer une IUE qui se révèle prolapsus réduit ou en post op
- Nécessité de réintroduire une boule pour uriner ou aller à la selle
- infections urinaires du fait d'un résidu chronique
- Dilatations pyélocalicielles lors de gros prolapsus négligés
- Urgenturie , pollakiurie + ou – fuites : épine irritative liée à la cystocèle. Attention ce syndrome est multifactoriel

Les troubles de la défécation - dyschésie

- Rôle de la rectocèle : manœuvre d'appui intra vaginal
- Anisme (dysnergie: lors de la défécation avec contraction réflexe du pubo rectal et du sphincter anal)
- Hypotonie du périnée : manœuvre d'appui périnéal
- Les problèmes de transit
- Faux besoins
- Sensation d'exonération incomplète
- Incontinence anale

L'examen clinique

En position gynécologique

En faisant pousser, tousser pour faire s'extérioriser le prolapsus

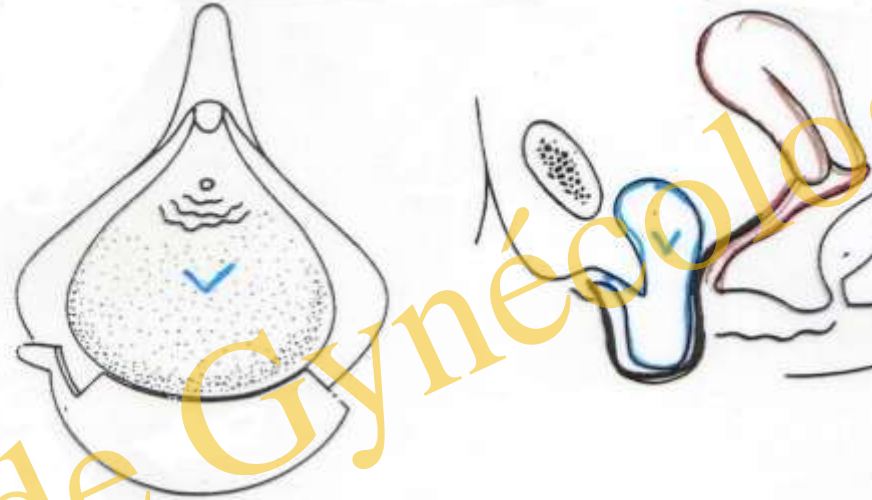
Si discordance symptômes / clinique: mettre en position debout ou accroupie + efforts, revoir en fin de journée...

Vessie pleine

Ne pas oublier les pathologies gynéco associées, métrorragies..

La manœuvre des valves du spéculum à la recherche de l'étage concerné et pour stadifier

La cystocèle



Collège de Gynécologie CVL

Hystérocèle.

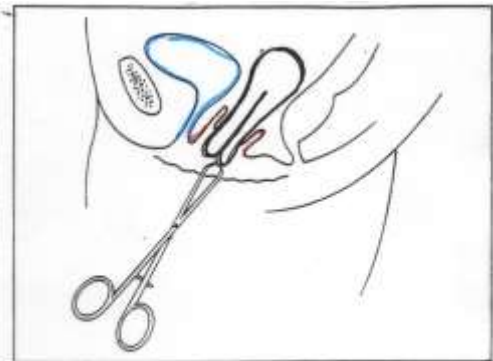


Fig. 15 - Hystérocèle isolée : la traction sur la pince extérieurise l'utérus.

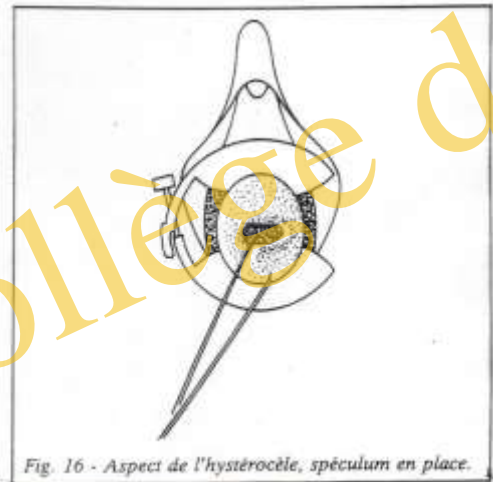
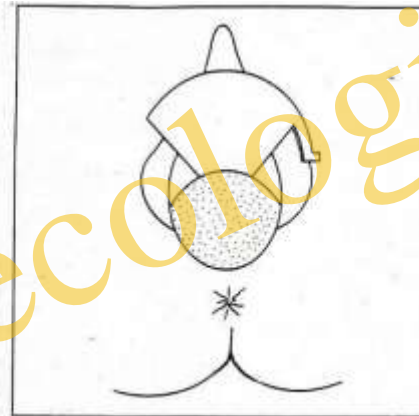
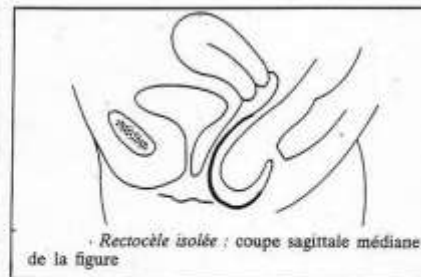


Fig. 16 - Aspect de l'hystérocèle, spéculum en place.

Rectocèle - Elytrocèle

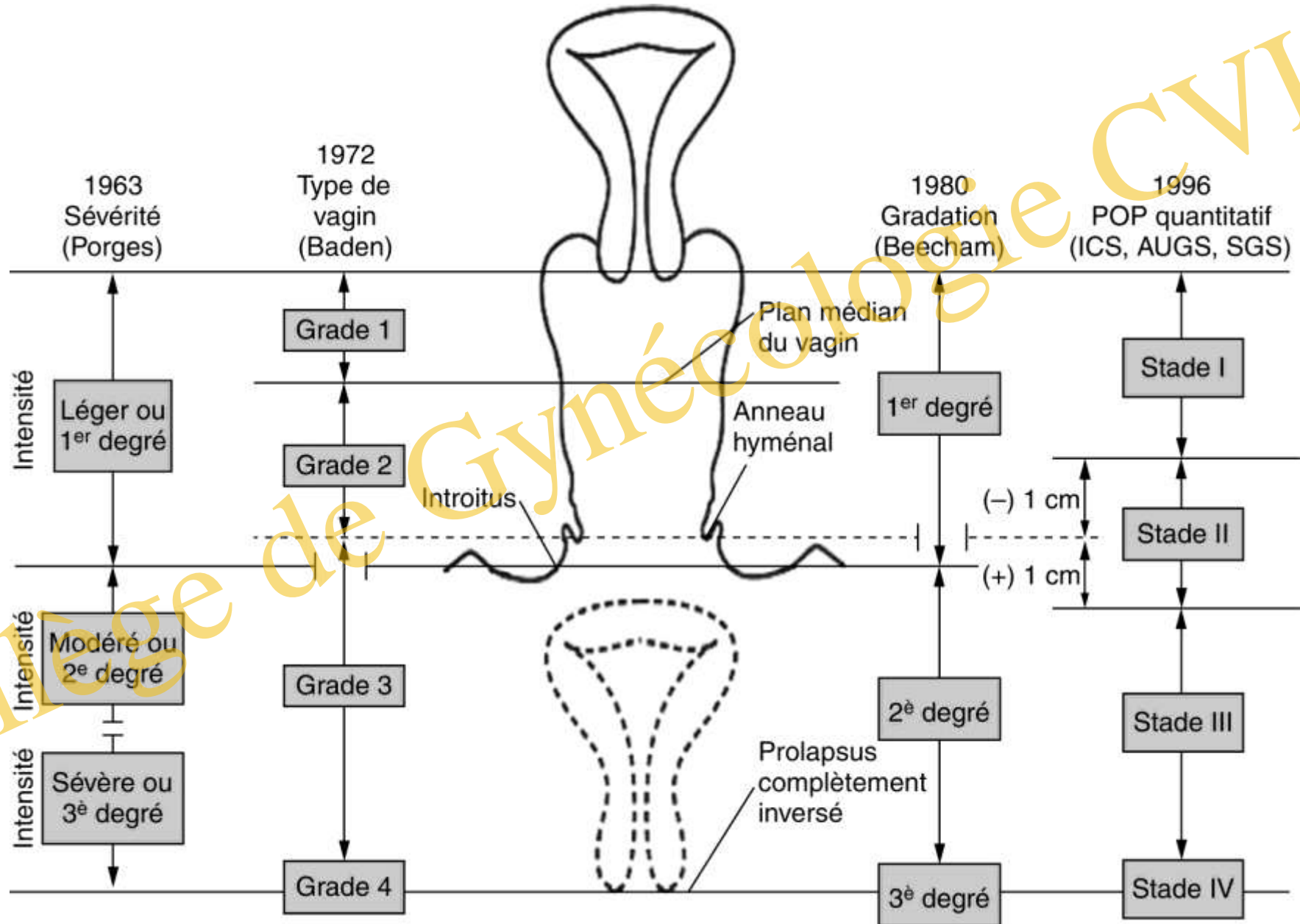


- Colpocele postérieure : la saillie de la paroi vaginale recouvre le rectum, dans ce cas particulier... mais il faudra le vérifier par toucher rectal !

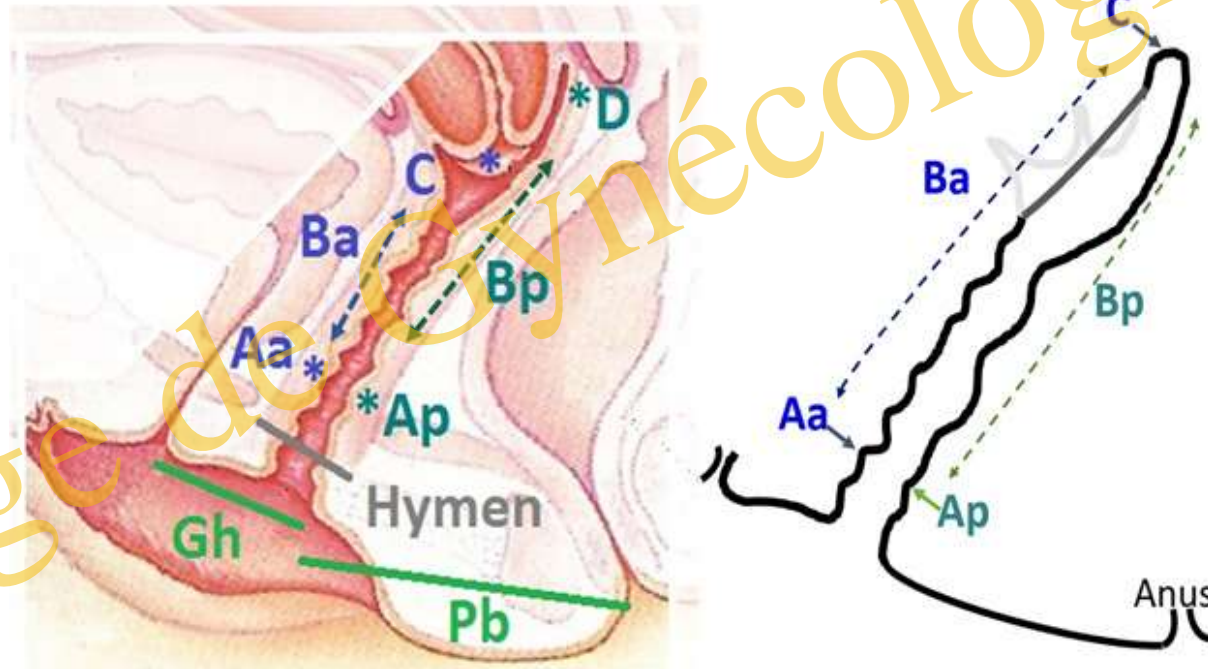


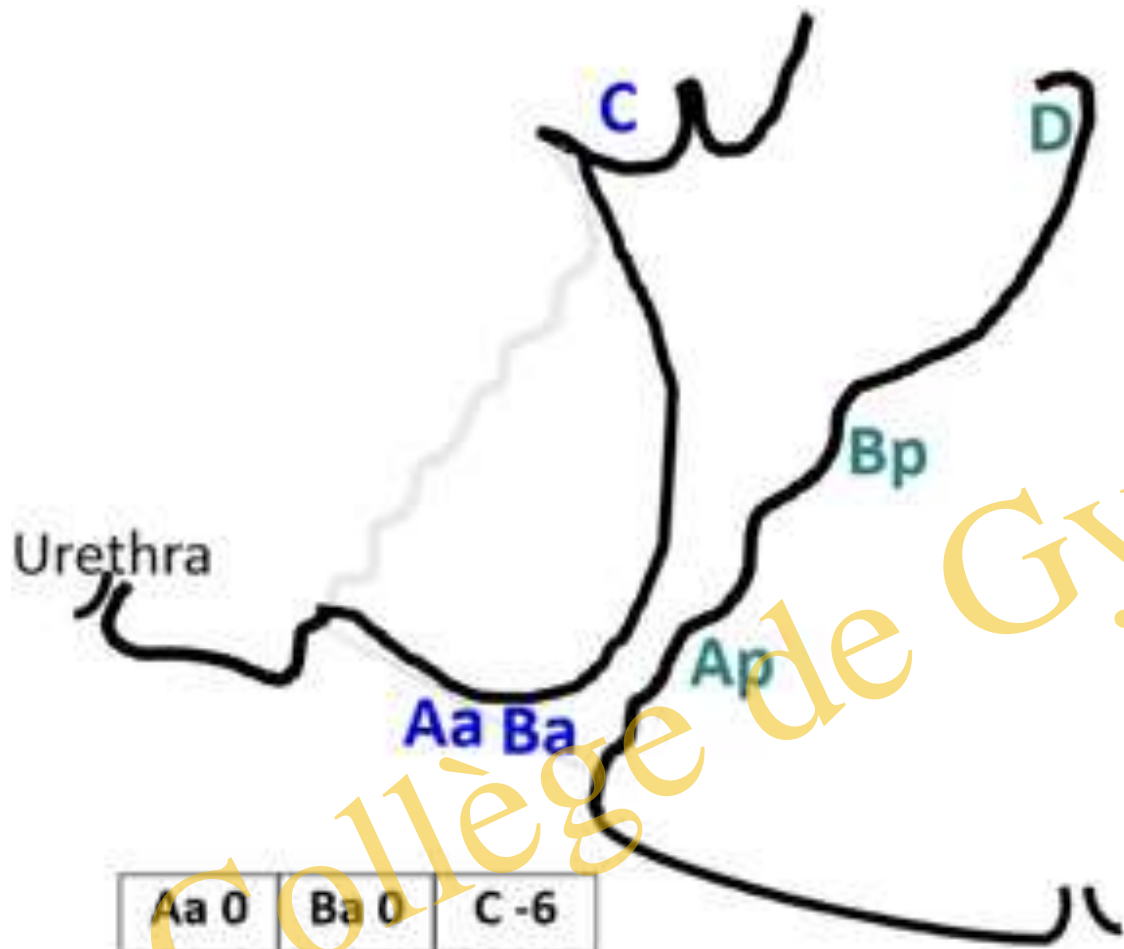
- Rectocèle isolée : coupe sagittale médiane de la figure

Classifications

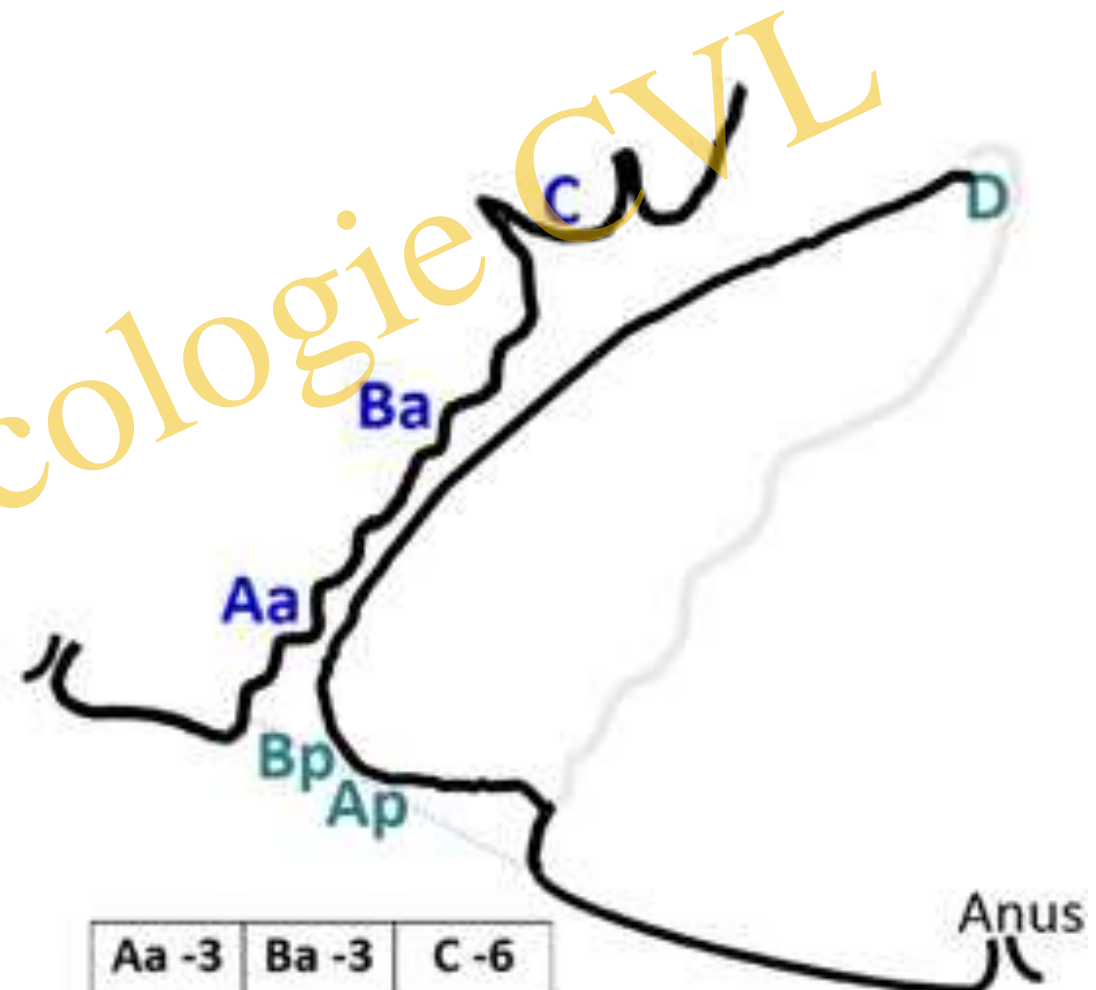


Les points importants de la classification POP-Q





Aa 0	Ba 0	C -6
Gh 4	Pb 4	TVL 9
Ap -3	Bp -3	D -8



Aa -3	Ba -3	C -6
Gh 4	Pb 4	TVL 9
Ap 0	Bp 0	D -8

CIII soit Aa+2, Ba+2 (POP-Q)



C III ou Aa +3, Ba+3(POP-Q)

Examen clinique

• Au repos



- Examen normal.

• A la poussée



- Colpocèle antérieure → cystocèle III
- Hystérocèle II (col ≈ la fourchette vulvaire)
- Colpocèle postérieure → rectocèle I



Cystocèle II, Aa+1, Ba+1

Hystérocèle II ou C=0 (POP-Q)



Stade IV Aa+3, Ba+9, C+10 (POP-Q)



Collège de

Gynécologie C.V.L.



Prolapsus négligé

Remarquer les multiples ulcérations cicatrisées, la bénance vulvaire,

et les calculs retrouvés dans la vessie et favorisés par la stase des urines du fait de la dysurie

Aucun pessaire ne tenait du fait de la largeur du hiatus génital



Béance vulvaire, CII, R II, - Aa=0, Ba=0



En poussée



Béance

Collège de Gynécologie CVL

Collège de Gynécologie CVL



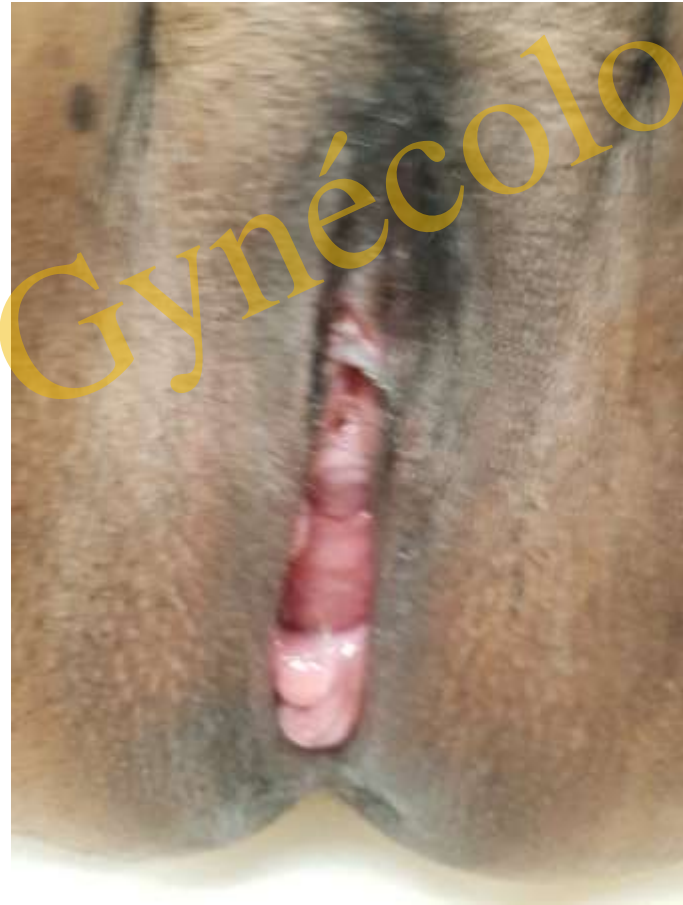
Patiente qui
consulte pour
une sensation de
prolapsus **et**
incontinence
anale :
Pas de cystocèle
ou grade I mais
hypotonie de la
paroi



Colpocèle postérieure stade III Ap+2, Bp+2
Déféco IRM Pas d'élytrocèle
Le risque de la chirurgie: aggravation de l'IA
Prise en charge en réduction

ATCD d'hystérectomie vaginale +périnée, puis promontofixation antérieure, puis à nouveau richter par voie vaginale et récidive : Elytrocèle de 17 cm mesurée en déféco IRM





Collège de Gynécologie CVL

Ne pas confondre rectocèle et prolapsus rectal



Le prolapsus

- Une pathologie fonctionnelle
- Défaillance des tissus de soutien
- Le diagnostic est clinique
- Evaluer l'handicap et mettre en évidence les troubles fonctionnels associés
- S'aider d'examens complémentaires si besoin