

Item 44 Tuméfaction pelvienne chez la femme

Auteur : M.-A. Perrouin-Verbe

Relecteur et coordonnateur : Véronique Phé

Objectif pédagogique

Tuméfaction pelvienne chez la femme: Connaitre les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents..

- I. Tuméfaction pelvienne: Etiologies, épidémiologie et diagnostic
 - II. Prolapsus génitaux de la femme
-

Objectifs hiérarchisés

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Étiologies	Connaître les 2 étiologies les plus fréquentes de tuméfaction pelvienne
A	Étiologies	Connaître les autres causes de tuméfaction pelvienne
A	Prévalence, épidémiologie	Fréquence des fibromes et des kystes ovariens bénins
A	Diagnostic positif	Connaître les symptômes et les éléments de l'examen clinique liés aux fibromes
A	Suivi et/ou pronostic	Connaître les complications possibles des fibromes
A	Étiologies	Kyste ovarien (KO)
A	Diagnostic positif	Connaître les symptômes et les éléments de l'examen clinique liés aux kystes ovariens
A	Étiologies	Savoir différencier kystes fonctionnel et organique
A	Suivi et/ou pronostic	Connaître les complications possibles des kystes ovariens
A	Identifier une urgence	Savoir évoquer une torsion d'annexe
A	Examens complémentaires	Connaître les 2 principaux examens radiologiques complémentaires à réaliser en cas de tuméfaction pelvienne et leur hiérarchisation (1 ^è - 2 ^è intention)
A	Éléments physiopathologiques	Description des éléments du pelvis et du périnée
A	Définition	Définir le prolapsus génital de la femme
A	Définition	Définir les différents compartiments du prolapsus
A	Diagnostic positif	Citer les diagnostics différentiels du prolapsus génital de la femme
A	Prévalence, épidémiologie	Avoir une idée de la fréquence du prolapsus clinique et anatomique
A	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques du prolapsus

I- Tuméfactions pelviennes chez la femme

1-Etiologies

Les deux tuméfactions pelviennes les plus fréquentes chez la femme sont le **fibrome utérin** et le **kyste de l'ovaire**, sans oublier la grossesse à laquelle il faut toujours penser chez une femme en période d'activité génitale.

Il faudra donc en premier lieu éliminer une grossesse par l'examen clinique et l'interrogatoire, puis par un dosage des HCG systématique, et enfin par une échographie pelvienne.

2-Diagnostic différentiels

Les autres étiologies de tuméfactions pelviennes chez la femme peuvent être **tubaires** (hydrosalpinx, bloc adhérentiel post-infectieux, kyste vestigial ou du mésosalpinx), **péritonéales** (endométriose du cul de sac de Douglas), **digestives** (cancer du colon ou du sigmoïde, sigmoïdite).

Autres causes de tuméfaction pelvienne d'origine utérine

Elles sont rarement à l'origine d'une tumeur pelvienne (en dehors de la grossesse) :

- **le cancer de l'endomètre** (cf. chapitre « Tumeurs du col utérin, tumeur du corps utérin ») : il s'agit d'une cause très rare, correspondant alors le plus souvent à une tumeur endocavitaire avec sténose du col et rétention intra-utérine entraînant la palpation d'une masse pelvienne par hématométrie et parfois pyométrie ;
- **l'adénomyose**, rarement car l'utérus ne dépasse pas le double de sa taille habituelle et est rarement palpable ;
- **la grossesse.**

Autres causes de tuméfaction pelvienne d'origine ovarienne

Le cancer de l'ovaire (cf. chapitre « Tumeurs de l'ovaire »). Il est rare avant la ménopause mais possible. Il se révèle parfois par une masse pelvienne ou par des signes digestifs de carcinose ou de compression.

L'endométriose (cf. chapitre « Algies pelviennes chez la femme ») accompagnant un endométriome qui est le révélateur de la maladie sous-jacente.

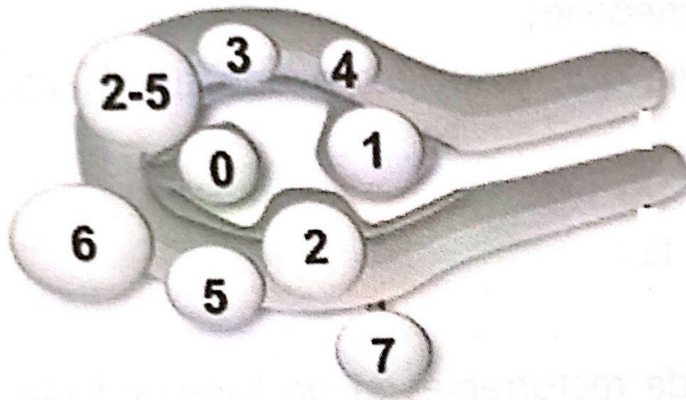
3-Fibrome utérin

a-Epidémiologie

C'est la plus fréquente des tumeurs de l'utérus ; 20 à 30% des femmes de plus de 35 ans en sont atteintes.

Lorsqu'il est palpable, il est le plus souvent sous-séreux (type 5, 6 et 7 classification FIGO, Figure 1) ou interstitiel (types 3, 4).

Dans 50% des cas, ces fibromes sont découverts de façon fortuite (examen clinique, échographie,...).



Myome sous-muqueux	0	Pédiculé intracavitaire
	1	> 50 % intracavitaire
	2	< 50 % intracavitaire
Interstitiel	3	Contact avec l'endomètre
	4	Intramural
Sous-séreux	5	> 50 % intramural
	6	< 50 % intramural
	7	Pédiculé sous-séreux
Sous-muqueux et sous-séreux	2-5	< 50 % sous-muqueux et sous-séreux
Autres	8	Cervicaux ectopiques

Figure 1-Différents types de myomes: classification FIGO, d'après référentiel du collège de Gynécologie-Obstétrique, Elsevier 2015

b-Présentation clinique

Le fibrome utérin se manifeste le plus souvent par des ménorragies (règles augmentées en durée et abondance) qui est le signe révélateur et le plus pathognomonique.

Il faut faire préciser à la patiente le nombre de changes par jour (score de Higham), et la présence ou non de caillots.

Des métrorragies peuvent être associées, on parle alors de ménométrorragies.

Des dysménorrhées peuvent également exister.

La patiente peut percevoir une **pesanteur pelvienne**, avec parfois des symptômes en relation avec une compression des organes de voisinage (syndrome d'hyperactivité vésicale, constipation), une perception d'une masse abdominale d'apparition progressive, et parfois des **douleurs pelviennes** liées à des complications ou troubles vasculaires associés.

c-complications

Le fibrome utérin peut être le siège de complications :

-hémorragiques : un fibrome sous-muqueux peut être responsable d'une hémorragie plus importante, notamment en présence d'un dispositif intra-utérin, pouvant entraîner une anémie microcytaire hyposidérémique. Les autres types de fibromes (sous-séreux ou interstitiels), sont moins pourvoyeurs de saignements hémorragiques.

-douloreuses : la nécrobiose aseptique est la principale cause de douleurs en cas de fibrome et est secondaire à une ischémie de celui-ci. Elle se caractérise par des douleurs pelviennes intenses, une fièvre entre 38 et 39°C, parfois des métrorragies de sang noirâtre.

L'examen clinique peut retrouver une augmentation du fibrome, avec une douleur à la palpation. L'échographie retrouve classiquement une image en cocarde avec une hyperéchogénicité centrale.

Plus rarement, il peut s'agir d'un fibrome sous-séreux pédiculé, ou de l'accouchement par le col d'un fibrome pédiculé sous-muqueux avec des coliques expulsives.

-mécaniques :

Il s'agit essentiellement de complications à type de compression :

- vésicale (rétention d'urines) ;
- rectale (« faux besoins ») ;
- veineuse pelvienne, pouvant entraîner thrombose ou œdèmes des membres inférieurs, plus rarement des phlébites ;
- nerveuse responsable de sciatalgie, à la face postérieure de la cuisse, ou névralgie obturatrice, à la face interne de la cuisse ;
- urétérale : responsable d'une urétéro-hydronephrose, voire de coliques néphrétiques ou de pyélonéphrites.

-Transformation maligne : Le lien myome-sarcome est incertain et aucune filiation à ce jour n'a été démontrée.

-Complications gravidiques : Les complications sont multiples pendant la grossesse, souvent peu importantes et à faible retentissement une fois la grossesse installée.

Ce sont :

- la stérilité et les avortements spontanés à répétition, notamment en cas de fibrome sous-muqueux ;
- la nécrobiose ; avec menace d'accouchement prématuré et risque de prématurité.
- la localisation praevia gênant un accouchement par voie basse ;
- la présentation dystocique en cas de fibrome volumineux (interstitiel) ;
- la dystocie dynamique ou l'hémorragie de la délivrance liée à une mauvaise rétraction utérine.

4-Kyste Ovarien

a-Epidémiologie

Les kystes fonctionnels de l'ovaire constituent la plus fréquente des tuméfactions pelviennes de la femme en période d'activité génitale. Ils correspondent à des kystes folliculaires ou à des kystes lutéiniques (du corps jaune) dont la régression est le plus souvent spontanée. Les kystes organiques sont le plus souvent bénins.

20 % des tumeurs ovariennes sont malignes ou borderline, et le risque de cancer augmente avec l'âge.

b-Présentation clinique

Il n'existe pas de symptomatologie spécifique des kystes de l'ovaire.

Les signes d'appel principaux sont :

- des douleurs pelviennes unilatérales modérées, généralement à type de pesanteur ;
- des métrorragies ;
- une pollakiurie ou des troubles digestifs par compression. Selon l'étiologie, il est possible de retrouver certains symptômes évocateurs comme l'association à des dysménorrhées et dyspareunies pour l'endométriose.

Mais dans plus de 50 % des cas, le kyste de l'ovaire est latent, et est découvert lors d'un examen clinique ou d'une échographie réalisée pour une autre raison. Parfois, le kyste de l'ovaire est découvert à l'occasion d'une complication.

c- Complications des kystes ovariens

○ Torsion

Elle survient surtout pour les kystes lourds (dermoïdes, mucineux), ou les kystes munis d'un pédicule très fin (kyste du para-ovaire).

Le tableau clinique est caractéristique :

- **une douleur pelvienne aiguë** : il s'agit d'un coup de tonnerre dans un ciel serein. La douleur abdomino-pelvienne débute brutalement d'une seconde à l'autre et ne cède pas, allant en s'amplifiant. Elle est associée à des vomissements et à des nausées. Souvent, des épisodes de subtorsion ont précédé l'accident aigu ;
- l'examen abdominal retrouve un tableau de **défense abdomino-pelvienne généralisée** ;
- l'examen gynécologique note un cul-de-sac extrêmement douloureux. Il n'y a pas de signe infectieux, ni de signe pouvant faire évoquer une occlusion ;
- l'échographie montre une image latéro-utérine. Le Doppler peut montrer l'arrêt de la vascularisation au niveau des pédicules utéro-ovariens et infundibulo-pelviens mais c'est un signe inconstant ;
- Une intervention est nécessaire en urgence pour détordre l'ovaire ou l'annexe et retirer le kyste.

○ Hémorragie intrakystique

Elle survient souvent dans des kystes fonctionnels.

Elle se caractérise par :

- l'apparition d'un **syndrome douloureux pelvien à début rapide** ;
- l'examen clinique trouve une défense dans l'une des deux fosses iliaques. L'un des culs-de-sac est comblé et douloureux ;
- l'échographie met en évidence un kyste à contenu très finement échogène si l'examen est réalisé tôt après l'accident ou hétérogène si l'examen est réalisé plus tard. Il est fréquent d'observer un épanchement péritonéal associé.

Ici encore, le traitement chirurgical peut s'imposer soit afin de confirmer le diagnostic et d'éliminer une torsion, soit afin d'arrêter l'hémorragie et de traiter le kyste.

Souvent, si l'hémorragie est intrakystique, elle est modeste et une simple surveillance suffit.

○ Rupture du kyste de l'ovaire

Elle complique souvent l'hémorragie et/ou la torsion. Le tableau est globalement superposable à celui de l'hémorragie.

L'échographie peut orienter le diagnostic en montrant un épanchement péritonéal peu abondant si c'est juste le kyste qui est rompu ou plus abondant s'il y a un hémopéritoine associé. L'intervention est souvent évitable devant une amélioration progressive sans déglobulisation ; elle nécessite parfois une surveillance de 24 h ; en cas de doute sur un hémopéritoine, la cœlioscopie confirme le diagnostic et permet le traitement.

○ Infection ovarienne (abcès ovarien)

Elle est soit secondaire à un tableau de pelvipéritonite d'origine génitale, soit secondaire à une ponction ovarienne écho guidée pour traitement d'un kyste ou prélèvement ovocytaire.

Son tableau est caractéristique avec : hyperthermie, contractures pelviennes, hyperleucocytose. Ici encore, l'intervention s'impose afin de confirmer le diagnostic, de réaliser la toilette péritonéale et le drainage de l'abcès. L'abcès ovarien contrairement à l'abcès tubaire est très rare.

○ Compression d'organes pelviens

Les compressions d'organes pelviens (vésicale, rectale, veineuse, urétérale) sont rares.

○ Complications obstétricales

Un gros kyste enclavé dans le cul-de-sac de Douglas peut être responsable d'un obstacle praevia gênant la descente de la tête fœtale. Dans ce cas, on peut être amené à réaliser une césarienne.

5- Diagnostic d'une tuméfaction pelvienne chez la femme

a-Interrogatoire

L'interrogatoire précise :

- les antécédents : salpingite, leucorrhées fréquentes, – contraception par stérilet qui oriente vers une étiologie infectieuse, – endométriose, – régularité des cycles et date des dernières règles,
- la nature des douleurs pelviennes associées : – uni- ou bilatérales, – cycliques (place dans le cycle) ou non cycliques (permanentes ou intermittentes), – intensité,
- les hémorragies génitales : – ménorragies ; – métrorragies,
- les troubles digestifs : – troubles du transit, – rectorragies,
- les troubles urinaires.

b-examen clinique

Le toucher vaginal est le temps essentiel de l'examen clinique car il permet d'orienter le diagnostic même s'il est souvent peu contributif en raison de la douleur.

Son but est **d'objectiver la masse et de déterminer si elle est dépendante ou non de l'utérus.**

Utérus globalement augmenté de volume

Un utérus globalement augmenté de volume correspond le plus souvent à un ou à des fibromes interstitiels ou sous-séreux (dimensions en centimètres, régularité des contours ou existence de voussures qui déforment ses contours).

Il faut cependant savoir reconnaître un utérus gravide augmenté de volume et mou dans un contexte de retard de règles.

De même, il ne faut pas se laisser abuser par un globe vésical et toujours examiner les patientes après les avoir fait uriner.

La masse est mesurée par rapport à l'ombilic ou peut aussi utiliser la taille comme pour la grossesse avec la hauteur utérine en semaines d'aménorrhée.

Masse latéro-utérine

Elle peut être dépendante ou non de l'utérus.

Elle est dépendante de l'utérus :

- car elle est en continuité avec lui, non séparée de lui par un sillon et elle transmet ainsi à la main abdominale les mouvements imprimés au col utérin par les doigts vaginaux et vice versa ;
- le toucher vaginal précise sa taille approximative et la régularité de ses contours si la patiente est mince ;
- elle correspond le plus souvent à un fibrome sous-séreux sessile dont les contours sont réguliers (mais il peut s'agir d'une autre pathologie adhérente à l'utérus, cancer de l'ovaire, endométriose, bloc adhésif infectieux ; dans ce cas, cette masse est plus volontiers irrégulière).

Elle est indépendante de l'utérus :

- car elle est séparée de lui par un sillon et qu'elle ne transmet pas à la main abdominale les mouvements imprimés au col utérin par les doigts vaginaux et vice versa ;
- le toucher vaginal précise là encore sa taille et ses caractéristiques : – soit régulière et mobile orientant vers un kyste de l'ovaire ou un fibrome pédiculé, – soit irrégulière et fixée orientant vers un cancer de l'ovaire, une endométriose ou une infection.

Masse du cul-de-sac de Douglas

Elle est :

- soit fixée et aux contours mal limités orientant vers un cancer de l'ovaire, une endométriose, voire un cancer digestif ;
- soit régulière, plus ou moins mobile, correspondant à une lésion bénigne prolapsée dans le cul-de-sac ; là encore il ne faut pas confondre avec un fécalome, un cæcum dilaté ou un rectosigmoïde plein et, au moindre doute, il faut réexaminer la patiente après un lavement.

L'examen abdominal :

- palpe parfois le pôle supérieur de la tuméfaction quand elle est de grande taille et en précise alors la régularité des contours ;
 - recherche une ascite ;
 - recherche une hépatomégalie ;
- (ascite et hépatomégalie qui, associées à une tuméfaction irrégulière, orientent vers un cancer de l'ovaire).

Le toucher rectal : en cas de rectorragies et de tumeur fixée dans le cul-de-sac de Douglas , le toucher rectal recherche une tumeur rectale.

c-examens complémentaires

L'échographie pelvienne par voie transpariétale et par voie transvaginale est l'examen complémentaire à demander en premier. Elle permet de préciser la structure de la tumeur, solide, liquide ou hétérogène, de la mesurer et de la localiser.

○ Tumeurs utérines

- *Tuméfactions solides* : Les tuméfactions solides correspondent le plus souvent à des fibromes utérins et l'échographie en précise la taille, le nombre et la localisation par rapport à l'utérus, établissant une cartographie de l'utérus et permettant de donner la classification FIGO (Figure 1). **L'IRM est l'examen de seconde intention lorsque l'échographie est insuffisante**, ou devant toute masse de plus de 10 cm ou tous fibromes en nombre supérieur à 5, et devant toutes masses complexes ou indéterminées échographiquement.

○ *Tuméfactions hétérogènes, mixtes ou multiloculaires solides* :

Pour une masse utérine elle évoquera parfois une dégénérescence du myome après nécrose ou après traitement, c'est souvent la nécrobiose ; une partie du myome se liquéfie et devient kystique. Il peut aussi s'agir d'un sarcome, plus rarement d'un adénomyome forme localisé d'une endométriose utérine.

○ Tuméfactions ovariennes

- *Tuméfactions solides* : **Les tumeurs solides de l'ovaire sont par définition suspectes.** Mais ce ne sont pas toujours des tumeurs malignes. Elles justifient une IRM. Ce sont les fibromes ovariens et les fibrothécomes. Ils sont néanmoins

rarement très volumineux. Certaines tumeurs malignes sont solides à l'échographie, c'est souvent le cas des métastases. Certaines tumeurs séreuses sont aussi solides.

○ *Tuméfactions hétérogènes, mixtes ou multiloculaires solides*

Les tumeurs mi-solides mi-liquides à l'échographie sont souvent suspectes. La zone solide étant souvent signe de tumeur maligne. Quelques tumeurs bénignes peuvent néanmoins avoir cette forme. Le kyste dermoïde de l'ovaire donne souvent un aspect hétérogène à l'échographie avec des zones internes hyperéchogènes de forme arrondie.

L'IRM permettra de faire le différentiel, elle est recommandée après l'échographie.

○ *Tuméfactions liquidiennes*

Les tuméfactions liquidiennes entraînent moins de difficultés diagnostiques. Elles sont uniloculaires ou multiloculaires liquides. L'échographie permet le diagnostic différentiel avec :

- le kyste sous-tubaire ou vestigial : image liquidiennne distincte de l'ovaire, mobilisable indépendamment de lui ;
- l'hydrosalpinx : image liquidiennne allongée à paroi épaisse avec souvent cloisons tronquées distinctes de l'ovaire ;

Ce sont les kystes fonctionnels persistants ou des tumeurs bénignes de l'ovaire cystadénome séreux ou mucineux et endométriose.

En cas d'image anéchogène sphérique ou kyste uniloculaire liquide siégeant dans un ovaire, l'échographie recherche des critères de bénignité :

- image uniloculaire ;
- ou image pluriloculaire mais avec une cloison très fine (< 3 mm) ;
- absence d'écho interne (végétations) ;
- bords bien définis ;
- vascularisation périphérique, régulière, avec index de résistance > 0,50 ;
- kyste de moins de 7 cm ;
- absence d'ascite.

Si tous les critères de bénignité sont réunis il faut :

- contrôler par une nouvelle échographie à trois mois qu'il ne s'agit pas d'un kyste fonctionnel. Dans ce cadre il n'y aucune indication à un blocage ovarien ;
- si au bout de 3 mois le kyste n'a pas disparu, c'est qu'il est probablement organique et mérite surveillance ou ablation per-cœlioscopique.

Si tous les critères de bénignité ne sont pas réunis, il faut pratiquer une IRM ou une cœlioscopie.

L'imagerie permet aussi de différencier l'endométriose. Face à un endométriose, il faut toujours rechercher une endométriose profonde associée et l'IRM est très utile sans orientation de symptômes. Un des objectifs de la masse pelvienne est de ne pas être opérée si possible, souvent à partir du moment où elle

est palpable, elle est symptomatique et va nécessiter une chirurgie, il faut alors savoir si elle est suspecte ou non et orienter la cœlioscopie vers un examen extemporané.

Le CA 125 est utile pour les masses suspectes et les cancers mais pas pour les kystes bénins. La cœlioscopie débute par une exploration complète de la cavité abdominale.

On procède ensuite au traitement du kyste supposé bénin : kystectomie ou annexectomie en fonction de l'âge essentiellement. Il faut limiter les examens extemporanés au cas de kyste suspect d'être borderline afin d'éviter une réintervention à distance pour la stadification et le traitement ; Il faut savoir arrêter la cœlioscopie si la nature maligne est évoquée et réaliser une laparotomie médiane qui permettra de faire la stadification et le traitement de ce cancer ou adresser la patiente dans un centre adapté à la prise en charge d'un cancer de l'ovaire. Il est donc indispensable d'avoir prévenu la femme du risque de laparotomie avant le début de l'intervention.

Finalement, la laparotomie n'est plus utilisée pour les kystes bénins qu'en cas de contre-indication à la cœlioscopie :

- insuffisance respiratoire ou cardiaque ;
- antécédents majeurs comme les péritonites ou les chirurgies digestives lourdes (cancers coliques, maladie de Crohn, etc.)
- kyste de plus de 10 cm.

II- Prolapsus génitaux de la femme

1-Définitions et diagnostics différentiels

a-définitions des éléments du pelvis et du périnée

Le **pelvis** est un compartiment de la cavité abdominale situé entre le détroit supérieur (ligne entre le bord supérieur du pubis et le promontoire) et le plancher pelvien musculaire principalement représenté par le **muscle levator ani**.

Le **périnée** est situé au-dessous du pelvis (sous le plan du muscle *levator ani*). Il contient l'orifice vulvaire, l'orifice anal et les fosses ischio-rectales.

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).

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 et 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 : 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 l'**élévateur de l'anus** (*levator ani*) tapissé par 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 pubovésicaux, vésico-utérins, utérosacrés, et un groupe latéral : ligaments latérovésicaux, latérorectaux, paramètre et paracervix. Les septas sont : vésico-utérin, vésicovaginal, urétrovaginal et rectovaginal.

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.

b-Définition du prolapsus

Le prolapsus génital de la femme est une protrusion d'un ou plusieurs organes pelviens dans la cavité vaginale, voire extériorisés par l'orifice vulvaire, apparaissant ou s'accroissant à la poussée abdominale.

Cette protrusion se fait dans une hernie de la paroi vaginale (**colpocèle**) qui peut intéresser sa face antérieure, sa face postérieure ou son apex.

Les **organes intéressés** par le prolapsus génital de la femme en fonction du niveau de la colpocèle sont : (Figure 2)

- colpocèle antérieure: la vessie, constituant ainsi une **cystocèle (A)**
- colpocèle apicale: l'utérus, constituant une **hystéroptose** ou **hystéroccèle**, ou lorsque l'utérus est absent, le **fond vaginal** et le **contenu abdominal sus-jacent (B)**
- colpocèle postérieure
 - le rectum, constituant une **rectocèle (C)**.
 - le contenu abdominal par l'intermédiaire du cul-de-sac de Douglas : l'**élytroccèle (II)**

Étage	Organe	Nom du prolapsus (toute les « cèles » sont féminines)
Antérieur(A)	Vessie	Cystocèle
Moyen(B)	Utérus(B)	Hystéroccèle
	Après hystérectomie totale	Dôme vaginal (peut contenir Douglas et grêle)
Postérieur (C)	Rectum(C)	Rectocèle
	Douglas-grêle	Élytroccèle-entéroccèle

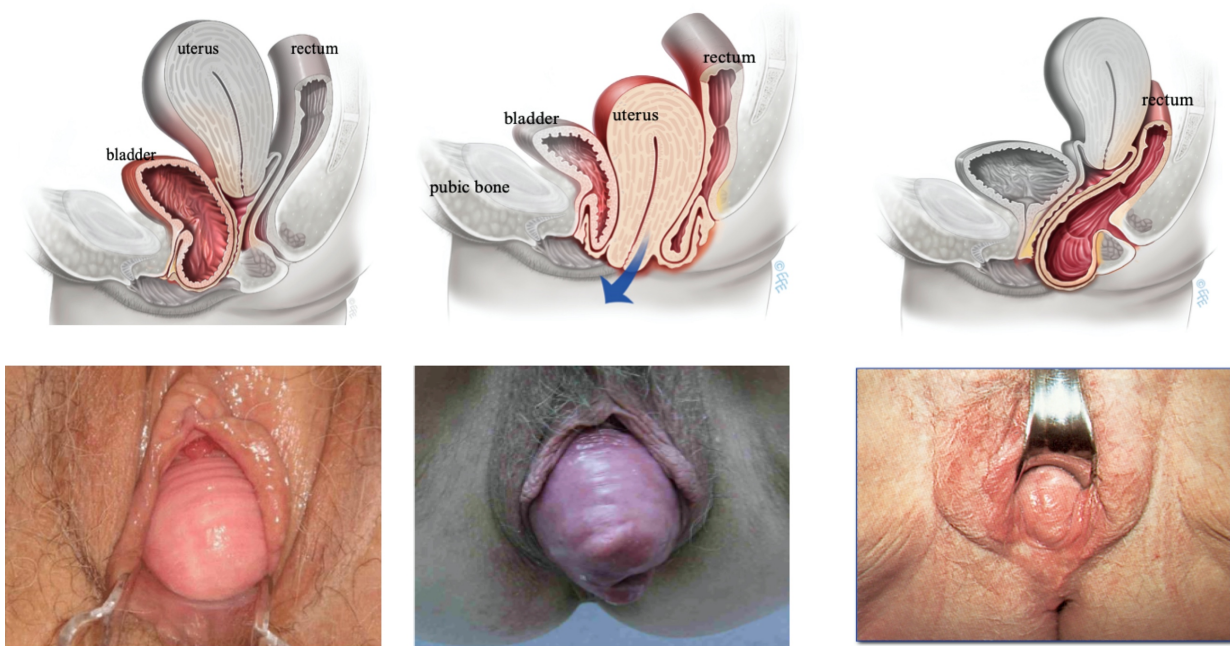
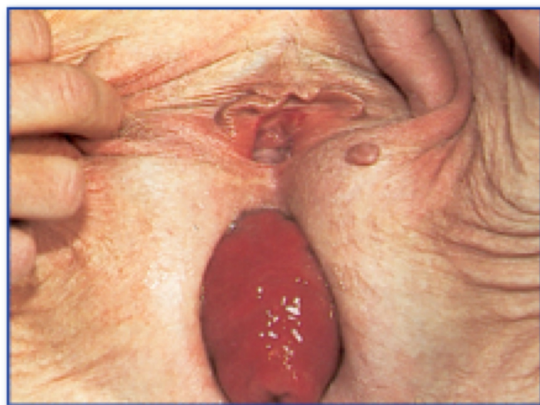


Figure 2-Les différents types de prolapsus, d'après IUGA Office 2016 modifié

peut s'agir des anses intestinales [entéroçèle] grêles ou coliques (sigmoïde), de l'épiploon...) (Figure 3,A)



A: Elytroçèle



B: Prolapsus rectal

Figure 3 Elytroçèle (A) et prolapsus rectal (B)

c-Diagnostics différentiels

- Il doit être différencié du prolapsus rectal qui est une protrusion du conduit digestif dans le canal anal qui s'extériorise par l'anus (Figure 3,B), qui peut cependant être associé au prolapsus génital
- Les tumeurs de la paroi vaginale antérieure : kystes, fibromes, rares tumeurs malignes, diverticules de l'urètre, fibromes du col utérin... Le toucher vaginal perçoit une masse qui n'existe pas dans le prolapsus.
- L'allongement hypertrophique du col utérin, qui se présente comme une hystéroçèle, mais le corps de l'utérus est en place alors que le col utérin affleure la vulve en raison d'un allongement de l'isthme.
- Une caroncule urétrale qui est une lésion exophytique du méat urétral qui s'observe surtout chez la femme ménopausée.

2-Épidémiologie des prolapsus génitaux de la femme

Le symptôme le plus corrélé à la présence d'un prolapsus génital est la « vision » ou la « sensation » d'une **boule vaginale**. En langage courant, les patientes parlent de « descente d'organe ».

Les prolapsus des organes pelviens sont fréquents. Leur prévalence est de 2,9 à 11,4 % lorsqu'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 %. **Cela souligne qu'il existe un nombre important de**

prolapsus génitaux non symptomatiques. Cette prévalence augmente avec l'âge jusqu'à 50 ans. À partir de 50 ans la prévalence stagne et c'est le grade du prolapsus qui augmente alors avec l'âge.

Les Facteurs de risque de l'apparition d'un POP sont :

- Facteurs de risque gynécologiques : ménopause, hypo-œstrogénie.
- Facteurs de risque obstétricaux : la grossesse, l'accouchement par voie basse (poids du fœtus > 4 kg, manœuvres instrumentales), la multiparité.
- Facteur de risque chirurgical : hystérectomie.
- Facteurs de risque gastroentérologiques : troubles chroniques de l'exonération (constipation terminale ou dyschésie) et en règle générale toutes les poussées abdominales chroniques.
- Antécédents familiaux de prolapsus (prédisposition génétique).
- Les Caucasiennes et Hispaniques auraient plus de prolapsus que les Afro-Américaines.

3-Diagnostic des prolapsus génitaux de la femme

Le diagnostic est avant tout clinique +++.

a -Interrogatoire

Le symptôme central du prolapsus est **une sensation de « boule intravaginale »** majorée en position debout et en fin de journée pouvant être associée à une pesanteur pelvienne. **Attention le prolapsus n'est pas douloureux.** La conjonction d'une douleur pelvienne et d'un prolapsus n'implique pas que le prolapsus est responsable de la douleur ; gêne et pesanteur sont bien distinctes d'une douleur. À des stades avancés, le prolapsus génital se présente sous la forme d'une boule vaginale extériorisée en permanence, qui peut être le siège de lésions inflammatoires ou ulcérées.

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

- des symptômes urinaires:
 - Un syndrome d'hyperactivité vésicale avec urgenturie voire incontinence urinaire par urgenturie peut être associé au prolapsus génital. Le lien physiopathologique n'est pas clairement élucidé; et la relation causale entre le prolapsus et ces symptômes n'est pas systématique,
 - aux stades plus avancés, c'est la mauvaise vidange vésicale qui domine : dysurie et résidu post mictionnels, infections urinaires récidivantes, 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 ou la compression de l'urètre lors de l'extériorisation du prolapsus, avec un effet « pelote » 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 ;
- des **symptômes digestifs** dans la rectocèle : constipation terminale appelée dyschésie qui peut conduire à la nécessité de manœuvres digitales de réintégration du prolapsus pour

permettre l'exonération, faux besoins pouvant conduire à des épisodes d'incontinence fécale surtout en présence d'un fécalome associé à une fausse diarrhée du constipé ;

- des **symptômes génitosexuels**: dyspareunie, sensation de béance vulvaire conduisant à un arrêt de l'activité sexuelle.

Ces symptômes peuvent être retrouvés en présence d'un prolapsus mais ne sont pas spécifiques de celui-ci. Seule la sensation de boule intravaginale est spécifique du prolapsus.

Il convient de rechercher la chronologie des événements en cas de dysurie et de dyschésie car une poussée abdominale chronique liée à une dyschésie ou à une dysurie préexistante peut être responsable de l'apparition secondaire d'un prolapsus, et peut favoriser sa récurrence.

b-Examen clinique d'un prolapsus

Il a trois objectifs.

- Le principal 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 postérieure, puis les deux pour visualiser le col utérin 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 : anorectal ;
 - le compartiment postérosupérieur (cul-de-sac postérieur), péritonéal (cul-de-sac de Douglas) accompagné parfois d'anses grêles.

- Le deuxième est d'**évaluer l'importance du prolapsus en grades** : classifications 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 4). La classification de POP-Q analyse différents points vaginaux afin de décrire encore plus précisément le prolapsus. Cette classification est surtout utilisée en recherche clinique.

Il peut cependant exister une certaine variabilité de l'importance du prolapsus au cours de la journée (souvent il s'aggrave en fin de journée) ou d'un jour à l'autre, ce qui peut nécessiter de refaire l'examen si l'on constate une discordance entre les symptômes décrits par la patiente et les constatations cliniques. Il ne faut pas hésiter également à faire l'examen debout.

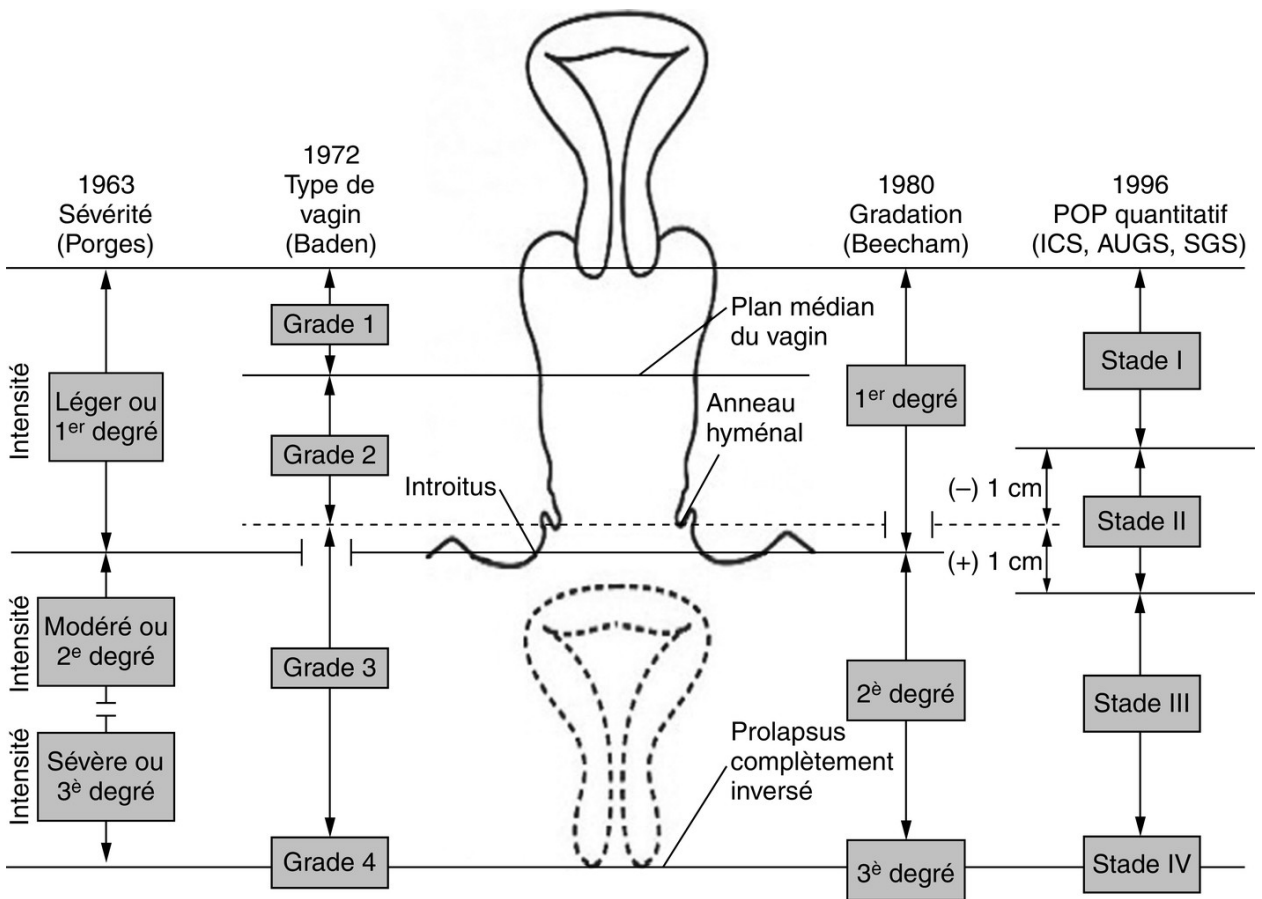


Figure 4-Les différents grades de prolapsus : la classification la plus utilisée est celle de Baden

- Le troisième est de **rechercher une incontinence urinaire à l'effort masquée** par le prolapsus. (On réalisera un test d'effort de poussée abdominale et de toux 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.

La plicature de l'urètre ou l'effet pelote qui peut être responsable de dysurie peut également masquer une faiblesse de l'appareil sphinctérien urétral ou une mobilité excessive de l'urètre. Si on ne reconnaît pas cette situation, le traitement du prolapsus peut provoquer l'apparition d'incontinence urinaire d'effort qui peut être vécue comme une complication et un échec thérapeutique par la patiente.

Enfin il faut réaliser un toucher vaginal et toucher rectal pour éliminer toute autre pathologie gynécologique ou digestive et s'assurer des résultats des derniers frottis cervico-vaginaux.

c-Place des examens complémentaires dans le diagnostic de POP

Le diagnostic clinique est assez fiable pour les compartiments antérieur et moyen. La différence entre une rectocèle et une élytrocèle est plus difficile car les deux se présentent comme une colpocèle postérieure.

L'utilisation de l'imagerie est réservée aux situations complexes (prolapsus récidivé, étage postérieur prédominant, troubles anorectaux prédominants, prolapsus douloureux), pour lesquelles une précision du prolapsus est nécessaire, car peut influencer la stratégie thérapeutique.

L'imagerie réalisée dans le bilan de prolapsus est dynamique, et vient compléter la clinique dans l'analyse des compartiments pelvi-périnéaux. Deux examens peuvent répondre à ces objectifs :

- la colpocystodéfécographie dynamique , qui comporte deux phases : cystographie rétrograde dynamique (voire mictionnelle si des troubles de la miction sont associés), et une défécographie obtenue par opacification vaginale, rectale et de l'intestin grêle. L'examen a l'avantage d'être réalisé en position assise plus physiologique pour obtenir une défécation, mais elle nécessite l'opacification des organes pelviens .
- la défécographie IRM dynamique nécessite l'introduction de gel dans le rectum. La définition des organes pelviens est de très bonne qualité, mais l'épreuve dynamique avec défécation est plus difficile à obtenir en position allongée dans l'IRM.

D'autres examens peuvent être utiles avant la prise en charge chirurgicale d'un prolapsus : une échographie pelvienne à la recherche d'une anomalie utérine, un frottis cervicovaginal, un bilan urodynamique s'il existe des troubles mictionnels patents ou masqués associés, une manométrie anorectale en cas de troubles anorectaux prédominants (dyschésie, incontinence fécale).

Au terme de l'examen clinique (et parfois radiologique), on identifie le/les prolapsus (Fig 2-tableau)

- 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 la vessie : c'est une cystocèle (A)
- Prolapsus de l'étage moyen avec descente du col utérin voire éversion complète de l'utérus : c'est une hystérocèle (B)

- 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 (C)

Annexe 1-Principes thérapeutiques du prolapsus génital de la femme

Seuls les prolapsus génitaux symptomatiques doivent être traités. La découverte fortuite d'un prolapsus génital au cours d'un examen clinique ne doit pas alerter la patiente sur un quelconque risque. L'aggravation potentielle du prolapsus est difficile à prédire. Tout au plus, on peut rechercher les facteurs de risque comme les poussées abdominales chroniques (dysurie, dyschésie anorectale) et les traiter. De plus, il faut **s'assurer que la gêne décrite par la femme est bien en rapport avec le prolapsus observé par le médecin.**

a-Traitements conservateurs

Les pessaires sont des dispositifs vaginaux de formes variées (anneaux et cubes) qui se bloquent 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, notamment en réduisant les symptômes relatifs au prolapsus.

b-Traitement chirurgical

Il existe 2 voies d'abord pour le traitement chirurgical :

- **la chirurgie par voie abdominale** : c'est la **promonto-fixation** qui consiste à fixer une bandelette prothétique synthétique en haut sur le promontoire et en bas dans la cloison vésicovaginale pour la correction de la cystocèle et/ou dans la cloison recto-vaginale pour la correction de l'élytrocèle et de la rectocèle.
- **la chirurgie par voie vaginale** qui peut se faire par plicature des tissus naturels ou parfois avec interposition de prothèse synthétique. Chez la femme très âgée, fragile, et ne désirant plus de rapport sexuel, il peut être proposé une fermeture vaginale (colpoclésis).

Dans tous les cas :

- il n'y a pas d'indication à réaliser d'hystérectomie systématique en l'absence de pathologie utérine associée

-Le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort associée au prolapsus peut se faire soit de manière concomitante soit, préférentiellement, de façon différée. Dans le cas d'une intervention différée, il faut prévenir les patientes du risque de majoration ou d'apparition d'une incontinence urinaire après traitement du prolapsus.

c-Indications

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 des patientes asymptomatiques à des complications sévères. 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.

Résumé

Rang	Descriptif
42-A01	<u>Connaitre les 2 étiologies les plus fréquentes de tuméfaction pelvienne :</u> Les deux tuméfactions pelviennes les plus fréquentes chez la femme sont le fibrome utérin et le kyste de l'ovaire, sans oublier la grossesse à laquelle il faut toujours penser chez une femme en période d'activité génitale
42-A02	<u>Connaitre les autres causes de tuméfaction pelvienne :</u> <ul style="list-style-type: none"> - origine tubaire (hydrosalpinx, bloc adhérentiel post-infectieux, kyste vestigial ou du mésosalpinx), péritonéales (endométriose du cul de sac de Douglas), digestives (cancer du côlon ou du sigmoïde, sigmoïdite) - origine utérine : cancer de l'endomètre, adénomyose et grossesse - origine ovarienne sont : cancer de l'ovaire, endométriose
42-A03	<u>Connaitre la fréquence des fibromes :</u> C'est la plus fréquente des tumeurs de l'utérus ; 20 à 30% des femmes de plus de 35 ans en sont atteintes
42-A04	<u>Connaitre les symptômes liés aux fibromes :</u> Le fibrome utérin se manifeste le plus souvent par des ménorragies , qui est le signe révélateur et le plus pathognomonique Il peut aussi se manifester par des métrorragies, une dysménorrhée, une pesanteur pelvienne, ou des symptômes en relation avec une compression des organes de voisinage, une perception d'une masse abdominale d'apparition progressive, et parfois des douleurs pelviennes liées à des complications ou troubles vasculaires associés.
42-A05	<u>Connaitre les complications possibles des fibromes :</u> Le fibrome peut être le siège de complications hémorragiques douloureuses (nécrobiose aseptique en particulier), et mécaniques, essentiellement par compression des organes de voisinage On peut également observer des complications gravidiques : stérilité, nécrobiose aseptique avec risque d'accouchement prématuré, et des complications au cours de l'accouchement
42-A06	<u>Connaitre la fréquence des kystes ovariens</u> Les kystes fonctionnels de l'ovaire constituent la plus fréquente des tuméfactions pelviennes de la femme en période d'activité génitale. Les kystes organiques sont le plus souvent bénins. 20 % des tumeurs ovariennes sont malignes ou borderline, et le risque de cancer augmente avec l'âge.
42-A07	<u>Connaitre les symptômes liés aux kystes ovariens</u> Il n'existe pas de symptomatologie spécifique des kystes de l'ovaire. Mais dans plus de 50 % des cas, le kyste de l'ovaire est latent, et est découvert lors d'un examen clinique ou d'une échographie réalisée pour une autre raison. Parfois, le kyste de l'ovaire est découvert à l'occasion d'une complication.
42-A08	<u>Connaitre les complications possibles des kystes ovariens</u> Les principales complications sont la torsion, qui se manifeste par une douleur pelvienne aiguë, avec défense abdominale et qui nécessite une intervention chirurgicale en urgence Les autres complications sont l'hémorragie intrakystique, la rupture de kyste, l'infection et rarement la compression des organes pelviens adjacents. On peut également observer des complications obstétricales
42-A09	Le toucher vaginal est le temps essentiel de l'examen clinique en cas de tuméfaction pelvienne chez la femme
42-A10	<u>Connaitre les éléments cliniques liés aux fibromes</u> Un utérus globalement augmenté de volume correspond le plus souvent à un ou à des fibromes interstitiels ou sous-séreux (dimensions en centimètres, régularité des contours ou existence de voussures qui déforment ses contours). Une masse latéro-utérine dépendante de l'utérus et aux contours réguliers correspond le plus souvent à un fibrome sous-séreux sessile
42-A11	<u>Connaitre les éléments cliniques liés aux kystes ovariens</u>

	Une masse latéro-utérine
42-A12	<p><u>Connaitre les 2 principaux examens radiologiques complémentaires à réaliser en cas de tuméfaction pelvienne et leur hiérarchisation (1^{ère} - 2^{ème} intention)</u></p> <p>L'échographie pelvienne par voie transpariétale et par voie transvaginale est l'examen complémentaire à demander en premier. Elle permet de préciser la structure de la tumeur, solide, liquide ou hétérogène, de la mesurer et de la localiser.</p> <p>L'IRM est l'examen de seconde intention lorsque l'échographie est insuffisante, ou devant toute masse utérine de plus de 10 cm ou tous fibromes en nombre supérieur à 5, et devant toutes masses complexes ou indéterminées échographiquement.</p> <p>L'IRM est également justifiée en seconde intention devant toute tumeur solide de l'ovaire, qui sont par définition suspectes, et devant toute tumeur mi solide mi liquide de l'ovaire</p> <p>En cas de tuméfaction ovarienne liquide. Si tous les critères de bénignité ne sont pas réunis, il faut pratiquer une IRM ou une cœlioscopie</p>
42-A13	<p><u>Description des éléments du pelvis et du périnée</u></p> <p>Le pelvis est un compartiment de la cavité abdominale situé entre le détroit supérieur (ligne entre le bord supérieur du pubis et le promontoire) et le plancher pelvien musculaire principalement représenté par le muscle <i>levator ani</i>. Il contient chez la femme le bas appareil urinaire, l'appareil génital et l'appareil digestif.</p> <p>Le périnée est situé au-dessous du pelvis (sous le plan du muscle <i>levator ani</i>). Il contient l'orifice vulvaire, l'orifice anal et les fosses ischio-rectales.</p> <p>Le plancher pelvien est défini comme l'ensemble des structures musculo-aponévrotiques fermant en bas le petit bassin (ou pelvis).</p>
42-A14	<p><u>Définir le prolapsus génital de la femme</u></p> <p>Le prolapsus génital de la femme est une protrusion d'un ou plusieurs organes pelviens dans la cavité vaginale, voire extériorisés par l'orifice vulvaire, apparaissant ou s'accroissant à la poussée abdominale. Cette protrusion se fait dans une hernie de la paroi vaginale (colpocèle) qui peut intéresser sa face antérieure, sa face postérieure ou son apex.</p>
42-A15	<p><u>Définir les compartiments du prolapsus</u></p> <p>Selon le compartiment incriminé, on peut observer : une cystocèle (Prolapsus de l'étage antérieur, se présentant à l'examen clinique comme un bombement de la paroi antérieure du vagin), une hystérocèle ou prolapsus utérin (Prolapsus de l'étage moyen avec descente du col utérin voire éversion complète de l'utérus), ou une rectocèle (Prolapsus de l'étage postérieur, se présentant à l'examen clinique comme un bombement de la paroi postérieure du vagin).</p> <p>L'élytocèle est une protrusion du contenu abdominal par l'intermédiaire du cul-de-sac de Douglas.</p>
42-A16	<p><u>Citer les diagnostics différentiels du prolapsus génital de la femme</u></p> <p>Les principaux diagnostics différentiels sont : le prolapsus rectal, les tumeurs de la paroi antérieure du vagin, l'allongement hypertrophique du col utérin, et une caroncule urétrale</p>
42-A17	<p><u>Avoir une idée de la fréquence du prolapsus clinique et anatomique</u></p> <p>Les prolapsus des organes pelviens sont fréquents. Leur prévalence est de 2,9 à 11,4 % lorsqu'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 %.</p>
42-A18	<p><u>Connaitre les signes cliniques du prolapsus</u></p> <p>Le prolapsus est souvent non symptomatique</p> <p>La gêne la plus typique est une boule vaginale, voire une pesanteur, mais non douloureuse.</p> <p>Des signes urinaires, anorectaux, sexuels peuvent l'accompagner, mais ne sont pas spécifiques du prolapsus</p>

Pour en savoir plus



Recommandations du CUROPF pour la pratique clinique : recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme. Prog Urol 2016 ; 2HS : 1-109.

Pour en savoir plus

Recommandations du CUROPF pour la pratique clinique : recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme. Prog Urol 2016 ; 2HS : 1-109. <http://www.urofrance.org/base-bibliographique/numero-2hs-pp-1-109-juillet-2016-recommandations-du-cuopf-pour-la-pratique>

