

CLASSIFICATION ET ANALYSE CLINIQUE DES PROLAPSUS

MATTHIEU MEZZADRI
CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

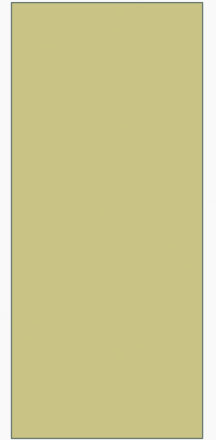


PRÉVALENCE POP-Q

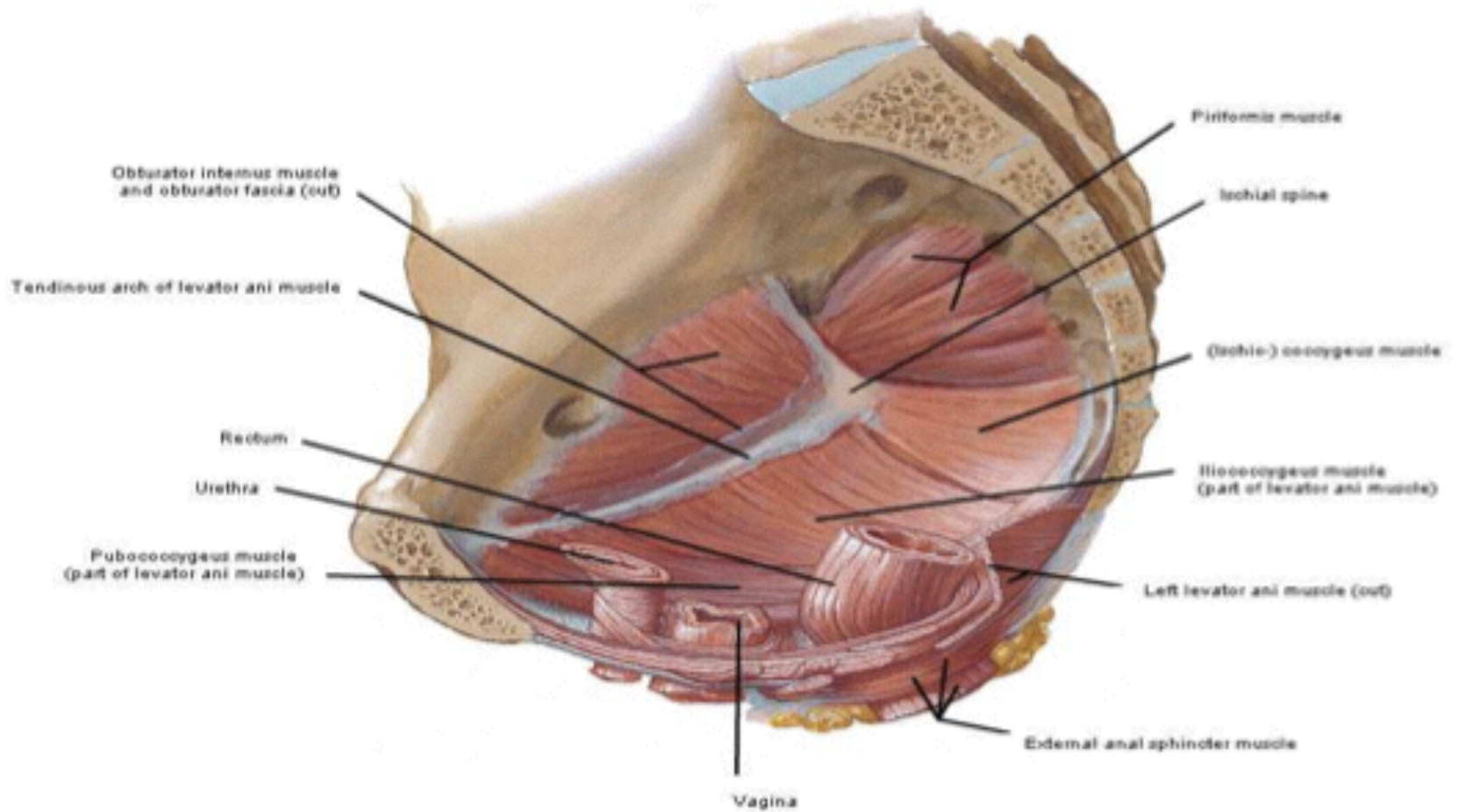
- **Stade > II : 8,6%**
 - *Bland. Am J Obst Gyn. 1999*
- Cystocèle : 50 à 75%
- Hystéroptose : 20 à 25%
- Rectocèle : 15 à 25%
 - Selon les études.
- Entités anatomo-cliniques :
 - Cystocèle « maladie »
 - Hystéroptose avec cystocèle d'entraînement
 - Rectocèle isolée (15%)
 - Prolapsus total

CHAPITRE 1

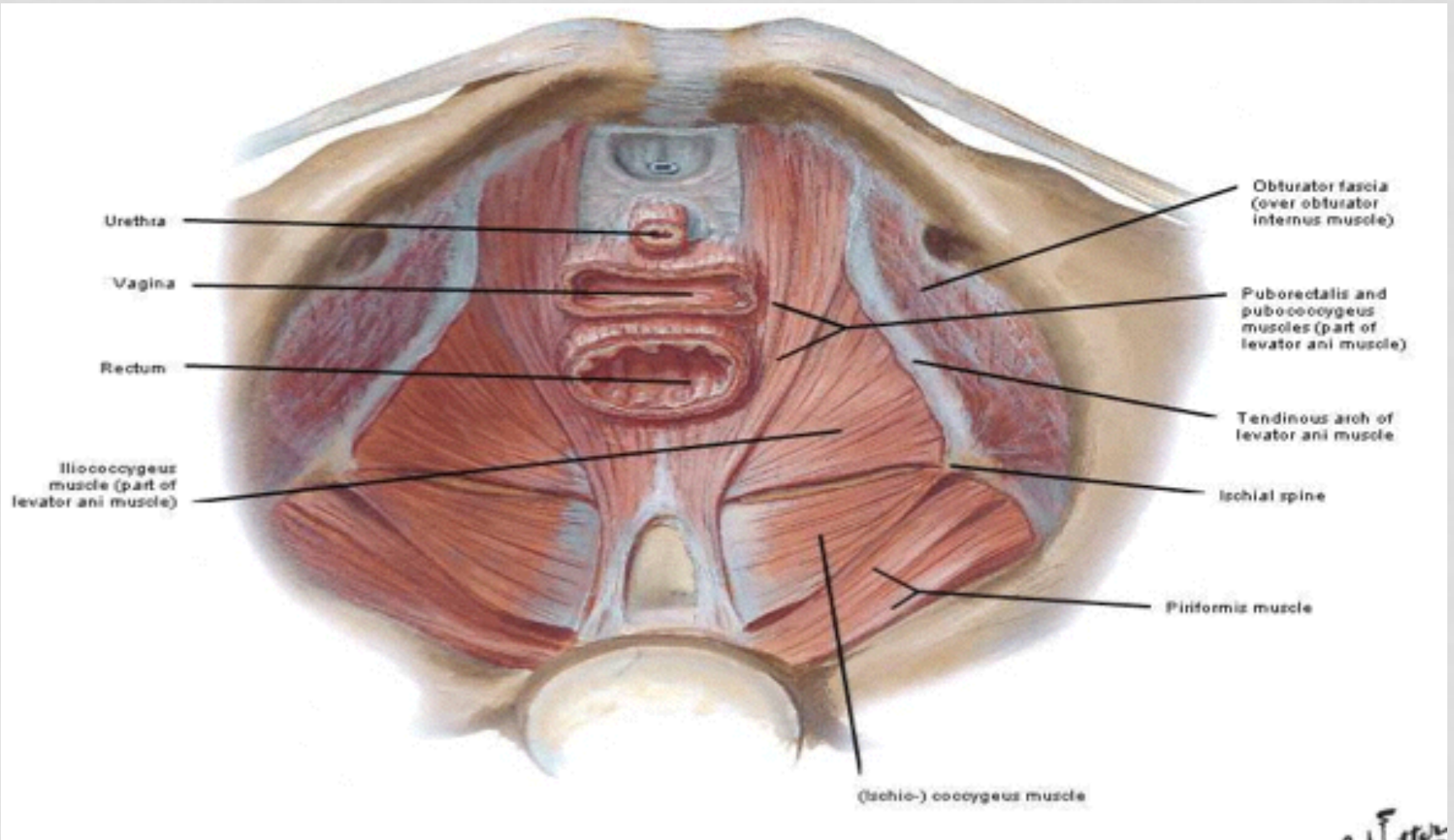
LE PLANCHER PELVIEN



PLANCHER PELVIEN 1

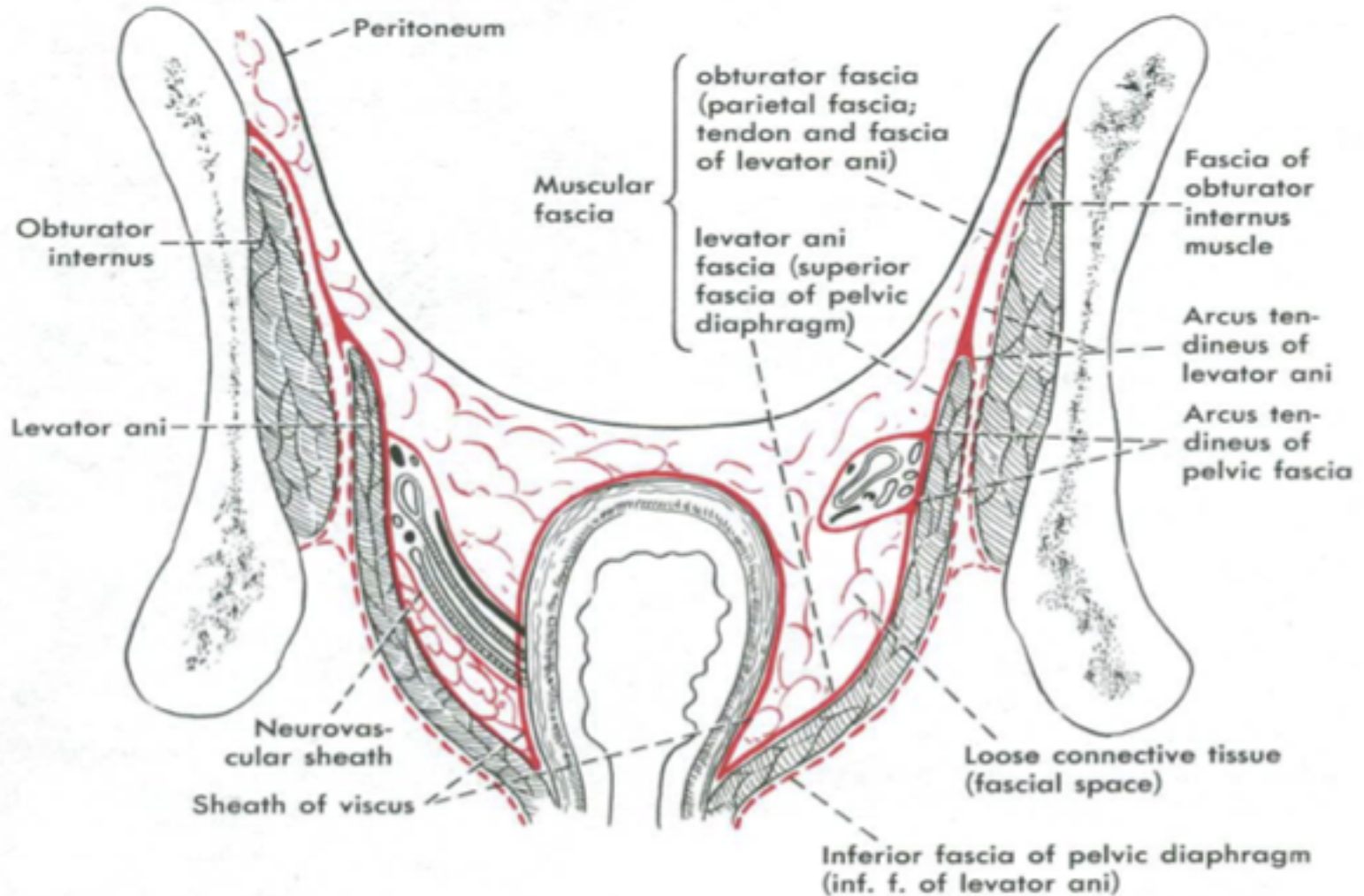


PLANCHER PELVIEN 2

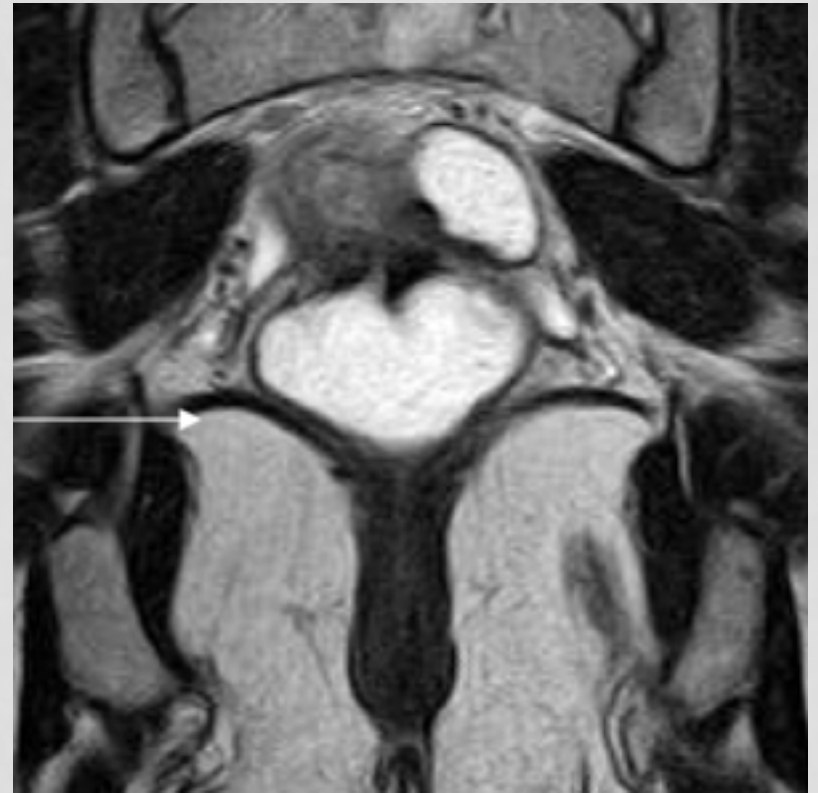
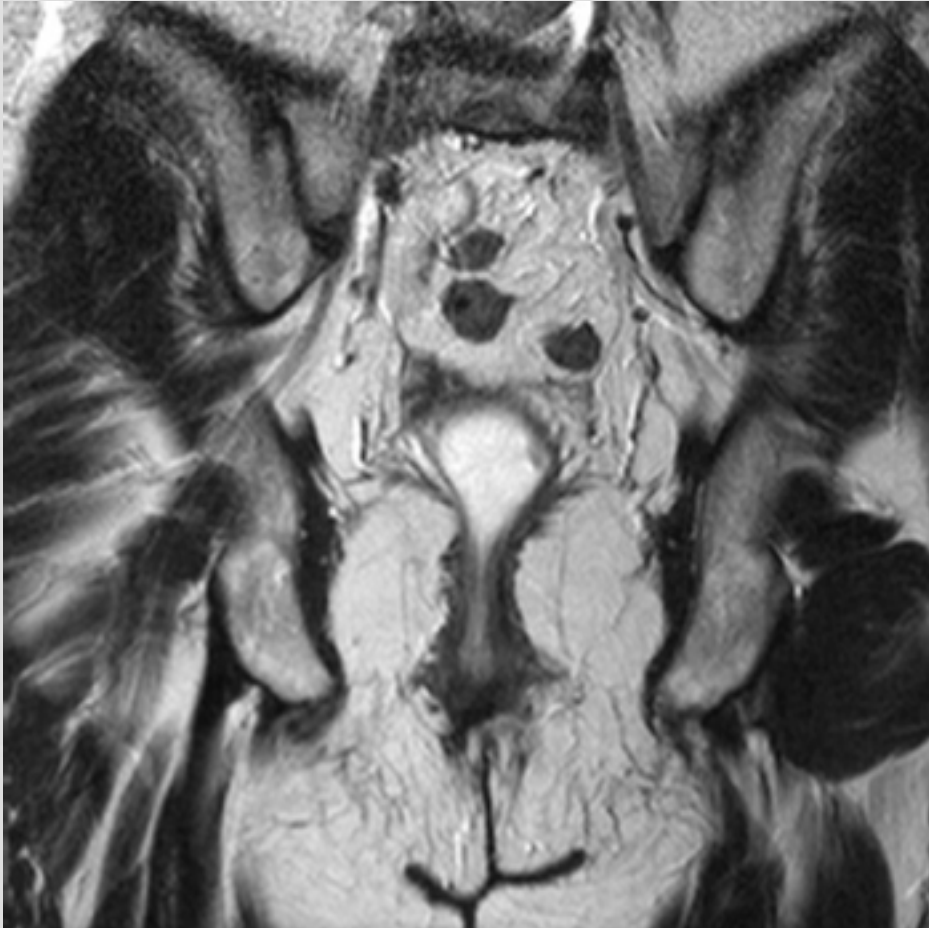


PLANCHER PELVIEN 3

ARC TENDINEUX LEVATOR ANI



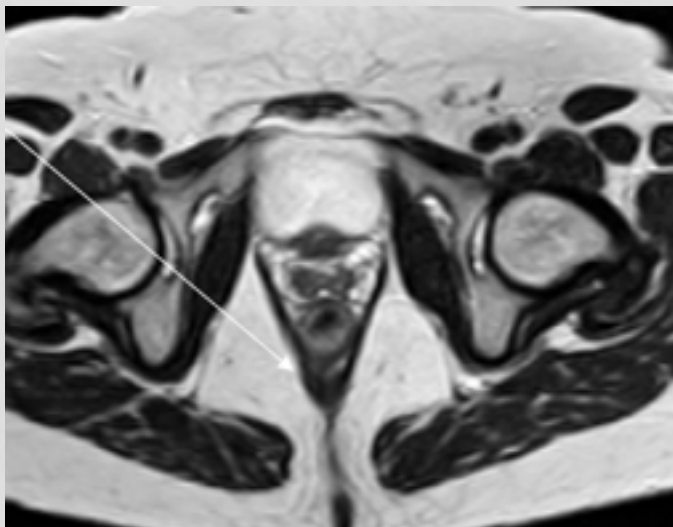
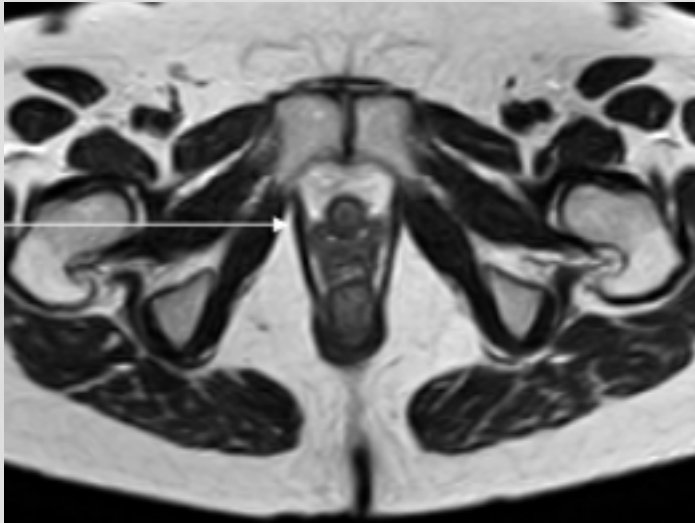
ILIOCOCCYGIENS EN IRM COUPE CORONNALE



ILIOCOCCYGIENS EN COUPE SAGITALE

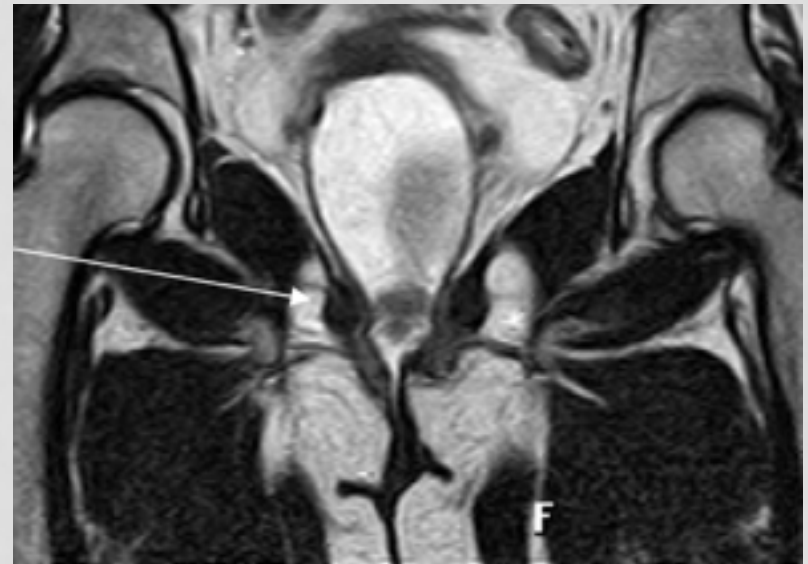


Puborectaux en coupe axiale

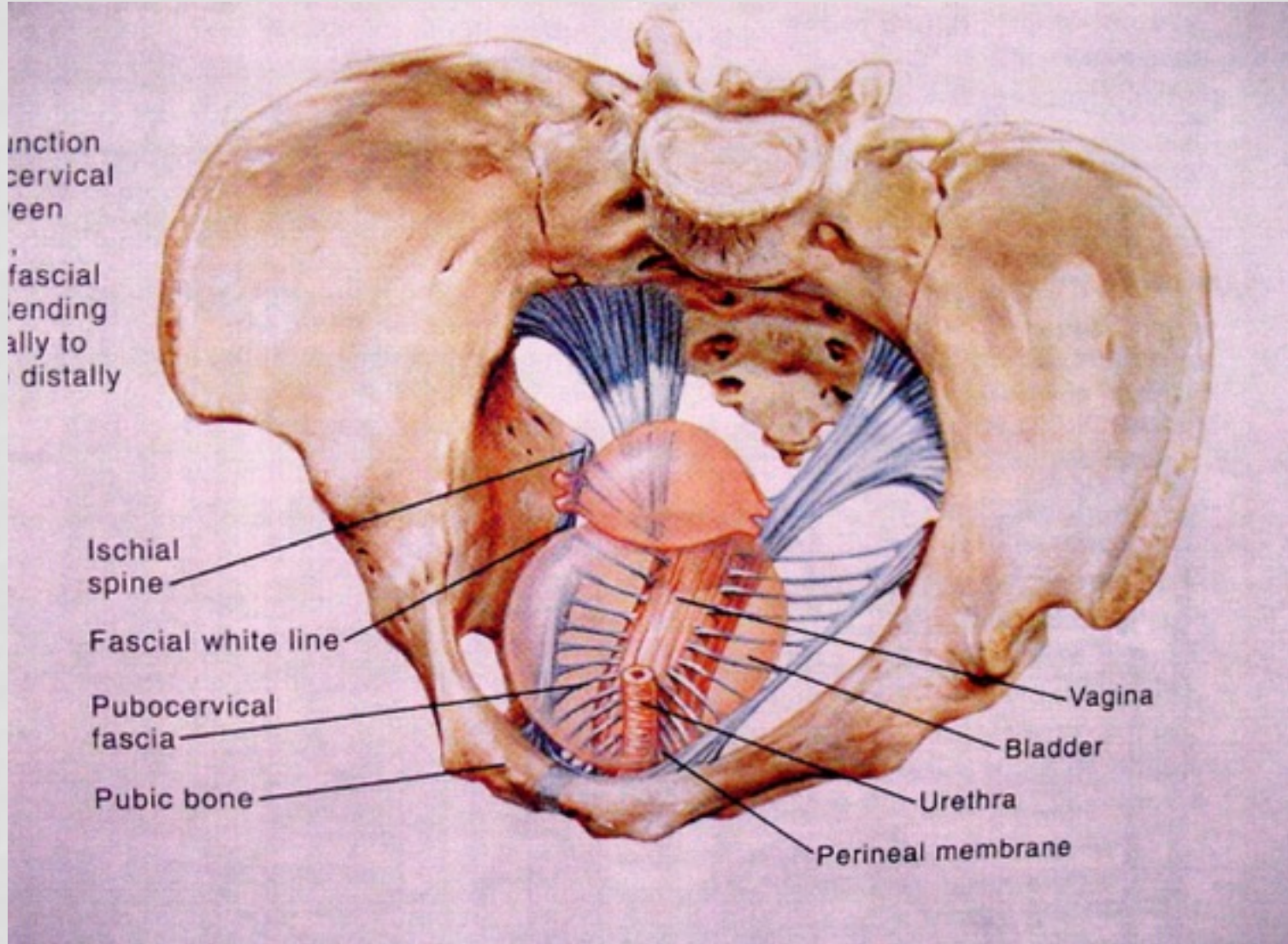


PUBORECTAUX

Puborectaux en coupe coronale



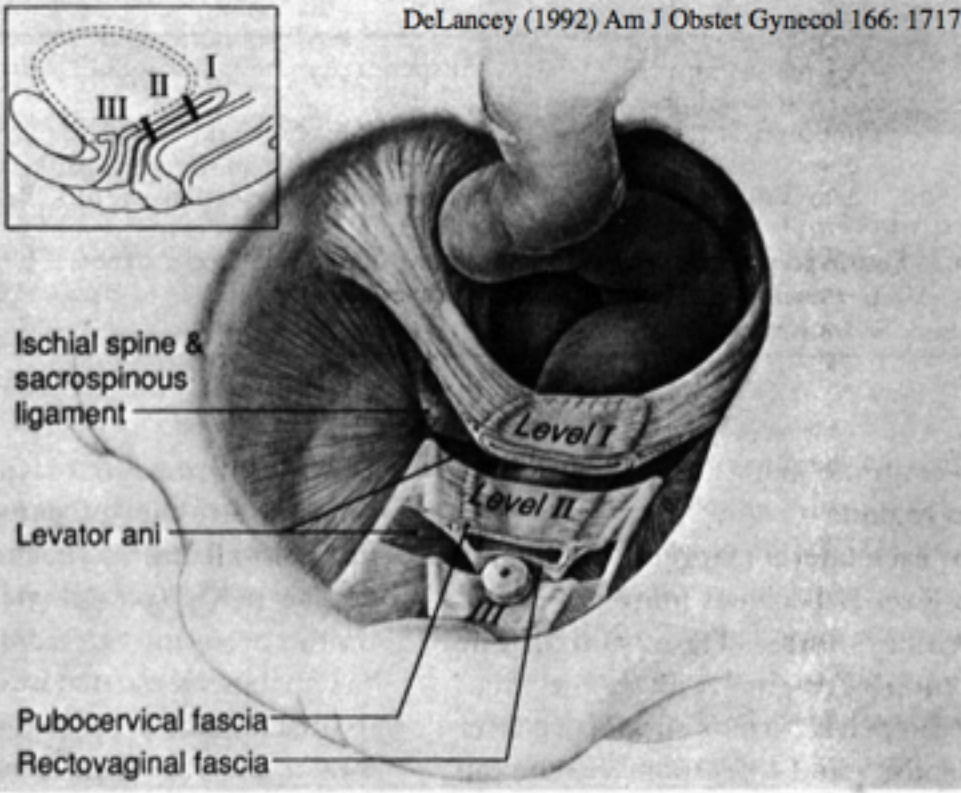
LIGAMENTS ET FASCIAS



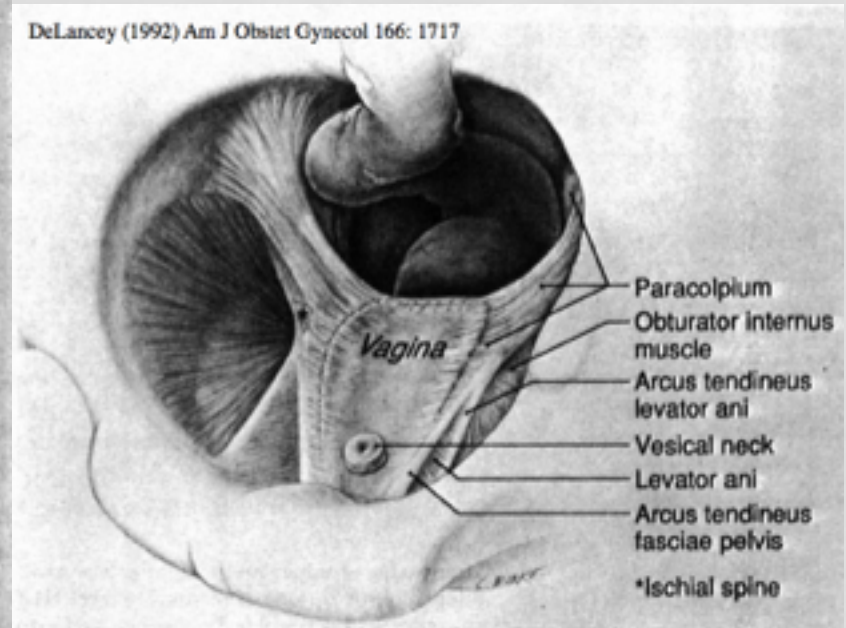
PROLAPSUS : DU CRANIAL AU CAUDAL

Hypothèse de DeLancey, 1992

DeLancey (1992) Am J Obstet Gynecol 166: 1717

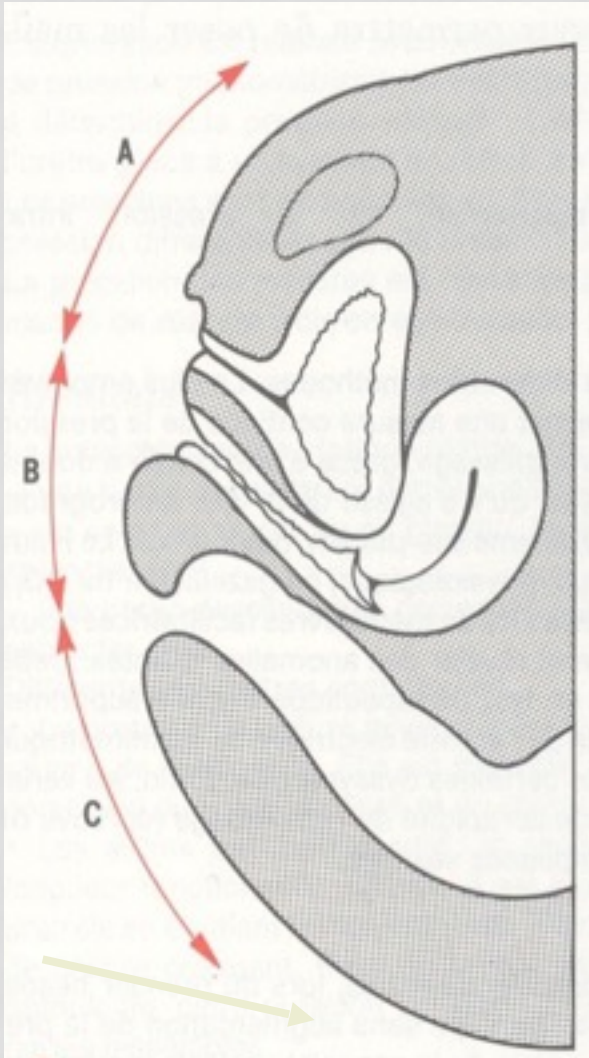


DeLancey (1992) Am J Obstet Gynecol 166: 1717



PROLAPSUS : D'AVANT EN ARRIÈRE

➤ Quantifier le prolapsus



➤ A : Etage antérieur : **colpocèle antérieure**

Urétrocèle (urètre)
Cystocèle (vessie)

➤ B : Etage moyen :

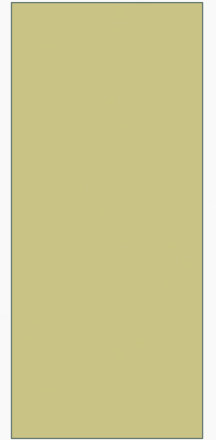
Hystérocèle (utérus)
Trachélocèle (col)

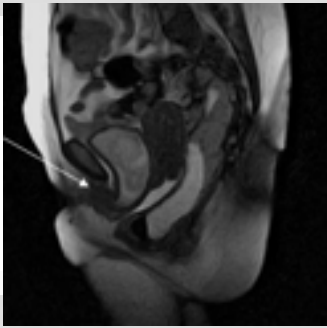
➤ C : Etage postérieur : **colpocèle postérieure**

Rectocèle (rectum)
Elytrocèle (Douglas)

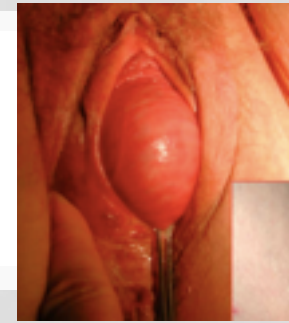
CHAPITRE 2

PROLAPSUS GÉNITAUX : DÉFINITIONS

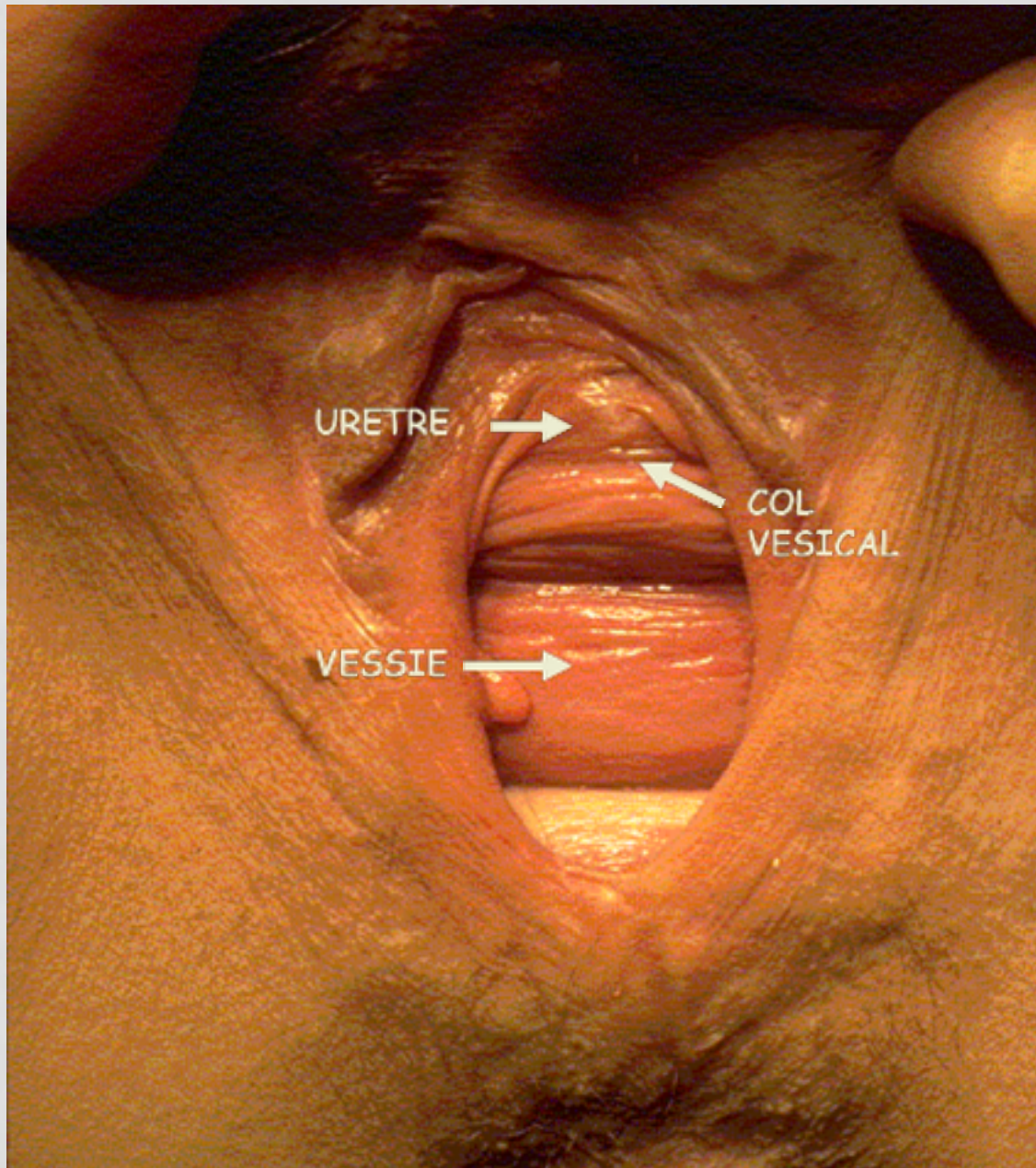




CYSTOCÈLE

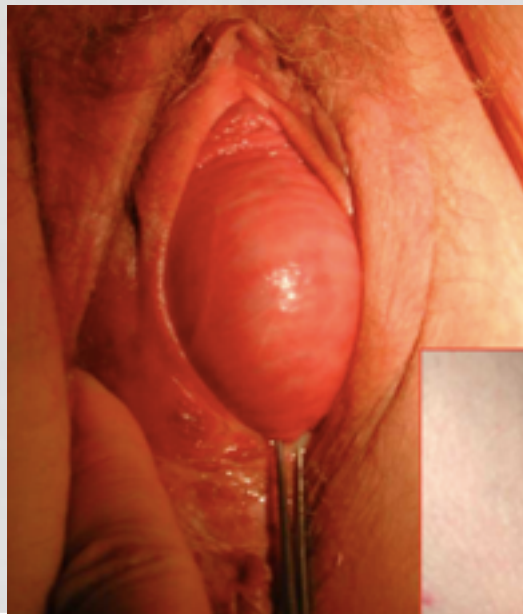


- **Hernie de la face post de la vessie**
 - **refoulant vers l'arrière et le bas de la face ant du vagin**
- Cystocèle médiane : vagin lisse et atrophique. Defect médian, perte du relief muqueux
- Cystocèle latérale : désinsertion du fascia viscéral, stries conservées
 - Atteinte de l'arc tendineux = niveau II
- Cystocèle d'entraînement de l'hystéroptose (niveau I)
- **HAV, dysurie, IU masquée**



DEFECT MEDIAN

- Volumineuse
- Œuf de pigeon
- Pertes des stries
- Cul-de-sacs en place

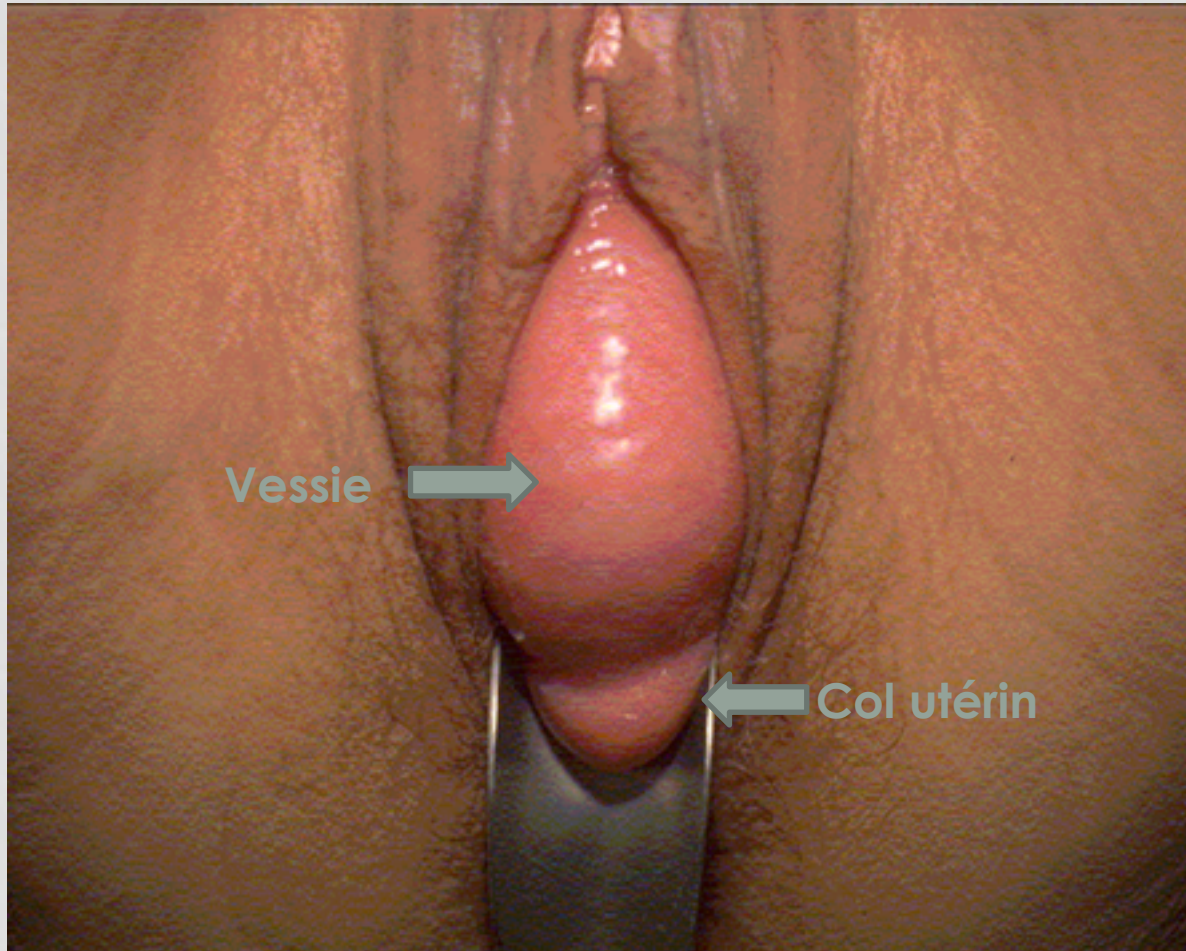


DEFECT LATERAL

- Moins volumineuse, plus large
- Persistance des stries
- Corrigée par ascension des cul-de-sacs vaginaux



AVEC HYSTÉROPTOSE ASSOCIÉE



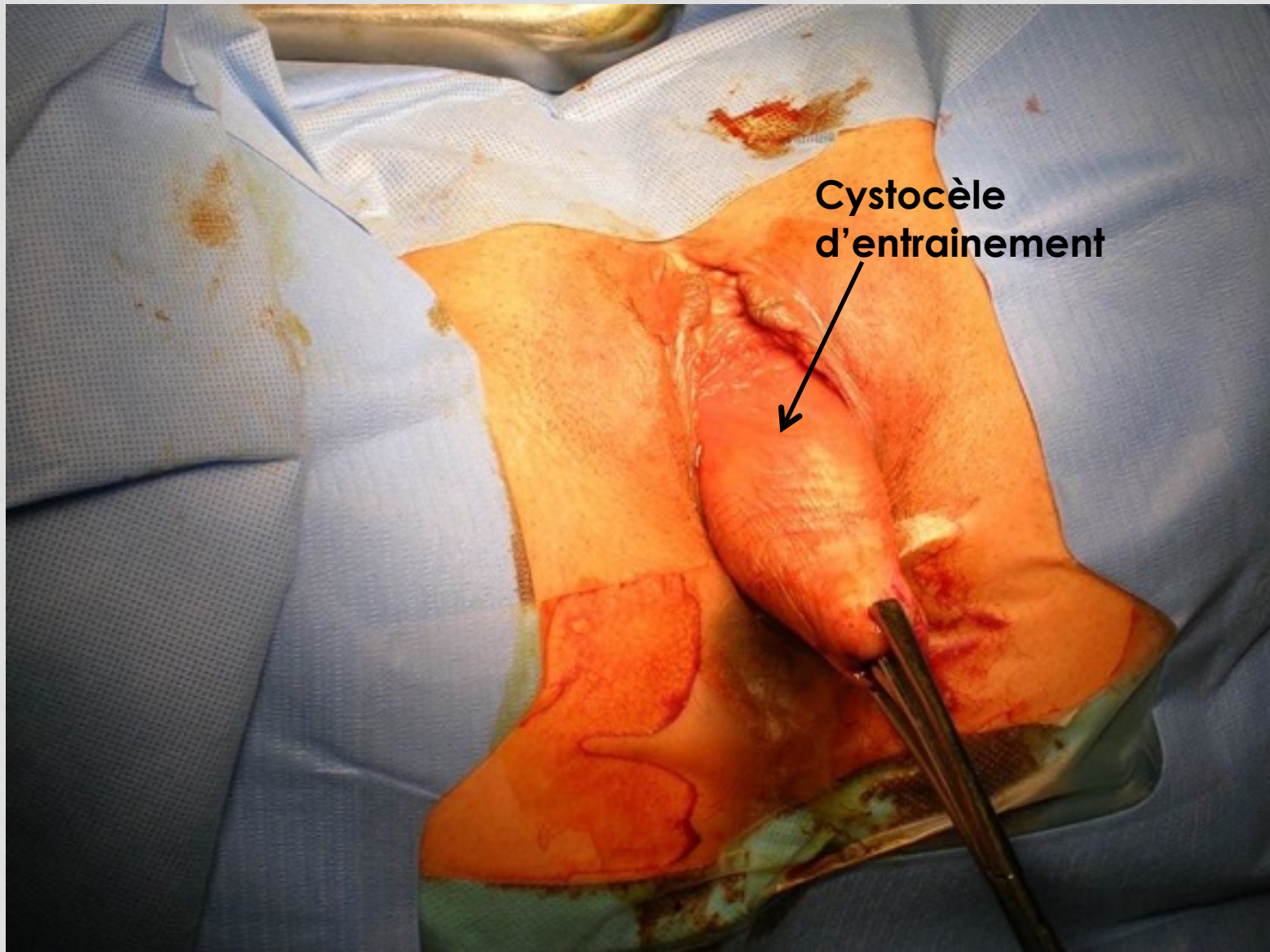
HYSTÉROPTOSE

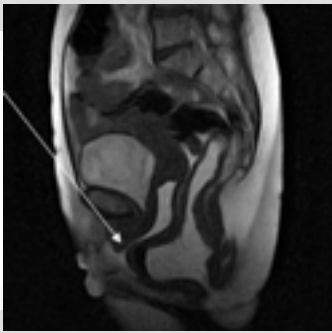


- « Descente » de l'utérus
- Atteinte ligaments utéro-sacrés
- Niveau I de De Lancey
- Pesanteur
- Diag diff : allongement cervical hypertrophique
- Cystocèle d'entraînement fréquemment associée



CYSTOCÈLE D'ENTRAÎNEMENT



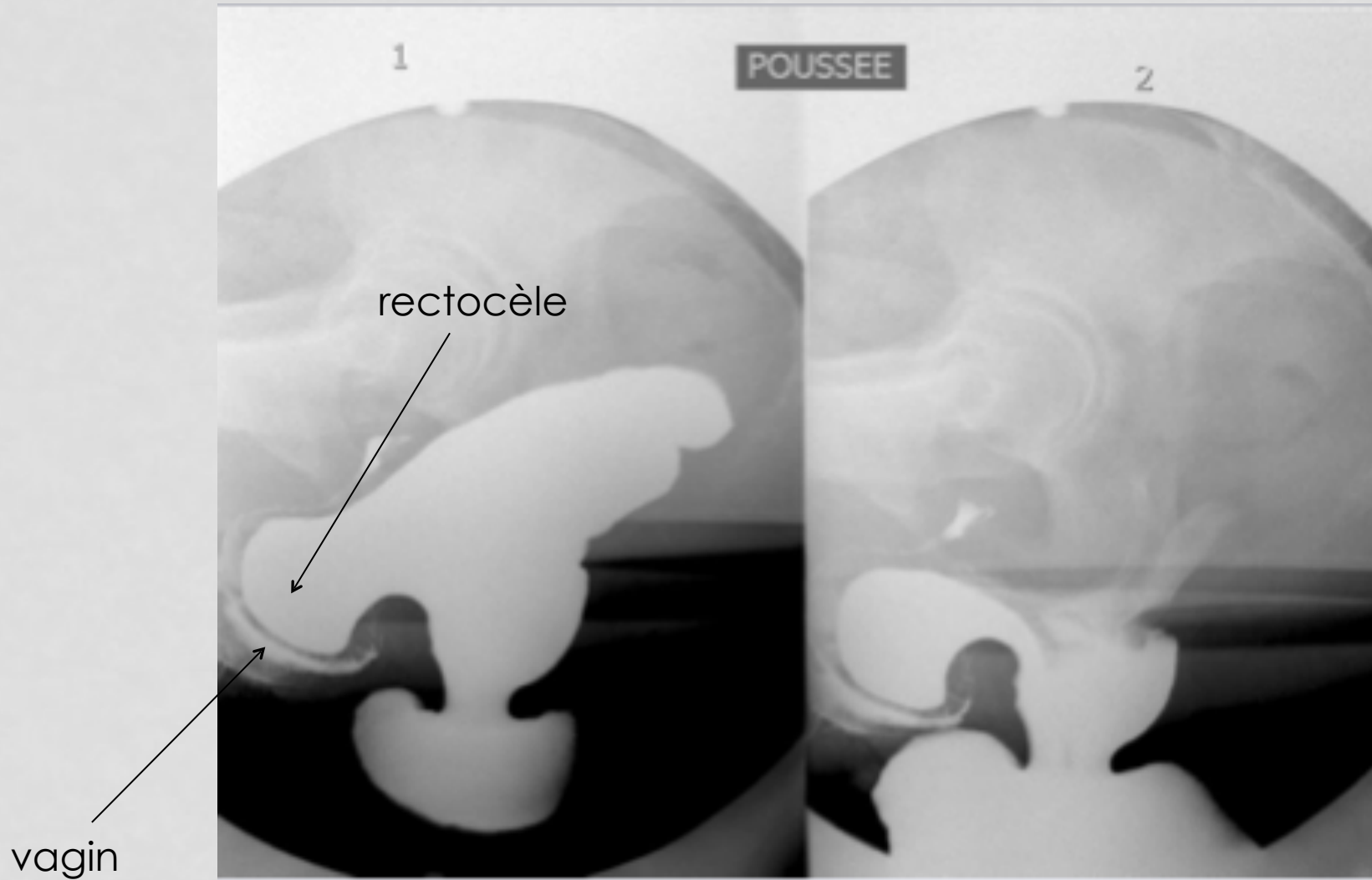


RECTOCÈLE



- **Hernie de la face post du rectum**
 - vers l'avt et le bas de la face post du vagin
- Hautes/Basses (sus et infra lévatoriennes)
- Entraînement ds le POP génito-urinaire
- Isolée liée à l'excès de P intra-rectale
- **Constipation terminale/Dyschésie**

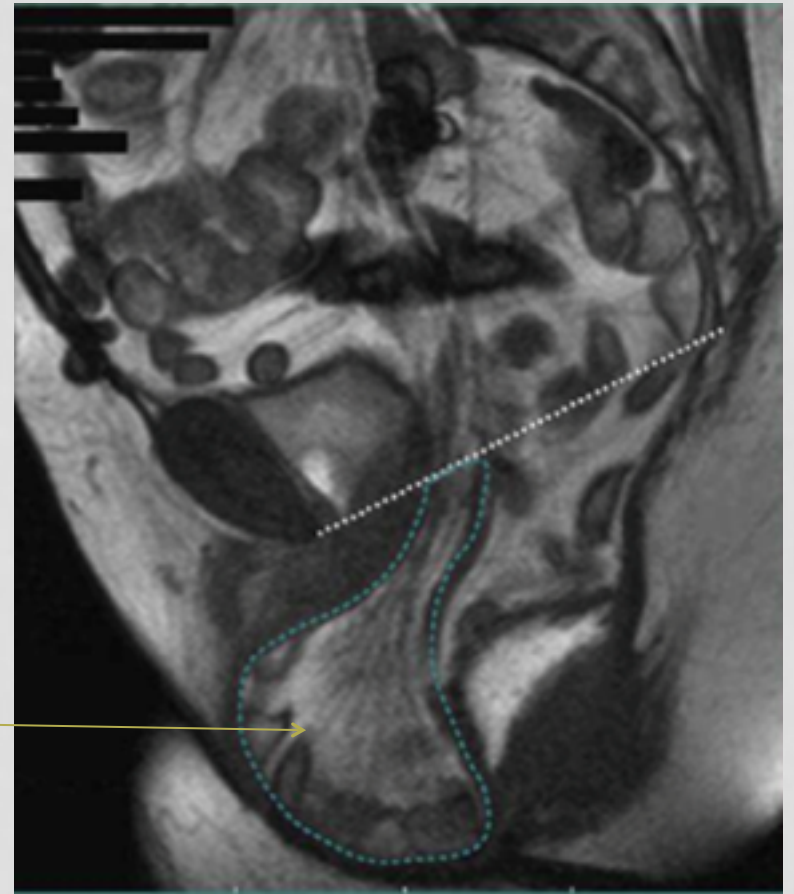
RECTOCÈLE EN DÉFÉCOGRAPHIE



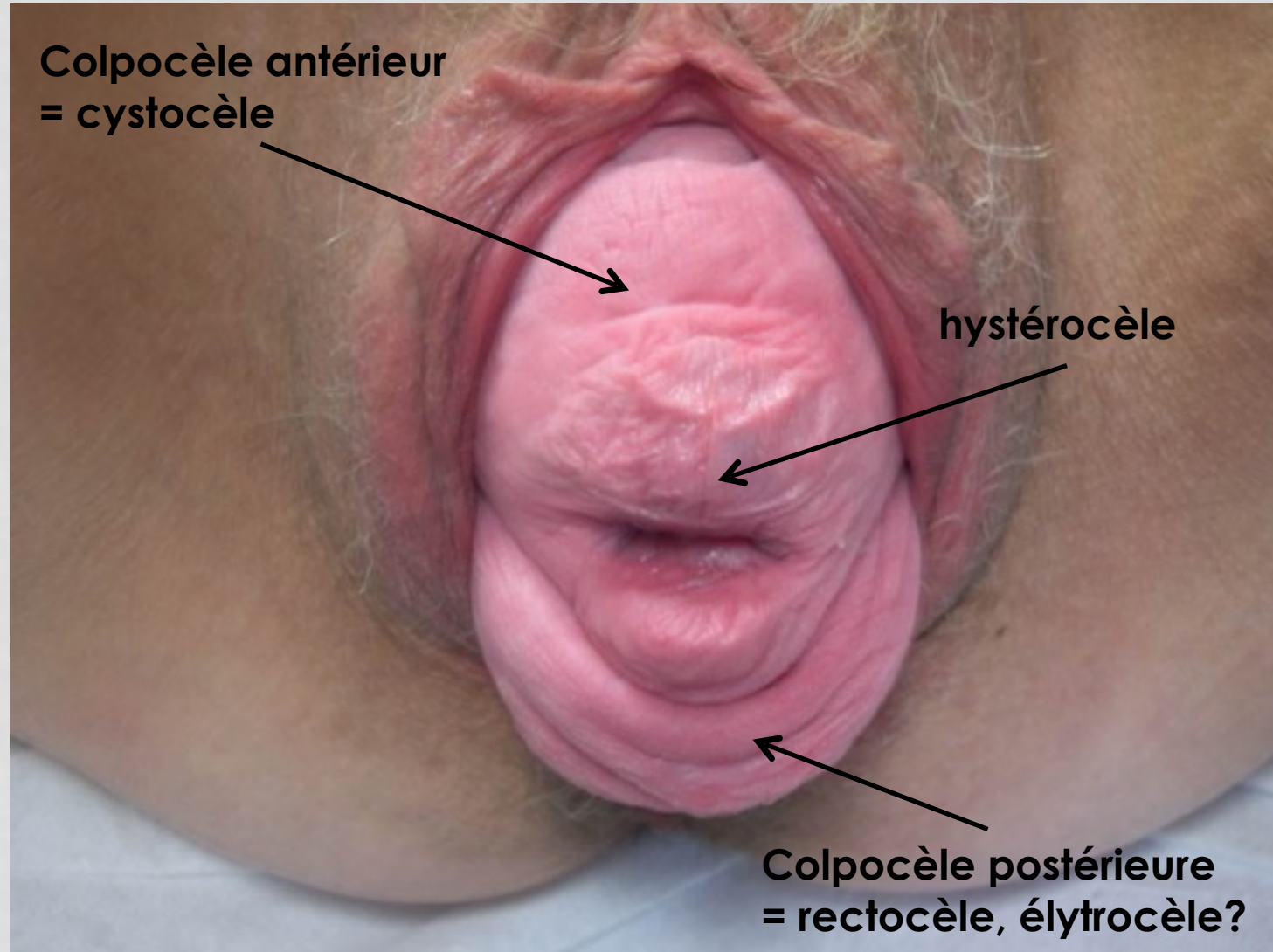
ELYTROCÈLE

- Colpocèle post habitée par le cul-de-sac de Douglas (péritonéocèle)
- Contenu variable
- +++ après hystérectomie
- Section des us délétère sur le niveau I
- Diag difficile

entérocele



PROLAPSUS TOTAL



PROLAPSUS TOTAL

- Col érosif
- Œdème vaginal+++
- Ancienneté
- Répercussions fonctionnelles
- Atteinte des 3 compartiments



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

➤ Prolapsus total extériorisé ?

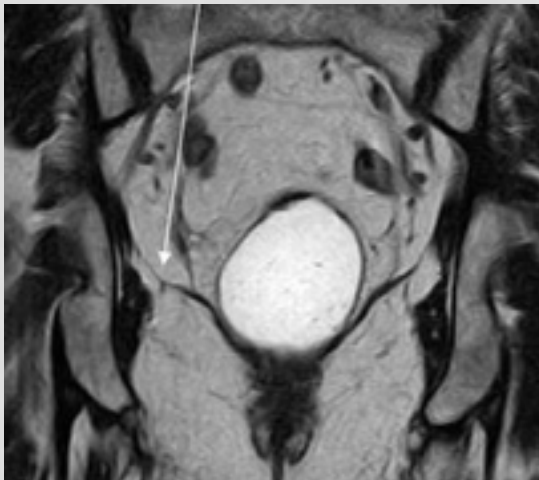
Prolapsus rectal
sans prolapsus
génital associé



PERINEE DESCENDANT/DESCENDU

- Défaillance complète du plancher
- Neuropathie pudendale d'étirement
- Insuffisance sphinctérienne neurogène par atteinte pudendale multitronculaire

Inversion iliococcygienne

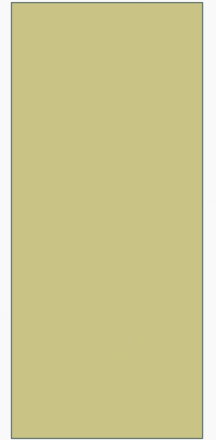


Rupture iliococcygienne

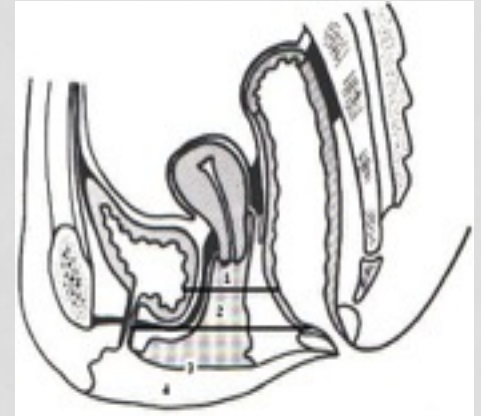


CHAPITRE 3

PROLAPSUS GÉNITAUX : CLASSIFICATIONS



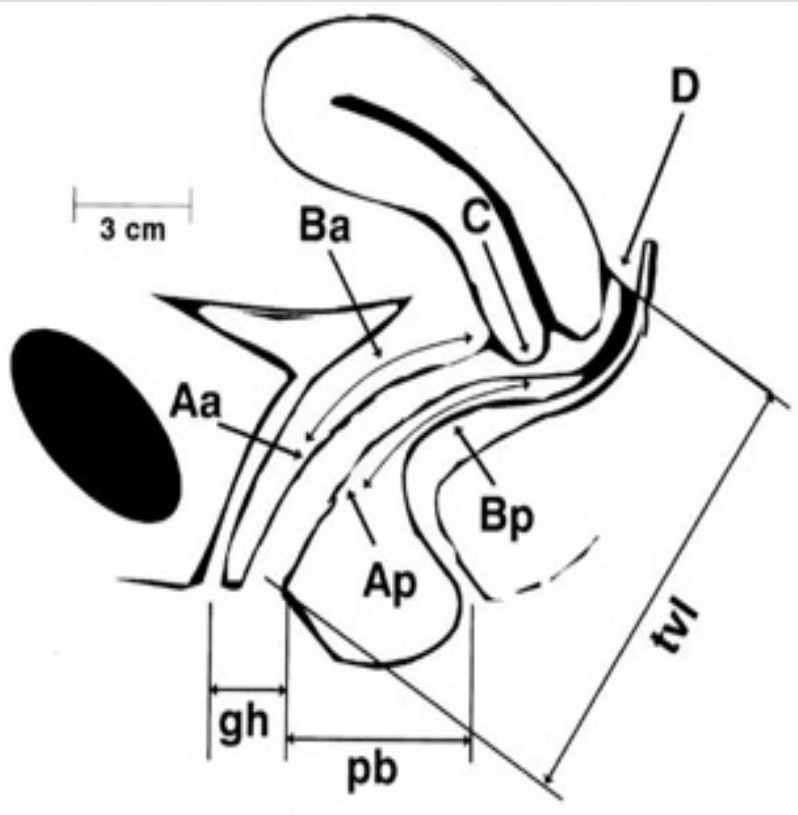
CLASSIFICATION DE BADEN-WALKER



Type de Prolapsus	intra-vaginale		vulvaire	extériorisée
	haute	basse		
Cystocèle	C1	C2	C3	C4
Hystéroptose	H1	H2	H3	H4
Rectocèle	R1	R2	R3	R4
Elytrocèle	E1	E2	E3	E4



CLASSIFICATION POP-Q



Six points vaginaux :

Aa, Ba, C, D, Bp et Ap

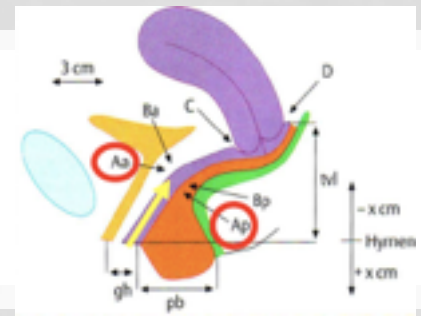
gh = genital hiatus

pb = perineal body

tvL = total vaginal length

anterior wall Aa	anterior wall Ba	cervix or cuff C
genital hiatus gh	perineal body pb	total vaginal length tvL
posterior wall Ap	posterior wall Bp	posterior fornix D

POINTS FIXES A



Aa (antérieur)

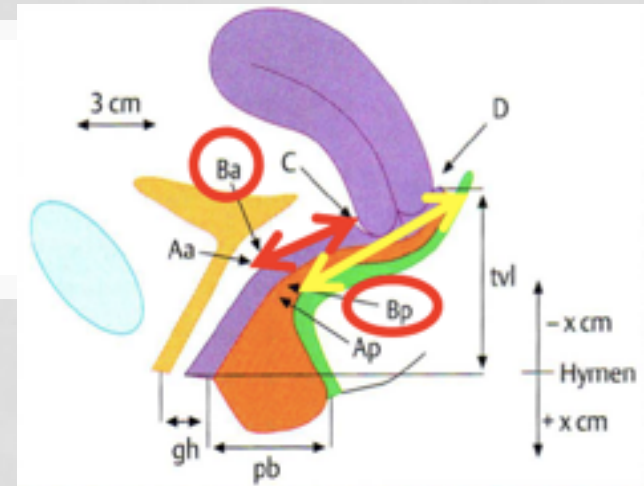
- 3 cm du méat urétral à la partie médiane de la paroi vaginale antérieure
- Correspond à la position du col vésical

Ap (postérieur)

- 3 cm de l'hymen à la partie médiane de la paroi vaginale postérieure

Varié de -3 (position normale) à +3 (ptose maximale)

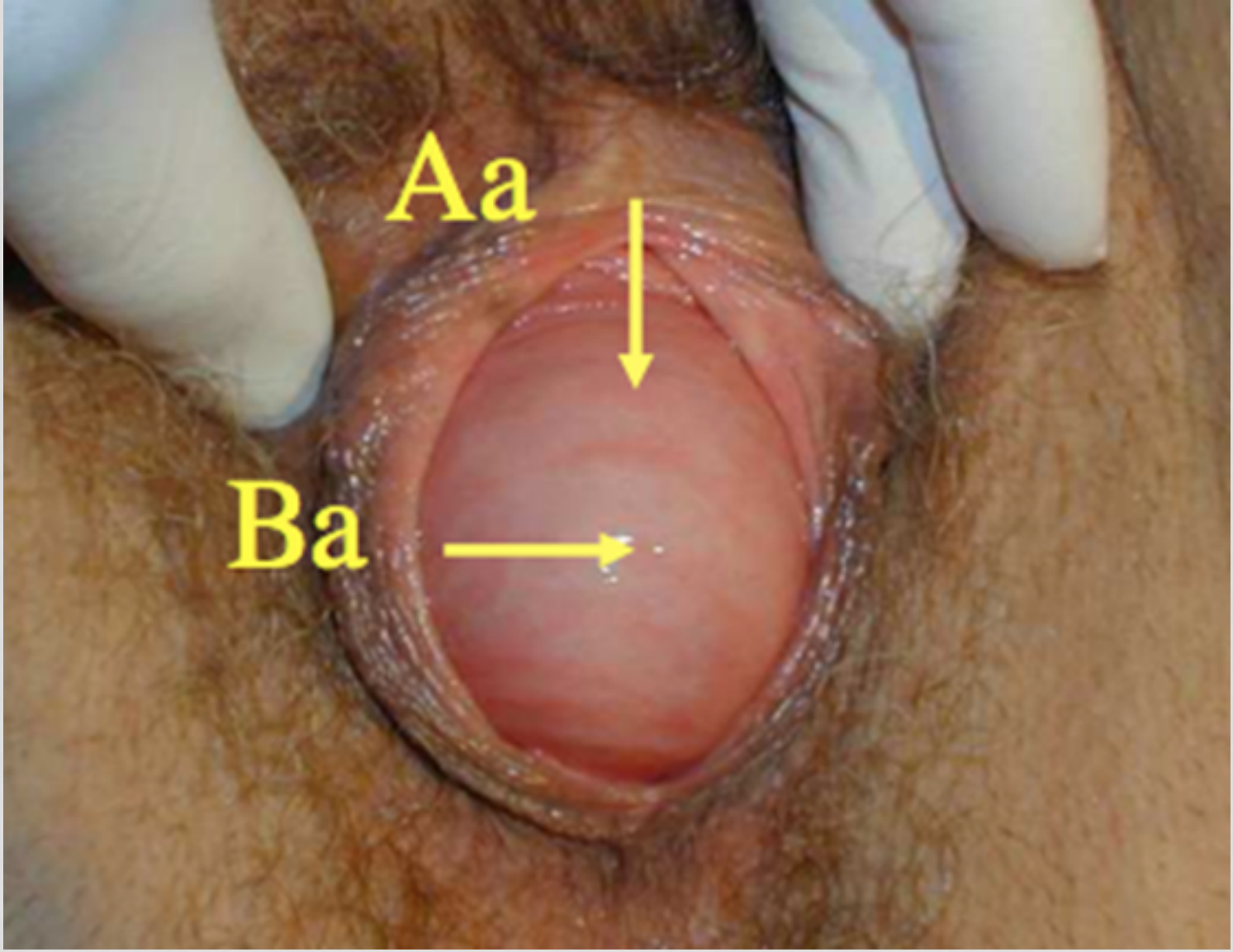
POINTS VARIABLES B



- Dynamiques
- Point le plus déclive de la paroi vaginale entre le fond vaginal ou le col et le point A
- Varie entre **-3** (absence de prolapsus, $Ba=Aa/$
 $Bp=Ap$) et **+tvI** (éversion totale)

- Exemple en antérieur :



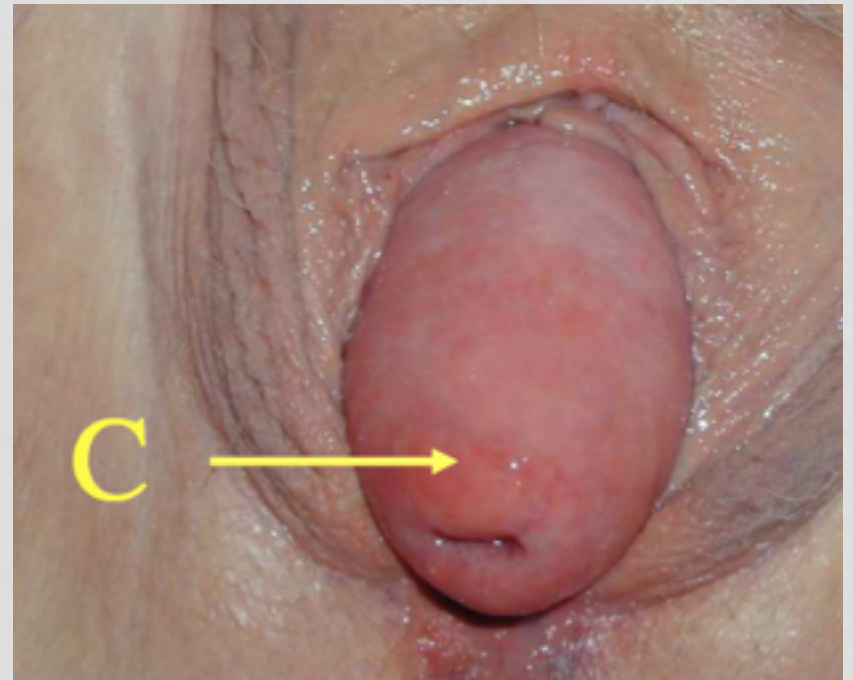
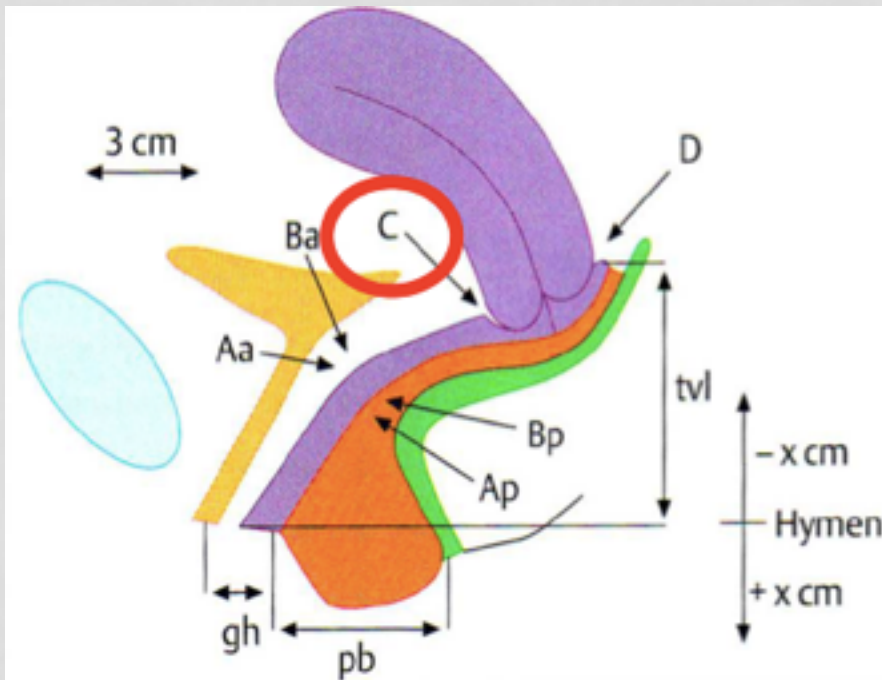


Aa

Ba

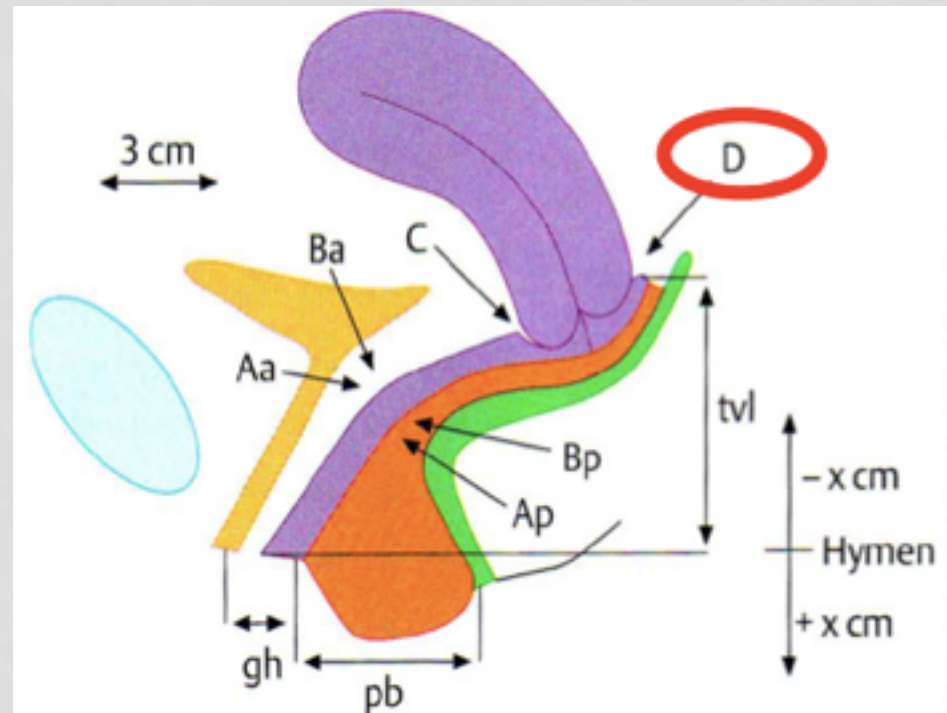
C = COL/FOND VAGINAL

- Partie la plus distale du col ou du fond vaginal après hystérectomie totale



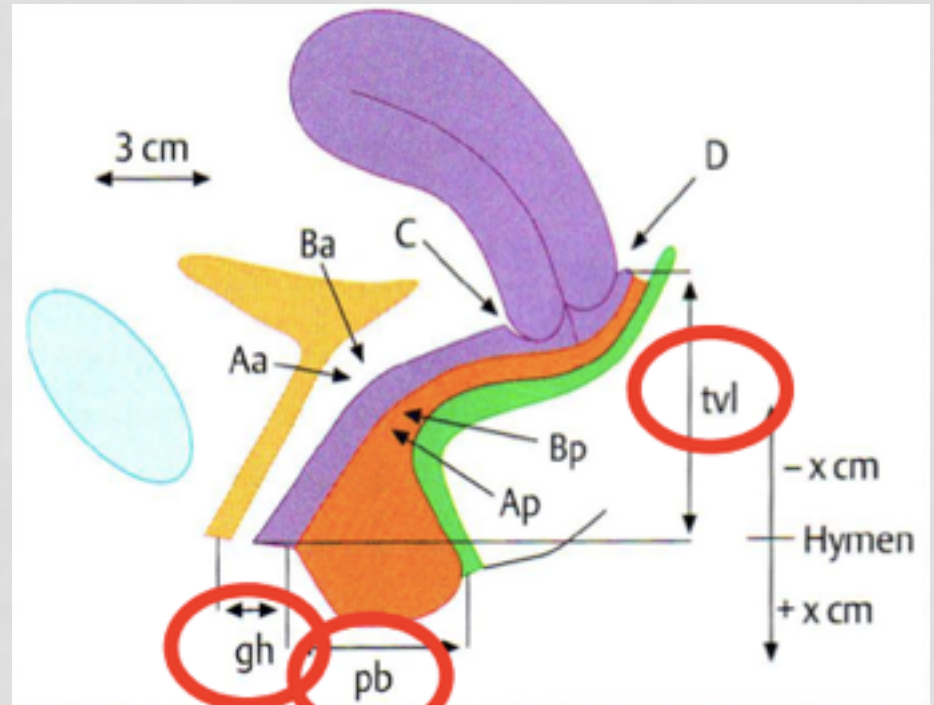
D = DOUGLAS

- Cul-de-sac postérieur, Douglas
- Pas de col = pas de « D »
- $C \ll D$: allongement du col

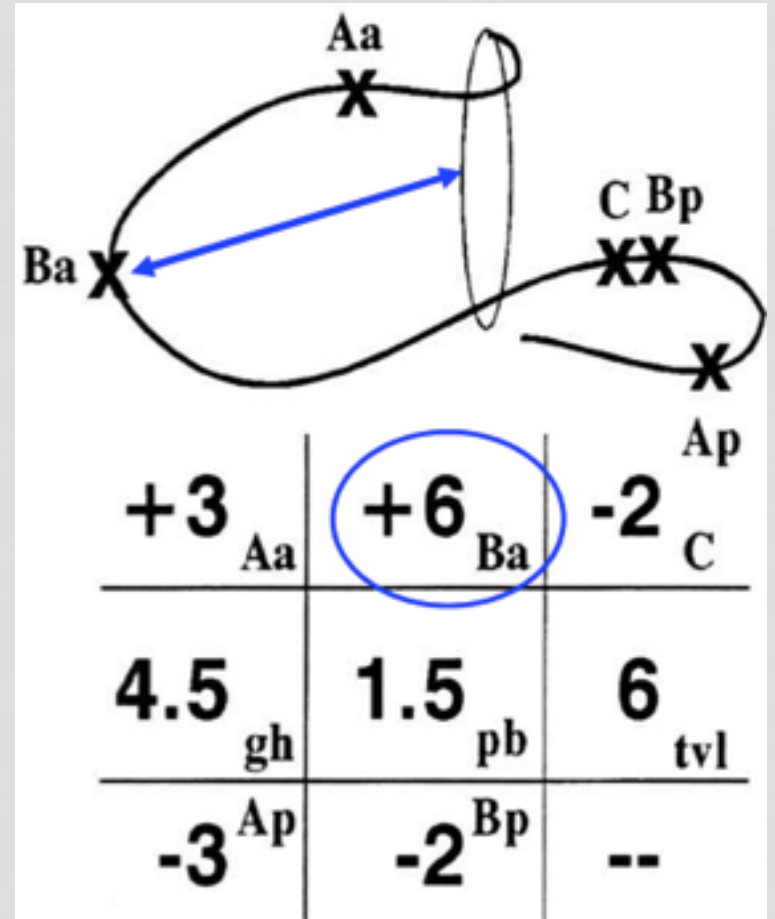
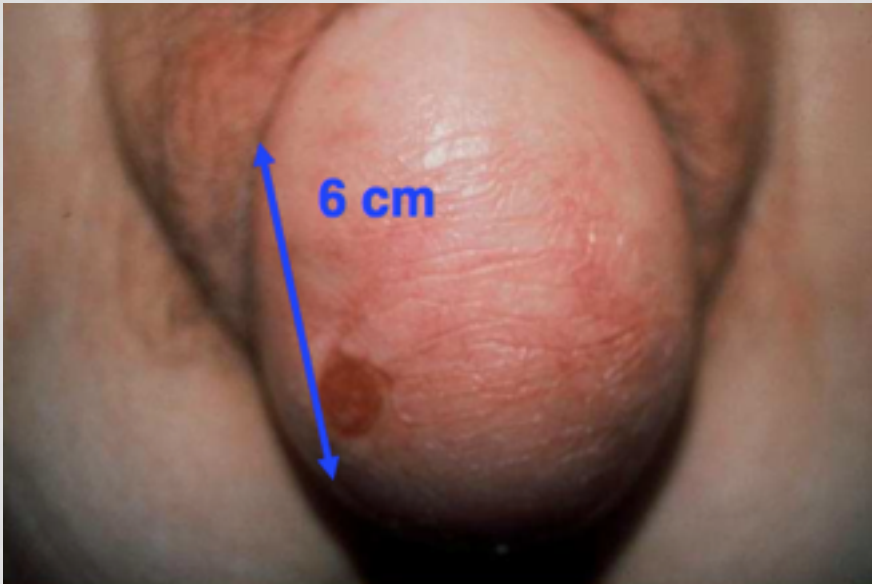


3 DISTANCES

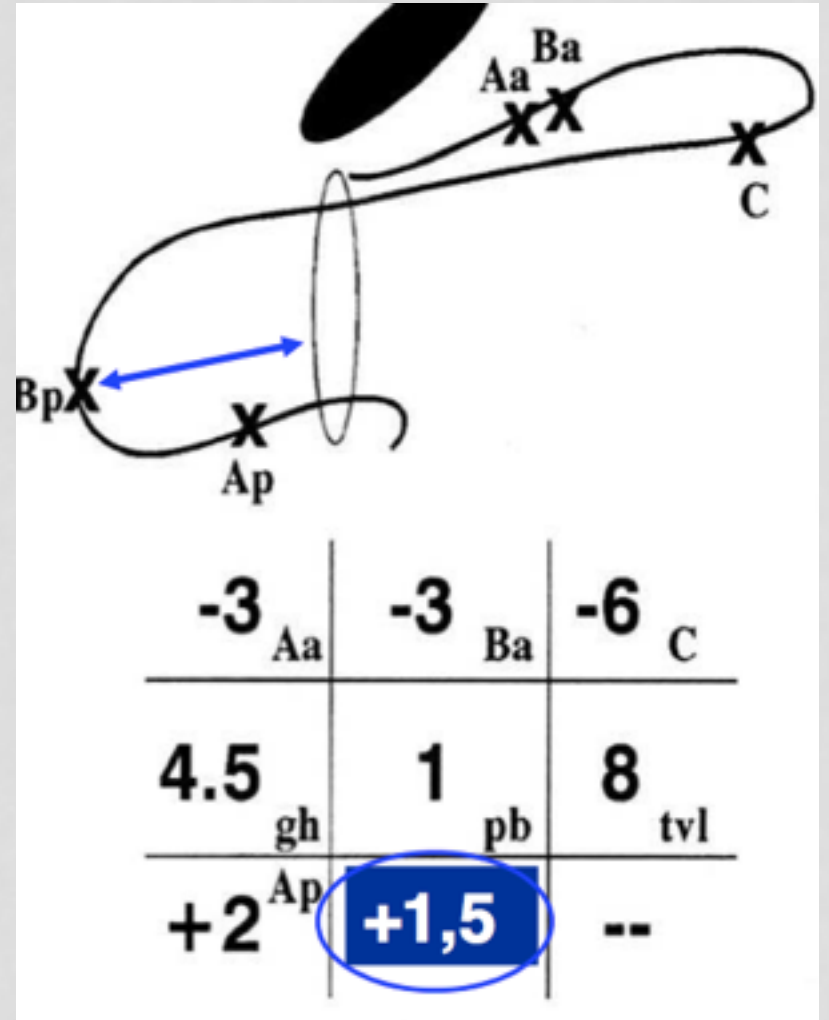
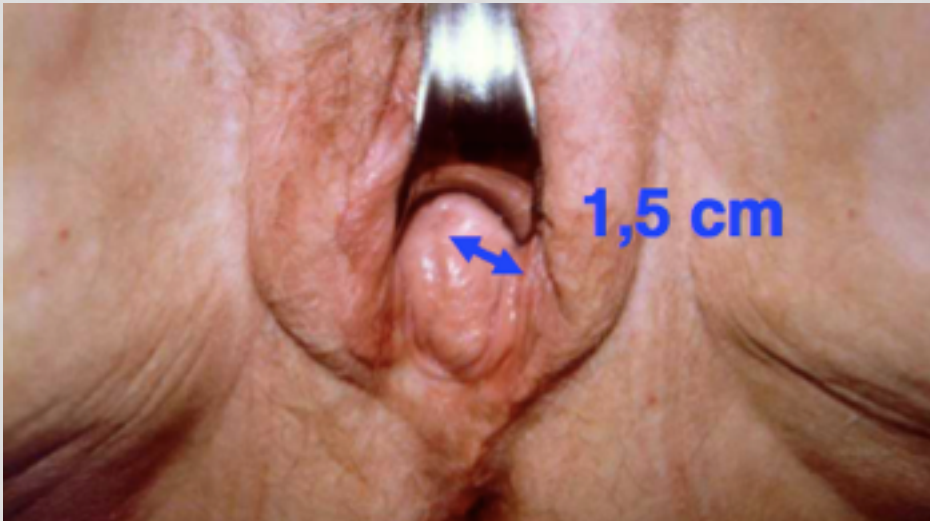
- **gh** :genital hiatus
diaphragme génital
- **pb** :perineal body
distance anovulvaire
- **tv**l : total vaginal length
longueur vaginale totale



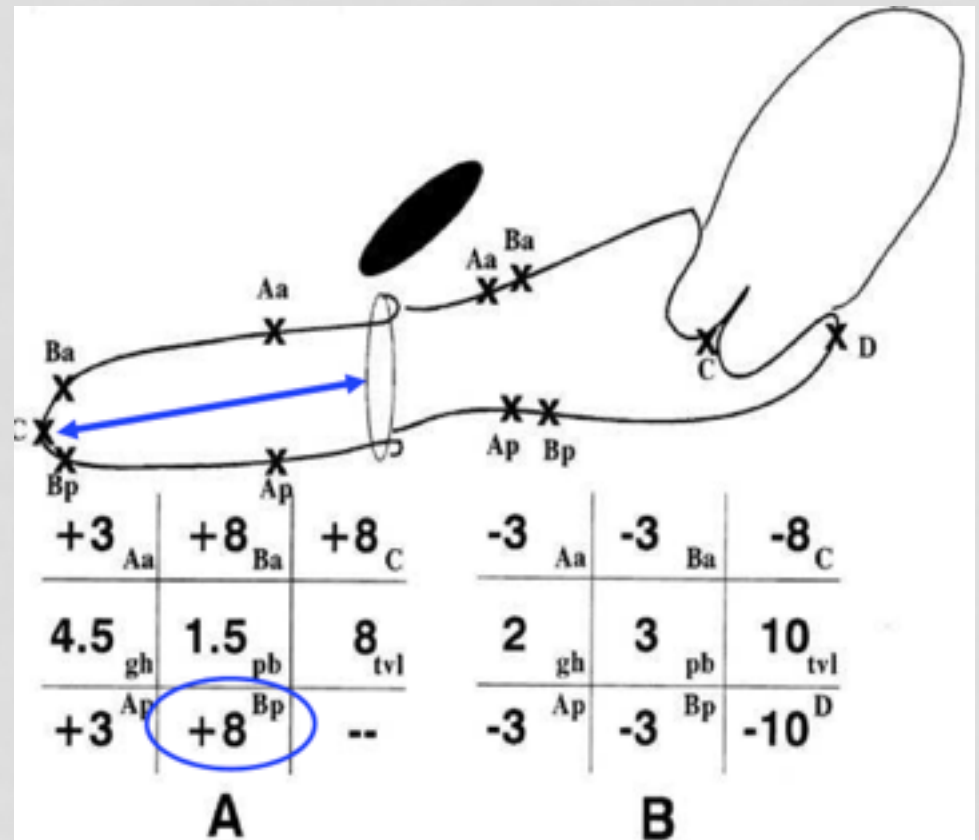
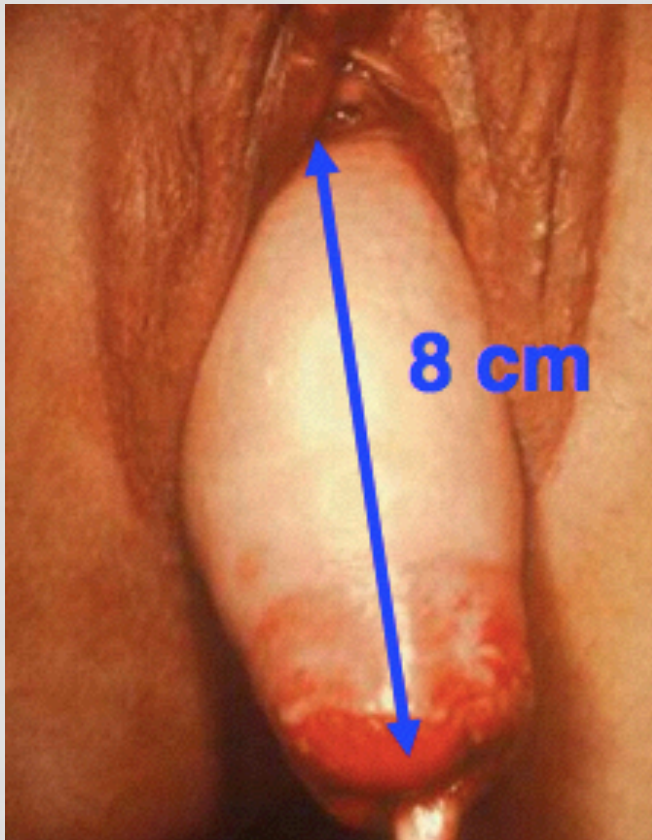
CYSTOCÈLE



RECTOCÈLE



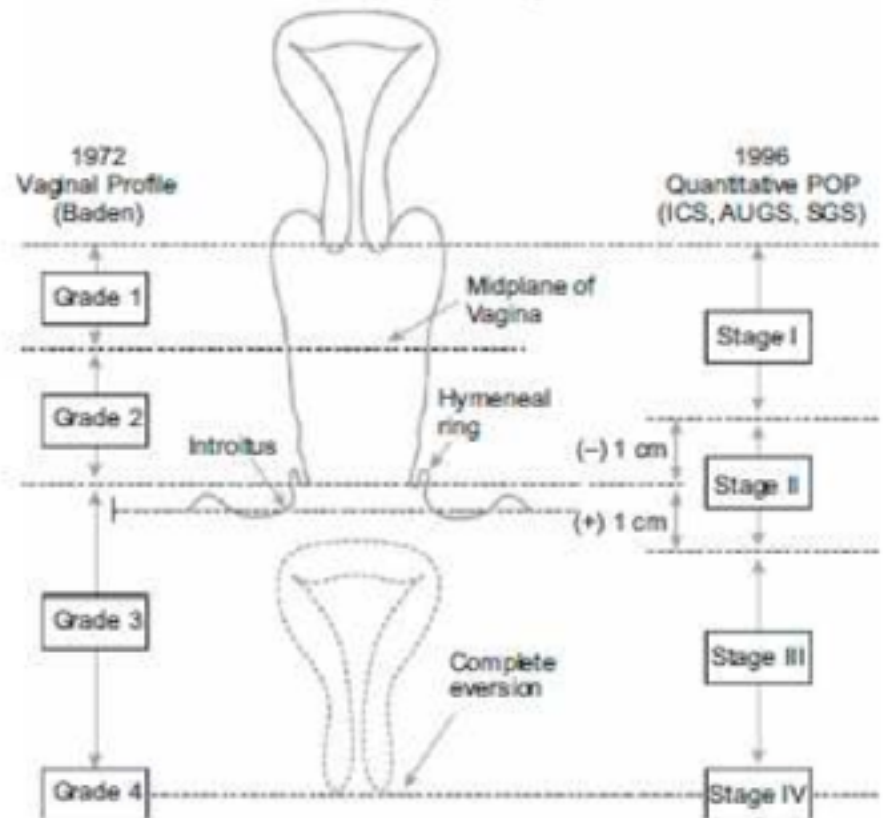
ÉVERSION COMPLÈTE



4 STADES POP-Q

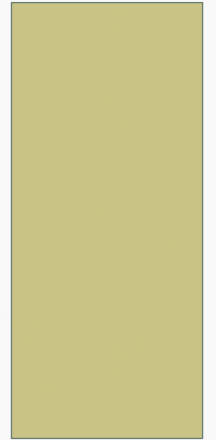
- **Stade 0 : Pas de prolapsus**
 - Aa, Ap, Ba, Bp à -3 cm
 - C ou D entre -tvI et -(tvI -2 cm)
- **Stade I** : le point le plus distal < -1 cm de l'hymen
- **Stade II** : le point le plus distal entre -1 et +1 cm
- **Stade III** : le point le plus distal > +1 cm de l'hymen
- **Stade IV : Eversion complète**
 - Le point le plus distal est au moins à +(tvI -2 cm)

Tableau 3. Classifications du prolapsus d'après Mouritsen [9]



CHAPITRE 4

CORRÉLATIONS ANATOMO-CLINIQUES



CORRÉLATIONS ANATOMO-CLINIQUES

- Diminution longueur vaginale / sensation, vision « boule » et SFU/D obstructifs
- Descente point C / Sensation, vision « boule »
- Descente point Ba / SFUO
- Descente point Bp / IA
 - *Bradley et al. Obstet Gynecol 2008*

CORRÉLATIONS ANATOMO-CLINIQUES

- Impériosité et Cystocèle II à IV
- IUE et Rectocèle II à IV
- Défécation douloureuse et Rectocèle I
- Association significative sensation « boule vaginale » et :
 - Cystocèle II à IV
 - Hystéroptose I à IV
 - Rectocèle II à IV

CYSTOCÈLE ET TROUBLES MICTIONNELS

- La mise en place d'un pessaire corrige 94% des troubles mictionnels chez des femmes ayant une cystocèle de stade III ou IV
- Corrélation forte stade du prolapsus / incidence des troubles mictionnels :
 - 58% si cystocèle volumineuse (stade III ou IV)
 - 4% si cystocèle modérée (stade I ou II)

[Romanzi, J Urol, 1999]

CYSTOCÈLE ET HAV

- Incidence de l'hyperactivité vésicale corrélée au stade de la cystocèle (probablement développée sur l'obstacle):
 - 20% d'hyperactivité détrusorienne si cystocèle de stade I ou II
 - 40 – 52% si cystocèle de stade III ou IV
[Romanzi, *J Urol*, 1999], [Rosenzweig, *Obstet Gynecol*, 1992]
- Plus l'amplitude de l'HAD est importante, plus les symptômes d'HAV persistent en postop
[Fletcher, *Neurourol Urodyn*, 2010]
- Si HAD + au BUD : 13% de guérison post op
- Si HAD – au BUD : 70% de guérison post op
[Araki, *Int Urogynecol J*, 2009]

RECHERCHE D'UNE INCONTINENCE URINAIRE MASQUÉE

- Mécanisme de l'incontinence masquée :
 - Effet pelote (urethral kinking) d'une cystocèle
 - Obstacle introïtal par rectocèle
- **Incontinence « masquée », « occulte » ou « potentielle » :**
 - Survenue de fuites urinaires après réduction du prolapsus chez une femme affectée d'un prolapsus génital ne se plaignant pas de fuites urinaires
 - 10 à 20% des femmes opérées d'un prolapsus stade III ou IV [Haessler, 2005]



IU associée,
Démasquée après
refoulement du
prolapsus antérieur

RECHERCHE D'UNE INCONTINENCE URINAIRE MASQUÉE :

- 35 à 59% en cas de prolapsus sévère (stade III et IV)
- Diverses techniques de réduction du prolapsus [*Visco, IUJ, 2008*]:
 - Doigts de l'examineur (16%)
 - Pince de Chéron (longuette) (21%)
 - Spéculum (30%)
 - Pessaire (6%)



REFERENCES

- 3 articles clés :
 - DeLancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1992 Jun; 166: 1717-24
 - Bump RC, Mattiasson A, Bo K et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996; 175(1) : 10-7
 - Miedel A, Tegerstedt G, Maehle-Schmidt M, Nyren O, Hammarström M. Symptoms and pelvic support defects in specific compartments. Obstet Gynecol 2008; 112(4): 851-8