

PROLAPSUS GENITAUX : ACTUALITES DE LA PRISE EN CHARGE

La connaissance de la **physiopathologie** des prolapsus progresse mais sans permettre d'en améliorer la prévention : plus encore que pour l'incontinence urinaire d'effort, les facteurs de risque sont ici multiples associant des facteurs familiaux, des facteurs liés au mode d'accouchement (l'accouchement augmente le risque, ainsi que la grossesse elle-même), au mode de vie (travail, surpoids..) et les effets du vieillissement. Le rôle du traitement hormonal de la ménopause est très controversé. Comme il s'agit d'une pathologie fonctionnelle dont la demande de prise en charge vient des patientes, l'analyse précise des **symptômes** est une étape essentielle (si possible complétée par l'utilisation de questionnaires de qualité de vie) sans préjuger du résultat de l'examen clinique. Le clinicien ne doit pas traiter tel ou tel segment prolapsé sans s'interroger sur l'efficacité de ce traitement sur les symptômes allégués, par exemple : va-t-on améliorer une pollakiurie éventuellement ancienne en opérant une cystocèle ? une constipation terminale va-t-elle être résolue par une cure de rectocèle ? d'autant que l'on peut générer des symptômes *de novo*. La prévalence des troubles fonctionnels augmente avec l'âge, sans être négligeable chez les femmes jeunes.

La **prise en charge peut d'abord être conservatrice** : la rééducation périnéale est souvent prescrite, mais l'efficacité des pessaires se confirme, améliorée par la mise à notre disposition de différentes formes de pessaires. Leur utilisation doit être expliquée et ils imposent un suivi médical régulier parfois impossible. Ils peuvent être un traitement temporaire permettant de différer la chirurgie.

La **chirurgie** est actuellement réalisée par voie basse-vaginale- ou haute-cœlioscopique- Rappelons quelques principes :

L'hystérectomie n'est plus systématique, à la suite des travaux d'anatomie fonctionnelle, pour diminuer la morbidité et parfois pour préserver la fertilité. La conservation utérine impose dans tous les cas des frottis cervicaux valides et normaux de même que l'échographie pelvienne.

Le geste chirurgical doit bien sûr traiter le segment prolapsé, mais un traitement « préventif » des autres segments doit s'il est réalisé être discuté avec la patiente avec ses avantages et inconvénients, de même pour le traitement d'une incontinence urinaire masquée.

Au final, le choix de la technique est fonction des symptômes, l'âge, des antécédents, et des habitudes des équipes.

Aux âges extrêmes la voie vaginale semble bien adaptée. Chez la femme âgée, l'intervention qui selon la nécessité peut préserver ou non la perméabilité vaginale améliore très nettement la qualité de vie. A l'opposé le prolapsus utérin gênant de la femme jeune se traite par une suspension au ligament sacro-épineux qui ne modifie pas la fertilité ni l'issue d'une grossesse. Dans les âges intermédiaires la promontofixation cœlioscopique est le « gold standard » actuellement, mais d'excellents résultats peuvent être obtenus par la chirurgie vaginale en particulier avec renforcement prothétique. Des études en cours viendront préciser leurs indications respectives : on peut simplement affirmer que la promontofixation est logique en cas de prolapsus utérin avec cystocèle et rectocèle d'accompagnement et qu'une cystocèle large avec désinsertion latérale sera plutôt traitée par voie basse avec renforcement prothétique. Les symptômes urinaires, digestifs, la qualité des rapports sexuels seront évalués en pré et postopératoires.

Pour conclure ce survol, les prolapsus génitaux représentent un motif de plus en plus fréquent de consultation. Leur prise en charge peut être multidisciplinaire, mais surtout spécialisée car de nombreuses techniques sont devenues obsolètes et les techniques que nous proposons doivent continuer d'être évaluées.

Dr Philippe Ferry La Rochelle

philippe.ferry@ch-larochelle.fr