

LE PROLAPSUS DES ORGANES GENITAUX : QU'EST-CE QUE C'EST ?

Les organes présents dans le petit bassin féminin sont maintenus grâce à un ensemble de muscles et de ligaments qui constituent le plancher pelvien. Celui-ci joue le rôle de hamac sur lequel reposent la vessie, l'utérus et le rectum.

On parle de prolapsus, anomalie appelée communément « descente d'organes », lorsque ces organes ne sont plus soutenus et font saillie à des degrés divers dans le vagin ou même au-delà de la vulve si le prolapsus est extériorisé. Il peut concerner isolément ou en association la vessie (cystocèle), l'utérus (hystérocèle) et le rectum (rectocèle).

Selon les organes en cause ce prolapsus peut se manifester par :

- Aucun symptôme
- Une sensation de plénitude ou de boule vaginale
- Des symptômes urinaires :
 - o Des difficultés à uriner ou au contraire des envies fréquentes et pressantes d'uriner
 - o Des fuites urinaires
- Des troubles digestifs :
 - o Constipation, difficultés d'exonération des selles
 - o Incontinence fécale
- Des troubles génito-sexuels. :
 - o Douleurs lors des rapports

Quel symptôme est à l'origine de la plainte et quelles sont les chances (en moyenne) de le corriger :

- Sensation de boule dans le vagin/gêne : 90% de succès
- Sensation de pesanteur vaginale : 70% de succès
- Qualité de vie : 60% de succès
- Envies pressantes et fréquentes d'uriner : 45% de succès
- Difficultés d'exonérations fécales : 30% de succès
- Constipation 30% de succès
- Difficultés sexuelles : 20% de succès

Avant d'envisager une intervention chirurgicale il convient dans tous les cas :

- De réaliser une rééducation bien conduite par un kinésithérapeute (Cf liste des kinésithérapeutes remise lors de la consultation)
- D'envisager dans la mesure du possible une perte de poids

Ces deux mesures permettent de corriger certains prolapsus de faible grade et potentialisent l'efficacité des traitements chirurgicaux ultérieurs. Ils peuvent être réalisés de manière concomitante du bilan du prolapsus, ne retardant ainsi pas sa prise en charge.

Y-a-t-il un rapport entre prolapsus et incontinence urinaire ?

La chirurgie du prolapsus ne peut pas créer d'incontinence urinaire au sens propre. En revanche, la présence de votre prolapsus peut masquer une incontinence urinaire. Dans ce cas-là, la correction chirurgicale du prolapsus peut la démasquer et alors des fuites urinaires post opératoires peuvent apparaître.

Il est préférable de réaliser à ce moment-là la prise en charge de cette incontinence dans un second temps pour éviter de sur-corriger l'anomalie, ce qui pourrait être responsable de difficultés à uriner ou d'envies pressantes par irritation vésicale ce d'autant que la correction chirurgicale du prolapsus ne démasque cette incontinence (si elle était présente initialement) que dans 40 à 50% des cas.

En cas d'incontinence majeure en pré opératoire ou d'incontinence masquée importante confirmée au bilan urodynamique, une stratégie en 1 temps peut être proposée.

En cas de prise en charge chirurgicale de l'incontinence urinaire, la décision validée après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire au sein de l'équipe de pelvi-périnéologie.

En cas d'indication chirurgicale, celle-ci peut être réalisée par voie abdominale coelioscopique (avec pose de prothèse) ou par voie vaginale (sans pose de prothèse)

Enfin, avant d'envisager une intervention chirurgicale, un test au pessaire peut vous être proposé :

- Soit pour pallier à une chirurgie
- Soit pour une période « test » de manière à évaluer la correction du ou des symptômes motivants la plainte avant d'envisager ou non une chirurgie

Pour aller plus loin dans l'information :

<https://www.urologie-marseille.com/pathologie/statique-pelvienne-prolapsus/>

Fiche AFU prolapsus par voie abdominale (remise par votre urologue si indiquée)

Fiche AFU prolapsus par voie basse (remise par votre urologue si indiquée)

