

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
et Obstétrique**

—  
**Tome XXXI - 2007  
publié le 12.12.2007**



*TRENTE ET UNIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2007*

# **Examen clinique et classification du prolapsus génital**

J. AMBLARD, B. FATTON, D. SAVARY, B. JACQUETIN \*  
(Clermont-Ferrand)

Pour les patientes consultant pour des troubles de la statique pelvienne, l'interrogatoire est rarement spécifique : elles parlent de pesanteur, de boule à l'entrée du vagin, de fuites d'urines... Sur ces seuls éléments, il est très souvent impossible de porter un diagnostic précis. Par ailleurs, les examens complémentaires tels l'échographie, le colpocystogramme ou bien l'IRM qui nécessitent des opérateurs expérimentés pour une interprétation fiable, ne permettent pas toujours de poser l'indication opératoire : bien souvent, ils la confortent. C'est avant tout l'examen clinique qui constitue la pierre angulaire de toute prise en charge de ces différents troubles. Il fait le lien entre les symptômes rapportés par les patientes et la thérapeutique qui leur sera proposée. Facile de réalisation, riche d'informations, la pratique de l'examen clinique doit être connue de tous ceux qui sont concernés de près ou de loin par ces pathologies pour orienter les patientes, guider leur prise en charge et assurer leur suivi.

\* Service d'uro-gynécologie - Maternité Hôtel-Dieu - CHU Clermont-Ferrand -  
Bd Léon Malfreyt - 63000 CLERMONT-FERRAND

## I. L'EXAMEN CLINIQUE (tableau I)

Tableau I. L'examen clinique résumé [18]

<p><b>Uro-génital</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vulve – périnée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• béance cotée de 0 à +++</li> <li>• trophicité cotée de 0 à +++</li> <li>• cicatrices : qualité</li> <li>• dermatose : à identifier (lichen atrophique...)</li> <li>• méat urétral et ses anomalies (caroncule...)</li> <li>• distance anosymphysaire (de 5 à 8 cm)</li> <li>• distance anovulvaire (de 3 à 4 cm)</li> <li>• état du noyau fibreux du périnée coté de 0 à +++</li> <li>• mesure de la descente périnéale (en cm) à la poussée</li> <li>• prolapsus extériorisé (spontanément ou à l'effort)</li> <li>• lésions (hyperkératose, érosions...)</li> </ul> </li> <li>- Vagin – col : <ul style="list-style-type: none"> <li>• trophicité cotée de 0 à +++</li> <li>• lésions (infections, érosions...)</li> <li>• mobilité du col utérin cotée de 0 à ++++</li> <li>• traction à la pince de Pozzi, hystérométrie</li> <li>• souplesse des culs-de-sac vaginaux (surtout le postérieur) <ul style="list-style-type: none"> <li>+ identification et quantification du prolapsus : uréthrocèle, cystocèle, hystérocèle, élytrocèle, rectocèle</li> <li>+ Contractilité des releveurs cotée de 0 à 5 Tenue de la contractilité (5 secondes), « <i>testing</i> » des R.A. Fatigabilité (répétition 5 fois de suite)</li> <li>+ Noter : les inversions de commande et la contraction des muscles associés</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Mobilité de la jonction urétrovésicale (-I à 3)</li> <li>- Visualisation d'une fuite urinaire à l'effort de toux ou de poussée</li> <li>- Mesure du résidu post-mictionnel</li> </ul>
<p><b>Anorectal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tonicité du sphincter strié de l'anus, lésions éventuelles, prolapsus muqueux, hémorroïdes</li> <li>- Prolapsus rectal (poussée prolongée, si besoin en position debout ou accroupie)</li> <li>- Examen neurologique local : <ul style="list-style-type: none"> <li>• sensibilité (vulve, périnée, racine cuisses)</li> <li>• réflexe clitorido-anal</li> <li>• réflexe anal à la toux et à la stimulation de la marge anale</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Palpation abdominale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- État de la musculature</li> <li>- Orifices herniaires (ombilical, inguinal, crural)</li> </ul>
<p><b>Examen général :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurologique (si anomalie de l'examen local)</li> <li>- Rhumatologique (étude de la laxité articulaire)</li> <li>- Etude de la statique rachidienne</li> </ul>

Cet examen doit suivre une standardisation qui prend en compte tous les éléments nécessaires à un bilan lésionnel des plus complets afin non seulement de guider l'acte chirurgical, mais aussi de prévenir l'évolution de telles lésions (par la rééducation en post-partum par exemple).

L'examen clinique débute dès que la patiente pénètre dans votre cabinet de consultation. On notera la posture en position debout, on dépistera les troubles de la statique rachidienne, de la marche ou tout élément pouvant interférer sur la prise en charge.

L'examen spécifique s'effectue sur une patiente dévêtue installée en position gynécologique. Cette position reste la plus confortable pour la patiente et pour le praticien : les jambes sont placées écartées et fléchies dans des étriers, le bassin au bord de la table d'examen. Les positions d'examen « proctologique » genu pectorale ou encore en décubitus latéral gauche (position de Simms) ne permettent pas d'explorer correctement le périnée antérieur, voire même faussent l'interprétation puisque, pour la position genu pectorale, les prolapsus se trouvent réduits. Néanmoins si cet examen en position gynécologique est le plus souvent suffisant, parfois il faut réexaminer la patiente dans d'autres positions :

- accroupie ou debout, en demandant à la patiente d'appuyer la jambe gauche sur un petit tabouret, ce qui permet un toucher bidigital en poussée, dans d'excellentes conditions ;
- en position genu pectorale en cas de suspicion de pathologie de l'étage postérieur.

La nécessité d'un tel examen doit être bien comprise par la patiente puisque cette exploration médicale touche à son intimité la plus profonde. Toute incompréhension doit être levée avant l'examen par des explications adéquates, éventuellement appuyées par un schéma.

Le périnée n'est examiné qu'après l'abdomen, temps préliminaire qui établit une relation de confiance. L'examen physique doit être bien entendu complet, aussi bien au niveau génito-urinaire qu'au niveau anorectal associant deux temps : un premier temps d'inspection et un deuxième temps d' « exploration » clinique.

### **1.1. L'inspection vulvo-périnéale, vaginale et péri-anales [1]**

Ce premier temps est une période d'observation qui permet de dresser un rapide « état des lieux ».

- Il s'agit d'un examen visuel. Au repos, on apprécie : La trophicité ; on peut noter toute altération de cette trophicité : hyperkératose,

érosions, ulcérations (figure 1) ou la présence d'une éventuelle dermatose locale (lichen). L'atrophie est de loin l'anomalie la plus fréquente ;

Figure 1 : Troubles trophiques



l'examen du vagin au spéculum révèle alors un amincissement de l'épithélium vaginal, une disparition des crêtes et une apparence pâle et sèche (l'humidité de la muqueuse vaginale est un bon reflet de l'imprégnation hormonale). Les tissus épithéliaux sont souvent friables et des hémorragies pétéchiales sous muqueuses peuvent être constatées.

- Le degré de béance vulvaire (figure 2) ; normalement la vulve apparaît fermée en position gynécologique mais elle peut être béante ou à l'opposé étroite et fermée.

Figure 2 : le premier temps de l'examen, l'inspection



– La distance anovulvaire normalement de 3 à 4 centimètres et la distance anosymphysaire (de 5 à 8 cm).

– La région péri-urétrale à la recherche d'une caroncule au niveau urétral (ectropion ou prolapsus muqueux de l'urètre souvent présent chez les patientes âgées pouvant être à l'origine de saignements), d'un éventuel diverticule urétral; on peut profiter de l'inspection pour solliciter des efforts de toux de la patiente pour, avant toute manœuvre, objectiver des fuites urinaires et noter la mobilité de la jonction uréthro-vésicale.

– Même au repos, il peut exister une tuméfaction faisant saillie à la vulve ou un prolapsus rectal. L'effort de poussée peut faire apparaître les éléments d'un prolapsus pelvien antérieur, médian, postérieur qu'il faudra analyser et quantifier à l'aide de l'examen aux valves réalisé dans la continuité. Une simple poussée est parfois insuffisante; il faut demander à la patiente de pousser en tirant et en écartant les cuisses qu'elle saisit au niveau des creux poplités. En retenue, si les releveurs sont efficaces, les éléments prolapsés peuvent réintégrer le petit bassin et la vulve se fermer.

– L'état du périnée. Il peut être cicatriciel, éculé, descendu ou descendant (se ballonnissant à la poussée avec une disparition complète du sillon fessier avec une protrusion de l'anus).

– L'aspect de la marge anale. Le caractère irrité, excorié ou souillé de glaires ou de selles confirmerait un symptôme d'incontinence, la perte des plis radiés péri-anaux évoquerait quant à elle une rupture sphinctérienne.

## 1.2. L'examen physique

Cet examen est axé principalement sur la mise en évidence de l'incontinence urinaire et sur l'étude de la statique des organes pelviens. Son interprétation doit tenir compte du degré de réplétion vésicale, de la position de la patiente et de l'effet du prolapsus. Pour éviter ces biais, il doit être standardisé. La patiente étant installée en général en décubitus dorsal, sur table gynécologique, l'examen est pratiqué à vessie pleine de façon statique et dynamique : au repos, en poussée abdominale continue (Valsalva), à la toux et en effort de retenue en sollicitant une contraction volontaire des muscles élévateurs de l'anus.

À la toux, on recherche une fuite urinaire en s'assurant préalablement que la vessie n'est pas vide. Il faut faire tousser de manière répétitive et de plus en plus fort si besoin, car ce n'est parfois qu'après plusieurs essais qu'on voit jaillir du méat urétral quelques gouttes,

voire un jet plus ou moins puissant. Une observation attentive doit noter le synchronisme rigoureux de la fuite avec l'effort : dans le cas d'une incontinence urinaire d'effort pure, la fuite d'urine survient pendant l'effort et cède à son arrêt ; elle est à différencier d'une miction involontaire déclenchée par l'hyperpression abdominale.

Par ailleurs, l'existence d'un prolapsus peut masquer l'incontinence urinaire : c'est l'effet « pelote ». Il faut donc renouveler les tests en réintégrant le prolapsus : valve dans le cul-de-sac vésico-utérin corrigeant la cystocèle, Pozzi sur le col réintégrant celui-ci, valve postérieure inhibant l'ampliation d'une rectocèle ou encore test au pessaire. Les mêmes manœuvres seront répétées à la poussée (il est à noter que ces efforts de toux ou en Valsalva peuvent aussi révéler une incontinence aux gaz, voire aux selles). Parfois, cette incontinence n'apparaîtra qu'en position debout, cuisses écartées ; l'interrogatoire guidera en cas de discordance la nécessité de telles positions.

En cas d'incontinence totale, a fortiori si l'on suspecte une fistule vésico-vaginale, un examen minutieux est requis pouvant être potentialisé par la mise en place d'une solution colorée en intravésical (par exemple bleu de méthylène).

La fuite étant objectivée, initialement, on pratique alors la manœuvre de Bonney. Décrite pour étudier l'effet du « repositionnement » du col vésical dans l'enceinte abdominale fidèle à la théorie d'Enhorning, elle consistait à refouler vers le haut le cul-de-sac vaginal antérieur, sans comprimer l'urètre, au moyen de deux doigts ou d'une pince pour présumer de l'efficacité d'une éventuelle colposuspension comme le Burch.

Actuellement, elle est remplacée par la manœuvre de soutènement de l'urètre [2]. Celle-ci, en réalisant un soutènement de l'urètre distal à l'aide d'un soutien à 1 cm en arrière du méat et de part et d'autre de l'axe urétral à l'aide de deux cotons-tiges ou d'une pince entrouverte permet par sa positivité de préjuger de l'efficacité future d'une fronde sous-urétrale de type « TVT » (figure 3).

### ***1.2.1. L'examen au spéculum***

Réalisé à l'aide d'un spéculum à valve démontable type Colin, il permet en premier lieu de faire un examen gynécologique standard : on réalisera un frottis cervico-vaginal après examen du vagin et du col utérin et éventuellement une biopsie d'endomètre si l'on envisage une conservation utérine et si l'absence de sténose cervicale l'y autorise. Dès ce stade, on peut constater un allongement hypertrophique du col le plus souvent aux dépens de la lèvres antérieure (« tapiroïde »), cette suspicion peut justifier la réalisation d'une hystérométrie.

Figure 3 : « TVT » test [2]



En trois temps, l'examen de la statique est réalisé selon une méthodologie systématique par l'épreuve des valves, en notant les degrés de prolapsus, au repos puis en poussée. Plusieurs efforts sont là encore nécessaires pour apprécier correctement tous les éléments prolapsés.

– Pour débiter, une fois l'examen du relief cervical réalisé, le spéculum est retiré lentement, son ouverture réduite, sous contrôle de la vue. Un prolapsus utérin masqué par les colpoçèles peut alors se révéler. L'utilisation d'une pince de Pozzi, en autorisant une préhension du col démasque une hystérocèle et évalue la qualité des attaches utérines (figure 4) ;

Figure 4 : Exposition du col à l'aide d'une pince de Pozzi





– le spéculum est ensuite démonté, une des valves est appliquée sur la paroi vaginale antérieure permettant de bien exposer la paroi vaginale postérieure et de rechercher une rectocèle (figure 5) ;

Figure 5 : La valve postérieure expose la colpocèle antérieure



– puis la valve est appliquée contre la paroi vaginale postérieure, en arrière du col dans un premier temps, ce qui permet d’observer une verticalisation de l’urètre avec projection en avant du méat urétral (cysto-urétrocèle), une cervicocystoptose, une cystocèle, un prolapsus utérin, parfois une incontinence urinaire masquée par un prolapsus postérieur (figure 6). Ensuite la même manœuvre est effectuée, la valve cette fois-ci en avant du col utérin, ce qui refoule l’utérus et la cystocèle permettant là encore de découvrir une incontinence urinaire potentielle masquée mais il faut se méfier de cette manœuvre car on induit très facilement des fuites en « hypercorrigeant » la position du cul-de-sac vaginal antérieur.

Les différents étages sont examinés afin de décomposer l’anatomie du prolapsus et de décrire sa constitution (tableau II).

L’importance du prolapsus et sa constitution (cystocèle, hystéro-cèle, rectocèle, élytro-cèle...) sont alors notées. Différentes classifications (Baden Walker, POPQ), que nous détaillerons plus loin peuvent être employées ; elles permettent une évaluation et un suivi « précis » des patientes.

Dans certains cas, il n’est pas rare de noter une discordance entre la symptomatologie décrite par les patientes et les constatations anatomiques obtenues. Avant de conclure de façon arbitraire (ces femmes ont peut-être de réelles raisons de se plaindre), il faut être sûr de ne pas méconnaître un prolapsus. Les examens seront alors répétés dans

Figure 6 : La valve antérieure expose la colpocèle postérieure



différentes positions, dans le temps (en fonction de la période du cycle), dans des circonstances différentes (à l'issue d'une journée de travail, après une station prolongée debout...). La vision des choses peut alors changer, les troubles de la statique se révéler : hystéroptose méconnue, élytrocèle insoupçonnée...

Tableau II. Descriptions des prolapsus d'après Jacquetin [1]

Localisation	Termes utilisés	Définitions
<b>Étage antérieur</b>	Colpocèle antérieure Urétrocèle Cystocèle	Hernie de la paroi antérieure du vagin... contenant l'urètre contenant la vessie
<b>Étage moyen</b>	Hystéroptose / hystérocèle Trachéloptose / trachélocèle	Prolapsus utérin Prolapsus du col utérin fréquemment anormalement allongé
<b>Étage postérieur vaginal</b>	Colpocèle postérieure Rectocèle Élytrocèle Entérocèle Sigmoïdocèle Épiploécèle	Hernie de la paroi postérieure du vagin... contenant la face antérieure du rectum... contenant le cul-de-sac de Douglas... contenant les anses grêles contenant le sigmoïde, voire le grand épiploon
<b>Étage postérieur anal</b>	Hédrocèle  Intussusception  Prolapsus rectal	Hernie à travers l'anus souvent béant du cul-de-sac de Douglas, accompagnant un prolapsus rectal Invagination rectale ou « Prolapsus rectal interne » Extériorisation du rectum par l'anus

### 1.2.2. Les touchers pelviens

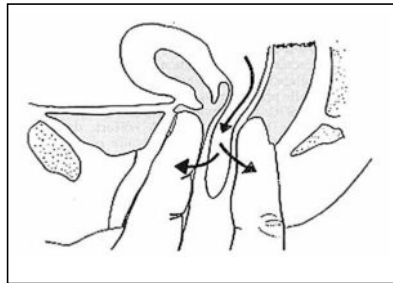
Dans la suite logique, l'examen comporte également des touchers pelviens.

Par le toucher vaginal, on apprécie la sensibilité de l'urètre, l'état de la cavité vaginale, de l'utérus (associé au palper abdominal) et des annexes et le testing périnéal.

Le toucher rectal, quant à lui, évalue le tonus et le comportement du sphincter anal ainsi que son intégrité lors d'une contraction volontaire, à la poussée et la résistance au déplissement anal. Il recherche une lésion endoanale éventuelle et notamment la présence d'un prolapsus interne du rectum, juge de l'état de la cloison recto-vaginale et explore le contenu de l'ampoule rectale : sa vacuité ou au contraire la consistance et le volume des selles présentes. Le doigt intrarectal crochète et expose la rectocèle, mais il faut garder à l'esprit que chez toute femme, ce geste peut artificiellement amplifier la rectocèle du fait de la laxité naturelle de la cloison recto-vaginale et ce n'est donc qu'en présence d'une symptomatologie concordante que le diagnostic de rectocèle « pathologique » sera retenu.

Les touchers pelviens, vaginal et rectal, sont réalisés séparément puis de façon associée : ils permettent ainsi de distinguer une élytrocèle. L'exploration est alors bidigitale (doigt endovaginal, doigt endorectal) en demandant à la patiente d'exercer un effort de poussée (hyperpression abdominale) : la sensation d'interposition entre ces 2 doigts d'éléments mobiles parfois gargouillants (du fait du péristaltisme) témoigne de la présence dans le cul-de-sac de Douglas d'anses intestinales (figure 7). Néanmoins, l'examen clinique est le plus souvent très insuffisant au diagnostic d'entérocèle : 50 à 84 % des cas d'entérocèles sont en effet méconnus par l'examen clinique [3, 4]. Ce toucher combiné permet également d'évaluer la tonicité ainsi que la qualité du noyau fibreux central.

Figure 7 : Palpation bidigitale de la cloison recto-vaginale à la recherche d'une élytrocèle



Le testing périnéal quantifie la qualité des élévateurs de l'anوس (en fait des faisceaux pubococcygiens). Pour ce faire, l'index et le médius légèrement écartés seront placés à plat, sur les premiers centimètres à sa face postérieure. La force de contraction des muscles sera notée ainsi que la qualité et la durée de la contraction. La cotation se fait de 0 à 5 :

0 : pas de contraction.

1 : contraction très faible, perçue sur le doigt comme un frémissement.

2 : contraction faible mais incontestable.

3 : contraction bien perçue mais insuffisante pour être contrariée par une opposition faible.

4 : contraction forte mais opposition modérée.

5 : contraction forte, résistance à une opposition forte.

Ces contractions doivent pouvoir être prolongées avec une force égale pendant 5 secondes.

Une comparaison entre le releveur gauche et le releveur droit (siège plus fréquent des épisiotomies) peut être faite en cas d'asymétrie et de défaut musculaire. L'examen permet de dépister une participation « parasite » des adducteurs, des fessiers ou des abdominaux aux efforts de retenue. Chez certaines patientes, on note alors une incapacité à se relâcher, voire une hypertonie des élévateurs. Ces cas incitent à rechercher une inversion de commande périnéale : le toucher rectal, en poussée, objective non pas un relâchement du tonus anal, mais au contraire son renforcement ; on parle alors d'asynchronisme abdomino-périnéal.

En outre, l'examen à cet instant peut authentifier un « diastasis » des releveurs : la force des releveurs est conservée, mais l'amarrage sur le noyau fibreux central n'est plus perçu.

L'examen clinique s'achève par l'examen neurologique du périnée notamment en cas d'altération du testing ou du tonus du sphincter anal.

Cet examen neuro-périnéal évalue d'abord la sensibilité des derniers métamères sacrés à la recherche d'un trouble de la sensibilité péri-anale (comme l'anesthésie en selle dans le syndrome de la queue de cheval). Il explore la sensibilité tactile discriminative, nociceptive, thermique des différents territoires sensitifs :

– S2 à la face postérieure des cuisses ;

– S3 au niveau des grandes lèvres, des plis fessiers et la région coccygienne ;

– S4 dans la région péri-anale.

Puis l'examen neurologique du périnée se poursuit par l'étude de la réflectivité périnéale :

- le réflexe anal (S4) : contraction du sphincter anal au retrait du doigt anal ou à la piqûre de la marge anale.
- La contraction anale à la toux est un réflexe faisant intervenir de nombreux segments situés plus hauts.
- Le réflexe bulbo-caverneux (S3) : contraction du sphincter anal et des muscles releveurs à la stimulation du clitoris (chique-naude, pincement).

## 2. LES DIFFÉRENTES SITUATIONS CLINIQUES

Celles-ci peuvent survenir de façon isolée, ou associées entre elles et s'accompagner d'une incontinence urinaire.

### 2.1. La cystocèle (figure 8)

Figure 8 : Cystocèle



C'est une hernie de la face postérieure de la vessie refoulant vers l'arrière et le bas la face antérieure du vagin. On distingue généralement :

- les cystocèles latérales qui correspondent à une désinsertion du fascia viscéral, le vagin conserve alors ses stries transversales et la correction du défaut paravaginal par repositionnement des culs-de-sac corrige le prolapsus ;
- les cystocèles médianes où le vagin apparaît lisse, atrophique avec une perte du relief muqueux ; il s'agit d'un défaut médian où les culs-de-sac vaginaux restent en place.

En fait, l'identification préopératoire n'est pas toujours aussi simple ; de plus des formes intermédiaires, mixtes et/ou asymétriques sont fréquentes.

La cystocèle symptomatique s'accompagne généralement d'une pollakiurie et surtout d'une dysurie ; l'incontinence urinaire quant à elle est fréquemment masquée.

## 2.2. L'hystérocele

Il s'agit d'une « descente » d'utérus, le diagnostic clinique est évident mais peut nécessiter une traction douce sur le col réalisée avec une pince de Pozzi pour l'objectiver. Il n'y a pas de symptomatologie spécifique, le plus souvent est décrite une pesanteur.

Le diagnostic différentiel est l'allongement de col que l'on peut observer notamment après ventrofixation ou promontofixation : le corps utérin est en général fixé, l'isthme utérin s'étire vers le bas « en crayon » associé à un massif cervical intravaginal de volume variable (atrophique ou à l'opposé hypertrophique).

## 2.3. La rectocèle (figure 9)

Figure 9 : Rectocèle



C'est une hernie de la face antérieure du rectum refoulant vers l'avant et le bas la face postérieure du vagin. On peut distinguer les

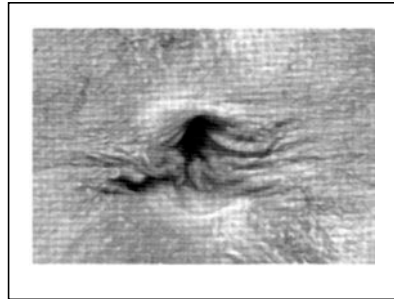
rectocèles basses, sus-anales infra-lévatoriennes et des rectocèles hautes sus-lévatoriennes qui intéressent la totalité de la paroi vaginale, souvent associées à une élytrocèle. La rectocèle symptomatique se traduit généralement par une constipation terminale avec dyschésie qui peut nécessiter des manœuvres intravaginales de refoulement de la poche herniée lors des efforts de défécation.

## 2.4. L'élytrocèle

Le clivage de la cloison recto-vaginale par le cul-de-sac de Douglas (élytrocèle) peut, comme la rectocèle, provoquer une colpocèle postérieure. L'élytrocèle peut contenir différents éléments : intestin grêle, colon sigmoïde ou grand épiploon. À l'origine de manifestations cliniques mal systématisées (pesanteur pelvienne, parfois même douleurs), elle est de diagnostic clinique difficile. Parfois confondue avec une rectocèle à laquelle elle est souvent associée, elle est surtout évoquée après hystérectomie. Le toucher bidigital est nécessaire, mais pas toujours suffisant, pour affirmer le diagnostic : défécographie, échographie ou IRM peuvent s'avérer alors indispensables.

## 2.5. Le périnée descendant/descendu (figure 10)

Figure 10 : Perte des plis radiés de l'anus signant une lésion sphinctérienne



Ce sont deux diagnostics d'inspection. Normalement, le périnée postérieur est situé au repos au niveau des ischions et descend de 3 à 4 cm lors d'un effort de poussée. Au-delà, on parle de descente périnéale anormale. Dans le périnée descendant, la descente anormale survient à l'effort de poussée. Le périnée vient alors bomber largement

au-dessous des ischions, en se « ballonnissant », ce qui efface le sillon inter-fessier. L'effort de retenue ramène le périnée dans sa position de repos. Le périnée descendu est un stade ultérieur de la dégradation du plancher pelvien. La descente périnéale est spontanément anormale, encore aggravée par la poussée. L'effort de retenue ne corrige pas ou peu la descente périnéale. Au toucher, le testing des élévateurs est nul ou très faible. Ces anomalies sont la conséquence d'étirements aigus (accouchements) et/ou chroniques répétés (constipation) des muscles du plancher pelvien et de leurs nerfs. Le périnée descendant ou descendu doit être reconnu, car il signe un périnée fragilisé. Il aggrave les troubles de l'exonération, le périnée « fuyant » devant la selle. Il peut accompagner une incontinence anale, conséquence de la neuropathie d'étirement.

## 2.6. La rupture sphinctérienne anale

La rupture sphinctérienne la plus habituellement rencontrée est antérieure, et de cause obstétricale. Les manifestations d'incontinence peuvent survenir très à distance du traumatisme, souvent à la ménopause, lorsque la sangle puborectale s'affaiblit et ne parvient plus à maintenir une occlusion anale suffisante. Dès l'inspection, on peut observer un raccourcissement, voire la disparition de la distance ano-vulvaire, une béance anale au repos de même qu'une perte des plis radiés de l'anus (figure 11). Le toucher rectal voire bidigital objective le défaut et quantifie sa sévérité.

Figure 11 : Périnée descendu





## 2.7. La procidence interne (prolapsus intrarectal)

Elle ne donne que peu de signes cliniques spécifiques, peut s'accompagner d'une descente périnéale, d'une béance anale, de troubles de la coordination périnéale. Le toucher rectal peut percevoir le boudin d'invagination à la poussée. La position accroupie est parfois nécessaire.

## 2.8. Le prolapsus extériorisé du rectum

Le diagnostic est le plus souvent évident cliniquement, cependant il n'est pas toujours aisé. L'extériorisation peut être incomplète (prolapsus muqueux anorectal) ou absente. Dans cette seconde situation où les patientes décrivent une symptomatologie typique, mais chez qui il est impossible d'observer une quelconque extériorisation rectale, l'hypotonie anale, la présence de glaires sont évocatrices. L'effort de poussée sur le doigt, en leur demandant une tentative d'exonération, peut aider à démasquer le prolapsus. Le recours aux examens complémentaires est utile pour authentifier le prolapsus et guider la prise en charge.

# 3. CLASSIFICATION DU PROLAPSUS

À la fin de cet examen rigoureux complet, on peut obtenir une évaluation en stades qui permettra une appréciation comparative du suivi des patientes et surtout des résultats obtenus par des techniques rééducatives ou chirurgicales.

Déjà Porges en 1963 proposa une première classification sommaire : prolapsus léger non extériorisé, moyen extériorisé non permanent et important extériorisé permanent [5]. Depuis plusieurs méthodes de classification et quantification ont été décrites et coexistent. Dans un souci de clarification, seules les plus utilisées et reconnues des différentes sociétés savantes seront détaillées ci-dessous : la classification française simple mais imprécise, la classification de Baden et Walker [6] qui est la plus souvent utilisée en pratique comme dans la littérature peu spécifique, et la stadification selon l'*International Continence Society* très, voire « trop », rigoureuse, mais qui fait l'objet d'un consensus

international et s'est imposée progressivement comme le standard international pour la quantification du prolapsus [7].

### 3.1. Classification « française »

Elle consiste en une stadification par rapport à la vulve pour chacun des éléments anatomiques :

- stade 1 intravaginal ;
- stade 2 avec atteinte de la vulve ;
- stade 3 la dépassant.

Malheureusement, cette classification, simple et reproductible, reste trop imprécise.

Actuellement, lui sont préférées deux classifications internationales : *Half-Way System* de Baden et Walker et surtout maintenant le POPQ (tableaux III et IV).

Tableau III. Classification du prolapsus d'après Mouritsen L. [19]

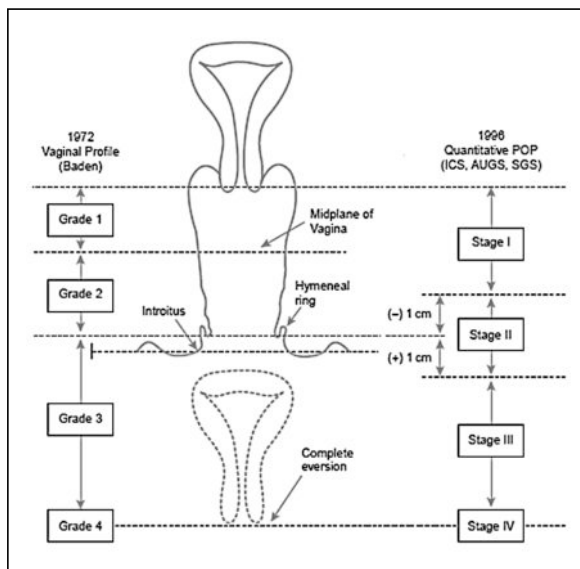
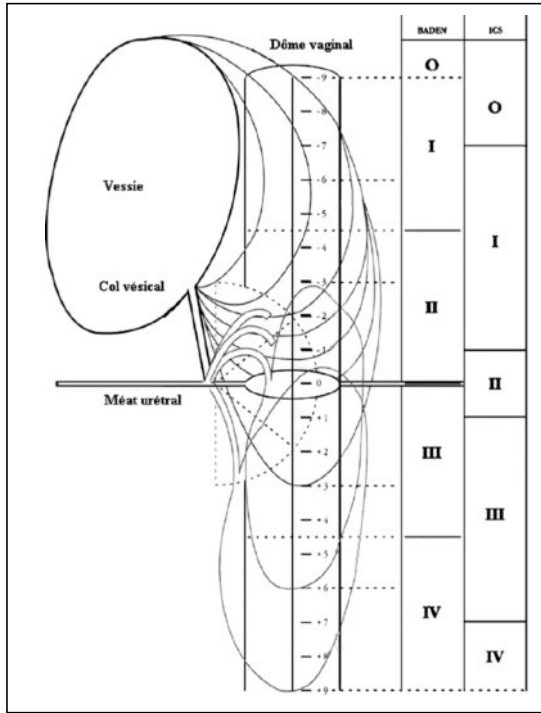


Tableau IV. Classifications du prolapsus d'après Fattouh et col. [20]



### 3.2. Classification de Baden et Walker [6]

Le prolapsus est alors évalué en décubitus dorsal, en position gynécologique lors d'une manœuvre de Valsalva et défini par rapport à l'hymen qui est le point de référence.

La classification concerne les quatre étages pelviens : cystocèle, hystéroptose (ou prolapsus du dôme vaginal après hystérectomie), élytrocèle et rectocèle :

- grade 0 : position normale de l'étage étudié ;
- grade 1 : descente de l'étage à mi-chemin entre sa position normale et l'hymen ;
- grade 2 : descente de l'étage jusqu'au niveau de l'hymen ;
- grade 3 : extériorisation de l'étage au-delà de l'hymen ;
- grade 4 : extériorisation maximale ou éversion.

### 3.3. « POPQ » (*Pelvic Organ Prolapse Quantification*) [7] (figures 12 et 13)

Figure 12 : POPQ [17]

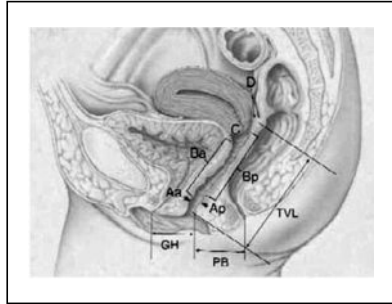
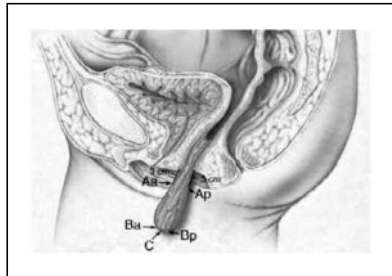


Figure 13 : POPQ dans le cas d'un prolapsus du dôme vaginal [17]



L'examen peut être réalisé chez une patiente en décubitus dorsal en position gynécologique, debout ou en lithotomie (la position devra être notée). Il nécessite un spéculum dont les deux valves sont désolidarisées afin de refouler la paroi vaginale opposée. La descente des organes génitaux est évaluée au travers de la réalisation de mesures en centimètres de points définis (neuf au total). Les repères utilisés sont répartis sur le vagin antérieur (2), sur le dôme (2), sur le vagin postérieur (2) en plus de 3 autres mesures complémentaires. Huit mesures (Aa, Ba, C, D, Ap, Bp, gh, pb) s'effectuent lors de l'effort de poussée maximale ; seule la longueur vaginale totale (tv1) est mesurée au repos ; toutes sont décrites ci-dessous.

L'hymen est le point de référence. Les points proximaux en deçà de l'hymen (dans le vagin) ont une valeur négative, les points distaux

au-delà de l'hymen auront une valeur positive; le niveau hyménéal ayant par définition la valeur 0.

### **3.3.1. Paroi vaginale antérieure (*a* = antérieure)**

– Aa : point situé arbitrairement à la partie médiane de la paroi vaginale antérieure à 3 cm du méat urétral, il correspond à la position du col vésical. Sa position peut varier entre  $-3$  et  $+3$  cm par rapport à l'hymen;  $-3$  est en fait la position normale de la paroi vaginale antérieure et  $+3$  correspond au degré maximal en cas de cystocèle largement extériorisée.

– Ba : point le plus bas ou déclive de la paroi vaginale antérieure. Il est confondu avec Aa à  $-3$  cm, par définition, en l'absence de prolapsus et aurait une valeur comprise entre  $-3$  et  $+tv$  (longueur vaginale totale) dans le cas d'une éversion complète.

### **3.3.2. Fond vaginal**

– C : correspond au col utérin ou au fond vaginal chez les patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie. Sa valeur est comprise entre  $-tv$  (col ou fond non prolabé) et  $+tv$  en cas d'éversion complète.

– D : point qui représente la position du cul-de-sac vaginal postérieur ou du cul-de-sac recto-utérin chez les patientes non opérées. Un allongement hypertrophique du col est confirmé quand le point C est significativement distant du point D traduisant ainsi un massif cervical étendu. En l'absence de col, cette mesure n'est pas effectuée. Sa valeur est comprise entre  $-tv$  et  $+tv$ .

### **3.3.3. Paroi vaginale postérieure (*p* = postérieure)**

– Ap : point situé à la partie médiane de la paroi vaginale postérieure à 3 cm de l'hymen. Il peut varier entre  $-3$  et  $+3$  cm par rapport à l'hymen;  $-3$  est en fait la position normale de la paroi vaginale postérieure et  $+3$  correspond au degré maximal de la rectocèle.

– Bp : point le plus distal de la paroi vaginale postérieure par rapport à Ap, situé par définition à  $-3$  cm en l'absence de prolapsus et qui aurait une valeur positive dans le cas d'une éversion complète du fond vaginal chez les patientes hystérectomisées (jusqu'à  $+tv$  au maximum).

### **3.3.4. Autres repères**

Ils ont toujours une valeur positive.

– gh : diamètre du diaphragme génital, distance entre le méat urinaire et la fourchette vulvaire.

– tv : longueur vaginale totale du fond vagin (ou cul-de-sac postérieur) à l'hymen.

- pb : épaisseur du périnée, distance entre la fourchette vulvaire et le centre de l'anus.

À partir de ces neuf mesures, il est possible de classer le prolapsus selon cinq stades allant de 0 à 4 :

- stade 0 : pas de prolapsus, tous les points sont à plus de 3 cm au-dessus de l'hymen ;
- stade I : le point le plus bas du prolapsus reste à 1 cm au-dessus de l'hymen ;
- stade II : le point le plus bas situé se situe entre + 1 cm et - 1 cm de part et d'autre de l'hymen ;
- stade III : le point le plus bas situé est situé à plus de 1 cm sous l'hymen, mais la longueur de l'extériorisation reste au moins inférieure de 2 cm par rapport à la longueur vaginale totale ;
- stade IV : tout point au-delà du stade III, le retournement complet vaginal ; la longueur de l'extériorisation vaginale correspond à l'ensemble de la longueur vaginale.

### 3.4. Utilisation et intérêt des classifications

Répondant à un réel besoin d'homogénéisation, une commission réunissant les urogynécologues de l'ICS (*International Continence Society*), de l'AUGS (*American Urogynecologic Society*), et de la SGS (*Society of Gynecologic Surgeons*) a proposé en 1994 une standardisation de la classification des prolapsus des organes pelviens (POPQ, *Pelvic Organ Prolapse Quantification*) [7]. Il n'en demeure pas moins vrai qu'après plus de dix ans, cette classification ne fait pas l'unanimité et n'a pas, loin s'en faut, standardisé les pratiques, encore moins fédéré la communauté urogynécologique [8, 9, 10]. En effet d'après une enquête postale en 2004, un tiers des promoteurs de cette classification n'utiliserait jamais cette classification en clinique et seulement deux tiers l'utiliseraient en recherche. Les raisons invoquées sont multiples : trop longue à réaliser, trop difficile à enseigner, trop imprécise quant au point de référence de l'hymen, trop dépendante des techniques de mesure qui ne sont pas standardisées, sans correspondance clinique ni implication thérapeutique. De même, seuls 40 % des articles parus dans les revues spécialisées attachées aux trois sociétés savantes promotrices utilisent la classification POPQ [11, 12]. Le POPQ n'est certainement pas le système parfait, d'ailleurs une classification idéale est-elle envisageable ? Apparemment non. La méthodologie est critiquable :

- test en Valsalva risquant de minorer (ou méconnaître) une hystérocèle en l'absence de traction à la Pozzi, reliquats hyménéaux inconstants, position de la patiente sans interférence sur les résultats ?
- mesures sont parfois difficilement réalisables : très large cystocèle extériorisée où la mesure des points postérieurs va nécessiter un aide...
- prises en défaut, insuffisantes seules à la description du prolapsus : qualification du défaut (médian, latéral ou mixte), asymétrie, rectocèle et/ou élytrocèle...

Une analyse anatomique plus sémiologique reste de mise.

Mais cette classification est toutefois reproductible [13, 14] et des améliorations sont possibles : classification simplifiée [15], apprentissage adapté [16]...

Malgré tout, la diffusion du POPQ, sa reproductibilité, son profil pédagogique, son application en recherche clinique, sa constance quel que soit le mode d'examen clinique et surtout la nécessité de son emploi en vue d'une publication internationale la rendent indispensable. Il devra cependant être accompagné de scores de symptômes pour une évaluation complète rigoureuse... puisque jusqu'à présent on opère surtout une gêne fonctionnelle et non un trouble du POPQ.

#### 4. CONCLUSION

Diagnostiquer un trouble de la statique pelvi-périnéale est assez simple pour peu qu'il soit correctement recherché. Les signes cliniques sont le plus souvent faciles à recueillir. Dans de nombreux cas, ils apportent une explication plausible aux symptômes présentés à l'interrogatoire et permettent d'élaborer un diagnostic et une stratégie de prise en charge. Parfois cette concordance n'est pas retrouvée et les examens complémentaires trouvent alors pleinement leur place pour aider à comprendre l'origine de la plainte.

*Résumé*

*Pour les patientes consultant pour des troubles de la statique pelvienne, l'interrogatoire est rarement spécifique : l'examen clinique doit donc permettre un inventaire complet de la statique pelvienne pour le corréler aux troubles décrits. On établit un bilan lésionnel standardisé en respectant une véritable check-list. Il devrait être réalisé chez toutes les patientes afin non seulement de guider l'acte chirurgical mais aussi de prévenir l'évolution de certaines lésions (par la rééducation en post-partum par exemple).*

*Il débute par une phase d'inspection de la région vulvo-périnéale où seront notés trophicité, béance, prolapsus, état du périnée notamment. Puis, il se poursuit par un examen physique où vont être recherchés plus spécifiquement tous troubles anatomiques ou fonctionnels : incontinence urinaire, prolapsus, lésions du sphincter anal... Cette phase se déroule lors d'efforts de toux, de poussée et fait intervenir l'emploi de valves et de touchers pelviens.*

*A l'issue de cet examen, un bilan lésionnel complet est établi qui sera rapporté aux symptômes décrits par la patiente. Il guidera la réalisation d'examens complémentaires nécessaires et surtout la prise en charge thérapeutique.*

*Half Way System de Baden et Walker et surtout actuellement POPQ permettent d'établir la classification du prolapsus. Si cette stadification permet le suivi anatomique des patientes au cours de leurs parcours médicaux, elle n'est pas suffisante : elle donne une évaluation chiffrée, rigoureuse, intéressante qui ne traduit pas l'ensemble des situations anatomiques auxquelles nous sommes confrontés. Pour toute cette chirurgie fonctionnelle, une étude concomitante de la symptomatologie rigoureuse par des scores de symptômes (également validés) apparaît actuellement indispensable à l'évaluation de nos pratiques médicales.*



## Bibliographie

1. 1. Jacquetin B. Prolapsus génitaux. Diagnostic. *Rev Prat* 2001; 51(14): 1609-16.
2. Jacquetin B. Un test clinique très simple peut-il justifier l'utilisation d'une nouvelle intervention pour incontinence urinaire d'effort ? A propos du soutènement prothétique sous-urétral selon Ulmsten. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1998; 27(2): 215-6.
3. Hock D, Lombard R, Jehaes C et al. Colpocystodéfecographie. *Dis Colon Rectum* 1993; 36(11): 1015-21.
4. Sentovich SM, Rivela LJ, Thorson AG, Christensen MA, Blatchford GJ. Simultaneous dynamic proctography and peritoneography for pelvic floor disorders. *Dis Colon Rectum* 1995; 38(9): 912-5.
5. Porges RF. A Practical System of Diagnosis and Classification of Pelvic Relaxations. *Surg Gynecol Obstet* 1963; 117: 769-73.
6. Baden WF, Walker TA. Genesis of the vaginal profile: a correlated classification of vaginal relaxation. *Clin Obstet Gynecol* 1972; 15(4): 1048-54.
7. 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.
8. Fatton B. Pour ou contre le POP-Q dans le traitement des prolapsus pelviens. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34(6): 533.
9. Salet-Lizee D. Contre le POP-Q dans le traitement des prolapsus pelviens. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34(6): 536-8.
10. Deval B, Joguet C. Plaidoyer pour le POP-Q. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34(6): 534-5.
11. Auwad W, Freeman RM, Swift S. Is the pelvic organ prolapse quantification system (POPQ) being used? A survey of members of the International Continence Society (ICS) and the American Urogynecologic Society (AUGS). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004; 15(5): 324-7.
12. Muir TW, Stepp KJ, Barber MD. Adoption of the pelvic organ prolapse quantification system in peer-reviewed literature. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(6): 1632-5; discussion 1635-6.
13. Hall AF, Theofrastous JP, Cundiff GW et al. Interobserver and intraobserver reliability of the proposed International Continence Society, Society of Gynecologic Surgeons, and American Urogynecologic Society pelvic organ prolapse classification system. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175(6): 1467-70; discussion 1470-1.
14. Kobak WH, Rosenberger K, Walters MD. Interobserver variation in the assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996; 7(3): 121-4.
15. Swift S, Morris S, McKinnie V et al. Validation of a simplified technique for using the POPQ pelvic organ prolapse classification system. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17(6): 615-20.
16. Geiss IM, Riss PA, Hanzal E, Dunzl A. A simple teaching tool for training the pelvic organ prolapse quantification system. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007.
17. Prietto NM, Lubner K, Nager CW. Simple yet thorough office evaluation of pelvic floor disorders. *OBG Management* 2003; 15(5).
18. Jacquetin B, Amblard J. Statique pelvienne. Prolapsus. *Traité de Gynécologie Médecine-Sciences*. Flammarion (Paris) 2005(40): 310-321.
19. Mouritsen L. Classification and evaluation of prolapse. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005; 19(6): 895-911.
20. Fatton B, Amblard J, Debodinance P, Cosson M, Jacquetin B. Transvaginal repair of genital prolapse: preliminary results of a new tension-free vaginal mesh (Proliftrade mark technique)-a case series multicentric study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18(7): 743-52.