



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Erreurs à éviter dans le diagnostic des dysfonctions pelviennes



Pelvic floor failure: Mistakes to avoid

Corinne Bordonné^{a,*}, Antoine Bourret^b,
Thibault Thubert^b, Jonathan Brami^a,
Lorraine Maitrot-Mantelet^b, Charles Chapron^b,
Élisabeth Dion^a

^a Service de radiologie, Hôtel-Dieu, 1, place du Parvis-Notre-Dame, 75004 Paris, France

^b Service de gynécologie, hôpital Cochin, Port-Royal, 53, avenue de l'Observatoire, 75014 Paris, France

Reçu le 2 février 2017 ; accepté le 11 mars 2017

Disponible sur Internet le 20 avril 2017

MOTS CLÉS

Prolapsus ;
Dysfonctions
pelviennes ;
Déféco-IRM ;
IRM dynamique du
plancher pelvien ;
Échographie
transpérinéale

Résumé Les troubles de la statique pelvienne constituent un enjeu de santé publique fréquent, influant de manière considérable sur la qualité de vie. Les symptômes sont multiples et peuvent être associés : pesanteur pelvienne (prolapsus), troubles urinaires, troubles sexuels, troubles rectaux. Une approche unitaire de la physiopathologie du plancher pelvien requiert un diagnostic global incluant les trois compartiments : antérieur (urinaire), moyen (génital) et postérieur (recto-anal). Le diagnostic clinique, fondamental, s'appuie sur les modalités d'imagerie, qui doivent être dynamiques : la colpocystodéfécographie, l'IRM pelvienne et l'échographie dynamiques. L'imagerie a toute sa place dans l'exploration préopératoire, mais également dans l'évaluation du plancher pelvien des patientes opérées (complications, récidives). Les radiologues doivent être conscients des implications cliniques et thérapeutiques de leur diagnostic radiologique et connaître les erreurs potentielles afin de les minimiser.

© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Prolapse;
Pelvic floor failure;

Summary Pelvic floor failure is a common disorder, with a significant impact on quality of life. Symptoms may vary from abnormal descent of the organs (prolapse) to urinary, sexual or rectal symptoms. An optimal management of these disorders should be global, including the three compartments: anterior (urinary), middle (genital) and posterior (recto-anal). Initial clinical diagnostic is fundamental, documented by dynamic imaging: defecography, MRI,

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : corinne.bordonne@aphp.fr (C. Bordonné).

Dynamic MRI;
Transperineal
ultrasound

perineal ultrasound. Imaging also plays an important role in the evaluation of postoperative issues: complications, prolapse recurrences. Radiologists should be aware of the clinical and therapeutic consequences of their radiologic diagnosis, and of their possible errors in order to minimize them.

© 2017 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

Les troubles de la statique pelvienne constituent un problème de santé publique fréquent (jusqu'à 50 % des femmes multipares de plus de 50 ans), influant de manière considérable sur la qualité de vie.

Le plancher pelvien est une entité complexe, incluant des muscles divers, des tissus de soutien conjonctifs supportant le vagin, la vessie, l'utérus et le rectum. L'exploration des dysfonctions pelviennes a énormément évolué au cours des dernières années : bien qu'un examen clinique précis et consciencieux soit la technique de choix pour l'évaluation des troubles de la statique pelvienne, il arrive parfois que le meilleur clinicien puisse être induit en erreur. Un diagnostic initial incomplet ou erroné peut conduire à un traitement incorrect ou insuffisant.

L'affaiblissement du plancher pelvien a pour conséquence des symptômes divers regroupés sous le terme de « troubles de la statique pelvienne » : prolapsus génital (descente anormale de la vessie, de l'utérus, de fond vaginal, ou du rectum) pouvant avoir des conséquences fonctionnelles digestives, urinaires, génitosexuelles, incontinence urinaire d'effort. Certaines patientes peuvent être asymptomatiques. L'âge, la multiparité, les traumatismes obstétricaux, la ménopause, l'obésité, l'hérédité et les antécédents de bronchopneumopathie chronique obstructive ou de chirurgie de la statique pelvienne en constituent les principaux facteurs de risque.

Plusieurs disciplines sont impliquées dans le traitement des dysfonctions pelviennes : urologues, gastro-entérologues, proctologues, gynécologues, chirurgiens colorectaux, rééducateurs.

Les troubles de la statique pelvienne doivent être considérés comme une unité physiopathologique unique, puisque les désordres des compartiments antérieurs et moyens (urogénétaux) sont fréquemment associés avec des atteintes du secteur postérieur (compartiment anorectal), les muscles du plancher pelvien et les fascias constituant une entité fonctionnelle unique.

Une approche unitaire de la physiopathologie du plancher pelvien requiert un diagnostic global incluant les trois compartiments : antérieur, moyen et postérieur.

Le diagnostic clinique, fondamental, s'appuie sur les modalités d'imagerie, qui doivent être dynamiques : la colpocystodéfécographie, l'IRM pelvienne et l'échographie dynamiques.

Les erreurs à éviter peuvent être :

- lors du diagnostic initial : cliniques ou radiologiques (erreurs de technique ou d'interprétation) ;
- chez des patientes opérées : essentiellement radiologiques.

Erreurs à éviter lors du diagnostic clinique initial

Les symptômes sont multiples, parfois associés.

Les prolapsus du secteur antérieur entraînent souvent une pollakiurie, une incontinence de repos ou d'effort, des urgences mictionnelles, une dysurie. L'obstruction créée par le prolapsus peut diminuer les symptômes urinaires d'incontinence, ce qu'il faut anticiper si une chirurgie réparatrice est prévue.

Cliniquement les prolapsus du secteur moyen entraînent une sensation de boule vaginale, de pesanteur pelvienne (effet de masse du prolapsus), de douleur pelvienne ou périnéale, de dyspareunie. En cas d'hystérectomie précédente ou bien de chirurgie ancienne du prolapsus, un prolapsus du fond vaginal peut correspondre à une élytrocèle ou bien à une entérocéle.

Les symptômes principaux des prolapsus du secteur postérieur sont souvent intriqués et peuvent être liés à une rectocèle (prolapsus génital du rectum) et/ou à un prolapsus rectal (prolapsus muqueux) : constipation, obstruction à la défécation, douleur, incontinence aux selles et/ou aux gaz. En cas de prolapsus génital postérieur, le diagnostic différentiel entre une rectocèle haute et une élytrocèle est difficile. La réalisation concomitante d'un toucher vaginal et d'un toucher rectal peut aider. Les symptômes en relation avec les prolapsus muqueux ou intussusception sont le blocage rectal, le ténésme et les rectorragies. Le maintien de la continence dépend de l'équilibre entre la fonction intestinale, et la fonction du sphincter anal [1].

Le syndrome du périnée descendant est responsable d'un étirement chronique du périnée, avec atteinte nerveuse notamment du nerf pudendal, responsable d'un cercle vicieux entraînant douleur et dysfonction de la continence. La douleur peut être majorée en cas d'entérocéle.

L'incontinence anale peut être active, passive ou mixte, survenir aux gaz, aux liquides, ou aux solides. C'est dans le cadre d'une incontinence qu'une incompétence sphinctérienne, une microrectie ou un prolapsus rectal (muqueux) doivent être recherchés.

Les causes sont fondamentales à déterminer, puisque le traitement en découle : les causes mécaniques sont traitées chirurgicalement, alors que les causes fonctionnelles plutôt médicalement (rééducation, *biofeedback*). Cependant, elles sont souvent multiples et intriquées, c'est pourquoi il est important de prendre en charge ces patientes en équipes multidisciplinaires.

Erreurs à éviter lors du diagnostic initial par l'imagerie

Techniques utilisées

Il est actuellement possible d'enregistrer le mouvement des organes pelviens et de mesurer les déplacements et localisation des organes par trois techniques.

La colpocystodéfécographie est la méthode la plus ancienne, répandue et bien établie, basée sur l'opacification conjointe du vagin, de la vessie, du rectum, et des anses grêles. Sa force principale est de permettre

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5579047>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5579047>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)