



Cas clinique

Prolapsus génital associé à une myélite : À propos d'un cas et revue de la littérature

Genital prolapse associated with myelitis about one case and literature review

NS Diagne^{1,2}, S Mourabit², MS Diop², A Basse², AS Sow², NM Gaye², M Fall³, M Ndiaye², AG Diop²

Résumé

Le prolapsus urogénital (PUG) survient principalement à cause de la perte de soutien dans la région pelvienne. Nous rapportons le cas d'une femme de 42 ans, reçue au service de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle du CHNU Fann pour la prise en charge d'une incontinence urinaire d'effort associée à un cystocèle survenue au décours d'une myélite aiguë.

Mots-clés: Cystocèle, Rééducation périnéale, Myélite, Dakar

Abstract

Genital prolapse is widely common in adults' women. The Physiopathology included weakness of pelvic muscles which support the genitals. Authors reported a 42 years old woman suffering from myelitis, seen at the outpatient consultation of the department of physical medicine and rehabilitation of Fann's teaching hospital in Dakar-Senegal, for urinary incontinence associated with genital prolapse.

Keywords: cystocele, perineal rehabilitation, Myelitis, Dakar

Introduction

Le prolapsus genital est une affection de la femme jeune. Il est souvent multifactoriel et d'origine gyneco-obstétricale c'est à dire par altération des phénomènes de suspension des organes génitaux. Les prolapsus d'origine neurologique sont rarement décrits surtout en Afrique Sub-saharienne. Il s'agit d'une affection handicapante du fait des troubles vesicosphinctériens pouvant accompagner le tableau. Nous rapportons le cas d'une femme de 42 ans, qui a présenté au décours d'une myéloradiculite d'étiologie inconnue, une cystocèle grade IV selon la classification de Baden et Walker, associée à des fuites urinaires. L'évolution a été favorable grâce à la rééducation périnéale. La rééducation périnéale doit être envisagée dans les prolapsus d'origine neurologique seule ou en association à la chirurgie.

Cas clinique

Mme M Ba J, âgée de 40 ans, était reçue au service

de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle du CHNU Fann, pour la prise en charge d'une incontinence urinaire d'effort survenue dans un contexte de troubles de la marche et de brûlures pelvi-périnéales. Le début de la maladie remontait à 6 mois par des difficultés de la marche d'aggravation progressive qui ont abouti à une impotence fonctionnelle absolue des deux membres inférieurs. Une consultation en neurologie a été effectuée et le bilan a mis en évidence une paraplégie flasque avec une force musculaire 0/5 aux deux membres inférieurs ; un signe de Babinski bilatéral ; une anesthésie en selle et de la région pubienne et péri-vulvaire et des fuites urinaires. L'imagerie par Résonance Magnétique médullaire et le bilan biologique sont revenus normaux. L'électroneuromyogramme était en faveur d'une plexopathie lombosacrée. Le diagnostic d'une myéloradiculite a été retenu et la patiente mise sous traitement indéterminé. Une amélioration du tableau a été notée avec une reprise de la marche mais la persistance des fuites urinaires associées à une dysurie et des douleurs neuropathiques pelvi-périnéales ont motivé une consultation au service de Médecine Physique et Réadaptation fonctionnelle pour une meilleure prise en charge. À l'examen on notait une hypoesthésie en selle et de la région pelvi-périnéale ; un déficit des muscles élévateurs avec une force musculaire 2 /5 ; une absence du besoin mictionnel et de défécation, une incontinence anale portant sur des selles liquides. L'examen urogénital a montré une saillie de la partie antérieure de la vulve, expansive hors de la vulve, à la toux et aux efforts de poussée, suivie de fuites d'urine. La marche était possible et normale. Un bilan biologique a objectivé une hyperleucocytose à prédominance neutrophile et une accélération de la vitesse de sédimentation et de la C-Réactive protéine. La sérologie rétrovirale était négative. L'examen

cytobactériologique des urines a isolé *Echéricha Coli* sensible à la céfixime. Notre patiente a reçu de la cefixime 200 mg deux fois par jour pendant 10 jours, de l'amitriptyline 25 mg par jour matin et soir. Elle a bénéficié de séances de renforcement des muscles périnéaux et du travail des sensibilités sur les dermatomes sacrés. Il a été également proposé de vider la vessie toutes les 4 à 6 heures auto-sondage et le rectum chaque matin. Une promonto-fixation a été proposée mais refusée par la patiente. Après un mois de rééducation, les muscles élévateurs du périnée étaient à 3/5, la cystocèle de grade II aux efforts de toux, une disparition des fuites urinaires aux manœuvres de provocation et une amélioration des douleurs neuropathiques. Nous avons noté une persistance de la dysurie.

Discussion

Le PUG est une entité anatomo-clinique correspondant à la défaillance des systèmes de soutènement et de suspension des organes pelviens de la femme. Il peut être accompagné de troubles fonctionnels urinaires, qui constituent parfois le seul motif de consultation. Les facteurs de risque identifiés sont nombreux : grossesse, accouchement vaginal, vieillissement, pression intra-abdominale chroniquement augmentée, ménopause, hypoestrogénisme, traumatisme, facteurs génétiques, race, maladies musculo-squelettiques, maladies chroniques, tabagisme et chirurgie antérieure [1]. Parmi ces facteurs, le plus important pour le PUG des organes pelviens est la parité, car l'accouchement peut endommager les nerfs pudendaux, les fascias et les structures de soutien, ainsi que les muscles.[2,3,4].

Les estimations de la prévalence varient considérablement selon la population et la façon

dont les femmes ont été recrutées dans les études. Une étude menée aux États-Unis sur 497 femmes âgées de 18 à 82 ans a révélé que 93,6% avaient un certain degré de PUG [5]. Une étude suédoise portant sur 487 femmes âgées de 20 à 59 ans a révélé que 30,8% présentaient un certain degré de PUG lors de l'évaluation clinique [6]. Ceci dit, malgré la variété de la symptomatologie urinaire occasionnée par le PUG, peu de femmes consultent pour une prise en charge thérapeutique. Chez l'adulte, rares sont les articles analysant l'association d'une pathologie neurologique avec la survenue d'un PUG. Dans une série portant sur 280 femmes avec un âge moyen de 50 ans et atteintes de sclérose en plaques, Dilion et al ont retrouvé une prévalence étonnamment faible de PUG par rapport à la population générale (9%), ceci pourrait être attribuable à une diminution de l'activité, à une unité vésico-urétérale neurogène ou à d'autres étiologies fonctionnelles ou anatomiques [7]. En revanche, plusieurs recherches semblent confirmer la relation entre une altération de l'innervation pudendale et la fréquence des PUG chez les patientes [8,9].

Plusieurs classifications permettent d'apprécier la sévérité du prolapsus [10, 11,12] mais en pratique celle de Baden et Walker est de loin la plus utilisée. Elle comporte 4 grades :

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

La prise en charge des PUG diffère en fonction du stade, dans le PUG de bas grade (Stade I et II) –ce qui est le cas de notre patiente- la chirurgie est discutable et rarement envisagée. Le traitement de référence est la rééducation périnéale. D'ailleurs, l'intérêt de la rééducation pelvi périnéale, chez les patientes ayant une incontinence urinaire d'effort a été démontré par plusieurs études [13,14].

Dans le cadre d'un prolapsus avec incontinence urinaire d'effort prédominante sur le plan fonctionnel, une rééducation doit toujours précéder la chirurgie [13, 14,15]. Les résultats de la rééducation comparés à un groupe témoin dans la série de Piya-Anant et al. [16] ont montré dans 72 % des cas l'absence d'aggravation du prolapsus deux ans après la rééducation périnéale contre seulement 27 % des patientes n'ayant pas eu d'aggravation de leurs troubles parmi celles qui n'ont pas été traitées. Ces résultats sont assez proches de ceux de Ghroubi et al. [17] sur sa courte série de 47 femmes.

Dans le travail minaire de Hagen et al. [18], les patientes ayant une rééducation se sont considérées comme améliorées dans 63 % des cas et cette amélioration a été vérifiée objectivement par le Pop-Q dans 45 % des cas (versus aucune amélioration chez les patientes n'ayant pas eu de rééducation). L'association de mesures d'hygiène de vie à la rééducation périnéale dans le cadre du traitement conservateur a permis le maintien de ces bons résultats jusqu'à deux ans après l'arrêt de la rééducation [17].

Chez notre patiente, le cathétérisme intermittent dont l'objectif est d'éviter au maximum les efforts de poussée abdominale et la rééducation périnéale couplée aux mesures d'hygiène de vie ont abouti à une disparition totale de l'incontinence urinaire d'effort et à une amélioration notable de la

musculature périnéale.

Conclusion

La prévalence des PUG chez les femmes ayant une pathologie neurologique reste peu explorée notamment dans le contexte tropical. La rééducation périnéale occupe une place importante dans la prise en charge et permet d'améliorer le vécu des patientes même dans les formes assez sévères.

*Correspondance

Ngor Side Diagne
(ngorsidediagne@yahoo.fr)

Reçu: 16 Avril, 2018; **Accepté:** 11 Mai, 2018; **Publié:** 21 Mai, 2018

¹Service de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle, CHU Fann, Dakar, Sénégal

²Service de Neurologie, CHU Fann, Dakar, Sénégal

³Service de neurologie, CHU de Pikine, Dakar, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2018

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

[1] Muriel K Boreham, Clifford Y Wai and Joseph I Schaffer, Chapter 9 - Pathophysiology of Pelvic Organ Prolapse, In Multidisciplinary Management of Female Pelvic Floor Disorders, edited by Christopher R Chapple, Philippe E Zimmern, Linda Brubaker, Anthony R B Smith and Kari Bø. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1 st Edition, London, 2006: 83-90.

[2] Epidemiology of genital prolapse: observations from the

Oxford Family Planning Association Study. Mant J, Painter R, Vessey M Br J Obstet Gynaecol. 1997 May; 104(5):579-85.

- [3] Effect of vaginal delivery on the pelvic floor: a 5-year follow-up. Snooks SJ, Swash M, Mathers SE, Henry MM Br J Surg. 1990 Dec; 77(12):1358-60.
- [4] Levator trauma after vaginal delivery. Dietz HP, Lanzarone V Obstet Gynecol. 2005 Oct; 106(4):707-12
- [5] The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. Swift SE Am J Obstet Gynecol. 2000 Aug; 183(2):277-85
- [6] Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. Samuelsson EC, Victor FT, Tibblin G, Svärdsudd KF Am J Obstet Gynecol. 1999 Feb; 180(2 Pt 1):299-305.
- [7] Dillon BE, Seideman CA, Lee D, Greenberg B, Frohman EM, Lemack GEA and al. surprisingly low prevalence of demonstrable stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women with multiple sclerosis followed at a tertiary neurogenic bladder clinic. J Urol. 2013 Mar; 189(3):976-9.
- [8] Beevors MA, Lubowski DZ, King DW, Carlton MA. Pudendal nerve function in women with symptomatic utero-vaginal prolapse. Int J Colorectal Dis 1991; 6: 24-8.
- [9] Ho YH, Goh HS. The neurophysiological significance of perineal descent. Int J Colorectal Dis 1995; 10: 107-11
- [10] Porges RF. A Practical System of Diagnosis and Classification of Pelvic Relaxations. Surg Gynecol Obstet 1963; 117: 769-73.
- [11] Baden WF, Walker TA. Genesis of the vaginal profile: a correlated classification of vaginal relaxation. Clin Obstet Gynecol 1972; 15(4): 1048-54.
- [12] 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
- [13] Cosson M, Narducci F, Lamaudie E, Occelli B, Querleu D, Crépin G. Prolapsus génitaux. EMC ; gynécologie ; 290-A-10, 2002, 13p.
- [14] Minaire P, Sabot E, Braize C, Capdepon C, Chevillard J. Rééducation pelvi périnéale. EMC ; Kinésithérapie-Rééducation fonctionnelle ; 26-515- A-10, 1994, 11p.
- [15] Thakar R, Stanton S. Regular review: management of genital prolapse. BMJ 2002; 321:1258-62.
- [16] Piya-Anant M, Therasakvichya S, Leelaphatanadit C, Techtrisak K. Integrated health research program for the Thai elderly: prevalence of genital prolapse and effectiveness of pelvic floor exercise to prevent worsening of genital prolapse in elderly women. J Med Assoc Thai 2003; 86(6):509—15.
- [17] Ghroubi S, Kharrat O, Chaari M, Ben Ayed B, Guerhazi M, Elleuch MH. Apport du traitement conservateur dans la prise en charge du prolapsus urogénital de bas grade. Le devenir après deux ans. Ann Readapt Med Phys 2008; 51(2):96-102.
- [18] Hagen S, Stark D, Glazener C, Sinclair L, Ramsay I. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2009; 20(1):45-51.

Pour citer cet article:

Diagne Ngor Side, Mourabit Salahedine, Diop Marieme Soda et al.
Prolapsus génital associé à une myélite : À propos d'un cas et revue
de la littérature . *Jaccr Africa 2018; 2(2): 198-202.*