

**Faculté de Médecine  
Ecole de Sages-femmes**

**2013-2014**

**Historique de la prise en charge des prolapsus  
génitaux  
De l'Antiquité à nos jours**

**Présenté et soutenu publiquement le 12 juin 2014  
par Selma ZIEMENDORF**

Mémoire dirigé par Yves Aubard  
Professeur, Chef de service  
Hôpital Mère Enfant, Limoges

## Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie mon directeur de mémoire le Pr. Aubard pour l'aide et le temps qu'il m'a consacré.

Je remercie Valerie Gagneraud ma guidante de mémoire pour ses nombreuses relectures et ses conseils avisés.

Je remercie aussi Vincent Fourgeaud, enseignant à l'école de sage-femme de Limoges qui m'a guidée vers ce sujet et encouragée lors de mon arrivée dans cette nouvelle école.

Je souhaite également remercier Mme Jocelyne Bégau, sage femme libérale qui pratique la rééducation abdomino-périnéale par le souffle pour sa relecture.

Je remercie Mme Geneviève Lemâtre, kinésithérapeute pour l'entretien qu'elle m'a accordé.

Enfin, je remercie ma famille, Amélie et Pauline pour leur aide et leurs encouragements.

## Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne :

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

# Table des matières

Introduction .....	8
Partie 1 : Evolution de la prise en charge médicale des prolapsus génitaux de l'Antiquité à nos jours.....	10
La théorie de l'utérus migrateur.....	10
La théorie des humeurs .....	11
La fin de la théorie de l'utérus migrateur ? .....	15
Des découvertes anatomiques.....	15
Une diversification de la prise en charge.....	16
La perte des écrits des anciens ?.....	17
Renaissance de l'anatomie.....	18
Entre modernité et conservatisme.....	19
La théorie des humeurs persiste .....	20
Une hiérarchisation de la prise en charge .....	22
Vers un rationalisme .....	24
Suspension ou soutènement ?.....	26
Définition et classification.....	26
Physiopathologie.....	27
Vers une transformation des traitements médicaux.....	29
Les débuts de la chirurgie .....	32
Les opérations de cloisonnement .....	32
L'opération de Manchester .....	32
Les opérations par voie haute.....	33
Les opérations d'interposition .....	33
Traitement chirurgicaux de la cystocèle.....	34
L'ère de la chirurgie .....	35
Physiopathologie des prolapsus génitaux .....	35
La chirurgie des prolapsus .....	38
Chirurgie de l'étage postérieur.....	39
Chirurgie de l'étage moyen.....	41
Chirurgie de l'étage antérieur.....	42
Chirurgie par voie abdominale .....	43
Les alternatives à la chirurgie.....	44
Les traitements médicaux.....	44
Le renouveau du pessaire .....	44
La rééducation périnéale .....	45
Traitement des troubles associés.....	45
Et dans l'avenir ? .....	46
Discussion .....	47
Partie 2 : Evolution de la prise en charge préventive des prolapsus génitaux de l'Antiquité à nos jours.....	50
L'identification des facteurs de risques.....	50
Une pratique préventive ?.....	53
Les prémisses de la prévention.....	54
La prévention à l'époque moderne.....	55
La rééducation périnéale : un développement des méthodes.....	57
La technique manuelle.....	57
Le biofeedback instrumental .....	57
L'électrostimulation .....	57
Vers l'auto-rééducation périnéale.....	58

Le « stop-pipi » .....	58
Les cônes .....	58
Les boules de geisha .....	59
La sonde Keat® .....	60
La gymnastique périnéale .....	60
Les conseils d'hygiène de vie .....	61
La prévention en obstétrique .....	61
Pendant la grossesse .....	61
En perpartum .....	62
En post partum .....	62
La promotion de l'uro-gynécologie .....	63
Au niveau national .....	63
Les recommandations de pratique clinique .....	63
Les associations .....	63
Les médias .....	64
Discussion .....	66
Conclusion .....	68
Références bibliographiques .....	70
Annexes .....	75
Annexe 1 : schémas des prolapsus génitaux .....	75
Annexe 2 : Extrait des « Œuvres complètes d'Hippocrate : De la nature des femmes » par Emile LITTRE , aux éditions Baillière, 1851. ....	77
Annexe 3 : Cure de prolapsus par voie vaginale .....	79

## Table des illustrations

Figure 1- Hiéroglyphes représentant l'utérus .....	10
Figure 2- Buste d'Hippocrate .....	11
Figure 3- Trousse de chirurgie entourée de ventouses. Marbre d'époque hellénistique.....	13
Figure 4- Succussion par l'échelle .....	14
Figure 5- Système uro-génital féminin selon Vésale .....	18
Figure 6- Représentation de la théorie des humeurs .....	20
Figure 7- La Saignée. Gravure (XVIIe siècle) d'Abraham Bosse.....	21
Figure 8- Pessaire en liège.....	22
Figure 9- Schéma d'utilisation du pessaire .....	25
Figure 10- Fig. 154 : pessaire en bondon ; Fig. 155 : pessaire en huit de chiffre ; Fig. 156 : pessaire à pétiole .....	30
Figure 11- Réduction d'un prolapsus à l'aide de pessaires .....	30
Figure 12- Coussin périnéal de Bourgeaud .....	31
Figure 13- Interposition de l'utérus .....	33
Figure 14- Colporraphie de Sim.....	34
Figure 15- Théorie de la répartition et de l'absorption des forces selon Kamina et Zacharin.....	37
Figure 16- Sacrospinofixation de Richter: exposition du ligament sacroépineux. ....	40
Figure 17- Intervention de Richardson. Possibilité de fixation de l'utérus au ligament sacroépineux par l'intermédiaire de l'artifice des bandelettes vaginales (1) ou directement sur les ligaments utérosacrés (2).....	41
Figure 18- Prothèse sous vésicale.....	42
Figure 19- Technique de promontofixation à double bandelette .....	43
Figure 20- Représentation des types de prévention.....	56
Figure 21- Cônes de rééducation. ....	59
Figure 22- Boules de Geisha pour rééducation périnéale .....	60
Figure 23- Accroche-porte de la 4e semaine nationale de l'incontinence.....	64
Figure 24- Cystocèle .....	75
Figure 25- Hysteroçèle .....	75
Figure 26- Rectocèle .....	75
Figure 27- Elytroçèle .....	76
Figure 31- Extrait en grecque des « Oeuvres complètes d'Hippocrate : de la nature des femmes » .....	77
Figure 32- Extrait des « Oeuvres complètes d'Hippocrate : de la nature des femmes » p.317 au sujet de la saillie de matrice et de la chute complète de matrice.....	78
Figure 28- Rectocèle stade 1.....	79
Figure 29- Cystocèle stade 3.....	79
Figure 30- Hysteroçèle stade 2.....	80
Figure 33- Hystérectomie voie basse .....	80
Figure 34- Dissection de la cloison vésico-vaginale et exposition de la vessie .....	81
Figure 35- Pose de la prothèse antérieure par voie transobturatrice.....	81

Figure 36- Sacrospinofixation de Richter .....	82
Figure 37- Temps postérieur: épisiorraphie .....	82

## Introduction

En marge des techniques « classiques » de rééducation périnéale, il existe des méthodes aujourd'hui moins répandues mais utilisées à d'autres époques telles que l'utilisation des boules de geisha, de cônes vaginaux ou la pratique de la gymnastique périnéale. Ces techniques de rééducation périnéale sont de plus en plus plébiscitées par les patientes, attirées par leur facilité d'utilisation. Des sites internet commerciaux spécialisés dans la rééducation périnéale fleurissent, vantant les mérites de ces méthodes s'inspirant de pratiques ancestrales.

Ces techniques de rééducation font penser que la problématique des dysfonctionnements périnéaux est ancienne et a soulevé l'attention de tout temps même si les moyens de prise en charge ont beaucoup varié.

Mes premières recherches se sont intéressées à l'histoire de la rééducation périnéale dans le post-partum en Occident depuis l'Antiquité en recherchant l'origine et l'évolution de cette rééducation.

Il apparaît de ces premières recherches que le prolapsus utérin ou hystérocèle a été le premier dysfonctionnement périnéal décrit, dès le temps des pharaons. A l'origine sa cause n'était pas rattachée au plancher périnéal. Au cours du 19<sup>ème</sup> siècle la connaissance de la physiopathologie des dysfonctionnements périnéaux progresse et identifie le rôle du périnée dans les prolapsus. L'histoire de la rééducation périnéale et des dysfonctionnements périnéaux a donc débuté par la prise en charge des prolapsus génitaux<sup>1</sup> (voir annexe 1) et en particulier l'hystérocèle.

Nous avons pu dégager la problématique suivante : **Comment a évolué la prise en charge des prolapsus génitaux depuis l'Antiquité en Occident ?**

Notre travail de recherche pour répondre à cette problématique repose sur une analyse bibliographique qui porte sur trois versants :

- Historique : la principale source est la base de données numérisée « Gallica » de la bibliothèque nationale de France où nous avons effectué une recherche par auteur. Les auteurs sélectionnés sont des médecins ou sages femmes qui ont marqué l'histoire de la gynécologie-obstétrique.
- Scientifique : basée sur la recherche de données récentes sur la prise en charge médicale et la prévention des prolapsus.
- Et enfin sociologique afin de corréliser les données purement historiques aux caractéristiques sociales de l'époque.



Dans la première partie de ce mémoire nous exposerons l'historique de la prise en charge thérapeutique des prolapsus génitaux. **Nous avons émis l'hypothèse que des traitements des prolapsus génitaux ont été recherchés depuis l'Antiquité. Cette première partie de mémoire aura aussi pour finalité de montrer si la prise en charge est en lien avec la pensée médicale de son époque et les connaissances en physiopathologie.**

Devant le constat d'une diversification des moyens rééducatifs pouvant être utilisés à domicile, sans prescription et l'importance grandissante qu'accorde notre société à la préservation de la santé, nous pouvons également nous interroger sur les moyens de prévention des prolapsus génitaux. C'est pourquoi dans une deuxième partie nous exposerons l'évolution de la prévention de cette pathologie. **Notre hypothèse de recherche sous-tend que la prévention des prolapsus comme complication du post-partum n'a pas évolué depuis l'Antiquité.**

Ce mémoire cherchera finalement à faire un état des lieux de l'histoire des prolapsus génitaux à travers leur prise en charge thérapeutique mais aussi de leur prévention.

---

<sup>1</sup> Le prolapsus génital correspond à un déplacement des organes pelviens (vessie, utérus et rectum) au travers de l'orifice vaginal. Il regroupe plusieurs pathologies en fonction de l'organe concerné par la ptose :

- Hystérocèle : Prolapsus de l'utérus
- Cystocèle : Prolapsus de la vessie.
- Rectocèle : Descente du rectum dans le vagin.
- Elyrocèle : Prolapsus du cul de sac de Douglas
- Colpocèle : Prolapsus du fond vaginal.

Les prolapsus génitaux sont dus à une défaillance des structures de soutien et de soutènement des organes pelviens dont la grossesse et l'accouchement sont le principal facteur de risque.

# Partie 1 : Evolution de la prise en charge médicale des prolapsus génitaux de l'Antiquité à nos jours

## La théorie de l'utérus migrateur

L'antiquité succède à la préhistoire par l'invention de l'écriture en Mésopotamie et en Egypte permettant ainsi le recours à des données sur les pratiques médicales et obstétricales des premières civilisations.

La médecine égyptienne était très réputée dans l'Antiquité. Les égyptiens ont rationalisé l'exercice de la médecine en classant les maladies par spécialité. La pratique de l'embaumement leur a permis de bénéficier de connaissances rudimentaires en anatomie. Ainsi, ils savaient établir un diagnostic après un interrogatoire et un examen complet. La maladie était cependant souvent attribuée à des esprits malfaisants qu'il fallait combattre par des rituels sacrés. Les traitements reposaient sur la pharmacopée qui combinait une efficacité matérielle à un pouvoir symbolique et magique.

Le domaine de la gynécologie obstétrique était réservé aux sages-femmes qui enseignaient oralement leur art dans des temples. Plusieurs papyrus nous fournissent cependant des informations sur les maladies des femmes. L'utérus y est représenté comme un utérus de génisse bicolore. (1) Le vagin et la vulve sont différenciés et portent des noms distincts. Le toucher vaginal et la palpation abdominale étaient pratiqués lors de l'examen.

Le papyrus de Kahoun datant de 2000 av. J.C. et le papyrus Ebers datant de 1550 av. J.C. font mention de nombreuses maladies trouvant leur origine dans une mauvaise position de la matrice<sup>1</sup>.

En l'absence de lésions visibles on attribuait de nombreux troubles chez la femme au déplacement utérin. Ces déplacements relèvent en partie du symbolisme.

Le prolapsus était diagnostiqué probablement par le toucher vaginal. (2) Des traitements sont décrits pour replacer l'utérus. Il consiste à inciter l'utérus à revenir à sa place plus qu'à le contraindre mécaniquement. À cet effet la pharmacopée est utilisée sous la forme de fumigations<sup>2</sup>, d'injections vaginales ou de pessaires<sup>3</sup>. Des fumigations d'odeur



Figure 1- Hiéroglyphes représentant l'utérus

Source: LEROY F. Histoire de naître. De Boeck ; 2002. P 38

<sup>1</sup> Mot latin pour *utérus*

<sup>2</sup> Remèdes jetés sur des pierres chauffées ou des charbons

agréable sont utilisées pour attirer l'utérus et des substances d'odeur fétide pour le repousser. Ils sont appliqués aux narines ou au vagin.

Le post-partum fait l'objet de soins attentifs, décrits dans le papyrus Ebers. Les femmes reçoivent de multiples prescriptions : breuvages, injections vaginales...

La médecine égyptienne, imprégnée de pratiques « magico religieuses », sera à la source du savoir grec.

## La théorie des humeurs

Les grecs sont considérés comme les fondateurs de la médecine moderne. Peu à peu la médecine se dissocie de la magie pour devenir plus rationnelle. On recherche des origines naturelles aux maladies.

Le père fondateur de cette nouvelle médecine est Hippocrate qui enseigna sur l'île de Cos vers 440 av. J.C. La santé était décrite comme la résultante de l'équilibre des humeurs, auxquelles un élément et un tempérament sont attribués (3):

- le flegme ou pituite (eau, froid et humide). Cette humeur donne le tempérament flegmatique.
- le sang (air, chaud et humide). Elle donne le tempérament sanguin.
- la bile (feu chaud et sec). Elle donne le tempérament bilieux.
- l'atrabile ou mélancolie (terre, froid et sec). Elle donne le tempérament atrabilaire ou mélancolique.



Figure 2- Buste d'Hippocrate

Source: <http://www.trillermusee.fr>

La maladie est la conséquence d'un excès, d'une insuffisance ou d'un déplacement d'humeur. Par essence, la femme est considérée d'un tempérament

qui associe froideur et humidité. Le corps féminin est plus apte à se gorger de fluides et comparable à une étoffe spongieuse : la laine (4). Les médecins hippocratiques recherchent

<sup>3</sup> Le mot pessaire ou pessus est un terme médical désignant tout type de médicament devant être introduits dans le vagin ou dans l'anus

également des causes environnementales à la maladie. La thérapeutique avait pour but de remédier à l'excès d'humeur en la déplaçant ou en permettant son évacuation. La pharmacopée est très utilisée, souvent dans un but « purgatif » mais d'autres procédés apparaissent tel que le régime alimentaire, des procédés physiques variés et la chirurgie se développe. Les connaissances de la médecine hippocratique restaient cependant limitées par le fait que la dissection n'était pas pratiquée. Parallèlement à l'école hippocratique, la ville antique d'Alexandrie abrita durant le troisième siècle une célèbre école de médecine pratiquant des dissections du corps humain, Hérophile<sup>4</sup> fut un de ses premiers grands anatomistes. Il décrit de façon élémentaire l'anatomie de l'utérus et des ovaires. Il en décrit la situation et les rapports anatomiques. Hippocrate et Hérophile pensaient que le prolapsus correspondait à une descente de l'orifice utérin et non de la matrice dans son entier. (5)

Les sages-femmes furent longtemps les seules praticiennes de la gynécologie-obstétrique de la Grèce antique. À la période post-hippocratique, la pratique de la médecine était réservée aux hommes. Les traités hippocratiques font cependant état de connaissances dans le domaine des maladies des femmes, probablement rapportées par des sages-femmes.

Les connaissances anatomiques rudimentaires ne font cependant pas abandonner à l'école hippocratique la notion d'utérus migrateur, responsable de nombres d'affections décrites déjà dans les papyrus égyptiens. La nouveauté réside dans la recherche de causes « naturelles », en rapport avec la théorie des humeurs. Les mouvements de la matrice semblent obéir à une logique mécanique et hydraulique. Les migrations de la matrice sont dues à sa sensibilité particulière aux variations de chaleur et d'humidité, ainsi qu'aux odeurs. Ainsi la matrice peut se déplacer dans l'abdomen à la recherche d'humidité et causer l'hystérie si elle comprime le foie. (6) (7)

Dans *Les maladies des femmes et de la Nature des femmes*, œuvres d'Hippocrate, plusieurs types de déplacements de l'utérus sont décrits : la *procidence ou chute complète de la matrice* (8) et la *chute ou saillie de la matrice* (8) (9). (voir annexe 3)

Hippocrate décrit également des troubles associés à la chute de matrice : dysurie, incontinence d'effort et douleur.

Différents types de traitements sont proposés. Il repose dans le cas des chutes simples de la matrice en grande partie sur la pharmacopée. La matrice étant attirée par les odeurs, des fumigations aromatiques seront faites au niveau des narines et des fumigations

---

<sup>4</sup> IV-IIIe siècle avant J.C

fétides sous les parties génitales. On voit ici que la théorie de l'utérus migrateur de l'Egypte antique persiste. La théorie des humeurs a également sa place dans la pharmacopée puisque que la matrice étant sensible à la chaleur, des cataplasmes froids de myrte<sup>5</sup> et de raclure de lotus<sup>6</sup> peuvent être appliqués sur les parties génitales. Le traitement comprend également un régime alimentaire ayant dans un premier temps une action vomitive<sup>7</sup> « *afin que la matrice soit retirée vers le haut* » (9). Dans un deuxième temps le régime doit être à base d'aliments émoullissants<sup>8</sup> et froids et éviter les aliments acres et salés. Les conseils d'hygiène apparaissent, ils consistent à proscrire les bains et le coït.

Par ailleurs des procédés mécaniques font leur apparition : il est conseillé à la femme de surélever les pieds de lit. Le traitement de la *chute complète de matrice* fait appel à davantage de procédés physiques que la chute simple. Ainsi Hippocrate conseille dans un premier temps la réduction de la matrice manuellement puis il décrit l'usage d'un pessaire sous forme d'une éponge molle trempée dans le vin « *qu'on appliquera et qu'on maintiendra par un bandage se fixant aux épaules* » (9). C'est là la première description de l'usage du pessaire dans le traitement du prolapsus.

Hippocrate conseille également l'application de ventouses<sup>9</sup> à flammes vives au niveau des lombes ou de l'ombilic.



Figure 3- Trousse de chirurgie entourée de ventouses. Marbre d'époque hellénistique

Source: [www.culture.ulg.ac.be](http://www.culture.ulg.ac.be)

<sup>5</sup> Les propriétés du myrte en phytothérapie: Bactéricide, balsamique, astringent, sédatif, tonique, antiputride, stomachique.

<sup>6</sup> Les propriétés du lotus en phytothérapie : astringent, légèrement hémostatique

<sup>7</sup> Les vomissements artificiels dans la médecine hippocratique avaient des propriétés de purgations des humeurs. Ils étaient très employés par Hippocrate qui les conseillaient dans le régime de la personne saine ainsi que dans de nombreuses maladies chroniques.

<sup>8</sup> Ayant pour propriété d'amollir et de détendre les tissus de l'organisme

<sup>9</sup> Récipient en forme de cloche destiné à soigner en induisant une « *révulsion* », par effet de succion sur la peau. Le traitement par ventouses se base sur la théorie des humeurs. Faites en terre cuite, en bois, en bambou, en métal, en corne d'animaux, et plus tard en verre. Dans la Grèce antique, il existait même un Dieu des ventouses.

Si ce traitement n'était pas efficace, la succussion à l'échelle, pratique consistant à attacher la femme par les pieds à une échelle, la tête en bas pendant un jour est également préconisée par Hippocrate. Les jambes de la femme étaient ensuite croisées et attachées pendant un jour et une nuit. Les boissons étaient limitées pendant 7 jours à une décoction d'orge.<sup>10</sup>

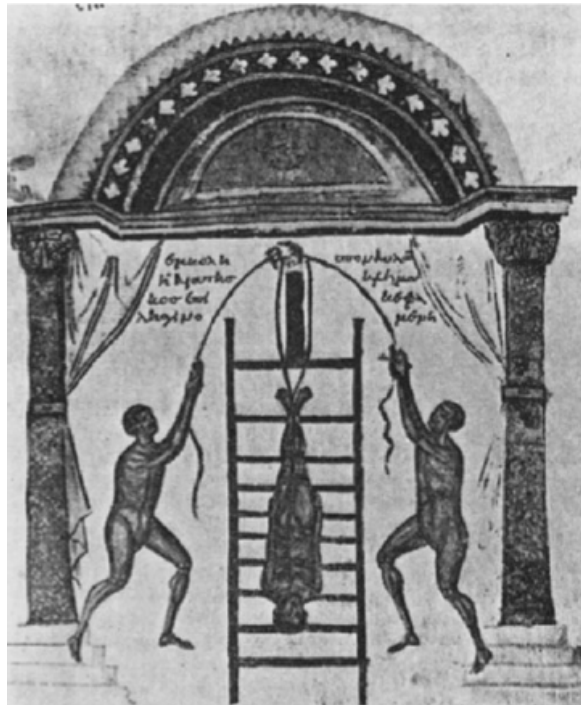


Figure 4- Succussion par l'échelle

Source: Surgical treatment of pelvic organ prolapse: a historical review with emphasis on the anterior compartment E. J. M. Lensen & M. I. J. Withagen & K. B. Kluivers & A. L. Milani & M. E. Vierhout; The International Urogynec

On peut également citer de façon plus anecdotique le traitement proposé par Dioclès, médecin grec du 4<sup>ème</sup> siècle av. J.-C. Il consistait à insuffler de l'air au moyen d'un soufflet de forge pour remettre la matrice en place, puis à introduire dans le vagin un pessaire sous forme de grenades pelées et trempées dans le vinaigre. (9)

<sup>10</sup> La décoction d'orge, ou *ptisane* était le régime de base des malades pour Hippocrate. Cette décoction a des effets émoullients et diurétiques.

## La fin de la théorie de l'utérus migrateur ?

La médecine de la Rome antique hérite en grande partie de la médecine de la Grèce antique. Des avancées dans le domaine thérapeutique seront faites grâce aux médecins grecs qui introduisirent leurs connaissances aux médecins de la Rome antique.

La thérapeutique s'enrichit de la thériaque, des cures thermales et de la saignée. De grandes avancées dans le domaine de l'anatomie sont faites bien que la dissection de cadavres humains ait été prohibée par le droit romain. Une partie de ces avancées est donc importée des grecs de l'école d'Alexandrie.

C'est à cette époque que les médecins vont s'intéresser à la gynécologie-obstétrique, pratique alors réservée aux sages-femmes.

La prise en charge du prolapsus va suivre le développement des connaissances en physiopathologie. Nous pouvons noter que plusieurs théories s'affrontent concernant sa définition (5):

- Les partisans du fait que le prolapsus consiste en un abaissement de l'ensemble de la matrice.
- Les partisans d'Herophile et Hippocrate pensent que seul le col utérin s'affaisse<sup>11</sup>
- D'autres supposent que « *c'est tantôt sa tunique externe, tantôt sa tunique interne qui se prolabe* »
- Et ceux qui pensaient que le prolapsus consiste en un retournement de la matrice partiel ou total.

## Des découvertes anatomiques

À cette date, la distinction entre inversion utérine et prolapsus n'est pas clairement définie.

Des avancées anatomiques sont réalisées grâce notamment à Arétée de Cappadoce, médecin du 1<sup>ier</sup> siècle avant J.C. Il eut le mérite de démontrer que les prolapsus utérins relevaient d'un relâchement des ligaments de l'utérus et compara les ligaments larges de l'utérus aux voiles d'un navire. (10) Cette description est la première trace retrouvée de la description des moyens de suspension de l'utérus. Cependant, cette description ne fait pas évoluer l'idée ancestrale d'un utérus migrateur dans la mesure où les ligaments ne forment pas un obstacle aux voyages de la matrice pour son auteur. Dans son traité des *Signes et*

---

<sup>11</sup> L'allongement hypertrophique isolé du col utérin est une entité anatomique rare, Ainsi il représente seulement 3,7 % (20/535) des prolapsus opérés à l'Hôtel Dieu de Paris entre 1990 et 2001. (104) Dans cette étude le col était défini comme allongé lorsque ses dimensions étaient supérieures à 25 mm.

causes des maladies aiguës, Arétée de Cappadoce reprend cette notion d'animal capricieux :

*"Au milieu des os coxaux de la femme est placée la matrice, viscère féminin, presque animalisé, car il se meut de lui-même çà et là vers les flancs, se porte tantôt vers les parties supérieures sous le cartilage du sternum, tantôt vers les côtés, à droite ou à gauche, vers le foie ou les viscères abdominaux, tantôt, et plus volontiers encore, vers les parties inférieures, et pour le dire en un mot, c'est un organe tout vagabond. Il est agréablement affecté par les bonnes odeurs et va au devant d'elles; il supporte au contraire les mauvaises avec peine et les fuit. Au total la matrice est chez la femme comme un être vivant dans un autre". (6)*

Galien<sup>12</sup>, apporte également une description des ligaments utérins. Il décrit les ligaments utéro-sacrés comme élastiques mais pouvant suspendre l'utérus aux vertèbres lombaires ainsi que les ligaments larges, qui attachent l'utérus aux grands muscles lombaires<sup>13</sup>. (11) Il donne une explication à la migration de la matrice :

*« Tous ces liens sont lâches pour permettre à l'utérus de grandes variations de position et de forme ». (11)*

C'est ainsi que la notion de l'utérus migrateur sera réfutée. Il attribue cette théorie ancienne à *« Ceux qui ignorent ce que révèlent les dissections, qui n'ont jamais considéré les facultés naturelles ou volontaires »*. (12)

Ce concept est partagé par Soranos d'Ephèse<sup>14</sup>, considéré comme le fondateur de l'obstétrique. Dans son traité des *Maladies des femmes* il critique les médecins qui *« en sont encore à imaginer que la matrice, étant un être vivant, fuit les mauvaises odeurs et se porte vers les bonnes »*. (5) Pour ce médecin, les étiologies sont en rapport soit avec une rupture soit avec un relâchement des ligaments utérins. (5)

### **Une diversification de la prise en charge**

L'évolution des causes rattachées au prolapsus ne fait que peu évoluer la prise en charge du prolapsus. (5) La pharmacopée tient toujours une place importante du traitement : pessaires de laine imbibés de différentes substances d'origine végétale (oxycrat, suc d'acacia, hypociste mélangé à du vin), éponges imbibées ou cataplasmes appliqués sur le bas ventre, l'abdomen, le pubis et les lombes (dattes, farines d'orge, peaux de grenades et

---

<sup>12</sup> Né à Pergame vers 129<sup>2</sup>, et mort en 201, Soranos est un médecin grec de l'Antiquité. Considéré comme l'un des pères de la pharmacie, il a eu une influence durable sur la médecine.

<sup>13</sup> Les ligaments de l'utérus sont en réalité plus nombreux : ligaments larges, ligaments utero-sacrés, ligaments ronds, ligaments pubo-vésicaux, ligaments vésico-utérins

<sup>14</sup> Médecin grec émigré à Rome, disciple de l'école méthodiste



lentilles dans de l'oxymel). Un régime est également prescrit à la femme atteinte de prolapsus : en début de traitement il repose sur trois jours de jeûn, puis par la suite sur une nourriture simple et peu abondante.

Cependant de nouveaux moyens thérapeutiques apparaissent : bains de siège d'eau mélangée à des végétaux (vin rouge, décoction de ronce, myrte, lentisque, peaux de grenades), lavages à l'eau chaude pure en cas d'inflammation ou encore une saignée.

Les procédés physiques évoluent : le pessaire de laine remplace l'éponge ou la grenade et la succussion à l'échelle est arrêtée car jugée « *insupportable* ». La réduction du prolapsus et l'application de ventouses près du nombril et des flancs sont toujours pratiquées.

Soranos avait observé que le prolapsus gênait souvent à la bonne évacuation des selles et urines et propose l'utilisation d'un clystère et d'un cathéter pour les évacuer. Soranos effectue également la première description d'une hystérectomie totale :

« *Si la matrice a partiellement noirci pour être restée à l'extérieur trop longtemps, on a beau raconter que certaines femmes ont vécu jusqu'au bout avec une matrice prolabée, il faut recourir aux spécifiques de l'ulcération propageante, ou, sinon, exciser la partie noircie, puisqu'aussi bien nous excisons un lobe hépatique ou pulmonaire qui a noirci en raison d'une hernie. Si la matrice est entièrement devenue noire il faut pratiquer l'excision totale* »  
(5)

### **La perte des écrits des anciens ?**

L'effondrement de l'empire romain au 5<sup>ème</sup> siècle amène à une scission entre Orient et Occident. Dès lors on assiste à une longue stagnation du savoir médical, voire même un recul en obstétrique.

La médecine arabe a occupé entre le 7<sup>ème</sup> et le 13<sup>ème</sup> siècle une position prépondérante dans le domaine des sciences et de la médecine. Les médecins arabes ont conservé le savoir de l'Antiquité et particulièrement diffusé les œuvres de Galien. Plusieurs médecins, tels qu'Avicenne, Rhazes, Abulcasis ont cependant traité des affections utérines, mais ils n'ont ajouté que peu de nouvelles données scientifiques. (13)

On doit cependant à Avicenne médecin et philosophe arabe du 11<sup>ème</sup> siècle, d'avoir donné dans son « *Canon de la médecine* » une description très précise du prolapsus et de l'inversion utérine, permettant de différencier ces deux pathologies. (14)

Parallèlement en Occident, la religion chrétienne va donner une signification nouvelle à la maladie : elle est un mal nécessaire, infligée par Dieu. Cette conception va mener à un « engourdissement » de la médecine. Bien que les textes médicaux de l'Antiquité soient conservés, ils sont entre les mains des clercs dans les monastères. L'exercice de ces « moines médecins » repose sur un mélange de connaissances et de mysticisme. Le fonctionnement des organes est rattaché à un astre, et les troubles à des considérations astrologiques. Il semblerait qu'il y ait eu une transmission de la médecine antique en Occident par voie orale, car certains remèdes persistent. La pratique obstétricale reste l'art des sages-femmes et garde un caractère magico religieux.

Au 13<sup>ème</sup> et 14<sup>ème</sup> siècle les premières universités sont créées en Europe (Bologne , Montpellier) permettant un renouveau intellectuel : elles produisent des médecins et chirurgiens mais peu spécialisés dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie. Cependant une réintroduction résumée de l'œuvre de Soranos d'Ephèse sera faite par Moschion.

La prise en charge des prolapsus génitaux n'a donc pas évolué au cours du moyen âge, la pensée médicale n'étant pas propice au développement des sciences. La théorie ancienne de l'utérus migrateur semble avoir persisté malgré la réintroduction de l'œuvre de Galien et de Soranos d'Ephèse.

## Renaissance de l'anatomie

La période de la Renaissance est marquée par le développement de l'imprimerie permettant la diffusion du savoir médical. Les textes antiques originaux seront réintroduits aux dépens des textes de Galien et de leur interprétation par les Arabes. Cependant l'anatomie a évolué rapidement grâce aux autorisations des dissections. Mais les traditions chrétiennes restent très présentes et les « maladies des femmes » peu étudiées.

André Vesale, anatomiste bruxellois, considéré par de nombreux historiens des sciences comme le plus grand anatomiste de la Renaissance se base sur les observations de dissections. Dans son

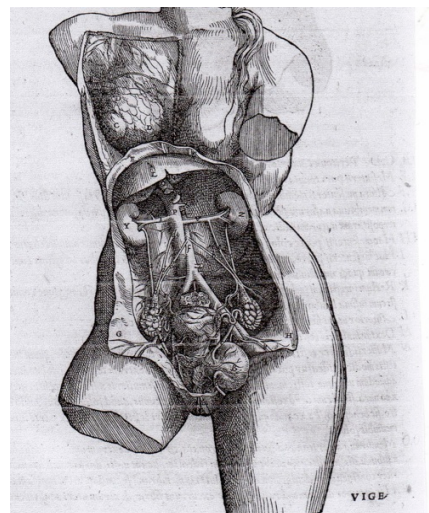


Figure 5- Système uro-génital féminin selon Vésale

Source:<http://www.world-docphytoplus.com>

ouvrage d'anatomie, *De humani corporis fabrica*, il est le 1<sup>er</sup> à décrire les muscles du périnée : les muscles bulbo- et ischio- caverneux, les releveurs de l'anus, son sphincter, ainsi que le muscle transverse du périnée. Il admet au col de la vessie un sphincter sous la forme d'un anneau allongé, placé autour de la portion membraneuse du canal de l'urètre. (15) Cependant les fonctionnalités des muscles releveurs de l'anus ne sont pas décrites. Ces observations ne vont pas déboucher sur une nouvelle conception de la physiopathologie du prolapsus.

On retrouve à la Renaissance quelques traces de traitement du prolapsus. Ainsi, Caspar Stromayr<sup>15</sup> offre dans sa « *Practisa Copiosa* » une illustration d'un prolapsus réduit à l'aide d'un pessaire, fait à partir d'une éponge recouverte de cire et trempée dans le beurre. (16)

Berengario da Carpi, médecin italien, parmi les plus importants anatomistes modernes avant l'ère d' André Vésale aurait également pratiqué des hystérectomies en induisant une ischémie de l'utérus prolapsé en le nouant avec une ficelle pendant plusieurs jours. La lésion était ensuite soignée par une mixture de vin, miel et d'aloë vera.<sup>16</sup> (17)

Parallèlement, en 1513 le premier traité d'obstétrique « Le jardin des roses des femmes enceintes et des sages-femmes » est imprimé. Son auteur, Eucharius Rösslin diffuse largement les auteurs de l'Antiquité par la popularité que connaîtra son ouvrage. Suite au long recul des connaissances au Moyen âge, cette diffusion du savoir des anciens constitue un des principaux progrès de la Renaissance.

## **Entre modernité et conservatisme**

Le 17<sup>ème</sup> siècle voit de grandes mutations dans la pensée médicale et le mouvement des sciences en général. Il est marqué par des découvertes anatomiques et physiologiques fondamentales. Cependant la théorie des humeurs connaît un regain de popularité depuis la Renaissance. La saignée, visant à rééquilibrer les humeurs est le traitement de première intention au cours du 17<sup>ème</sup> siècle. En gynécologie-obstétrique les progrès sont encore lents au début du siècle. En effet seules quelques sages-femmes des villes sont instruites. Dans les campagnes les matrones n'ont pas de connaissances obstétricales autres que celles acquises par leur expérience. Les chirurgiens intervenant lors des complications des accouchements, tel Jacques Guillemeau, chirurgien élève et gendre d'Ambroise Paré, puisent leur savoir dans les textes de l'Antiquité et n'apportent pas de réelles nouveautés.

---

<sup>15</sup> Chirurgien barbier allemand du 16<sup>ème</sup> siècle, auteur de la *Practisa Copiosa*, ouvrage de chirurgie de 1559 agrémenté de 186 planches d'illustrations.

<sup>16</sup> Cette mixture aurait des propriétés hémostatique, anesthésique, bactéricide, cicatrisante et anti-inflammatoire.

C'est dans la seconde partie du 17<sup>ème</sup> siècle que l'obstétrique connaît un grand essor par la prise en charge des femmes par des chirurgiens instruits. François Mauriceau, homme accoucheur, sera ainsi à l'origine de grands progrès de la médecine des femmes. Louise Bourgeois Boursier, célèbre sage femme fait figure d'exception en son temps. Elle est la première femme en Occident à publier un manuel d'accouchement. Ces trois auteurs ont traité du prolapsus dans leurs différents ouvrages.

### La théorie des humeurs persiste

Bien que les 16<sup>ème</sup> et 17<sup>ème</sup> siècles soient à l'origine de grands progrès en anatomie et en physiologie, les conceptions des causes du prolapsus ne sont pas novatrices.

Jacques Guillemeau, consacre un chapitre aux mouvements de la matrice dans son traité « *De la grossesse et de l'heureux accouchement des femmes* ». Ce chirurgien réfute la théorie de l'utérus migrateur et soutient la thèse de Galien qui explique les mouvements de la matrice par l'action de ligaments, veines et artères qui se gonflent ou s'accourcissent et déplacent la matrice. (18) Plus tard François Mauriceau attribuera plus spécifiquement la descente de matrice à un relâchement des ligaments larges. (19)

Dans un autre chapitre les déplacements de la matrice en général sont mis en lien avec :

- « *la trop grande plénitude* »<sup>17</sup>
- « *la cacochymie* »<sup>18</sup>
- « *une maligne vapeur* »<sup>19</sup>



Figure 6- Représentation de la théorie des humeurs

Source : <http://passion-medievale.com>

<sup>17</sup> La « *plénitude* » dans la théorie humorale de l'époque moderne est liée à un excès de sang dans les vaisseaux. Le traitement était la phlébotomie ou saignée. (105)

<sup>18</sup> Elle correspond à une dépravation des humeurs qui deviennent plus chaude ou plus froides, plus sèches ou plus humide, plus aigres, plus acres, plus douces, plus salés. Le traitement était la purge.

<sup>19</sup> C'est une exhalaison supposée monter du sang et des autres humeurs jusqu'au cerveau. Le traitement était une eau de langue.

François Mauriceau reconnaît également des causes internes à la descente de matrice, il évoque lui aussi la « *trop grande humidité* » qui a pour cause de relâcher les ligaments. (18) La théorie des humeurs explique à nouveau les déplacements de la matrice.

Bien que Jacques Guillemeau ne les cite pas dans son ouvrage, il est probable que le traitement du prolapsus comportait des saignées, purges ou eau de langue visant à rééquilibrer les humeurs comme il était courant à l'époque.

Nous pouvons ainsi constater qu'il n'y a pas d'évolution notable sur plus d'un millénaire dans les causes rattachées au prolapsus.

Parallèlement, Peyer, un médecin accoucheur Suisse donne au 17<sup>ème</sup> siècle la première description de la cystocèle. Il fut ainsi le premier à reconnaître que le prolapsus de la vessie pouvait exister au même titre que celui de l'utérus. (20)



Figure 7- La Saignée. Gravure (XVIIe siècle) d'Abraham Bosse

Source : Bibliothèque nationale de France, Paris.

## Une hiérarchisation de la prise en charge

La prise en charge des prolapsus évolue au cours du 17<sup>ème</sup> siècle. La pharmacopée devient moins prépondérante au profit des moyens mécaniques. Les pessaires deviennent le traitement de premiers recours. Il est important de noter que si le prolapsus et l'inversion utérine sont deux pathologies différenciées dans leur description, leur prise en charge reste identique.

Guillemeau décrit au début du 17<sup>ème</sup> siècle un traitement au prolapsus très semblable à celui décrit par Soranos d'Ephese dans l'antiquité romaine (18)

- Une première étape de remise en place
- Une deuxième étape visant à retenir la matrice. À cet effet, François Guillemeau décrit un pessaire, utilisé dans un but mécanique, qui a « *cette force de retenir ladite matrice en haut* ». Il recommande également l'utilisation de ventouses sur les flancs, de fumigations fétides aux narines et « *bonnes senteurs en bas* ». Ce traitement est opposé à celui préconisé par les anciens.
- Une troisième étape ayant pour objectif de fortifier la matrice en usant de pessaires, parfums, fumigations et injections.

Louise Bourgeois dans ses « *Observations* », traite également des chutes ou relaxations de la matrice. Son chapitre se différencie de ses prédécesseurs par le fait qu'il est moins théorique, s'appuyant sur des cas cliniques.

Louise Bourgeois préconise également la réduction du prolapsus suivie de l'utilisation de sachets astringents<sup>20</sup> et de pessaires. Pour la fabrication du pessaire elle conseille l'utilisation de liège percé au milieu, entouré de cire. (21)  
Louise Bourgeois préconise

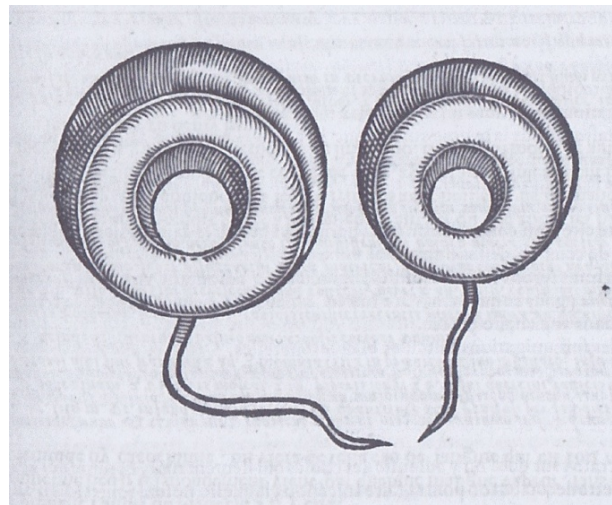


Figure 8- Pessaire en liège

Source: BOURGEOIS, LOUISE. *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements, et maladies des femmes et enfants nouveau-nés*. Paris : Côté femmes. 1992.

<sup>20</sup> L'astringence est une propriété de certaines substances de produire une crispation des muqueuses. Les produits astringents ont un effet vasoconstricteur sur les muqueuses.

également l'application d'un bandage du bassin chez la femme ayant présenté une chute de matrice pendant la grossesse ou après l'accouchement.

François Mauriceau, en sa qualité de premier accoucheur de la Maternité de Paris, traite dans son « *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées* » de la prise en charge du prolapsus pendant la grossesse.

Dans son chapitre consacré entre autres aux remèdes des parties basses il réfute la prise en charge par le bandage après l'accouchement décrite par les sages-femmes pour « *relever la matrice* ». Il affirme :

« *Ce bandage et ses compresses ne peuvent avoir aucune prise pour relever la matrice ainsi qu'elles s'imaginent, d'autant que son fond, qui est la principale partie est vague dans l'hypogastre, ce qui est appliqué sur le ventre ne peut point la tenir stable et sujette* ». (19)

Il existe une divergence de point de vue dans la prise en charge du prolapsus entre les différents acteurs de la santé des femmes.

François Mauriceau consacre également un chapitre à la descente de matrice chez la femme enceinte. (19) Il décrit cette pathologie comme fréquente et handicapante en raison de la douleur qu'elle provoque lors des mouvements ou des relations sexuelles ainsi que des troubles urinaires qui lui sont souvent associés. Il recommande une abstention de thérapeutique jusqu'à l'accouchement. Il préconise un moyen contrecarrant à l'hyperpression utérine : une contention de l'abdomen à l'aide d'un linge ou par la femme elle-même, afin de maintenir le ventre relevé. Il recommande également le port d'habits larges pour ne pas augmenter la pression sur l'utérus.

Le traitement proprement dit est différé au post-partum où « *vidée et déchargée de son fardeau* », les ligaments sont plus faciles à fortifier et les pessaires tiennent mieux en place. Cependant il émet une exception à cette abstention de traitement pendant la grossesse pour les femmes chez qui la descente apparaît précocement et pour celles ayant accouché prématurément pour leurs grossesses précédentes du fait de la douleur et de la rétention d'urine. Cette prise en charge apparaît comme plus personnalisée, prenant en compte les antécédents des patientes.

## Vers un rationalisme

Le 18<sup>ème</sup> siècle ou « siècle des Lumières » marqué par une intense activité intellectuelle des écrivains et des philosophes se caractérise par une remise en question des connaissances traditionnelles. Dans ce contexte « *l'Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers* », première encyclopédie française synthétise les connaissances de son temps, s'opposant à l'obscurantisme religieux. La médecine du siècle des lumières a été marquée par le développement de la physiologie et de l'anatomie pathologique grâce à l'essor de l'expérimentation et au développement des sciences fondamentales.

L'Encyclopédie consacre un chapitre à la « *chute ou descente de matrice* » ou « *prolapsus utérin* ». L'article a été rédigé en 1751 par trois médecins qui n'étaient pas accoucheurs. Ils témoignent donc des connaissances de ce siècle.

La descente de matrice est expliquée par un relâchement ou déchirement des ligaments retenant la matrice. La mise en cause des veines et artères est abandonnée. Les ligaments de l'utérus dénombrés par ces auteurs sont au nombre de quatre : deux ligaments larges et deux ligaments ronds (22). On remarque ici que les ligaments utero-sacrés décrits déjà par Galien ne sont pas cités. Les causes externes demeurent inchangées.

La prise en charge des prolapsus n'apparaît pas novatrice, elle est simplifiée et ne comprend que deux étapes :

- La réduction. Celle-ci peut être faite manuellement ou par un procédé qualifié « *d'ingénieux artifice* » (23), décrit par Roderic consistant à approcher un fer rouge de la matrice. Ceci aurait pour effet un retrait de la matrice.
- La prévention de la rechute par l'application de pessaires. L'encyclopédie en décrit de nombreux types dans l'item spécifique au pessaire. Ceux-ci sont majoritairement faits de liège, mais ils peuvent être également en argent, en or, en ivoire ou en acier en fonction des moyens financiers des patientes. Ils peuvent être de formes rondes, ovales ou rattachés à une ceinture par un ressort. (24)

Angélique du Coudray traite également du prolapsus dans son « *Abrégé de l'art des accouchements* ». Elle est la première sage-femme à enseigner sa discipline dans la France entière aux sages femmes et chirurgiens des campagnes. En effet l'état devient soucieux de la croissance démographique et à compter des années 1750, l'administration du Royaume de France va ainsi encourager dans les provinces l'organisation de cours d'accouchement



Dans le chapitre dédié à la descente de matrice elle donne une description succincte de la pathologie et de ses causes. Elle attribue également le prolapsus au relâchement de ces « quatre ligaments » (25). Le traitement qu'elle propose apparaît lui aussi très simplifié. Ceci est volontaire, et elle s'exprime ainsi a propos de la prise en charge qu'elle propose:

*« L'ignorance de la plupart des sages femmes de campagne leur fait regarder la matrice, qu'elles appellent la mère, comme la source de toutes les maladies. Dans cette idée, elles y appliquent indifféremment toutes sortes de remèdes, qui ont souvent des suites très fâcheuses ».* (25)

Suite à ce constat, elle adapte sa pédagogie à l'attention de ses élèves, souvent analphabètes.

Le traitement proposé par Mme du Coudray consiste dans un premier temps par un repos au lit et l'usage d'injections fortifiantes de vin et de roses dans le vagin. La pharmacopée est donc encore utilisée, dans ce cas en première intention. Si ceci ne suffit pas, le traitement passe dans un second temps par l'usage d'un pessaire. Elle en donne une description détaillée, suivie de conseils pour l'appliquer : il doit être appliqué lubrifié avec de l'huile, et inséré au fond du vagin, la femme en position « genoux élevés et pliés ». Après l'avoir inséré il faut vérifier que la femme le supporte bien dans plusieurs positions. (25)

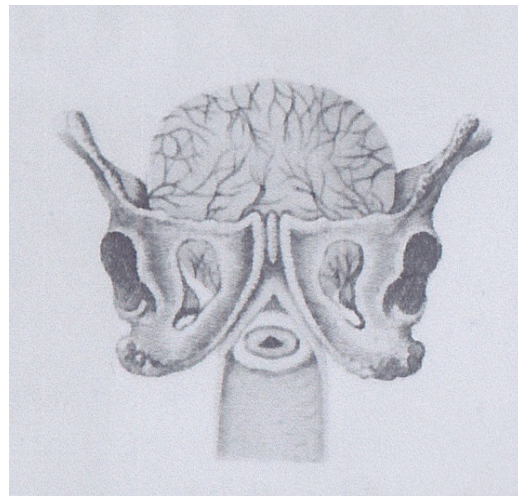


Figure 9- Schéma d'utilisation du pessaire

Source: LE BOURSIER DU COUDRAY, Angelique. Abrégé de l'art des accouchements. Saintes : Pierre Toussaints, 1769

## Suspension ou soutènement<sup>21</sup> ?

La médecine du 19<sup>ème</sup> siècle a fait un gigantesque bond en avant grâce à l'accumulation des connaissances et des découvertes médicales. La médecine anatomo-clinique s'est imposée et a bénéficié des acquis de la physiologie expérimentale. La nosologie<sup>22</sup> médicale s'est enrichie, tandis que la sémiologie est devenue de plus en plus précise. Les thérapeutiques s'enrichissent de la chirurgie qui a bénéficié de l'introduction de l'anesthésie, de l'antiseptie et de l'asepsie.

Concernant la gynécologie obstétrique, les traités sur les maladies des femmes se multiplient. Les médecins deviennent de plus en plus désireux de soigner les maladies spécifiques du sexe féminin. Ainsi de nombreuses sources traitent du prolapsus au 19<sup>ème</sup>. C'est pourquoi les avancées se font sur plusieurs plans : la définition et la classification, la physiopathologie et la prise en charge.

### Définition et classification

Le « *dictionnaire des sciences médicales par une société de médecins et de chirurgiens* » paru de 1812 à 1822 traite des descentes de matrice sous la dénomination « *hysteroptose* ». La terminologie médicale se fait plus précise. Le mot utérus, nom latin de la matrice est retenu dans la langue française pour nommer cet organe.

Deux classifications cohabitent au début du 19<sup>ème</sup> siècle. La première classification admet une procidence complète et une procidence incomplète. (26)

La deuxième distingue trois types d'hysteroptose: (26)

- L'abaissement
- La chute (col dépassant l'orifice de la vulve)

---

<sup>21</sup> Les moyens de stabilité de l'utérus sont classés en moyens de suspension, moyens de soutènement et moyens d'orientation.

Les moyens de suspension qui peuvent être comparés à des « barres parallèles » sont :

- les ligaments pubo-vésicaux
- les ligaments vésico-utérins
- les ligaments utéro-sacraux
- les paramètres et paracervix latéralement

Les moyens de soutènement sont :

- l'orientation de l'utérus
- l'adhérence aux septums vesico-vaginal, uréthro-vaginal et recto-vaginal
- les muscles périnéaux

Les moyens d'orientation sont :

- les ligaments ronds de l'utérus
- les ligaments utéro-sacraux

<sup>22</sup> La nosologie est une branche de la médecine qui étudie les critères de classification des maladies

- La précipitation qui correspond à un stade extrême, où l'utérus entraîne après lui dans sa chute le vagin qui se retourne. Le prolapsus correspond à ce troisième degré de la maladie (27)

Plus tard le Dr. Amédée Hippolyte Pierre COURTY, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, décrit les différents types de chutes de l'utérus sous le terme de prolapsus utérin. (28)

Le 19<sup>ème</sup> est marqué par les premières descriptions de cystocèles, souvent appelés « hernie de vessie » et de rectocèles. Le Dr Emmanuel BOURDON<sup>23</sup> fait l'observation suivante à propos de ces déplacements : « *Autant les hernies inguinales sont fréquentes chez l'homme, autant les déplacements de l'utérus, de la vessie et du rectum du côté du vagin sont communs chez la femme* » (29)

Le Dr. COURTY décrit ces troubles comme souvent associés au prolapsus utérin : « *La cystocèle et la rectocèle, comme l'invagination vaginale, non- seulement compliquent souvent la chute de l'utérus, mais souvent aussi la précèdent* » (28).

Vers la fin du 19<sup>ème</sup> tous les types de prolapsus sont regroupés sous le terme de prolapsus génitaux (30). Pozzi<sup>24</sup>, qui reprendra ce terme général justifie ainsi le regroupement :

« *Ces déplacements divers qui ont été artificiellement séparés, sont étroitement solidaires ; s'il est vrai qu'ils peuvent exister isolément, ce n'est qu'à titre d'exception : le plus souvent ils se succèdent et se commandent. Enfin, l'étiologie et le traitement forment de nouveaux liens entre ces diverses lésions et leur donnent une unité clinique véritable* » (30)

L'uro-gynécologie peut commencer à être nommée, issue d'un lien entre travaux et recherches entre la gynécologie, l'obstétrique et l'urologie. Cependant ce lien fait entre plusieurs spécialités est encore balbutiant.

## Physiopathologie

Dans le « *dictionnaire des sciences médicales par une société de médecins et de chirurgiens* » l'hystéroptose est due à un relâchement des ligaments larges et ronds. (27) De nouveaux facteurs favorisants sont identifiés, et en outre des facteurs constitutionnels, tels la largeur du bassin, la largeur du vagin, la béance vulvaire, la déchirure périnéale. (27) C'est là aussi la première description de l'implication des moyens de soutènements dans le prolapsus utérin.

---

<sup>23</sup> Ancien interne des hôpitaux, Membre de la Société anatomique

<sup>24</sup> Samuel Jean Pozzi est un médecin , chirurgien et anthropologue français

Par la suite de nombreuses théories concernant les causes du prolapsus vont se développer et s'opposer.

Certains auteurs reprennent l'importance des moyens de soutènements et attribuent le prolapsus à un défaut des moyens de suspension de l'utérus ainsi que des organes et tissus environnants. Ainsi, le Dr. Courty en 1866 dit à propos du prolapsus utérin :

*« La chute de la matrice tient donc moins à la matrice elle-même qu'aux organes qui la soutiennent et à ceux qui la maintiennent ou la retiennent dans sa situation. On peut dire d'elle, comme de tous les déplacements, qu'elle est moins une maladie qu'un symptôme, symptôme de maladie ou de traumatisme des ligaments suspenseurs, symptôme d'un état pathologique des organes voisins, du plancher périnéal, de l'ouverture vulvaire »* (28)

Pour Sir Clarke<sup>25</sup>, la chute de matrice est liée à deux causes seulement:

- le relâchement des ligaments larges et ronds
- le manque de tonicité du vagin

Il en explique la chronologie ainsi : *« Par suite de la première cause l'utérus est exposé à s'abaisser ; par suite de la seconde il s'affaisse tout à fait »* (31)

Cette chronologie est pour Fleetwood Churchill<sup>26</sup> et A. Leblond différente : *« Sans nier l'influence du relâchement des ligaments, on peut admettre que l'état du vagin est probablement la principale cause du prolapsus »* (31)

Cette théorie est défendue également par Pozzi qui incrimine essentiellement les déchirures périnéales, causes de béances. Il avance également que le muscle transverse du périnée et le muscle releveur de l'anus peuvent subir des déchirures sans qu'il n'y ait de lésion des téguments. Une prédisposition congénitale héréditaire ou une disposition individuelle à la faiblesse des moyens de fixité génitale est également avancée. (30)

Mme Boivin et Mme Duges La Chapelle, sages-femmes soutiennent quant à elles, le rôle prédominant de la faiblesse de suspension. Elles attribuent cependant aux ligaments utéro-sacrés le rôle principal de suspension de l'utérus. Pour elles *« les ligaments larges, replis presque exclusivement membraneux, ne peuvent guère influencer sur la hauteur à laquelle se tient l'utérus »* (32)

---

<sup>25</sup> Andrew Clark, né le 28 octobre 1826 à Aberdeen et mort le 6 novembre 1893 à Londres est un médecin et pathologiste écossais.

<sup>26</sup> Médecin, professeur d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants au King's and Queen's College of physicians de Dublin en 1866.

Alwin Mackendrot décrit en 1895 les ligaments cardinaux (ou ligaments de Mackendrot), les décrivant comme un moyen de soutènement de l'utérus. Il met en cause leur laxité dans le prolapsus utérin. (33)

D'autres auteurs attribuent le prolapsus à un relâchement du péritoine: Pour. A. Retzius<sup>27</sup> le prolapsus est lié à une distension du péritoine suite à la descente des intestins. (31)

Hamilton nie l'effet du relâchement ligamentaire et du péritoine et explique le prolapsus par un affaiblissement des organes et des muscles : « *Le relâchement du péritoine et des ligaments n'est donc que l'effet et nullement la cause du prolapsus* (31) »

Pour d'autres encore le prolapsus consiste essentiellement en une hypertrophie soit du col soit du corps de la matrice, « le corps occupant sa place normale ». Cette théorie ne sera pas retenue et l'allongement hypertrophique sera considéré comme un diagnostic différentiel du prolapsus. (34)

Nous pouvons donc noter une diversité de positions concernant les causes du prolapsus, mais toutes sont argumentées sur des données anatomiques relativement fiables en référence aux connaissances actuelles. Il existe des divergences d'opinions car les moyens de fixité de l'utérus reposent sur de nombreux facteurs.

### **Vers une transformation des traitements médicaux**

La prise en charge des prolapsus va beaucoup évoluer au cours du 19<sup>ème</sup> siècle. Dans sa première les types de pessaires se multiplient. Mais ce siècle est surtout marqué par l'essor de la chirurgie. L'importance grandissante donnée aux moyens de soutènement de l'utérus et à la chirurgie va amener au développement de techniques visant à améliorer « le plancher pelvien ».

Le « *dictionnaire des sciences médicales par une société de médecins et de chirurgiens* » décrit les trois phases de traitements déjà maintes fois exposées, signant ainsi le peu de progrès par rapport aux siècles passés. Le pessaire est indiqué dans les cas les plus sévères de prolapsus. Pour les simples abaissements, le repos et les injections astringentes et toniques suffisent.

Le pessaire apparaît comme le moyen thérapeutique le plus populaire et les médecins cherchent à développer des pessaires adaptés à chacun.

---

<sup>27</sup> Anders Adolf Retzius était professeur d'anatomie et directeur d'études à l'Institut Karolinska de Stockholm, en Suède.



Fig. 154 (\*).



Fig. 155 (\*\*).



Fig. 156 (\*\*\*) .

Figure 10- Fig. 154 : pessaire en bondon ; Fig. 155 : pessaire en huit de chiffre ; Fig. 156 : pessaire à pétiole

Source : COURTY, Amédée Hippolyte Pierre. Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. s.l.: P. Asselin, 1866. p 738

Le pessaire est décrit comme un moyen uniquement palliatif car il n'augmente pas le tonus du vagin. (35) Les pessaires peuvent être faits dans de multiples matières : or, argent, bois, buis, liège recouverts de cire, gomme élastique. Ceux-ci peuvent prendre de multiples formes : ronds, ovales, en cuvette, à bondon\*, en huit de chiffre\*, en bilboquet... Le choix du pessaire dépend de la tolérance et de l'efficacité à retenir la matrice. Ces pessaires doivent être bien choisis car ils peuvent provoquer des complications telles qu'une irritation, des ulcérations, un abcès.



Figure 11- Réduction d'un prolapsus à l'aide de pessaires

Source: <http://www.augs.org>

ZIEMENDORF Selma | École de Sages-femmes | Mémoire de Diplôme d'État | 2014

Les nouvelles théories sur les mécanismes à l'origine des prolapsus font développer de nouveaux traitements. Amédée Hippolyte Pierre COURTY, dans son *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes* publié en 1866 fait état de techniques s'appliquant à tonifier le vagin. Ainsi il décrit un procédé consistant à appliquer de l'eau froide pour provoquer une contraction du vagin de bas vers le haut. (36)

Puis le traitement consiste à maintenir en place en l'utérus. A. Courty explique que ceci peut être obtenu par la guérison du relâchement des ligaments ou par des traitements palliatifs au niveau du soutien périnéal ou de la suspension de l'utérus.

Les techniques curatives ont pour objectif d'essayer de tonifier les ligaments suspenseurs par des jets d'eau froide sur les lombes, les flancs et les aines ainsi que par l'application d'électricité entre le col et l'aine. (36) Ceci permettrait de traiter l'affaiblissement des muscles et ligaments. L'auteur ne se prononce pas sur l'efficacité de ces méthodes.

Les traitements palliatifs au niveau du soutien périnéal sont critiqués par le Dr Courty :

« Les moyens contentifs purement mécaniques se sont multipliés dans de telles proportions, qu'il suffirait de les énumérer pour trouver dans la longueur de cette liste la meilleure preuve de leur insuffisance ». (36)

Ils consistent toujours le plus souvent en l'application de pessaires, mais leur indication semble de plus en plus réduite au vu des nombreux accidents décrits. Ainsi l'auteur ne les conseille que si le soutien périnéal est intact. (36)

Le coussin périnéal, qui consiste en un coussin maintenu fortement au périnée par son attache à une ceinture abdominale y est décrit. Ce dispositif agirait directement sur l'utérus en le soulevant.

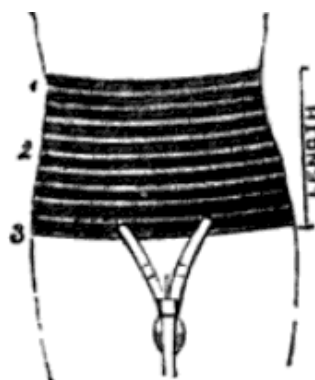


Fig. 158 (\*\*).

Figure 12- Coussin périnéal de Bourgeaud

Source : COURTY, Amédée Hippolyte Pierre. *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. s.l. : P. Asselin, 1866. p 739

## **Les débuts de la chirurgie**

La chirurgie se développe et des cures radicales palliatives commencent à être proposées.

### **Les opérations de cloisonnement**

Les opérations de cloisonnement ont pour but d'obturer ou de rétrécir le passage du prolapsus. Ce rétrécissement peut porter sur la vulve, le vagin ou le périnée. Le rétrécissement de la vulve, ou épisiorrhaphie, s'obtient par la suture des trois quarts inférieurs des grandes lèvres. Elle a été imaginée par Fricke de Hambourg, en 1833. (36) Le rétrécissement de la vulve et du périnée, ou épisio-périnéorrhaphie, consiste en la suture des grandes lèvres sur une portion plus grande et dans l'augmentation de la profondeur de la suture. Pratiquée en France par M. Stoltz, de Strasbourg, cette opération a été employée surtout en Allemagne et en Angleterre dans des cas de cystocèles ou de rectocèles. (36) Ces opérations n'ont cependant pas été souvent pratiquées avec succès.

En 1877, Léon Clément Le Fort décrit une opération reposant en un cloisonnement vaginal par l'oblitération du vagin. Le rétrécissement du vagin peut s'obtenir par élytrorrhaphie, opération qui consiste à couper un lambeau de la muqueuse vaginale entre deux incisions longitudinales et à réunir les bords de la plaie d'un côté à l'autre par la suture, ce qui rétrécit le vagin. (36) Cette opération souvent reprise a bénéficié de nombreuses modifications techniques. Ainsi, en 1881 Neugebauer y apporte quelques modifications. Celles apportées par Connell ont donné son nom au cloisonnement vaginal complet, toujours pratiqué de nos jours. Cette technique, simple et sécurisée pour traiter le prolapsus utérin est toujours indiquée aujourd'hui pour les patientes très âgées bien qu'elle aboutisse à la disparition de la cavité vaginale ce qui peut être considéré comme une mutilation sexuelle. (37)

### **L'opération de Manchester**

A la fin du 19<sup>ème</sup> siècle Archibald Donald et William Fothergill développent l'opération de Manchester pour traiter le prolapsus utérin. L'opération associait une réparation de la paroi antérieure du vagin (colporraphie antérieure) à une périnéorrhaphie. Une amputation partielle du col était pratiquée puis l'union des tissus paramétriaux aux tissus para-vaginaux ainsi qu'au col en avant permettait une suspension de celui-ci. (33) La procédure est devenue par la suite mondialement utilisée dans les cures de prolapsus. Cette opération était révolutionnaire pour son époque. A la fin du 20<sup>ème</sup> siècle que De Lancey met en évidence la relation existant entre la cystocèle et la descente du col utérin.



## Les opérations par voie haute

L'opération dite d'Alquier-Alexander est la première opération décrite portant sur l'amélioration des moyens de suspension utérins. Elle consiste en un rétrécissement extra abdominal des ligaments ronds. Il semblerait que le raccourcissement d'un seul ligament suffise à soutenir correctement l'utérus. (27) Il est également fait mention de la pratique de l'hystérectomie totale dans les cas de prolapsus compliqué ou irréductible. L'auteur voit en cette pratique l'avenir de la prise en charge de ces prolapsus. (27)

En 1900, David Gillman introduit la ventro-suspension des ligaments ronds de l'utérus à travers le péritoine jusqu'au bord latéral des muscles grands droits de l'abdomen. (38)

## Les opérations d'interposition

Thomas Watkins propose en 1898 une alternative à l'hystérectomie. Il pense qu'il n'est pas approprié d'enlever l'utérus de façon systématique sauf situation pathologique. Son intervention consiste à amputer le col utérin et à appuyer la vessie à la paroi postérieure de l'utérus, relevant ainsi sa partie inférieure. Ces opérations d'interposition de l'utérus entre vessie et paroi vaginale antérieure ont été très populaires à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle. (39)

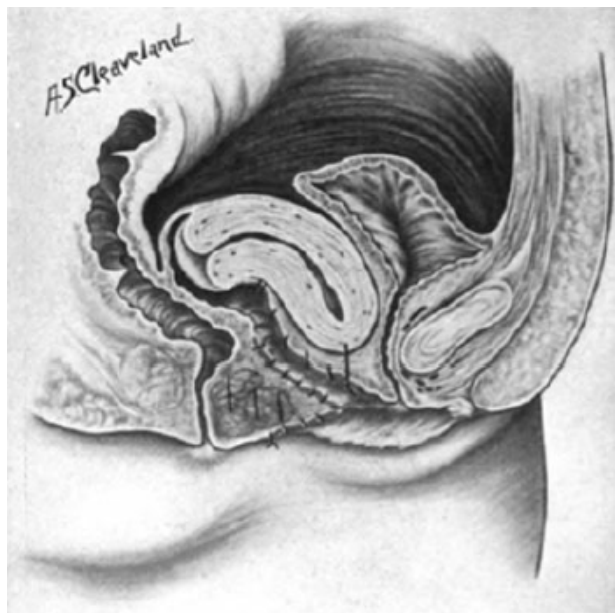


Figure 13- Interposition de l'utérus

Source: Surgical treatment of pelvic organ prolapse: a historical review with emphasis on the anterior compartment E. J. M. Lensen & M. I. J. Withagen & K. B. Kluivers & A. L. Milani & M. E. Vierhout; The International Urogynec

Cependant, bien que de nombreuses opérations aient été mises au point dans la deuxième moitié du 19<sup>ème</sup> siècle, *Le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Déchambre, publié en 1886 fait état d'une prise en charge qui reste essentiellement basée sur les moyens physiques que sont les pessaires et les ceintures hypogastriques.

### Traitement chirurgicaux de la cystocèle

Ce n'est qu'à partir de la fin du 19<sup>ème</sup> siècle que les médecins recherchent des étiologies et des traitements à cette pathologie. Les premières étiologies rapportées sont les suivantes (40):

- Étirage de la paroi vaginale antérieure et des autres moyens de support de la vessie permettant à la vessie de descendre dans le hiatus uro-génital
- Étirage de l'attache solide de la vessie à l'utérus
- Étirage de la suspension ligamentaire de la vessie

L'étirement de la paroi antérieure du vagin sera traité par la colporraphie antérieure en 1866, où Sim pratiqua une intervention très proche des interventions actuelles. Il pratiquait l'ablation des tissus en excès de la paroi antérieure par deux excisions ovoïdes suivit d'une plicature. (39)

Les premiers traitements par colporraphie avaient cependant un taux d'échec important.

En 1909, reconnaissant que le taux élevé de récurrence du traitement chirurgical de la cystocèle était lié à une méconnaissance de leur physiopathologie, White réalise une série de travaux anatomiques pour identifier les moyens de suspension de la vessie. Il démontre, en 1912, l'importance du défaut paravaginal (paravaginal defect) dans la genèse du prolapsus antérieur. Ce défaut paravaginal s'explique par une rupture des attaches des parois vaginales latérales. (39)

Cet auteur recommande de traiter les prolapsus des organes pelviens comme une seule entité et de réparer cystocèle et hystéroccèle.



Figure 14- Colporraphie de Sim

Source: Surgical treatment of pelvic organ prolapse: a historical review with emphasis on the anterior compartment E. J. M. Lensen & M. I. J. Withagen & K. B. Kluivers & A. L. Milani & M. E. Vierhout; *The International Urogynec*

White décrit la réparation paravaginale des cystocèles. Cependant cette réparation sera peu utilisée dans un premier temps et c'est seulement 60 ans plus tard que les travaux de Richardson révolutionnèrent la prise en charge des prolapsus génitaux par la mise en évidence d'une relation étroite des organes pelviens aux fascias.

Tuffier développa l'abord abdominal par une opération consistant à fixer les bords de la vessie à une incision transversale supra pubienne. En 1898, Lawson exposa l'aire extra-péritonéale par une incision abdominale et suspendit les cordes hypogastriques au muscle grand droit. Mais ces méthodes avaient un taux d'échec important. (38)

## **L'ère de la chirurgie**

Le 20<sup>ème</sup> siècle voit une évolution sans précédent de la médecine : l'imagerie médicale se développe dans les années 1970, la recherche épidémiologique renforce la médecine préventive et une révolution thérapeutique s'opère par le développement des moyens pharmacologiques et chirurgicaux.

Toutes ces évolutions vont permettre d'approfondir les connaissances sur les prolapsus génitaux et leurs causes. Leur prise en charge en sera profondément modifiée, poursuivant les avancées amorcées au 19<sup>ème</sup> siècle. Le 20<sup>ème</sup> siècle voit l'apparition de moyens préventifs largement diffusés. Ces avancées ont été permises par un développement des spécialités mais aussi par leur regroupement : l'uro-gynécologie et la pelvi-périnéologie.

## **Physiopathologie des prolapsus génitaux**

La physiopathologie des prolapsus urogénitaux a été beaucoup étudiée depuis la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle. D'une part, grâce à l'imagerie médicale, les mécanismes anatomiques ont pu être mieux compris. D'autre part la recherche s'est orientée vers les modifications des tissus de soutien. Aujourd'hui il semble donc que la cause des prolapsus génitaux soit multifactorielle, résultant d'interactions entre des facteurs constitutionnels et des facteurs acquis, aboutissant à la fragilisation du soutien périnéal.

L'avènement de l'anatomie fonctionnelle par A. Bethoux dans les années 60 et la réalisation du colpocystogramme ont permis une conception nouvelle de la statique des organes génitaux. (41) Celle-ci concilie les théories « hautes » et « basses » des systèmes de sustentation de l'utérus. Elle montre l'interrelation entre le système supérieur de

suspension ligamentaire et le système de soutènement périnéal grâce aux formations intermédiaires les solidarissant, à savoir le fascia endopelvien<sup>28</sup>. (42)

En 1991, De Lancey présenta sa théorie du “hamac”, comportant 3 niveaux avec leurs propres supports et attaches. Ainsi il est admis aujourd’hui que la statique pelvienne repose sur l’action conjuguée de nombreuses structures qui assurent (43) (44) :

- Un support antérieur : le « hamac » périnéal constitué des muscles élévateur de l’anus, des fascias pelviens. Son altération est responsable du cystocèle.
- Un support moyen (les ligaments cardinaux et utérosacrés). L’hysterocele est lié à un défaut de ces structures. Le défaut de suspension est connu depuis l’Antiquité mais s’ajoute une déviation de l’axe utérin dans un axe vaginal par un défaut des moyens d’orientation.
- Un support postérieur (fascia rectovaginal et centre tendineux du périnée). La rectocèle est rattachée à leur lésion.

L’évolution de l’étiologie rapportée aux prolapsus est également liée aux études de la dynamique périnéale qui cherchent à définir les conséquences de l’hyperpression abdominale sur les structures du périnée. Ces connaissances sur la transmission des forces de pression abdominale sur le périnée féminin ne sont encore que fragmentaires et reposent souvent sur des notions intuitives plutôt que sur de véritables fondements scientifiques.

Les notions exposées par Kamina, Zacharin ou Caufriez dans les années 1980 sur la résultante des forces de pression abdominale conduisent à des modèles toujours de référence aujourd’hui. (45)

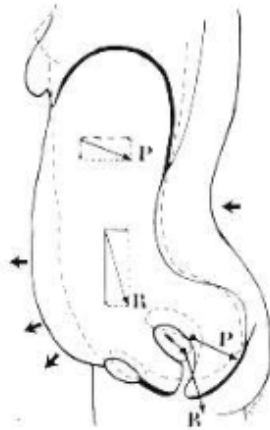
Caufriez expose deux théories selon l’âge de la patiente. Chez la femme jeune la résultante des forces de pression se dirige vers le périnée postérieur, épargnant la zone de faiblesse que représente la fente urogénitale. Ainsi, à la poussée, le col utérin et le vagin s’appuient sur la butée coccygo-raphélie qui oppose une «résistance» efficace. Chez la femme âgée le prolapsus utérin est expliqué par un relâchement des muscles extenseurs du rachis et des muscles de la sangle abdominale, une accentuation de la lordose lombaire et une bascule en antéversion du bassin. Ces modifications modifient l’orientation de résultante des forces de pression abdominale qui se dirige vers la fente urogénitale exposant alors à la

---

<sup>28</sup> Ce « fascia pelvien » est l’ensemble du tissu conjonctif qui occupe les espaces qui séparent la membrane péritonéale des parois musculaires et du plancher pelvien. (103)

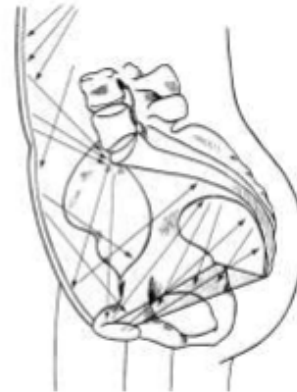
ptose viscérale. Nous pouvons ici remarquer le souci de préciser d'avantage la physiopathologie et probablement de résoudre la pathologie par des moyens adaptés.

1 – Kamina<sup>8</sup>



1- direction de la résultante des forces chez la femme jeune (P) et âgée (R) chez qui la cyphose dorsale et l'hyperlordose lombaire se sont accentuées sous l'effet du relâchement des muscles extenseurs du rachis et des muscles de la sangle abdominale.

2 – Zacharin<sup>17</sup>



2- absorption et répartition des forces selon Zacharin : le promontoire serait un 1<sup>er</sup> relais puis la symphyse pubienne avant que la résultante ne s'oriente vers le périnée

Figure 15- Théorie de la répartition et de l'absorption des forces selon Kamina et Zacharin

Source : [http://www.geyreelectronique.com/perineologie/publications/publication\\_id230.pdf](http://www.geyreelectronique.com/perineologie/publications/publication_id230.pdf)

Il apparaît aussi d'après des données récentes que les prolapsus génitaux ne sont pas simplement liés à des modifications biomécaniques. Des modifications génétiques favorisent également la survenue du prolapsus avec un niveau de preuve 2. (43) Plusieurs modifications des tissus de soutien des femmes présentant des prolapsus ont ainsi été mises en évidence.

L'histopathologie a permis l'étude des anomalies structurales rencontrées dans les prolapsus :

- diminution des fibres II dans la musculature périnéale<sup>29</sup>. (46)
- augmentation significative du caldesmon, molécule inhibant la contraction de la fibre musculaire<sup>30</sup>. (47)

<sup>29</sup> Gilpin et al.

- modification de la distribution du collagène. (43)
- augmentation de la teneur en fibroblastes des matrices extracellulaires responsable d'une diminution de la fabrication des protéines de la matrice. (43)
- diminution de la quantité d'élastine responsable de faisceaux musculaires lisses plus grêles, moins nombreux et désorganisés. (43)

Ces nouvelles données ont pris une place importante dans l'interprétation de modifications anatomiques déjà connues.

Ainsi on considère aujourd'hui comme principales causes au prolapsus génitaux :

- la laxité ou rupture des insertions utérines
- l'hypotonie du plancher périnéal
- le changement de l'axe vaginal
- l'altération des tissus de soutien

Concernant la cystocèle, Richardson et al. popularisent dans la deuxième moitié du 20<sup>ième</sup> siècle les concepts énoncés plus tôt par White insistant sur l'importance du défaut paravaginal (*paravaginal defect*) dans la genèse du prolapsus antérieur. Ce défaut paravaginal s'explique par une rupture des attaches des parois vaginales latérales.

### **La chirurgie des prolapsus**

La chirurgie des prolapsus fait de grands progrès dès le début du 20<sup>ème</sup> siècle dans tous les domaines. La physiopathologie des prolapsus a été peu à peu reconnue comme complexe et multifactorielle. Aujourd'hui il est admis qu'une intervention chirurgicale doit utiliser plusieurs procédés : ces procédés agissent soit en renforçant le soutènement par la réparation des fascias pelviens et la consolidation du périnée soit en améliorant la suspension de l'utérus. Ces reconstructions s'adaptent aux dégradations existantes et doivent avoir pour objectif principal de traiter les symptômes fonctionnels. La chirurgie n'est indiquée que pour les prolapsus de stade 2 et plus.

La voie vaginale a été la première voie d'abord envisagée dès le 19<sup>ème</sup> siècle. Elle a continué à se développer au cours du 20<sup>ème</sup> siècle.

---

<sup>30</sup> Boreham et al.

## Chirurgie de l'étage postérieur

La périnéorraphie postérieure ou myorrhaphie des releveurs de l'anus

Cette technique est la plus ancienne pour traiter les rectocèles puisqu'elle fut déjà décrite à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle. Cette technique consiste à pratiquer une incision de forme losangique au niveau de la fourchette vulvaire puis à la suturer afin de médialiser les faisceaux des releveurs. Ce type d'intervention a une bonne efficacité sur les rectocèles basses et s'avère utile en complément d'une intervention de Richter qui corrige une rectocèle haute. (48)

### La plicature pré rectale

La plicature est une intervention simple améliorant le soutènement au niveau de la paroi postérieure du vagin. Deux à trois fils réalisent une plicature transversale pré rectale en arrière de la portion moyenne du vagin. Cette plicature entraînera une fibrose de la cloison recto vaginale dans sa portion moyenne. (49)

### La voie transanale

Cette voie d'abord a été décrite par Sullivan en 1968. (50) Elle est utilisée par les chirurgiens viscéraux et consiste en une réduction de calibre du rectum par une plicature transversale de celui-ci. (51)

### La sacrospinofixation vaginale

L'intervention de référence a été décrite par l'autrichien K. Richter dès 1968. Elle a été diffusée aux États-Unis par D. Nichols à partir de 1971 et en France par D. Dargent à partir de 1975. (52) Aujourd'hui elle est toujours couramment pratiquée. Cette intervention consiste à fixer le dôme vaginal après hystérectomie sur un des deux ligaments sacroépineux (à mi-distance entre l'épine sciatique et le bord latéral du sacrum) par l'intermédiaire d'un fil non résorbable. (46)

Cette chirurgie privilégie donc la suspension de l'utérus contrairement aux premières techniques qui agissaient sur le soutien. Cette technique est aujourd'hui essentiellement utilisée pour traiter les rectocèles mais son indication d'origine était l'hystérocele.



Figure 16- Sacrospinofixation de Richter: exposition du ligament sacroépineux.

Source: chirurgie de prolapsus le 24/02/14 à l'HME

#### L'interposition prothétique inter-recto vaginale

L'utilisation de prothèses synthétiques est une des nouveautés majeures en chirurgie au cours du 20<sup>ème</sup> siècle. Si elles étaient métalliques en 1952, la synthèse du nylon fait envisager les premières prothèses synthétique non résorbables dans les années 50 puis résorbables dans les années 70. Au cours du 20<sup>ème</sup> et du début du 21<sup>ème</sup> siècle de multiples matériaux pour la fabrication des prothèses ont été développés. Fin des années 90, il existe un engouement pour la chirurgie par voie basse avec renfort prothétique. Les publications à ce sujet se multiplient mais ces opérations ne commencent à se propager qu'au début du 21<sup>ème</sup> siècle.

Concernant la prise en charge des rectocèles, de multiples techniques ont été décrites quant au type de prothèse mais également quant à la technique chirurgicale. Cette technique est cependant peu utilisée de nos jours en raison d'une efficacité significativement moindre par rapport à la myorrhaphie des releveurs et la réparation spécifique du défaut postérieur. (53)



## Chirurgie de l'étage moyen

Les techniques de cloisonnement vaginal décrites au 19<sup>ème</sup> siècle ne sont aujourd'hui plus pratiquées car considérées comme des mutilations sexuelles. Les opérations par voie basse consistent donc essentiellement en une hystérectomie. Son indication est large et elle est pratiquée par la plupart des chirurgiens « vaginalistes ». Elle peut être associée à une chirurgie d'élytrocèle, à une colpoperinéorraphie antérieure et postérieure ainsi qu'à une suspension des ligaments utéro-sacrés. (54) En cas de conservation utérine le traitement d'une hystérocèle isolée sera réalisé par une intervention de Richardson, décrite en 1989. L'utérus lui-même est suspendu au ligament sacroépineux, de manière unilatérale, par l'intermédiaire du col, de l'isthme, des ligaments utérosacrés ou de bandelettes vaginales. (55)

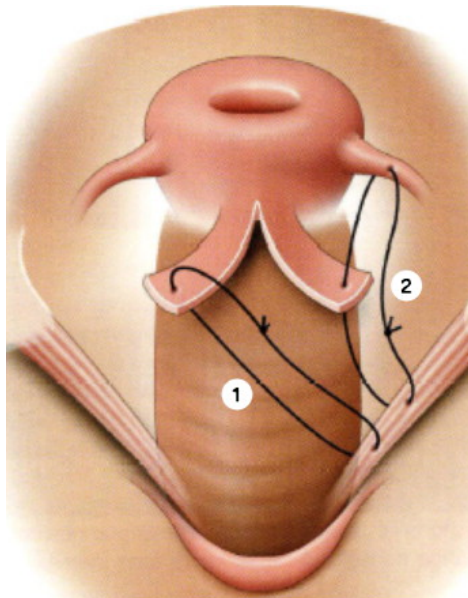


Figure 17- Intervention de Richardson. Possibilité de fixation de l'utérus au ligament sacroépineux par l'intermédiaire de l'artifice des bandelettes vaginales (1) ou directement sur les ligaments utérosacrés (2)

Source: Cosson M, Haab F, Deval B. Chirurgie de l'incontinence urinaire et du prolapsus. Éditions Masson, 2008.

En cas de conservation utérine une intervention par voie haute est cependant souvent pratiquée.

## Chirurgie de l'étage antérieur

De multiples techniques de cure de cystocèle ont été décrites, à partir de la colporraphie antérieure datant déjà du 19<sup>ème</sup> siècle.

### Les procédés classiques

La technique de Marion Kelly vise à « soutenir » l'étage antérieur par la réalisation d'une plicature sous uréthro-cervicale. (48) Des techniques de suspension à l'aiguille des tissus para-uréthro-cervicaux à la paroi abdominale (Bologna, Stamey, Gittes, Pereyra, Raz-four corners) ont également été décrites. Toutes ces techniques ont un taux d'échec trop important principalement du fait qu'elles font appel aux tissus autologues altérés du pelvis de la patiente. (56)

### Les procédés plus modernes

Depuis la théorie du "paravaginal defect" de Richardson et la théorie du hamac de De Lancey est venue l'idée d'interposer une plaque prothétique entre la vessie et le vagin afin de recréer une cloison vésico-vaginale solide. Ainsi est née l'opération consistant à recréer un hamac sous vésical par la pose de prothèses sous vésicales par voie trans-obturatrice.

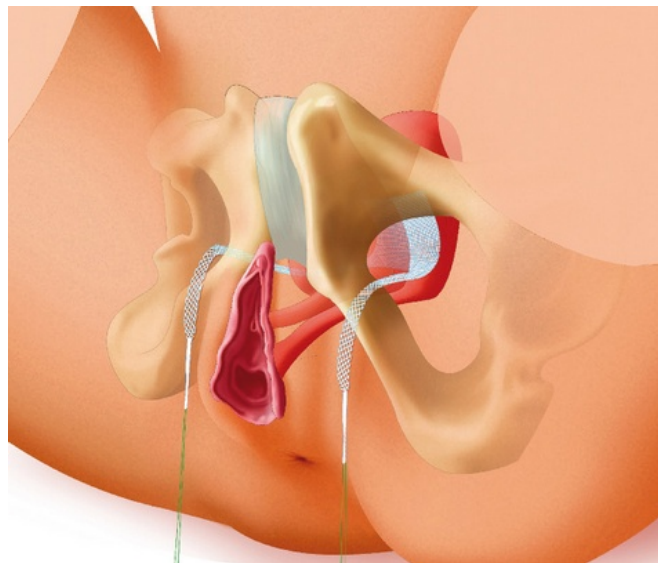


Figure 18- Prothèse sous vésicale

Source : <http://www.thtbioscience.com/fr/produits/swing-technologies/chirurgie-uro-gynecologique/tension-free>

## Chirurgie par voie abdominale

Bien que la technique de référence ait été décrite au milieu du 20<sup>ème</sup> siècle, la voie abdominale ne s'est développée que dans un second temps. La technique de référence est la promontofixation utérine, décrite par Ameline et Hugier dans les années 1950. Elle consiste à fixer l'isthme utérin au ligament vertébral commun antérieur au niveau du promontoire, en regard du disque L5-S1 par des fils non résorbables.

On peut rapporter les mots de J. Huguier dans son traité de chirurgie de l'utérus :

*« La seule suspension physiologiquement logique est une suspension postérieure en direction de S3. Elle semble peu réalisable, aussi la suspension la moins illogique est celle qui suspend vers l'arrière, quoi que trop haut, aux disques lombo-sacrés, seul point d'amarrage semblant possible dans cette région » (57)*

Cette technique traite à la fois les étages antérieur et moyen. Depuis les années 2000, les échecs de la technique précédente et notamment les récives de cystocèles ont fait remplacer, les fils par des prothèses synthétiques antérieures ou postérieures. Ainsi la double fixation, a trouvé sa place. L'intervention associe un traitement de la cystocèle par traction au niveau de la cloison vésico-vaginale antérieure et une réparation postérieure avec mise en place d'une prothèse dans la cloison recto vaginale. (46)

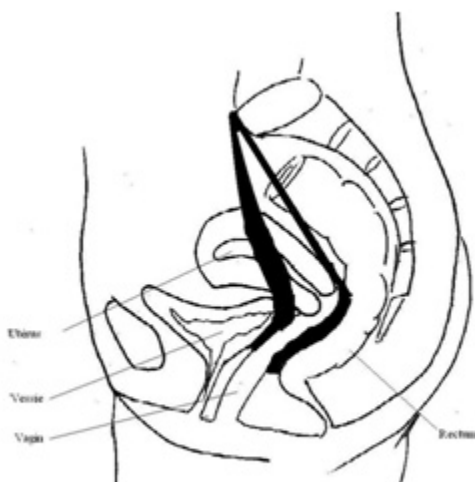


Figure 19- Technique de promontofixation à double bandelette

Source: centre-gynecologie-obstetrique.com

La coelioscopie a été introduite dans la chirurgie de la statique pelvienne de la femme en 1991. La technique opératoire consiste à la mise en place d'une double prothèse tendue du fond vaginal au ligament vertébral commun antérieur. (58), Très récemment certaines équipes ont également réalisé cette promontofixation par l'intermédiaire d'un robot.

L'évolution chronologique globale de la chirurgie des prolapsus, est allée d'un « traitement par voie basse » à un « traitement par voie abdominale par laparotomie puis par coelioscopie » et enfin vers un « traitement par voie vaginale avec prothèse ». Cette évolution ne reflète pas obligatoirement une évolution thérapeutique inéluctable. Actuellement tous les prolapsus ne peuvent pas être traités par une seule de ces pratiques chirurgicales. (41) (voir annexe 3)

## **Les alternatives à la chirurgie**

### **Les traitements médicaux**

Aujourd'hui le seul traitement médical reconnu est le traitement hormonal substitutif par des œstrogènes. Ils amélioreraient la trophicité des muqueuses et leur utilisation est fréquente dans la prise en charge des troubles de la statique pelvienne débutants. Mais il existe peu de publications prouvant leur efficacité.

### **Le renouveau du pessaire**

Peu à peu, avec le développement de la chirurgie, les pessaires ont perdu de leur intérêt, considérés comme uniquement utiles chez des patientes inopérables, présentant des comorbidités importantes. Ils sont cependant restés en vogue dans les pays anglo-saxons.

Plus récemment, un certain nombre de publications ont remis l'accent sur l'utilisation de ces dispositifs. L'utilisation du pessaire donne selon les séries 58 à 80 % de satisfaction, principalement sur l'inconfort vaginal mais également sur les troubles souvent associés : impériosités mictionnelles, dysurie, constipation. Plusieurs auteurs ont noté une amélioration du prolapsus et des anomalies anatomiques en quelques mois à quelques années sans que l'on ait d'explication formelle à ce phénomène. (59)

Ainsi l'utilisation d'un pessaire pourra être proposée avant la chirurgie, y compris chez les femmes jeunes, en raison de son efficacité relative et de son innocuité. Leur matière et forme a beaucoup évolué depuis le 19<sup>ème</sup> siècle : aujourd'hui les plus utilisés sont les pessaires « anneau » et « cube », en silicone à usage médical. (60)

## **La rééducation périnéale**

Les exercices de Kegel, gynécologue Américain premier à proposer des exercices physiques spécifiques des muscles du périnée, demeurent la base historique de la rééducation périnéale. En 1977 à la suite d'un voyage outre-Atlantique, A.BOURCIER a organisé les bases de la rééducation telle qu'elle est pratiquée actuellement dans notre pays. (61)

La rééducation paraît surtout efficace lorsque le prolapsus est peu important et son rôle serait d'augmenter la force musculaire et la contraction volontaire du périnée en réponse à une augmentation de la pression abdominale à l'image du verrouillage périnéal à la toux pour la prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort (62). Elle stabilise également l'évolution des prolapsus de stade 1 et 2. (60)

## **Traitement des troubles associés**

Conjointement à l'évolution des techniques chirurgicales est apparue une prise en charge des problèmes fonctionnels. Les problèmes urinaires ont été les premiers étudiés.

La création de La Société Internationale d'Urodynamique (SIFUD) en 1978 en France a largement participé à la connaissance et à la diffusion des explorations et des principes thérapeutiques de ces troubles fonctionnels. Il y a eu aussi de grand progrès en chirurgie de l'incontinence urinaire, notamment grâce aux bandelettes.

Plus récemment on s'est intéressé aux troubles sexuels. Leur étude a été mise au goût du jour du fait de l'utilisation des prothèses par la voie vaginale. L'utilisation de questionnaires dédiés et spécifiques dans l'évaluation des résultats permettra de mieux chiffrer ces données et de permettre de sélectionner certaines techniques provoquant moins de dyspareunies. (41)

Quant aux troubles digestifs, longtemps méconnus par les gynécologues, l'incontinence anale et la constipation sont de plus en plus recherchées. (41)

## Et dans l'avenir ?

Les découvertes en physiopathologie du 20<sup>ème</sup> siècle tel l'intérêt des éléments biochimiques et cellulaires pourrait déboucher sur des progrès thérapeutiques, en particulier au niveau des biomatériaux<sup>31</sup>. Des techniques parfaitement adaptées à la physiopathologie pourraient réduire le risque de récurrence après traitement et réaliser une véritable prévention de l'échec thérapeutique. (43)

---

<sup>31</sup> Les conférences de consensus de Chester (Royaume-Uni, 1986, 1991) ont proposé la définition suivante des biomatériaux, généralement admises par la communauté scientifique et médicale : « *matériau non vivant, utilisé dans un dispositif médical et conçu pour interagir avec des systèmes biologiques, qu'il participe à constitution d'un appareillage à visée diagnostique ou à celle d'un substitut de tissu ou d'organe, ou encore à celle d'un dispositif de suppléance (ou assistance) fonctionnelle* »

## Discussion

Nous avons pu remarquer dans cette première partie que l'histoire de la prise en charge thérapeutique des prolapsus génitaux est ancienne.

**La première hypothèse était que des traitements des prolapsus génitaux ont été recherchés depuis l'Antiquité.**

Le prolapsus utérin a en effet été décrit très tôt, dès l'Égypte antique. Concernant son traitement, le papyrus de Kahoun datant de 2000 av. J.C. et le papyrus Ebers datant de 1550 av. J.C. font mention de la pratique de fumigations. Par la suite de nombreux auteurs ont cherché de nouvelles voies thérapeutiques.

**Cette hypothèse est donc vérifiée pour le prolapsus utérin.**

Concernant les autres types de prolapsus génitaux la recherche de traitements n'a débuté que beaucoup plus tardivement puisque la description de la cystocèle n'a été faite qu'au 17<sup>ème</sup> siècle. Quant à la rectocèle, l'élythrocelle et la colpocèle leur description date seulement du 20<sup>ème</sup> siècle.

**Cette hypothèse n'est donc pas vérifiée pour les autres types de prolapsus génitaux.**

Les traitements du prolapsus utérin ont cependant beaucoup évolué à travers l'histoire de même que la physiopathologie qui lui est attribuée. Ainsi est-on passé d'une physiopathologie incriminant un utérus migrateur à un mécanisme reconnu aujourd'hui comme complexe lié à un défaut de suspension, de soutènement, à une faiblesse tissulaire et un axe vaginal modifié.

**Notre seconde hypothèse était que la prise en charge des prolapsus génitaux était en lien avec la pensée médicale de son époque et les connaissances en physiopathologie.**

Nous pouvons citer plusieurs exemples allant dans le sens d'une prise en charge en lien avec la pensée médicale.

En Égypte antique, l'utérus était considéré comme animé d'une vie propre qui le menait à se déplacer dans le corps de la femme et à créer de nombreuses pathologies. Le traitement reposait sur des fumigations d'odeur agréable ou mauvaise afin de l'inciter à se déplacer et à réduire le prolapsus.

En Grèce antique la théorie des humeurs attribuait à l'utérus une animalité qui le portait à rechercher chaleur et humidité. Des cataplasmes froids et astringents étaient appliqués sur les parties externalisées afin de le repousser. Hippocrate recommandait de plus largement une prise en charge diététique par une alimentation à base d'orge.

Au 19<sup>ème</sup> siècle la physiopathologie de l'hystérocèle était essentiellement en lien avec un défaut de suspension de l'utérus. Des traitements relevant de la physiothérapie, visant à tonifier les ligaments ont été réalisés de façon expérimentale tels l'application de jets d'eau froide ou d'électricité.

Au 20<sup>ème</sup> siècle, la mise en cause d'un défaut de soutènement par le périnée engendre le développement de la rééducation périnéale. La chirurgie agit quant à elle sur à la fois la suspension, le soutènement et les tissus par le renforcement prothétique.

Cependant il existe également des traitements anciens qui n'étaient pas en lien avec la pensée médicale de l'époque et les connaissances en physiopathologie.

Ainsi nous pouvons citer l'usage des procédés physiques qui ont été utilisés très tôt. Le traitement proposé par Hippocrate consistait en la réduction manuelle, la succussion par l'échelle, la contention des membres inférieurs, l'usage de ventouses mais aussi des premiers pessaires faits de laine. Ce traitement a été décrit alors même que les déplacements utérins étaient expliqués par la théorie de l'utérus migrateur et non par des causes physiques. Si nombres d'entres eux ont été par la suite abandonnés, la réduction manuelle a persisté et l'usage des pessaires s'est développé. Au 18<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> siècle il en existait un grand nombre variant par leur forme et leur matière. Le pessaire a été considéré longtemps comme un traitement de l'hystérocèle et ce n'est qu'à partir du 19<sup>ème</sup> siècle qu'on le qualifie uniquement de « traitement palliatif ».

Le traitement par la pharmacopée qui avait un caractère magico-religieux s'est poursuivi jusqu'au 19<sup>ème</sup> siècle sans connaître de grandes avancées. Ces traitements n'étaient justifiés par aucune théorie sur les causes du prolapsus mais relevaient de longues traditions et expérimentations.

**L'hypothèse est donc partiellement vérifiée pour la prise en charge de l'hystérocèle.**

**Pour les autres types de prolapsus leur description étant beaucoup plus récente, il n'est pas possible de conclure car nous n'avons que peu de recul.**

Si une prise en charge médicale a toujours existé nous pouvons constater qu'elle s'est transformée. Il est légitime au vu de nos connaissances actuelles, de remettre en cause



l'efficacité des traitements mis en place pendant des millénaires. Les traitements par la pharmacopée et les procédés physiques ne sont aujourd'hui plus utilisés car considérés comme inefficaces en comparaison avec nos techniques actuelles. Les débuts de la chirurgie sont également loin des interventions actuelles. Il est cependant difficile de considérer les traitements chirurgicaux actuellement proposés comme des traitements de référence en termes d'efficacité. En effet, sur le long terme, leur efficacité peut être parcellaire et responsable de l'apparition d'une gêne lors des rapports sexuels. (63)

Si des traitements sont retrouvés dans la littérature nous pouvons cependant nous poser la question de la proportion de femmes qui ont pu en bénéficier. En effet, d'un point de vue général, les premiers temps du réel progrès thérapeutique se situent au 19<sup>ème</sup> siècle. Avant, le « lieu naturel » de la réparation de la maladie était la famille et les malades faisaient encore beaucoup appel aux guérisseurs traditionnels. (64) Les ordonnances de 1945 qui permettent la généralisation de la sécurité sociale assurent une solvabilité aux patients et permettent l'extension de la médicalisation. Ainsi, bien que des traitements du prolapsus utérin aient été connus très tôt, il est fort probable que ceux-ci n'aient pas été appliqués aux patientes couramment.

## Partie 2 : Evolution de la prise en charge préventive des prolapsus génitaux de l'Antiquité à nos jours

Les dernières avancées concernant la prise en charge du prolapsus ont été d'une part chirurgicales et d'autre part préventives. Ainsi ces dernières années la rééducation du post-partum s'est développée et généralisée. Un intérêt grandissant accordée à cette rééducation tout au long de la vie par l'accès aisé à des techniques de rééducation utilisables à domicile. De façon plus générale une importance de plus en plus grande est accordée à la prévention, bien que l'idée de médecine préventive soit fort ancienne. Ainsi peut-on se questionner sur l'implication de cette tendance générale sur la prise en charge du prolapsus : **La prise en charge préventive du prolapsus comme complication du post-partum a-t-elle évolué depuis l'Antiquité?**

### L'identification des facteurs de risques

La médecine préventive débute avant tout par l'identification des facteurs de risques propres à une maladie, nous allons voir dans un premier temps quand ceux-ci ont été identifiés.

Un certain nombre de facteurs de risques propres aux prolapsus a été identifié très tôt. Dès la Grèce antique, la pratique d'un interrogatoire complet permet à Hippocrate de dégager des facteurs de risque au prolapsus utérin. Hippocrate identifiait l'accouchement par voie basse comme le principal facteur de risque. (65) Il évoquait également des facteurs de contrainte périnéale chez la jeune accouchée amenant au prolapsus tels quand « *une femme venant d'accoucher soulève un fardeau trop lourd pour elle, ou pile quelque chose, ou casse du bois, ou court, ou fait quelque autre action de ce genre, la matrice est fort exposée à tomber ; quelquefois à l'occasion d'un éternuement, remarquez en effet que l'éternuement exerce, provoqué par des errhins, une violence, quand la femme se pince les narines* » (66) Cette description de facteurs de risque de contrainte périnéale, semblable à ceux connus aujourd'hui, est intéressante puisqu'elle peut témoigner de la pratique d'une prévention du prolapsus utérin dans le post-partum. Ces facteurs de contrainte, ainsi que l'accouchement ont été reconnus à toutes les époques qui ont suivi. L'identification de ces causes a été faite alors même que les muscles du périnée n'étaient pas encore décrits et n'étaient donc pas reconnus dans la physiopathologie des prolapsus.

Hippocrate évoque également des chutes de matrice se produisant quand « *sortant d'accoucher, la femme souffre dans les matrices ou dort avec son mari pendant le flux*

*lochial* ». (8) Ce facteur de risque peut être témoin de la confusion qu'il existait alors entre inversion utérine et prolapsus. Il pouvait faire ici référence à l'inversion utérine « septique ».

Plus tard, en Rome antique, Soranos décrit de multiples facteurs de risques aux prolapsus. Il cite les facteurs de contrainte périnéale chronique mais également les premiers facteurs obstétricaux tels l'extraction « *sans habilité* » du fœtus au crochet. Des causes psychiques sont aussi identifiées telles « *la mort d'un enfant, l'approche des ennemis, les fortes tempêtes en mer* ». Mais la plupart du temps il précise qu'aucune cause n'est retrouvée. (67)

Plus tard, au 17<sup>ème</sup> siècle Guillemeau complète les facteurs de risque obstétricaux et identifie le « *mauvais accouchement* », celui où la sage-femme tire sur le nouveau né et le placenta. (18)

Jacques Guillemeau décrit deux grands types de causes pouvant amener à une rupture ou à un relâchement des moyens de suspensions de l'utérus (18) :

- Les causes externes de contrainte périnéale chronique
- Les causes internes telle « *la grande humidité* », le désir « *surtout chez les filles et femmes stériles* », l'aménorrhée « *qui est cause quelquefois qu'elles deviennent hommassettes* ».

Ces causes internes sont en lien avec l'idée commune à cette époque que le tempérament de la femme la prédispose naturellement ou par sa sexualité à la maladie. L'idée que le désir puisse amener à un prolapsus était en lien avec l'image d'une femme « sexuellement passive » qui est très présente au 17<sup>ème</sup> siècle en raison du poids de la religion.

L'Encyclopédie dans un article rédigé en 1751 décrit également des causes internes à cette atteinte:

- l'état cachectique<sup>32</sup>
- l'état chlorétique<sup>33</sup>
- les fleurs blanches<sup>34</sup>
- l'hydropisie<sup>35</sup>

Si des causes précédentes étaient identifiées, elles devaient être traitées en première intention.

---

<sup>32</sup> Grave affaiblissement de l'organisme lié à une dénutrition importante.

<sup>33</sup> Maladie qui a pour principal symptôme la décoloration de la peau et qu'on appelait communément les « pâles couleurs ».

<sup>34</sup> Leucorrhées.

<sup>35</sup> Œdèmes.

Louise Bourgeois identifie quant à elle comme femmes à risque celles accouchant « *d'excessivement gros enfants* ». (68)

Il faut attendre le 19<sup>ème</sup> siècle pour que les premiers facteurs de risque constitutionnels soient identifiés, expliquant en partie le prolapsus des jeunes filles : largeur du bassin, largeur du vagin, béance vulvaire. Les facteurs de risques obstétricaux sont complétés par la déchirure périnéale. (69)

La notion de « risque » fait sa réelle entrée dans le monde dans la sphère médicale à la faveur de l'usage des biostatistiques au 20<sup>ème</sup> siècle. La maladie devient interprétée en termes de probabilité pour une personne d'en être affectée. En outre, les facteurs de risque s'étendent, incluant des prédispositions génétiques, des comportements, des conditions de vie, mais aussi le régime alimentaire ou l'exposition au tabac. (70) Aux facteurs obstétricaux se rajoutent aussi de nombreux facteurs constitutionnels.

Aujourd'hui, même s'il est établi depuis longtemps que l'accouchement par voie vaginale augmente le risque de prolapsus, ce facteur de risque a été reconnu avec un niveau de preuve <sup>36</sup>et est considéré à présent comme le principal facteur de risque. En revanche, la césarienne ne peut être considérée comme une méthode préventive totalement efficace. De nouveaux facteurs de risques obstétricaux ont été mis en évidence au 20<sup>ème</sup> siècle :

- Une 2<sup>ème</sup> phase du travail prolongée (plus de 2h de stagnation)
- L'extraction instrumentale : elle pourrait favoriser les rectocèles.
- Le dégagement en occipito-sacré
- Les déchirures périnéales que celles-ci soient « ouvertes » ou « fermées ».
- L'épisiotomie n'est plus considérée aujourd'hui comme un facteur protecteur mais elle a longtemps été préconisée de façon empirique dans le but de protéger le périnée. <sup>37</sup>
- Une prise de poids excessive pendant la grossesse
- La poussée en inspiration bloquée. (71)

---

<sup>36</sup> Source : **RAGNI, E., et al.** Facteurs de risque et prévention des prolapsus génito-urinaires. *Progrès en urologie*. 2009, 19, p. 932

<sup>37</sup> Les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF de 2005 concernant l'épisiotomie concluent : « Actuellement, il n'est pas possible d'évaluer le rôle préventif d'une politique libérale d'épisiotomies sur le risque de troubles de la statique pelvienne à long terme, en raison du manque de données scientifiques. Le seul élément objectif est la réduction de la force musculaire périnéale trois mois après l'accouchement dans le groupe avec épisiotomie libérale (Grade B) »

- La position d'accouchement en décubitus dorsal. (72) L'adoption d'une position verticale ou en décubitus latéral pour l'accouchement serait associée à une deuxième phase du travail plus courte et à un plus petit nombre d'accouchements instrumentalisés et d'épisiotomies. Il n'existe cependant pas de résultats probants d'études permettant de déterminer un lien direct entre certaines postures et la survenue de lésions pelvi-périnéales.
- L'expression abdominale<sup>38</sup>

L'identification des facteurs de contrainte périnéale chronique a été la plus grande avancée : implication de l'obésité, de la constipation, de la profession et de certains sports.

Quant aux facteurs constitutionnels ceux-ci ne sont pas encore bien identifiés mais il semble que l'ethnie, la génétique et les anomalies morphologiques du bassin osseux puissent favoriser la survenue de prolapsus.

La ménopause et l'hystérectomie sont également des facteurs de risques. (73) (74)

L'intérêt de la découverte de ces facteurs de risques est de permettre une prévention concernant les habitudes hygiéno-diététiques ainsi que les pratiques des professionnels de santé impliqués. Les nouveaux mécanismes physiopathologiques ouvrent la voie à des progrès thérapeutiques.

### **Une pratique préventive ?**

Il n'est pas fait mention de pratiques préventives du prolapsus, et notamment chez l'accouchée pendant plusieurs millénaires. En revanche l'identification précoce de certains facteurs de risques peut faire penser qu'une forme de prévention était pratiquée en rapport avec ceux-ci. Ainsi on peut imaginer que médecins et sages-femmes conseillaient en Grèce antique aux accouchées de ne pas travailler à des tâches pénibles, de se protéger du froid, de ne pas avoir de relations sexuelles avant la fin des lochies. Ces conseils peuvent faire penser au rite des relevailles. Rite de tradition catholique qui se réfère à des pratiques antérieures, il consiste en une période « d'impureté » de l'accouchée, où celle-ci ne sortait pas de sa maison.

---

<sup>38</sup> Les recommandations professionnelles de 2007 de l'HAS sur l'expression abdominale durant la deuxième phase de l'accouchement concluent que « 2 études de bonne qualité méthodologique ont montré que l'expression abdominale est un facteur de risque de déchirures du sphincter anale et de déchirures périnéales du 3edegré ».

Ainsi en Egypte antique, la jeune mère était isolée pendant 14 jours après l'accouchement, période où celle-ci se purifiait. (75) En Grèce antique, l'accouchement conférait à la femme l'impureté pendant 40 jours. Il lui était alors interdit de s'approcher des autels sacrés, jusqu'au jour des purifications à l'issue desquelles elle offrait un sacrifice au temple d'Artemis. (76) La tradition judéo-chrétienne reprendra les règles sévères édictées par Moïse pour la période du post-partum. Après la naissance d'un garçon, l'accouchée était impure pendant 40 jours et pour une fille le temps de purification s'élevait à 66 jours. (77) Pendant ce temps, la femme était isolée et devait s'abstenir de tout travail et de contact avec les choses saintes.

Il semble donc que de nombreuses civilisations aient imposé le repos à l'accouchée. Il existe cependant une exception à cette règle : en Rome antique les femmes donnant le sein devaient pour favoriser la lactation pratiquer des exercices tels que des promenades à pieds, à cheval, des jeux de boules creuses, des jets d'haltères légers ou encore puiser de l'eau au puits.

A la fin du 16<sup>ème</sup> siècle Johann Peter Franck, médecin et réformateur soulignait les côtés positifs des relevailles qui obligeaient les femmes à prendre soin d'elles. (78) L'Eglise, par une interdiction d'ordre religieux était par cette pratique gardienne de la santé des femmes. Norbert Elias s'oppose à la théorie prétendant que l'Eglise aurait repris une pratique préventive de pathologies du post-partum en lui donnant une signification religieuse. En réalité tout un ensemble de pratiques aujourd'hui considérées comme « hygiénistes » serait rentré dans les mœurs bien avant d'être perçu comme nécessaire à la préservation de la santé. (79) On peut donc imaginer que la femme accouchée était en effet plus ou moins contrainte au repos et à l'isolement, sans qu'il y ait là dedans une réelle pratique de prévention.

## **Les prémisses de la prévention**

Au 16<sup>ème</sup> siècle, les observations de Guillemeau sur la pratique obstétricale, pouvant mener par une traction trop importante sur le nouveau né ou le placenta au prolapsus, n'ont pas dû avoir immédiatement un grand impact en termes de prévention. En effet, les matrones de campagnes qui pratiquaient la majorité des accouchements en France n'étaient initialement pas instruites et ce n'est qu'à partir du 18<sup>ème</sup> siècle qu'une politique nationale d'instruction des sages-femmes par des médecins et des sages-femmes formées dans les

villes débutera. C'est dans le cadre de cette politique qu'Angélique du Coudray parcourut la France avec son mannequin d'accouchement.

Louise Bourgeois, sage-femme au 17<sup>ème</sup> siècle est la première à citer un moyen préventif systématique chez l'accouchée pour éviter une chute de matrice. Elle conseille de bander la femme à l'aide d'un linge et de compresses : le linge doit être en dessous des hanches, plus serré en bas qu'en haut. (80) Ceci représente une nouveauté dans la prise en charge des prolapsus puisque pour la première fois la notion de prévention se précise. L'usage de ce bandage, bien que critiqué par des médecins tel que Mauriceau sur son inefficacité, s'est par la suite poursuivi comme en témoigne son utilisation récente.

François Mauriceau consacre à la même période un chapitre à l'accouchement de la femme présentant un prolapsus. (81) Il y décrit les manœuvres qu'il a utilisées lors d'accouchements et les conseille aux sages-femmes. Il explique que pendant le travail la femme ne devra pas se lever du lit afin d'éviter toute pression excessive, et pour l'accouchement elle s'allongera à plat, pour la même raison. La sage-femme ne devra pas faire de lavement ni trop « humecter » la matrice. Lors de l'accouchement il ne faut pas tirer la tête mais laisser la femme pousser et retenir d'une main le col. S'il est nécessaire de tirer, la sage-femme devra se faire aider d'une autre sage-femme qui retiendra le col. Pour la délivrance, les tractions sont interdites.

## La prévention à l'époque moderne

La prévention est une idée ancienne. Il s'agissait au départ de pratiquer des mesures d'exclusions aboutissant à l'isolement des sujets malades lors des grandes épidémies. Mais la prévention n'est devenue véritablement scientifique qu'avec l'ère pasteurienne avec la création de la vaccination. (82)

Il faut cependant attendre la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> pour que les politiques de prévention des prolapsus évoluent. Selon l'article L1417-1 du Code de la santé publique, la prévention a pour but « *d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents, et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie* ».

La prévention peut s'effectuer selon trois axes (83) :

- La prévention primaire qui vise à diminuer l'incidence d'une maladie, c'est à dire à réduire l'apparition de nouveaux cas.

- La prévention secondaire qui vise à diminuer la prévalence d'une maladie, c'est à dire réduire la durée d'évolution de la maladie.
- La prévention tertiaire qui vise à diminuer la prévalence des incapacités chroniques et des récives c'est à dire réduire au maximum les invalidités fonctionnelles et motrices.

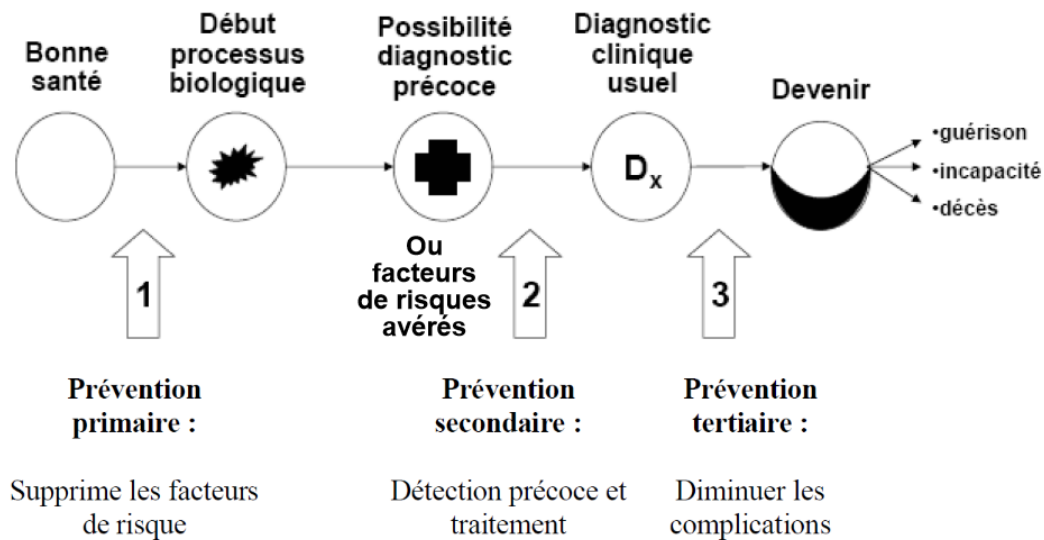


Figure 20- Représentation des types de prévention

Source: <https://campusvirtuel.smbh.univ-paris13.fr>

L'évolution de la prévention au 20<sup>ième</sup> siècle est liée à une évolution sociétale en général, où l'on passe de la préoccupation traditionnelle pour le corps malade qu'il convient de soigner à l'intérêt nouveau pour le corps sain qu'il importe de protéger. Elle témoigne d'un progrès économique et social qui laisse émerger un intérêt grandissant pour l'avenir ainsi que du déploiement du progrès thérapeutique et la diffusion de la croyance d'un pouvoir de guérir ainsi que de l'importance de la triade santé/beauté/jeunesse dans l'échelle des valeurs de la société. (84)

Concernant la prévention du prolapsus le plus grand pas réalisé au 20<sup>ième</sup> siècle est l'invention de la rééducation périnéale. Avant même d'avoir un rôle curatif pour traiter l'incontinence urinaire ou des prolapsus de stade 1-2, celle-ci a été appliquée au post-partum.

.Nous détaillerons dans un premier temps les méthodes « classiques » de rééducation périnéale, dans l'ordre chronologique de leur diffusion en France.



## **La rééducation périnéale : un développement des méthodes**

### **La technique manuelle**

Cette technique a été introduite en 1950 par un gynécologue américain, A. KEGEL, pour traiter l'hypotonie des planchers pelviens après l'accouchement. Il semble que A. KEGEL s'était inspiré d'exercices pratiqués par les moines taoïstes. (61)

La technique consiste en un travail manuel intra-vaginal des muscles du plancher. En pratique le thérapeute place ses doigts dans le vagin de la patiente, demande à la patiente de contracter son périnée et évalue ainsi la contraction. Une fois une mise en tension des releveurs obtenue, le thérapeute fait varier le type de contractions (statique, concentrique, excentrique) tout en essayant de limiter les contractions parasites des abdominaux et des muscles ischio-jambiers. Il peut également privilégier électivement le travail du faisceau latéral le plus faible.

### **Le biofeedback instrumental**

Le biofeedback en général est introduit comme moyen thérapeutique en rééducation fonctionnelle dans les années 70 sous l'influence de J.BASMAJIAN, un scientifique canadien. Il définit le biofeedback ainsi :

*« Technique utilisant un équipement habituellement électronique pour révéler aux êtres humains, de manière continue et instantanée, certains événements physiologiques internes normaux ou anormaux sous forme de signaux visuels ou auditifs »* (85).

Selon cette définition le biofeedback n'est donc pas une technique de renforcement musculaire en soi, mais un moyen de favoriser la prise de conscience de la contraction.

La technique consiste à faire exercer de façon volontaire par la patiente une contraction du périnée. L'intensité de la contraction est enregistrée par une sonde vaginale munie d'un capteur de pression puis retranscrite par un signal sonore ou visuel variant selon la pression captée.

### **L'électrostimulation**

L'électrostimulation est utilisée pour la première fois dans l'incontinence urinaire dans les années 50, mais ce n'est qu'à partir des années 80 qu'A.BOURCIER, kinésithérapeute, popularise son utilisation en rééducation périnéale. L'idée de stimuler par des courants électriques les muscles du plancher pelvien serait plus ancienne et dateraient du 19<sup>ème</sup> siècle où D. de BOULOGNE l'envisagea dans le but de traiter les incontinenances urinaires. (61)

L'électrostimulation consiste à utiliser des courants électriques à titre thérapeutique afin de stimuler la contraction musculaire par le biais d'une activation des nerfs gouvernant les muscles. Cette technique cherche à obtenir un réveil musculaire ou une aide à la prise de conscience du plancher pelvien par les contractions.

L'efficacité en termes de prévention du prolapsus de la rééducation périnéale du post-partum, reste cependant inconnue. Les techniques classiques de rééducation, bien que reconnues aujourd'hui comme efficaces pour traiter à court terme des symptômes d'incontinence urinaire, n'ont cependant pas de preuve d'une efficacité à long terme dans la prévention du prolapsus. L'ANAES concluait en 2002 que les études ne montrent pas de différences significatives entre groupe rééduqué et groupe témoin sur la force musculaire du périnée à long terme un an après l'accouchement. (86) Ainsi Jean-François Mattéi, ministre de la Santé, soulignait en 2003 dans les colonnes de Kiné Actualité que « *la rééducation post-natale n'était pas médicalement justifiée* », remettant ainsi en cause sa prescription. (87)

### **Vers l'auto-rééducation périnéale**

L'idée que la rééducation périnéale est importante tout au long de la vie s'est cependant répandue. Ainsi de multiples techniques moins contraignantes que les techniques classiques, ne nécessitant pas la présence d'un rééducateur, sont apparues. Certaines sont préconisées par les rééducateurs dans le but d'entretenir les bénéfices de la rééducation ou dans le but d'en augmenter les effets par un travail complémentaire à domicile.

#### **Le « stop-pipi »**

Cette technique consiste à arrêter volontairement le jet urinaire pendant la miction alors que la vessie n'est pas encore vide. Le stop-pipi est apparu dans les années 1980 dans le but d'objectiver la contraction périnéale et d'évaluer sa qualité. Des dérives ont amené par la suite à ce qu'elle devienne un exercice de renforcement musculaire en soi. A partir des années 1990 certains auteurs (88) mettent en doute ses qualités de test diagnostic. Aujourd'hui cette technique sert parfois à favoriser une prise de conscience des muscles périnéaux. (89)

#### **Les cônes**

Il s'agit d'une série de cônes de poids différents munis d'un cordon. La technique consiste à positionner dans le vagin un cône léger et à le porter au moins deux fois quinze minutes par

jour lors d'activités quotidiennes. En cas de réussite la patiente peut passer à un cône de poids supérieur. Ces cônes sont habituellement commercialisés par cinq et de poids variant de 20 à 100g. Ils permettraient de faire travailler la force et l'endurance des muscles du plancher pelvien. Ce concept à été présenté dans le cadre de la tonification de la musculature périnéale par PLEVNIK en 1985. (90)



Figure 21- Cônes de rééducation.

Source: Cônes de rééducation périnéale Aquaflex. *Sissel*. [En ligne] [Citation : 3 Avril 2014.] <http://www.sissel.fr>

### **Les boules de geisha**

Elles consistent en une ou deux boules à insérer dans le vagin, reliées à une corde permettant de les retirer. Ces boules sont de diamètre et de poids variables et encapsulent une grosse bille qui possède un peu d'espace pour bouger. En les portant régulièrement elles permettraient de faire travailler les muscles du plancher pelvien. (91) L'intérêt résiderait dans la bille qu'elles contiennent qui permettrait de faire travailler les fibres musculaires à contraction rapide et les réflexes du plancher pelvien lorsque celle-ci bouge. (92)

Plus connues pour leur caractère récréatif hérité d'antiques coutumes sexuelles au Japon, elles commencent à être recommandées par certaines sages-femmes et kinésithérapeutes pour des exercices de rééducation périnéale à domicile. Elles ont ainsi été renommées sous de multiples termes moins évocateurs dont le plus connu est «smart balls».



Figure 22- Boules de Geisha pour rééducation périnéale

Source: Intimina Laselle Perle de Kegel. Périnée shop . [En ligne] [Citation : 3 Avril 2014.]  
<http://www.perineeshop.com>

### **La sonde Keat®**

L'électrostimulation à domicile, date de 1986. Les premiers appareils comprenaient un boîtier avec un fil relié au secteur devant être connecté à une sonde. Depuis 2007 il existe une sonde sans fil, d'une puissance améliorée. L'électrostimulation périnéale a fait preuve de son efficacité pour les incontinences et elle pourrait prévenir les incontinences et les prolapsus modérés de stade 2 maximum (en limitant parfois leur aggravation). Elle permettrait également parfois, d'éviter ou de reculer la chirurgie. (93)

### **La gymnastique périnéale**

La gymnastique périnéale est un ensemble de techniques posturales, qui provoque une chute de pression intra-abdominale, une activation synergique des muscles du périnée et des muscles de la sangle abdominale. A long terme, son application journalière conduirait à une augmentation du tonus du plancher pelvien et de la sangle abdominale.

Les premières techniques hypopressives ont été créées en 1980 par M. CAUFRIEZ pour une application à la rééducation du post-partum (90). Ces cours de gymnastique ont été enseignés aux kinésithérapeutes à partir des années 1990.

Depuis les années 2000, la gymnastique périnéale se popularise et de nombreuses techniques sont apparues telles que la Méthode ABDO-PERINEO-MG® par le kinésithérapeute Luc Guillaume qui consiste à utiliser le souffle régulé dans un embout spécifique. (94)

La méthode « A.P.O.R B de Gasquet © » mise au point par Bernadette de Gasquet est une approche également posturo-respiratoire, inspirée du yoga. En marge de ces méthodes

certaines praticiens proposent des cours de yoga, de Qi gong ou de Pilates avec des exercices permettant d'améliorer la prise de conscience du périnée et de le tonifier.

Ces techniques de rééducation « maison » sont largement diffusés par des sites internet commerciaux mais les études sur leur efficacité ne sont pas nombreuses et peu concluantes sur leur efficacité. Ainsi elles restent pour l'instant marginales.

### **Les conseils d'hygiène de vie**

Ils paraissent particulièrement pertinents pour contribuer à l'amélioration des symptômes en rapport avec le prolapsus et peut-être tenter d'éviter son aggravation. (59) Ces conseils comprennent le fait de maintenir une bonne tonicité musculaire de l'ensemble du corps par divers exercices physiques, à avoir une alimentation équilibrée, à éviter les efforts de poussée en allant à la selle et donc prévenir la constipation et en l'arrêt du tabac qui entraîne une altération des tissus musculaires.

### **La prévention en obstétrique**

Au cours des dernières années les techniques obstétricales ont déjà évolué pour assurer un dommage minimal aux structures du soutien périnéal. Ainsi, il est possible de lutter contre certains facteurs de risques propres à la grossesse. Cette prévention peut s'exercer à plusieurs niveaux.

#### **Pendant la grossesse**

La prise en charge pendant la grossesse peut comprendre (95):

- Une lutte contre le tabagisme et la prise en charge des obésités
- La protection de l'équilibre du caisson abdomino-pelvien par le maintien de la statique rachidienne (compensation de l'hyperlordose lombaire) et le maintien de la tonicité musculaire abdominale, dorso-lombaire (contention lombo-abdominale) et périnéale (exercices périnéaux, notamment la méthode de rééducation anténatale de Kegel).

## En perpartum

La prévention est également possible en salle de naissance par (96) (95) :

- une limitation des épisiotomies même en cas de périnée « prêt à rompre »<sup>39</sup>
- une limitation des extractions par forceps (privilégier les extractions par ventouse)<sup>40</sup>
- l'absence de recours à l'expression abdominale<sup>41</sup>
- On peut également avoir recours au massage périnéal pendant la grossesse ou l'accouchement, à des positions d'accouchement « passives » pour le périnée ou à une poussée sur l'expiration, plus respectueuses de la physiologie. Mais ces moyens manquent encore de preuves.<sup>42</sup>

## En post partum

Il est recommandé dès les premiers jours après l'accouchement de s'assurer du niveau d'information de la patiente sur les suites de la grossesse et de l'accouchement et de lui donner une information concernant l'évolution spontanée des déficiences périnéales, rachidiennes, pelviennes et abdominales après le retour de couches. De plus, il faut apprendre aux femmes à limiter les pressions vers le bas dans tous les gestes quotidiens et donc éviter les poussées : lors du portage du nouveau-né, en station debout (ni cambrer, ni pousser le ventre en avant), lors des éternuements... Il s'agit aussi de lutter contre la constipation et faciliter l'exonération. Il peut être également conseillé dans cette période de maintenir les abdominaux étirés et écartés en utilisant une ceinture de soutien du bassin qui aide à la rétroversion du bassin et à la contre nutation. (95)

---

<sup>39</sup> Selon le CNGOF dans son rapport de 2007 sur l'épisiotomie : « Lorsque le périnée semble sur le point de se rompre au moment de l'expulsion, une pratique *systématique* de l'épisiotomie n'est pas nécessaire ; en effet dans cette situation, une politique restrictive de l'épisiotomie permet de multiplier par trois le taux de périnées intacts sans pour autant augmenter le risque de déchirures du troisième degré (Grade B) »

<sup>40</sup> Les RCP du CNGOF sur la pratique de l'épisiotomie de 2007 concluent : « L'extraction par ventouse nécessite moins d'épisiotomies, et expose moins aux lésions périnéales sévères que le forceps (Grade A) »

<sup>41</sup> Selon le CNGOF dans son rapport de 2007 sur l'expression abdominale durant la 2<sup>e</sup> phase de l'accouchement : « Il n'y a pas d'indications médicalement validées pour réaliser une expression abdominale »

<sup>42</sup> Les RCP du CNGOF sur la pratique de l'épisiotomie de 2007 concluent : « Les évidences scientifiques sont insuffisantes pour conseiller un type particulier de poussée ou un mode particulier de dégagement de la tête foetale visant à réduire le taux global d'épisiotomies (Grade B) », que « Le massage périnéal antepartum ou la rééducation périnéale anténatale ne permet pas de réduire le taux d'épisiotomies (Grade B) » et que « Les données scientifiques sont insuffisantes pour conseiller le massage périnéal en cours de travail (Grade B) ».

## **La promotion de l'uro-gynécologie**

### **Au niveau national**

Afin que la prévention primaire et secondaire soit efficace, des mesures à l'échelle nationale sont également nécessaires pour promouvoir et permettre l'accès aux soins.

Si un rapport de Santé Publique concernant l'incontinence urinaire a été rendu en 2007 proposant par exemple la création de centres et filières spécialisées ou le remboursement des mesures palliatives, les prolapsus génitaux n'ont pas fait l'objet de plans nationaux.

L'acte majeur concernant la promotion de la rééducation périnéale est son remboursement par l'Assurance Maladie depuis 1987. Aujourd'hui la sécurité sociale prend en charge dix séances de rééducation périnéale en post-natal au titre de l'assurance maternité. (97) Ces séances sont ainsi remboursées à 100%. La sécurité sociale rembourse également les sondes périnéales utilisées en cabinet dans le cadre d'un forfait annuel, les sondes d'électrostimulation à la condition qu'un bilan urodynamique ait été effectué par un centre reconnu compétent et l'achat d'un appareil d'électrostimulation pour auto-traitement à domicile sur la base d'un forfait annuel. (98)

### **Les recommandations de pratique clinique**

Les recommandations de pratique clinique de la HAS<sup>43</sup> concernant la rééducation périnéale ont également permis de généraliser la prescription de séances en post-partum. Ainsi les dernières recommandations de 2002 ne sont pas dans le sens d'une prescription systématique de séances de rééducation du post-partum mais selon les symptômes décrits par la patiente ou décelés lors de l'examen clinique effectué au cours de la consultation postnatale. Ces recommandations montrent une grande évolution des pratiques médicales puisque l'application d'une thérapeutique ne se limite plus à la plainte de la patiente ou à une réelle pathologie de l'examen clinique. Une faible force musculaire du périnée sans symptomatologie peut être une indication à la prescription de séances de rééducation.

La HAS a également évalué en septembre 2007 l'usage des implants de renfort pour le traitement des prolapsus génitaux de la femme.

### **Les associations**

Sur le plan national plusieurs associations ont pour objectif d'améliorer les soins dans le domaine de l'uro-gynécologie (SIFUD PP, SIREPP, etc... ). Ces associations ont pour but de

---

<sup>43</sup> Haute autorité de santé

favoriser les échanges de connaissances, l'interdisciplinarité et la recherche dans le domaine de l'uro-gynécologie. L'Association Française d'Urologie a également organisé depuis 2002 des campagnes d'information afin de favoriser l'accès aux soins en diminuant l'aspect « tabou » de ce symptôme.

Pour atteindre ce but des “accroche-portes” portant des slogans avaient été accrochés en 2006 dans les toilettes de lieux publics. (99)



Figure 23- Accroche-porte de la 4e semaine nationale de l'incontinence

Source : <http://www.urofrance.org>

### Les médias

Les dysfonctionnements périnéaux sont encore considérés comme des pathologies « tabou ». Cependant depuis plusieurs années une communication plus importante est faite autour de ces symptômes. Ainsi, en recherchant les mots clés « rééducation périnéale » ou « incontinence urinaire » dans un moteur de recherche, la plupart des sites retrouvés sont à l'usage du grand public. Les médias sont souvent spécialisés dans l'information sur la santé, mais il existe aussi de nombreux sites commerciaux spécialisés dans la vente d'articles de rééducation périnéale. Les intérêts de la rééducation périnéale les plus souvent cités par ses sites sont : prévention de l'incontinence urinaire, prévention des prolapsus génitaux et lutte contre la béance vulvaire dans le but d'améliorer la qualité des rapports sexuels. Ce dernier objectif est de plus en plus mis en avant. En 2001, la célèbre série américaine « Sex and the city » vantait les mérites des exercices de Kegel dans ce but.

ZIEMENDORF Selma | École de Sages-femmes | Mémoire de Diplôme d'État | 2014



En revanche, une recherche avec pour mot clé « prolapsus » retrouve en majorité des sites à l'usage des professionnels.

## Discussion

Nous avons vu que les moyens préventifs se sont multipliés au 20<sup>ème</sup> siècle avec l'importance générale accordée à la prévention.

**Notre hypothèse de recherche était que la prévention des prolapsus comme complication du post-partum n'a pas évolué depuis l'Antiquité.**

L'analyse montre que des facteurs de risque de contrainte périnéale en post-partum ont été connus très tôt, dès la Grèce antique. On peut imaginer que les conseils donnés en post-partum par les sages-femmes et les médecins n'ont que peu évolué depuis.

D'autres facteurs de risques liés à la pratique obstétricale n'ont été identifiés qu'au 17<sup>ème</sup> siècle, tels la macrosomie ou la traction sur le nouveau né ou le placenta.

En parallèle des facteurs de risque de dysfonctionnement périnéal ont été induits par la suite. Ainsi nous pouvons citer la pratique de l'épisiotomie qui a débuté au 18<sup>ème</sup> siècle (100) et l'expression abdominale pratiquée à partir du 19<sup>ème</sup> siècle. (101) Nous pouvons aussi suspecter comme facteur de risque la position gynécologique pour l'accouchement qui n'a été imposée qu'à partir du 18<sup>ème</sup> siècle, bien que ce facteur ne soit pas totalement reconnu. Il faut attendre la fin du 20<sup>ème</sup> siècle pour que ces pratiques soient reconnues comme délétères pour le périnée. Ainsi, encore récemment il n'y avait que peu de prévention en obstétrique. Sur le plan obstétrical les recommandations de bonne pratique professionnelle éditées par le CNGOF et la HAS sont relativement récentes et la prévention n'est donc pas encore pratiquée partout en France.

Les premières techniques préventives pérennes datent uniquement du 20<sup>ème</sup> siècle avec l'invention de la rééducation périnéale associée aux conseils d'hygiène de vie. Mais ces techniques manquent de preuve sur leur efficacité à long terme et l'observance par les patientes des prescriptions de rééducation est faible<sup>44</sup>

De plus, bien qu'aujourd'hui de nombreux facteurs de risques soient identifiés certains restent difficiles d'accès : des facteurs de contrainte périnéale chronique tels que l'obésité ou le tabagisme sont en augmentation, l'information aux sportifs de haut niveau est quasi-inexistante.

Nous pouvons également ajouter que le nombre de consultations et d'interventions chirurgicales pour correction d'un prolapsus ne cesse d'augmenter tant dans les unités de chirurgie gynécologique qu'urologique. (102)

---

<sup>44</sup> A l'HME de Limoges le pourcentage de non observance des prescriptions de rééducation était de 31,3% en 2012. (106)

**L'hypothèse est donc partiellement vérifiée. Les moyens préventifs sont mieux identifiés, plus nombreux mais la prévention moderne n'est encore que débutante.**

Cependant l'augmentation du nombre de consultations pour prolapsus peut être autrement considérée comme un bon indicateur de prévention secondaire. Il semble que l'accès aux soins soit aujourd'hui facilité et que les femmes aient plus de facilité à exprimer leurs symptômes. Un diagnostic précoce peut permettre d'éviter l'évolution vers un prolapsus sévère, difficilement curable par les traitements.

## Conclusion

La prise en charge, tant médicale que préventive des prolapsus génitaux est ancienne. Nous avons pu en retrouver des traces dès les premiers écrits médicaux contenus dans le papyrus de Kahoun datant de 2000 ans avant J.C. Longtemps méconnues les diverses formes de prolapsus intéressant la vessie, le cul de sac de Douglas et le rectum n'ont été rattachées sous une même entité qu'au 20<sup>ème</sup> siècle.

De nombreux médecins reconnus se sont intéressés aux causes des prolapsus, aboutissant parfois à des théories que nous pouvons aujourd'hui considérer comme hasardeuses. La physiopathologie a longtemps été méconnue et sujette à controverse. Ceci s'explique probablement par sa complexité.

Les découvertes et les thérapeutiques concernant la prise en charge des prolapsus n'ont pas été linéaires. Ainsi de prépondérante, la pharmacopée est devenue aujourd'hui anecdotique, se limitant à l'hormonothérapie. C'est avec le développement de la chirurgie et ces techniques plus performantes, permettant la prise en charge des atteintes organiques multiples à l'origine du prolapsus que les autres moyens de traitement ont progressivement disparu. Seul le pessaire semble conserver dans certaines situations un intérêt réel. La rééducation périnéale associée aux conseils d'hygiène de vie est quant à elle très récente et reste limitée à des cas peu sévères de prolapsus.

L'évolution du traitement curatif des prolapsus génitaux ne s'explique pas uniquement par l'évolution des connaissances concernant sa physiopathologie. Elle est également liée à d'autres facteurs qui mériteraient aussi d'être analysés : la diffusion des articles scientifiques a joué une place importante ainsi que la prise en considération de la femme dans la société.

Si la prise en charge a beaucoup évolué et notamment avec la chirurgie, de grands progrès restent encore à faire pour diminuer les récurrences et les effets secondaires. La mise en place d'études concernant l'efficacité à long terme des méthodes chirurgicales employées aujourd'hui permettraient d'orienter le choix des traitements réalisés par les chirurgiens. Les méthodes de rééducation périnéale manquent également de preuve de leur efficacité. Des études prospectives comparatives sur plusieurs années permettraient de pouvoir statuer sur l'efficacité à long terme de la rééducation dans le cadre du post-partum. Ces études permettraient ainsi de pouvoir dépister de manière plus précise les patientes qui pourraient bénéficier de cette rééducation.

De nombreux moyens préventifs existent cependant et il s'agit de les diffuser. Certaines femmes sont reconnues comme ayant un risque accru de prolapsus (hyperlordose,

sportives...) et il est primordial de les sensibiliser au sujet de l'importance de la rééducation périnéale lors de l'entretien prénatal précoce et tout au long de la grossesse. La sage-femme, par son rôle dans la santé génésique, peut agir en informant, en dépistant et par sa pratique obstétricale.

## Références bibliographiques

1. **COULON-ARPIN, M.** *La maternité et les sages-femmes*. Paris : Les éditions Roger Dacosta, 1981. p. 32. Vol. 1.
2. —. *la maternité et les sages-femmes*. Paris : Les éditions Roger Dacosta, 1981. p. 33. Vol. 1.
3. La théorie des humeurs. *Médiéval et Moyen âge*. [En ligne] [Citation : 31 Mars 2014.] <http://www.medieval-moyen-age.net/article-la-theorie-des-humeurs-sur-medieval-et-moyen-age-68811182.html>.
4. Corps de femme, corps à part ? *Bibliothèque municipale de Lyon*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] [http://www.pointsductu.org/article.php3?id\\_article=1587](http://www.pointsductu.org/article.php3?id_article=1587).
5. **D'EPHESE, SORANOS.** *Maladies des femmes*. Paris : Belles Lettres, 2000. pp. 23-30.
6. **DASEN, VERONIQUE.** Métamorphoses de l'uterus, d'Hippocrate à Ambroise Paré. *Gesnerus*. 2002, 59, pp. 167-186.
7. **BRACHET, J.L.** *Recherches sur la nature et le siège de l'hystérie et de l'hypocondrie*. Gabon. Paris : Gabon, 1832.
8. **LITRE, E.** *Œuvres complètes d'Hippocrate : De la nature des femmes*. [éd.] Baillièrre. Paris : s.n., 1851. pp. 317-318. Vol. 7.
9. —. *Œuvres complètes d'Hippocrate*. Paris : Baillièrre, 1851. pp. 308-319. Vol. 8.
10. Gynécologie. *Larousse*. [En ligne] 5 Decembre 2013. <http://www.larousse.fr/archives/grand-encyclopedie/page/6398>.
11. **BONNET-CADILHAC, C.** *Anatomie physiologie de la génération chez Galien*. [éd.] Thèse pour le Doctorat de l'Ecole Pratique de Hautes Etudes (IVe section). 1997. p. 63.
12. **GALIEN.** *Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien: De l'utilité des parties du corps humain*. s.l. : Baillièrre, 1856.
13. Inversion utérine puerpérale. *Medix*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] <http://www.medix.free.fr/sim/inversion-uterine-puerperale.php>.
14. **LAABADI, Kamilia.** *L'inversion utérine puerpéral*. s.l. : Thèse, 2008. p. 9.
15. **BURGGRAEVE, A. et VESALE, A.** Etudes sur André Vésale, précédées d'une notice historique sur sa vie et ses écrits. s.l. : C. ANNOOT BRAEKMAN, 1841. p. 176.
16. **TIZZANO, A.** History of Pelvic Surgery. *AUGS*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] <http://www.augs.org/p/cm/ld/fid=18>.
17. **DURFEE, R.B. et EMGE, L.A.** Pelvic organ prolapse: four thousand years of treatment. *Clin Obstet Gynecol* 9(4):. 1966, pp. 997–1032.
18. **GUILLEMEAU, J.** *Œuvres de chirurgie*. Rouen : J. Viret, 1649. pp. 366-370.
19. **MAURICEAU, FRANCOIS.** *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*. Paris : s.n., 1681. pp. 166-167.
20. **PEYER, J.K.** *Parerga anatomica et medica septem: Observation circa urachum in foetu humano pervium. Observationes quaedam*. 1750.
21. **BOURGEOIS, LOUISE.** *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements, et maladies des femmes et enfants nouveau-nés*. Paris : Côté femmes, 1992. p. 105.
22. **L'ENCYCLOPEDIE.** *Définition de matrice par Jaucourt, Menuret, Baron d'Holbach*. 1. 1751. p. 199. Vol. 10.
23. —. *Définition de matrice par Jaucourt, Menuret, Baron d'Holbach*. 1. 1751. p. 201. Vol. 10.
24. —. *Définition de pessaire par Louis*. 1. 1751, Vol. 12, p. 451.
25. **LE BOURSIER DU COUDRAY, A.** *Abbrégé de l'art des accouchements*. Saintes : Pierre Toussaints, 1769. pp. 136-139.
26. **UNE SOCIETE DE MEDECINS ET DE CHIRURGIENS.** *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris : Panckoucke, 1813 à 1820. pp. 280-290. Vol. 23.

27. **DECHAMBRE, A.** *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris : G.Masson, 1886. pp. 37-42. Vol. 2.
28. **COURTY, Amédée Hippolyte Pierre.** *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. s.l. : P. Asselin, 1866. pp. 720-727.
29. **BOURDON, Emmanuel.** *Des anaplasties périnéo-vaginales : dans le traitement des prolapsus de l'utérus : dans le traitement des prolapsus de l'utérus, des cystocèles et des rectocèles*. Paris : J.B. Baillière et fils, 1875.
30. **POZZI, S.** *Traité de gynécologie clinique et opératoire*. Paris : G.Masson, 1890. p. 514.
31. **CHURCHILL, FLEETWOOD et LEBLOND, A.** *Traité pratique des maladies des femmes*. Paris : J.B. Baillière, 1881. pp. 546-549. Vol. 1.
32. —. *Traité pratique des maladies des femmes*. s.l. : J.B. Baillière, 1881. p. 548. Vol. 1.
33. **TIZZANO, A. et MUFFLY, T.** Historical milestones in female pelvic surgery. *Colorado womens health*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] <http://urogyn.coloradowomenshealth.com/media/Historical-Milestones-in-Female-Pelvic-Surgery-Gynecology-and-Female-Urology.pdf>.
34. **P, DUPLAY S. RECLUS.** *Traité de chirurgie, 2e édition, Tome VIII. Paris : MASSON et Cnie éditeurs, 1899. 2ième. Paris : Masson et Cnie, 1899. p. 244. Vol. 8.*
35. **UNE SOCIETE DE MEDECINS ET DE CHIRURGIENS.** *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris : Panckoucke, 1813 à 1820. p. 63. Vol. 41.
36. **COURTY, Amédée Hippolyte Pierre.** *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. s.l. : P. Asselin, 1866. pp. 739-748.
37. **MISRAI, V., et al.** Le cloisonnement vaginal : indications, technique et résultats. *Urofrance*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] <http://www.urofrance.org/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/le-cloisonnement-vaginal-indications-technique-et-resultats.html>.
38. **LENSEN, E.J.M., WITHAGEN, M. I. J. et KLUIVE, K. B.** Surgical treatment of pelvic organ prolapse: a historical review with emphasis on the anterior compartment. *The International Urogynec*.
39. **ZIOUZI, I., et al.** L'histoire des prolapsus pelviens. *La tunisie Medicale*. 2013, Vol. 91, 4, pp. 227-229.
40. **MISRAI, V., et al.** La colpographie traditionnelle a-t-elle encore une place dans le traitement de la colpocèle antérieure ? *Urofrance*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] <http://www.urofrance.org/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/la-colpographie-traditionnelle-a-t-elle-encore-une-place-dans-le-traitement-de-la-colpocèle-antérieure.html>.
41. Trente ans de traitement des prolapsus génitaux et l'évolution d'une chirurgie réparatrice vers une chirurgie fonctionnelle. *Les JTA*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] [http://www.lesjta.com/article.php?ar\\_id=1510&PHPSESSID=2dfb89ba41927e03b2fc0f4cf8c3d4ef](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1510&PHPSESSID=2dfb89ba41927e03b2fc0f4cf8c3d4ef).
42. **BERNARD, P.** Prolapsus génital et incontinence urinaire chez la femme . *Université Joseph Fourier Grenoble*. [En ligne] 2002. [Citation : 28 Mars 2014.] <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpus/disciplines/gyneco/gyneco/hp1/leconimprim.pdf>.
43. **HAAB, F., et al.** Physiopathologie des prolapsus génito-urinaires. *Progrès en Urologie Pelvi-Périnéologie*. 2009, pp. 926-931.
44. **D. GROSSE, J.SENGLER.** *Rééducation périnéale*. Paris : Masson, 1998. Vol. 7.
45. **FATTON, B.** Anatomie-physiopathologie du prolapsus. *Geyreelectronique*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] [http://www.geyreelectronique.com/perineologie/publications/publication\\_id230.pdf](http://www.geyreelectronique.com/perineologie/publications/publication_id230.pdf).
46. **BOURSIER, A., HAAB, F. et MARES, P.** *Pelvi-périnéologie : du symptôme au traitement*. s.l. : SAURAMPS MEDICAL, 2010. p. 108.
47. **BLANC, B. et SIPROUDHIS, L.** *Pelvi-périnéologie Springer*. s.l. : Springer, 2006. p. 181.
48. **DUBERNARD, P., MELLIER, G. et GRANDJEAN, J.P.** Interventions chirurgicales. *Radiologie Lyon*. [En ligne] [Citation : 29 Mars 2014.] [http://www.lyon-radiologie.com/spip.php?page=radiologie\\_imprime\\_article3&id\\_article=128](http://www.lyon-radiologie.com/spip.php?page=radiologie_imprime_article3&id_article=128).
49. **MELLIER, G.** Les colpocèles postérieures: Quelles approches diagnostiques et thérapeutiques ? *Université Rennes 1*. [En ligne] [Citation : 29 Mars 2014.] [http://www.med.univ-rennes1.fr/uv/snfcp/enseignement/formation/colpocèle\\_postérieure2.htm](http://www.med.univ-rennes1.fr/uv/snfcp/enseignement/formation/colpocèle_postérieure2.htm).

50. **FABIANI, P.** Rectocèles. *Univ Rennes*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] <http://www.med.univ-rennes1.fr/uv/snfcp/enseignement/DIU-DESC/DIU-COURS-mars01-Rectocele2.htm>.
51. Prise en charge des colpocèles postérieures. *Chirurgie viscérale*. [En ligne] [Citation : 14 Janvier 2014.] <http://www.chirurgie-viscerale.org/main/formationcontinue/mise-au-point/7-chirurgie-gynecologique/c-uterus/Prise-en-charge-colpocelles-posterieures/article.phtml?id=rc%2F0rg%2Fchirurgie-viscerale%2Fhtm%2FArticle%2F2008%2Fmie-20080529-173656-12031>.
52. **DE TAYRACA, R., et al.** Traitement du prolapsus utérin et du dôme vaginal par voie vaginale. *Urofrance*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] <http://www.urofrance.org/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/traitement-du-prolapsus-uterin-et-du-dome-vaginal-par-voie-vaginale.html>.
53. **FERRY, B.** Les rectocèles dyschésiantes : comparaison des différentes voies d'abord. *Les JTA*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] [http://www.lesjta.com/article.php?ar\\_id=1354](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1354).
54. **COSSON, M., LUCOT, J.P. et COLLINET, P.** Indications de la cure de prolapsus par voie vaginale avec conservation utérine. *CNGOF*. [En ligne] 2007. [Citation : 28 Mars 2014.] [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/2007\\_GO\\_315\\_cosson.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2007_GO_315_cosson.pdf).
55. **DE TAYRACA, R., et al.** Traitement du prolapsus utérin et du dôme vaginal par voie vaginale. *Urofrance*. [En ligne] [Citation : 29 Mars 2014.] <http://www.urofrance.org/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/traitement-du-prolapsus-uterin-et-du-dome-vaginal-par-voie-vaginale.html>.
56. **DELMAS, V., HAAB, F. et COSTA, P.** Cystocèle : place des implants de renforcement par voie vaginale. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] <http://www.urofrance.org/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/cystocele-place-des-implants-de-renforcement-par-voie-vaginale.html>.
57. **HUGUIER, J. et CERBONNET, G.** *Chirurgie de l'utérus*. 1961.
58. **JAAFAR, Yakine.** Prolapsus génital de la femme de moins de 50 ans : A propos de 56 patientes . *THÈSE POUR Le DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE Faculté de médecine Paris Bichat-Claude Bernard*. 2005.
59. **HAAB, F., et al.** Traitement non chirurgical du prolapsus. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] <http://www.urofrance.org/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/traitement-non-chirurgical-du-prolapsus.html>.
60. **CORNILLE, A.** Prise en charge des prolapsus. *Mini séminaires*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] <http://www.miniseminaires.com/wp-content/uploads/2013/10/9.-Traitement-prolapsus.pdf>.
61. **CAPPELLETI, M.** La reéducation périnéale de sa naissance à aujourd'hui. [En ligne] 11 novembre 2012. [http://www.geyreelectronique.com/perineologie/publications/publication\\_id192.pdf](http://www.geyreelectronique.com/perineologie/publications/publication_id192.pdf).
62. **BO, K.** Can pelvic floor muscle training prevent and treat pelvic organ prolapse? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006, 85, pp. 263-268.
63. Cure de prolapsus. *CNGOF*. [En ligne] 2009. [Citation : 25 Janvier 2014.] [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PUFIC\\_09.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PUFIC_09.HTM).
64. **DRULHE, M. et CLEMENT, S.** Enjeux et formes de la médicalisation: d'une approche globale au cas de la gérontologie. [auteur du livre] P. AIACH et D. DELANOE. *L'ère de la médicalisation*. s.l. : Economica, 1998, pp. 76-80.
65. **LITRE, E.** *Oeuvres complètes d'Hippocrate*. Paris : Baillière, 1851. p. 318. Vol. 8.
66. —. *Oeuvres complètes d'Hippocrate*. Paris : Baillière, 1851. p. 319. Vol. 8.
67. **D'EPHESE, SORANOS.** *Maladies des femmes*. Paris : Belles Lettres, 2000. pp. 23-24.
68. **BOURGEOIS, LOUISE.** *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements, et maladies des femmes et enfants nouveau-nés*. Paris : Côté femmes, 1992. p. 104.
69. **UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS.** *Dictionnaire des sciences médicales*. s.l. : Panckoucke, 1813 à 1820. p. 285. Vol. 23.
70. **RASMUSSEN, A.** Aléas et enjeux de la prévention. *TDC*. 2009, 982.
71. **DE GASQUET, B.** Pour une poussée moins traumatique. [auteur du livre] D. RIETHMULLER. *Mécanique et technique obstétricales*. 2. s.l. : Sauramps médical, 1998, p. 604.
72. **LECUIVRE, S.** *Troubles périnéo-sphinctériens et reéducation périnéale*. s.l. : Mémoire pour l'obtention du DE de sage-femme/ Ecole de sages-femmes de Metz, 2010. p. 12.



73. Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens. *FMP USMBA*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] <http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFmiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-troublesperineo.pdf>.
74. Facteurs de risque et prévention des prolapsus génito-urinaires. [En ligne] [Citation : 15 Novembre 2013.] <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/facteurs-de-risque-et-prevention-des-prolapsus-genito-urinaires.html>.
75. **COULON-ARPIN, M.** *La maternité et les sages-femmes*. Paris : Roger Dacosta, 1981. p. 45.
76. —. *La maternité et les sages-femmes*. Paris : Roger-Dacosta, 1981. p. 100.
77. —. *La maternité et les sages-femmes*. Paris : Roger-Dacosta, 1981. p. 125.
78. **PANCINO, C.** Les relevailles. [auteur du livre] R. FRYDMAN et M. SZEJER. *La naissance*. Paris : Albin Michel, 2010, p. 227.
79. **PINELL, P.** Medicalisation et progrès de civilisation. [auteur du livre] P. AIACH et D. DELANOE. *L'ère de la médicalisation*. Paris : Economica, 1998, p. 37.
80. **BOURGEOIS, LOUISE.** *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements, et maladies des femmes et enfants nouveau-nés*. Paris : Côté femmes, 1992. pp. 83-84.
81. **MAURICEAU, FRANCOIS.** *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*. Paris : s.n., 1681. pp. 281-282.
82. Médecine préventive. *Encyclopedia Universalis*. [En ligne] [Citation : 2 Avril 2014.] <http://www.universalis.fr/encyclopedie/medecine-medecine-preventive/>.
83. Initiation à la médecine sociale. *Medramo*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] <http://www.medramo.ac.ma/fmp/images/docs/cours/polycopi.pdf>.
84. **AIACH, P.** Les voies de la médicalisation. [auteur du livre] P. AIACH et D. DELANOE. *L'ère de la médicalisation*. Paris : Economica, 1998.
85. **GROSSE, D. et SENGLER, J.** *Rééducation périnéale*. Paris : Masson, 1998. p. 70. Vol. 7.
86. **ANAES.** *Reéducation dans le cadre du post partum*. 2003. p. 50.
87. *Kiné actualité*. 18 Septembre 2003, 908, p. 2.
88. **HENRI PORTERO.** *Kinesither Rev* 2006;(51):39-41 . [En ligne] 24 Octobre 2011. <http://alister.org/adminpanel/fstore/1515STOP.PIPI.pdf>.
89. **Odile COTELLE-BERNEDE.** Faire ou ne pas faire le stop-pipi ? Là est la question L'évolution d'une pratique . [En ligne] 24 Octobre 2011. [www.aapi.asso.fr/upload/dl/Note09.pdf](http://www.aapi.asso.fr/upload/dl/Note09.pdf).
90. **D. GROSSE, J.SENGLER.** *Rééducation périnéale*. Paris : Masson, 1998. p. 69.
91. **HEDENEQ MEDICAL.** Boules de Geisha aspect rééducatif. [En ligne] [http://www.hedoneo.com/blog/index/billet/1039\\_boules-de-geisha-aspect-reeducatif](http://www.hedoneo.com/blog/index/billet/1039_boules-de-geisha-aspect-reeducatif).
92. Boules de Geisha aspect rééducatif, *Hedeneo medical* . [En ligne] [Citation : 24 Octobre 2011.] [http://www.hedoneo.com/blog/index/billet/1039\\_boules-de-geisha-aspect-reeducatif](http://www.hedoneo.com/blog/index/billet/1039_boules-de-geisha-aspect-reeducatif).
93. **ROUANET, F.** Electrostimulation à domicile en pratique: Comment éduquer nos patientes? *Les JTA*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] [http://www.lesjta.com/article.php?ar\\_id=1459](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1459).
94. **GUILLARME, L.** Prévention des prolapsus et traitement par le concept ABDO-PÉRINÉO-MG®. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] [http://www.abdo-mg.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=216:congres-sirepp-2012&catid=50:conferencesguillarme&Itemid=13](http://www.abdo-mg.com/index.php?option=com_content&view=article&id=216:congres-sirepp-2012&catid=50:conferencesguillarme&Itemid=13).
95. **PHILIPPE, H.P.** Est-il possible de préserver le périnée au cours de la grossesse? *Gyneweb*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] <http://pro.gyneweb.fr/sources/obstetrique/newsletter/rochelle.htm>.
96. Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens. *FMP USMBA*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] <http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFmiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-troublesperineo.pdf>.
97. Le suivi de votre grossesse mois après mois. *Ameli*. [En ligne] [Citation : 5 Décembre 2012.] <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un->

enfant/vous-etes-enceinte-de-6-mois-a-la-naissance/le-suivi-de-votre-grossesse-mois-apres-mois.php.

98. Les produits remboursés par l'assurance maladie. *Perinée Shop*. [En ligne] [Citation : 5 Decembre 2012.] [http://www.perineeshop.com/s/18900\\_produits-rembourses-par-l-assurance-maladie](http://www.perineeshop.com/s/18900_produits-rembourses-par-l-assurance-maladie).

99. 4e semaine nationale de l'incontinence . *Urofrance*. [En ligne] [Citation : 29 Mars 2014.] <http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/semaine-contenance/2006/communiqu-presse.pdf>.

100. **LEFRANC, E.** *Incidence de l'accouchement en décubitus latéral*. Mémoire pour l'obtention du D.E. de sage-femme : Ecole de sages-femmes de Nancy, 2005. p. 15.

101. Manoeuvre de Kristeller. *Hebamme*. [En ligne] [Citation : 9 Avril 2014.] [http://www.hebamme.ch/x\\_data/heft\\_pdf/2006-3-28.pdf](http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2006-3-28.pdf).

102. **LOUSQUY, P., et al.** État des lieux de l'épidémiologie des prolapsus génitaux. *Urofrance*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] <http://www.urofrance.org/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/etat-des-lieux-de-lepidemiologie-des-prolapsus-genitaux.html>.

103. Fascia pelvien. *Anatvarie*. [En ligne] [Citation : 28 Mars 2014.] <http://www.anatvarie.net/fascia-pelvien.html>.

104. **DEVAL, B., et al.** Chirurgie de l'allongement hypertrophique du col utérin. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Em consult , 2002, Vol. 31, 4.

105. Les outils de la saignée. *Cheval Culture*. [En ligne] 21 Novembre 2013. [http://www.cheval.culture.fr/fr/page/les\\_outils\\_de\\_la\\_saignee](http://www.cheval.culture.fr/fr/page/les_outils_de_la_saignee).

106. **FOULATIER, M.C.** *Etat des lieux de la non observance de la prescription des séances de rééducation périnéale dans le post-partum à l'HME de Limoges*. Limoges : Mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme, 2013.

107. Episiotomie. *Wikipedia*. [En ligne] [Citation : 9 Avril 2014.] <http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89pisiotomie>.

## Annexes

### Annexe 1 : schémas des prolapsus génitaux

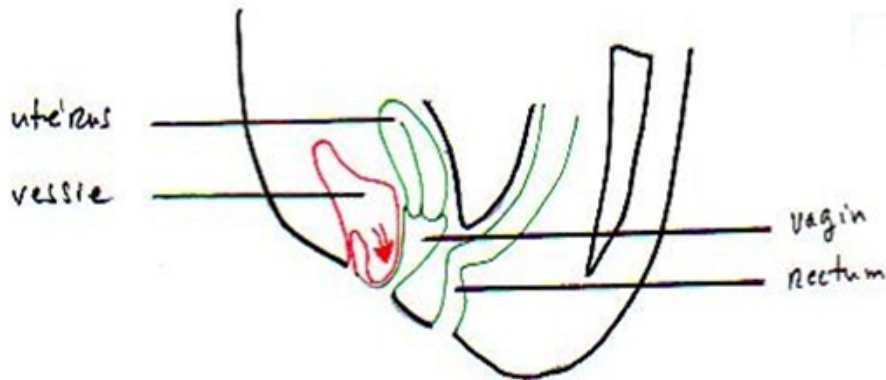


Figure 24- Cystocèle

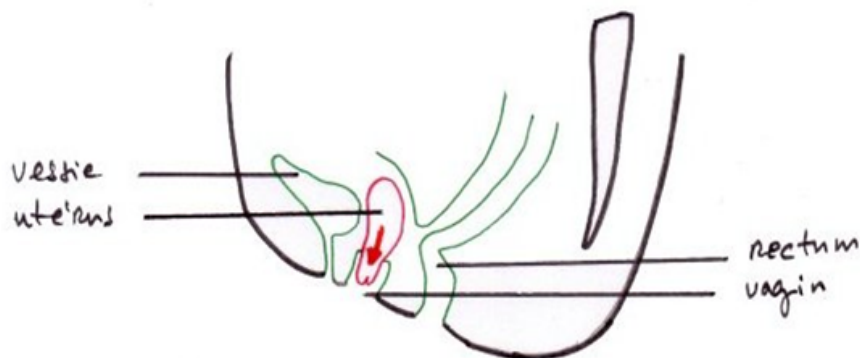


Figure 25- Hystérocéle

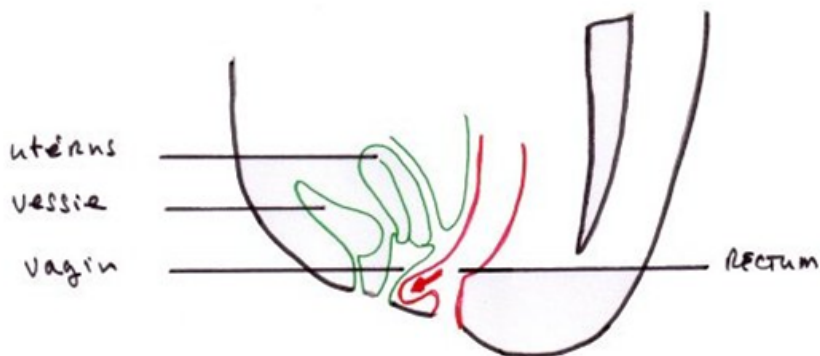


Figure 26- Rectocèle

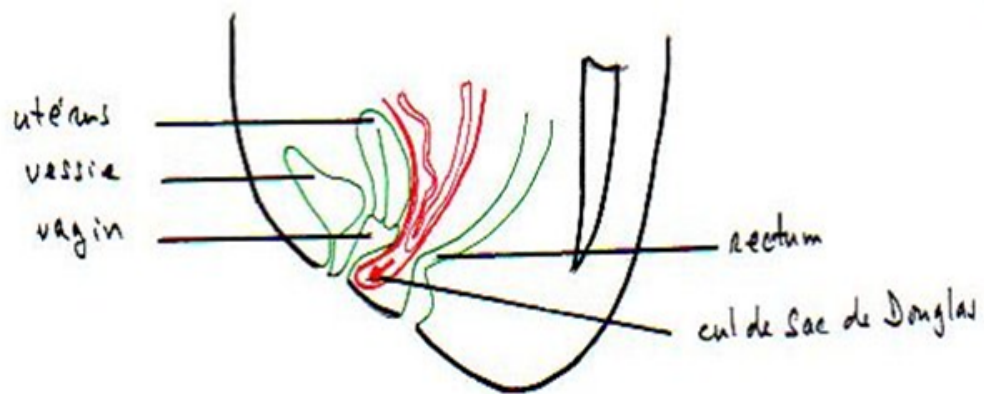


Figure 27- Elytrocèle

Source :<http://www.promedecine.files.wordpress.com>

Annexe 2 : Extrait des « Œuvres complètes d’Hippocrate : De la nature des femmes » par Emile LITTE , aux éditions Baillière, 1851.

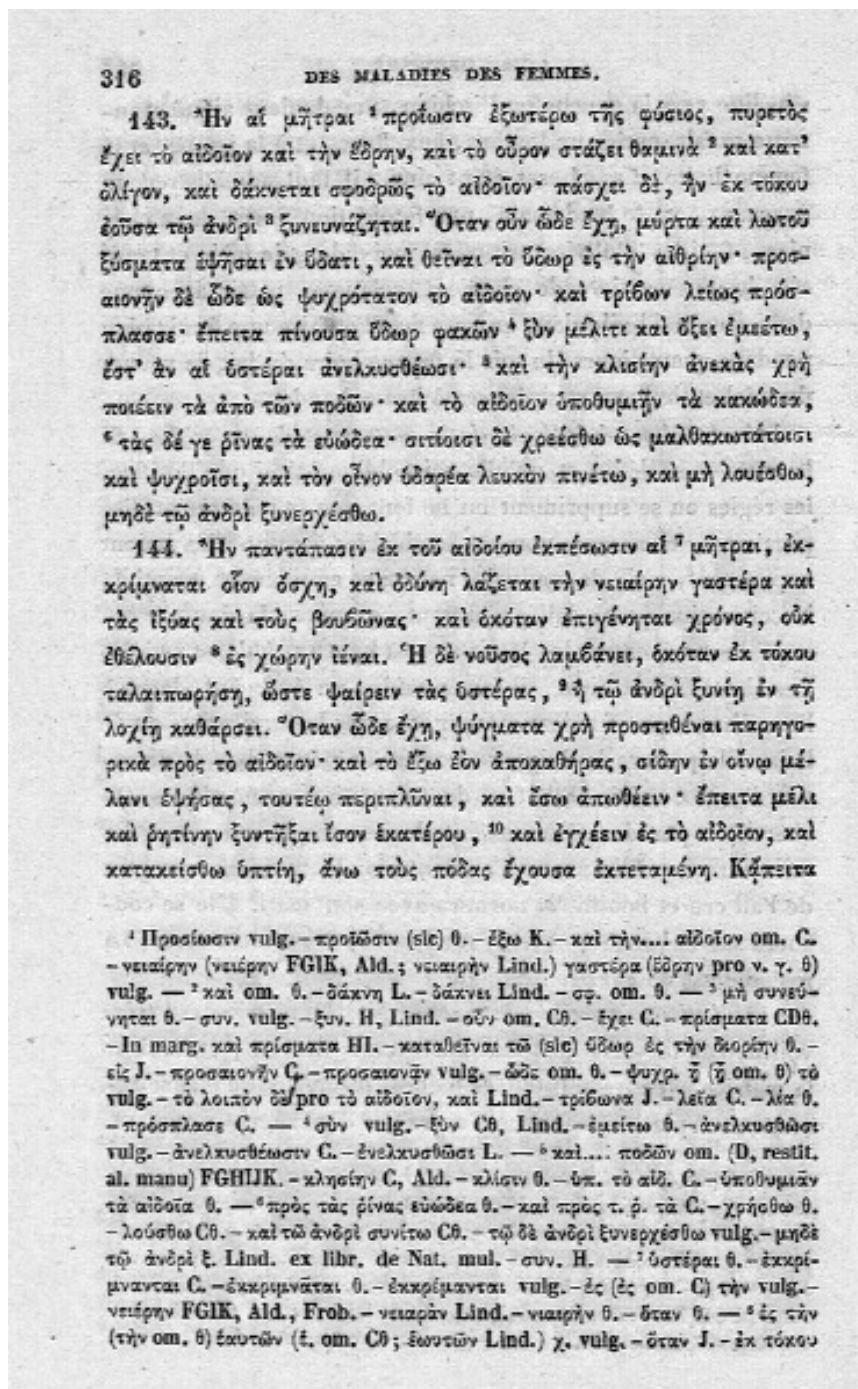


Figure 28- Extrait en grecque des « Oeuvres complètes d’Hippocrate : de la nature des femmes »

143. (*Saillie de la matrice hors de la vulve.* De la Nat. de la F. § 4.) Si la matrice fait saillie hors des parties naturelles, il y a fièvre à la vulve et au siège, l'urine est rendue fréquemment et goutte à goutte, et irrite fortement les parties génitales. Cet accident arrive, quand la femme, accouchée depuis peu de temps, a des rapports avec son mari. Les choses étant ainsi, faire bouillir dans de l'eau des baies de myrte et des raclures de lotus, exposer cette eau au serein de la nuit, et s'en servir, aussi froide que possible, en affusion sur les parties génitales; on triture aussi ces substances et on les met en cataplasme. Puis la femme, buvant de l'eau de lentille avec du miel et du vinaigre, vomira jusqu'à ce que la matrice soit retirée en haut; le lit doit avoir l'extrémité du côté des pieds relevée. On fera des fumigations fétides sous les parties génitales, aromatiques sous les narines. La femme usera d'aliments très-émollients et froids, boira du vin blanc coupé d'eau, ne se baignera pas, et n'ira pas avec son mari.

144. (*Chute complète de la matrice hors de la vulve.*) Si la matrice est sortie complètement hors des parties génitales, elle pend comme le scrotum, la douleur occupe le bas-ventre, les lombes et les aines; et, quand du temps s'est écoulé, elle ne veut plus rentrer à sa place. Cette maladie survient, quand, à la suite de l'accouchement, la femme se livre à quelque occupation pénible, de manière que la matrice s'en ressente, ou a des rapports avec son mari pendant la purgation lochiale. Les choses étant ainsi, il faut faire des applications réfrigérantes et adoucissantes aux parties génitales. Puis nettoyer la partie qui est dehors, la laver avec du vin noir où a bouilli une grenade, et la repousser en dedans; après quoi, faire fondre du miel et de la résine à parties égales et infuser dans

ὄταν C. - τόκου ἰούσα πονήσῃ ἢ (ἢ. π. ἢ om. θ) ταλ. vulg. - φέρειν FGII. —  
 ἢ CD. - συνή vulg. - ξυνή CDH, Lind. - λοχείη CHJKθ. - χρή om. θ. -  
 ἀποκαθάρσας vulg. - ἀποκαθάρσας Cθ. - σιδήν vulg. - σιδήν θ. - τούτω θ. -  
 εἶσω θ. - ἐπ. καὶ (καὶ om. θ) μέλι vulg. - συντίθει θ. - ξυντίθει FI. - ἐκάτε-  
 ρον C. —<sup>11</sup> καὶ om. C. - ἐγγίαι D. - εἰς J. - κατακατεῖσθαι ὑπείκην... ἔχουσιν  
 ἐκπιταμένην, κἀπὶτα σκ. προστιθεῖς (sic) θ.

Figure 29- Extrait des «Oeuvres complètes d'Hippocrate : de la nature des femmes » p.317 au sujet de la saillie de matrice et de la chute complète de matrice.

### Annexe 3 : Cure de prolapsus par voie vaginale

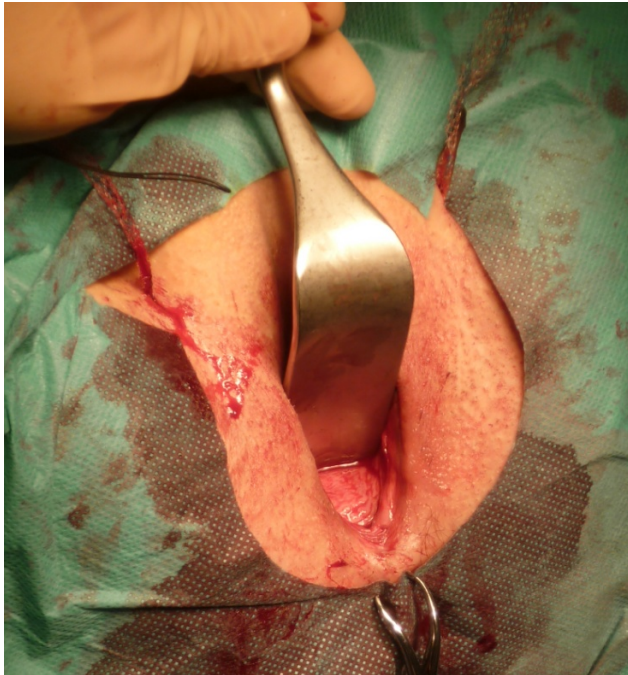


Figure 30- Rectocèle stade 1



Figure 31- Cystocèle stade 3

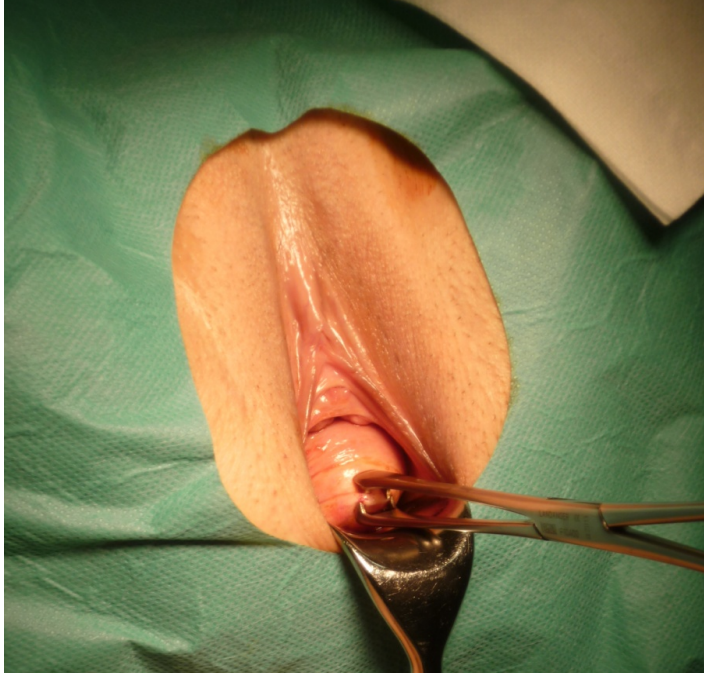


Figure 32- Hysteroçèle stade 2

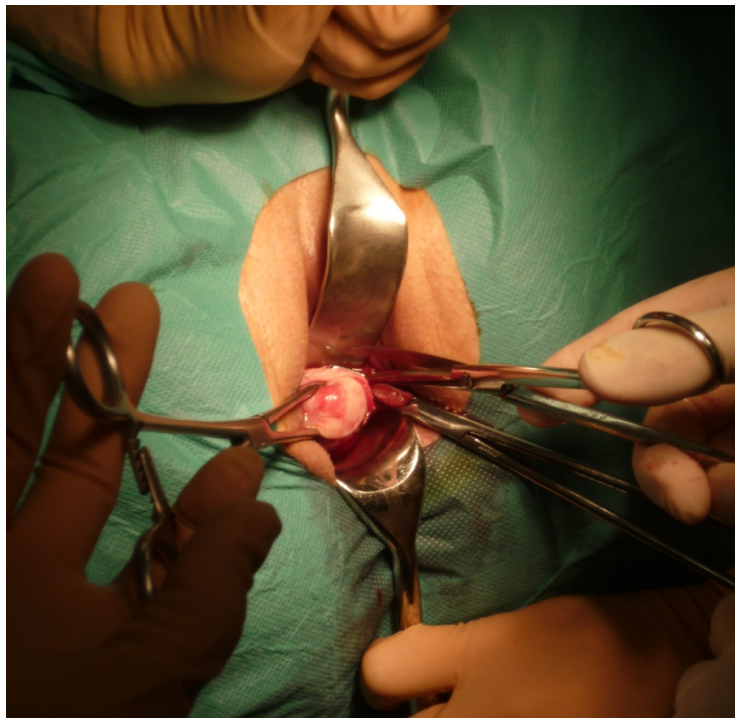


Figure 33- Hystérectomie voie basse





Figure 34- Dissection de la cloison vésico-vaginale et exposition de la vessie

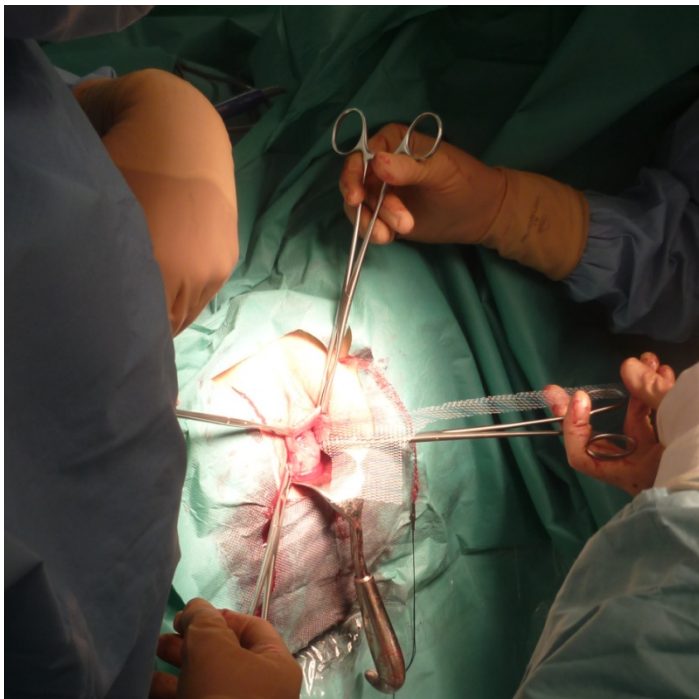


Figure 35- Pose de la prothèse antérieure par voie transobturatrice

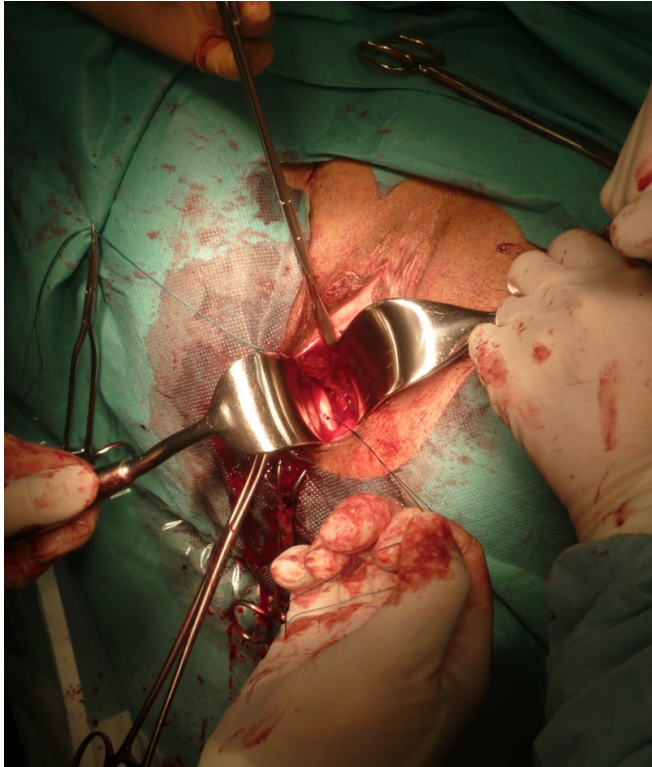


Figure 36- Sacrospinofixation de Richter

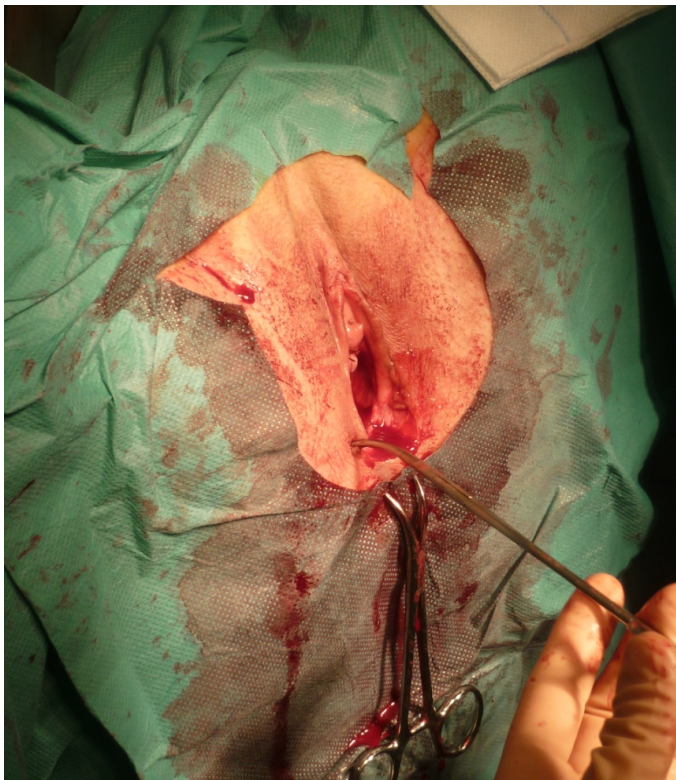


Figure 37- Temps postérieur: épisiorraphie

Source : photos prises le 24/02/14 à l'HME. Chirurgie de prolapsus par le Pr. Aubard.

ZIEMENDORF Selma | École de Sages-femmes | Mémoire de Diplôme d'État | 2014

