

## Case report

### Le prolapsus gravidique: à propos de deux cas exceptionnels



#### *Pelvic organ prolapse during pregnancy: about two exceptional cases*

**Safaa Ammouri<sup>1,&</sup>, Imad Ziouziou<sup>2</sup>, Chourouk Elkarkri<sup>1</sup>, Safae Badesi<sup>1</sup>, Hounaida Mahfoud<sup>1</sup>, Najia Zraidi<sup>1</sup>, Abdelaziz Baidada<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Service de Gynécologie, Obstétrique et Endoscopie Gynécologique, Maternité Souissi, Faculté de Médecine et Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Morocco, <sup>2</sup>Service d'Urologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir, Morocco

<sup>&</sup>Auteur correspondant: Safaa Ammouri, Service de Gynécologie, Obstétrique et Endoscopie Gynécologique, Maternité Souissi, Faculté de Médecine et Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat, Morocco

Received: 01 Apr 2020 - Accepted: 10 Apr 2020 - Published: 12 May 2020

Domain: Obstetrics and gynecology

Mots clés: Prolapsus, gravidique, grossesse

#### Résumé

Le prolapsus est un trouble fréquent de la statique pelvienne chez la femme ménopausée. Sa survenue au cours de la grossesse est exceptionnelle. Nous rapportons deux cas exceptionnels de prolapsus au cours de la grossesse. Cas 1: une multipare âgée de 27 ans, a été admise pour prise en charge d'un prolapsus stade 4 de la classification POP (pelvic organ prolapse) après un accouchement à terme, dystocique dans un hôpital régional. Une attitude conservatrice a été décidée. Le post-partum a été marqué par la régression spontanée du prolapsus en 15 jours. La patiente a été revue en consultation à 6 mois du post-partum, le prolapsus n'a pas récidivé. Cas 2: une multipare âgée de 30 ans, a été admise pour une rupture prématurée des membranes sur une grossesse de 39 semaines d'aménorrhée. A l'examen clinique, on notait la présence d'un prolapsus stade 3 de POP. L'accouchement s'est effectué par voie basse avec travail harmonieux et naissance d'un nouveau-né de sexe féminin dont le poids de naissance était 3,3kg. Le prolapsus a régressé spontanément en 10 jours, et n'a pas récidivé après 6 mois de suivi. Le prolapsus pelvien durant la grossesse pourrait être transitoire, relevant d'une surveillance simple.

**Case report | Volume 3, Article 9, 12 May 2020 | 10.11604/pamj-cm.2020.3.9.22591**

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com/content/article/3/9/full>

© Safaa Ammouri et al PAMJ - Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



## Abstract

*Prolapse is a common disorder of the pelvic floor in postmenopausal women. Its occurrence during pregnancy is exceptional. We here report two exceptional cases of prolapse during pregnancy. The first case was a multiparous woman aged 27 years admitted with stage 4 prolapse according to the POP (pelvic organ prolapse) classification after delivery at term complicated by dystocia at a regional hospital. Conservative treatment was started. The post-partum period was marked by spontaneous regression of prolapse within 15 days. At the 6-month follow-up visit no recurrence was reported. The second case was a multiparous woman aged 30 years, admitted with premature rupture of membranes at 39 weeks of amenorrhea. Clinical examination showed stage 3 prolapse (POP classification). The patient had harmonious vaginal delivery and gave birth to a female new-born weighting 3.3kg. The prolapse regressed spontaneously in 10 days and no recurrence was reported after 6 months of follow up. Pelvic prolapse during pregnancy could be transitional but it requires monitoring.*

**Key words:** Pelvic organ prolapse, pregnancy

## Introduction

---

Le prolapsus est un trouble fréquent de la statique pelvienne chez la femme ménopausée, sa survenue chez la femme jeune au cours de la grossesse est exceptionnelle, avec une incidence d'un accouchement sur 10000-15000 accouchements [1]. Dans la littérature seuls quelques cas ont été décrits et la prise en charge obstétricale varie de la conservatrice au traitement laparoscopique. Nous rapportons deux cas exceptionnels de prolapsus survenant au cours de la grossesse, avec une régression spontanée du prolapsus en post-partum.

## Patient et observation

---

**Cas 1:** il s'agissait d'une multipare de 27 ans g4p4, un accouchement par voie basse avec épisiotomie et 3 accouchements à domicile avec une notion d'expression abdominale et un poids de naissance entre 3500 et 3800g, sans histoire de prolapsus connue. La patiente a été admise dans le Centre Hospitalier Ibn Sina à h3 d'un accouchement dystocique à domicile d'un terme de 39 semaines d'aménorrhée, avec naissance d'un bébé de sexe masculin poids de naissance de 3800g. L'examen physique montrait un prolapsus utérin stade 4 de POP (pelvic organ prolapsed),

prolapsus non réductible avec un bon globe de sécurité (Figure 1). L'apparition du prolapsus étant survenue après l'accouchement selon l'équipe soignante. La patiente a été hospitalisée pour complément de prise en charge du prolapsus pendant 15 jours, avec soin pluriquotidiens, et protection du prolapsus avec des compresses tulle gras. L'évolution était favorable avec disparition du prolapsus (Figure 1) La patiente a été revue en consultation à j30 3 et 6 mois avec un examen sans particularité.

**Cas 2 :** Il s'agissait d'une multipare de 30 ans g2p2, admise pour rupture prématuré de membranes sur une grossesse de 38 semaines d'aménorrhée. Elle avait comme antécédents un accouchement à terme par voie basse d'un nouveau-né de poids de naissance de 3kg. La patiente rapportait la notion de descente d'organe avec le début du travail, et n'ayant pas d'histoire de prolapsus avant la grossesse. L'examen physique montrait un prolapsus utérin stade 3 avec une grossesse monofoetale évolutive de 38 SA et un bishop favorable (Figure 2). Un déclenchement du travail après 24h de rupture des membranes a été décidé avec un travail harmonieux et naissance d'un bébé de sexe féminin poids de naissance 3300g, le post-partum immédiat a été compliqué d'une hémorragie de délivrance jugulée par le traitement médical. A 24h du post-partum, la patiente gardait un prolapsus de stade 3 qui a régressé spontanément au bout de 10 jours, patiente

revue en consultation à j30 et 3 mois et 6 mois, l'examen était sans particularité (Figure 3).

## Discussion

---

Nos deux cas présentent une particularité clinique avec une notion de prolapsus gravidique qui apparaît au cours de la grossesse et disparaît à la fin de celle-ci, ce qui nous laisse réfléchir et à poser plusieurs questions

**La notion du prolapsus dit gravidique existe-t-il vraiment?** en examinant la littérature peu de données existent sur l'évolution des prolapsus extériorisés en post-partum, ceux rapportés persistent dans le post-partum immédiat et précoce [2,3]. Un seul cas publié celui de Mohamed Amine Ben Haj Hassine *et al* [4] était identique à notre cas avec une évolution favorable du prolapsus en post-partum.

**Y'a-t-il des facteurs qui favorisent l'apparition du prolapsus utérin au cours de la grossesse?** en examinant la littérature, plusieurs facteurs ont été identifiés, les antécédents de prolapsus au cours ou en dehors de la grossesse, la multiparité, la toux et la constipation chronique, le travail long, des efforts physiques importants ou répétés, l'atteinte congénitale des tissus aponévrotique de soutien [5,6], dans nos deux cas deux facteurs étaient présents: la multiparité et la notion d'accouchement dystocique avec expression abdominale.

**La grossesse est-elle un facteur de risque réversible du prolapsus gravidique?** certains auteurs soutiennent que la grossesse en elle-même constitue un facteur de risque indépendant du prolapsus génital, notamment du col utérin. O'Boyle *et al.* [7] ont examiné des femmes nullipares enceintes (n =21) et des femmes nullipares non enceintes (n =21), âgées de 18 à 29 ans. Toutes les femmes non enceintes présentaient un prolapsus de stade 0 ou 1 (POP-Q) alors que plus de 40%

des femmes enceintes, examinées à un terme moyen de 28 SA, présentaient un prolapsus de stade supérieur ou égal à 2. La différence entre les deux groupes était significative pour les points Aa et Ba, Ap et Bp et la distance anovulvaire (pb). La grossesse semble donc associée à des stades de prolapsus plus sévères. L'échographie périnéale permet également de mettre en évidence l'augmentation de la mobilité des organes pelviens pendant la grossesse, notamment au troisième trimestre [6]. L'imprégnation hormonale gravidique et l'hyperpression abdominale sont deux hypothèses vraisemblables mais peu étudiées dans la littérature. Les modifications de la statique pelvienne pendant la grossesse semblent effectivement liées aux altérations du collagène induites par les modifications hormonales de la grossesse. O'Boyle *et al.* [7] expliquent que l'augmentation de la distance anovulvaire (pb de la classification POP-Q) pendant la grossesse correspond à un phénomène adaptatif permettant de limiter les lésions anales lors de l'accouchement.

**Le prolapsus aggrave-t-il le pronostic de la grossesse?** la présence d'un prolapsus au cours de la grossesse peut être responsable de complications: l'accouchement et la rupture prématurée des membranes. Pendant le travail, un œdème cervical peut apparaître suite à l'obstruction mécanique occasionnée par le prolapsus et de ce fait entraîner plusieurs complications notamment une dystocie aussi bien mécanique que dynamique. Des lésions cervicales, une rupture utérine sont aussi décrites [8,9]. Dans nos deux cas, la grossesse s'est compliquée de la rupture prématurée des membrane pour une patiente, et l'accouchement s'est compliqué de l'hémorragie de délivrance pour le deuxième cas.

**Devant la présence du prolapsus, quel est le mode d'accouchement recommandé?** plusieurs études recommandent la césarienne pour prévenir les complications. Cependant la décision finale revient à la patiente et à l'obstétricien. Dans notre cas nous avons décidé la voie basse après accord de la patiente.

**Quand le prolapsus est dit gravidique, faut t-il avoir un esprit de patience et aborder une prise en charge d'abstention et de surveillance?** l'évolution favorable de nos deux cas ainsi que du cas publié [4] peut laisser discuter ce volet thérapeutique, si c'est un prolapsus apparu au cours de la grossesse chez une jeune femme sans antécédents particuliers.

## Conclusion

---

Le prolapsus pelvien durant la grossesse pourrait être transitoire, relevant d'une surveillance simple.

## Conflits d'intérêts

---

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

## Contributions des auteurs

---

SA a écrit le document. IZ, CE, SB, HM, NZ, AB ont apporté leur contribution en corrigeant ce document. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

## Figures

---

**Figure 1:** image du prolapsus en post-partum immédiat et à j15 du post-partum

**Figure 2:** image du prolapsus avant l'accouchement

**Figure 3:** image du prolapsus après l'accouchement

## Références

---

1. De Vita D, Giordano S. Two successful natural pregnancies in a patient with severe uterine prolapse: A case report. *J Med Case Rep.* 2011 Sep 14;5:459. **PubMed | Google Scholar**
2. Zeng C, Yang F, Wu C, Zhu J, Guan X, Liu J. Uterine Prolapse in Pregnancy: Two Cases Report and Literature Review. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2018 Oct 22;2018:1805153. **PubMed | Google Scholar**
3. Pizzoferrato AC, Bui C, Fauconnier A, Bader G. Prolapsus utérin extériorisé sur utérus gravide. Prise en charge pré- et postnatale [Advanced uterine prolapse during pregnancy: pre- and postnatal management]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2013 Jul-Aug;41(7-8):467-70. **PubMed | Google Scholar**
4. Hassine MA, Siala H. Uterine prolapse in pregnancy. *Pan Afr Med J.* 2015 Oct 23;22:188. **PubMed | Google Scholar**
5. Daskalakis G, Lymberopoulos E, Anastasakis E, Kalmantis K, Athanasaki A, Manoli A, Antsaklis A. Uterine prolapse complicating pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2007 Oct;276(4):391-2. **PubMed | Google Scholar**
6. Yousaf S, Haq B, Rana T. Extensive uterovaginal prolapse during labor. *J Obstet Gynaecol Res.* 2011 Mar;37(3):264-6. **PubMed | Google Scholar**
7. O'Boyle AL, Woodman PJ, O'Boyle JD, Davis GD, Swift SE. Pelvic organ support in nulliparous pregnant and nonpregnant women: a case control study. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Jul;187(1):99-102. **PubMed | Google Scholar**

8. Hill PS. Uterine prolapse complicating pregnancy. A case report. J Reprod Med. 1984 Aug;29(8):631-3. **PubMed** | **Google Scholar**

9. Sze EH, Sherard GB 3rd, Dolezal JM. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol. 2002 Nov;100(5 Pt 1):981-6. **PubMed** | **Google Scholar**



**Figure 1:** image du prolapsus en post-partum immédiat et à j15 du post-partum



**Figure 2:** image du prolapsus avant l'accouchement



**Figure 3:** image du prolapsus après l'accouchement