

L'imagerie des prolapsus a réalisé de grands progrès depuis une vingtaine d'années grâce à deux examens, que sont la colpocystodéfécographie (CCD) et l'IRM dynamique (IRMd) qui reflètent bien la conception actuelle de l'approche globale et non plus segmentaire des 4 compartiments du pelvi-périnée. L'examen clinique est limité et souvent incomplet pour l'examen des colpocèles postérieures, en particulier pour les élytrocèles et la pathologie ano-rectale spécifique. Or la présence d'une pathologie ou d'un prolapsus méconnus et/ou sous-estimés par l'examen clinique peuvent conduire à une modification de l'indication, de l'abord et du traitement chirurgicaux. Dans son mode dynamique, l'échographie permet, surtout par voie périnéale et introïtale, l'appréciation des prolapsus mais reste plus aléatoire pour l'étude précise des colpocèles postérieures et surtout de la pathologie ano-rectale que la CCD ou l'IRMd. L'échographie morphologique reste l'examen de première intention pour l'appréciation morphologique des organes intra-pelviens et du résidu post-mictionnel, par voie endo-anale du sphincter anal, et par voie introïtale et endovaginale de certaines complications des bandelettes sous-urétrales et des prothèses. La CCD et l'IRMd permettent en alternant la réplétion et la vidange des organes creux et en apportant la preuve d'une poussée maximum par la défécation de voir les prolapsus à leur maximum et de révéler les prolapsus masqués. Chacun de ces deux examens possède ses avantages et ses inconvénients. La CCD est un examen assez long (45 - 60 mn), nécessite une opacification barytée du vagin, du rectum et de l'intestin grêle ainsi qu'un sondage vésical, ne visualise pas l'utérus et les tissus mous, risque de méconnaître une élytrocèle étroite et expose aux RX. Cependant la défécation est pratiquement toujours assurée, elle permet une vision précise de la morphologie et de la dynamique cervico-urétrale, et reste la référence pour l'imagerie de la pathologie ano-rectale spécifique (intussusception, vidange des rectocèles, anisme, etc...). L'IRMd est réalisée en décubitus (parfois impossibilité de défécation), d'où une minoration de l'importance des prolapsus, étudie mal le col vésical et pas l'urètre en miction, est parfois imprécise pour l'étude de la pathologie ano-rectale (gel fluide intra-rectal). Mais elle offre un examen rapide (20 - 30mn), un contraste vésical spontané, ne nécessite qu'une opacification vaginale et rectale, permet une étude morphologique pelvienne simultanée qui montre les tissus mous et les moyens de soutien, dans les 3 plans de l'espace, sans irradiation. Ces deux examens sont dans leur réalisation patient - dépendant et opérateur - dépendant, et nécessitent une connaissance de leurs limites dans leur interprétation. Les indications de l'IRMd préopératoire s'étendent actuellement. L'imagerie ne nous paraît jamais inutile quand elle est effectuée avec rigueur, s'il existe des symptômes, et lorsque se discute une indication chirurgicale. En particulier quand elle permet d'éviter une chirurgie disproportionnée, incomplète ou inadaptée.