

CONGRÈS ANNUEL DE LA

SIFEM 2024

13-15 JUIN NANTES

WWW.SIFEM2024.FR



Les dysfonctions pelvi-périnéales : Je révise



Edouard Poncelet, Diana Istrati, Teodora Serb, Aniela Rusu, Teodora Lupu,
Thibault Poclet, Guillaume Ramette, Nicolas Laurent

Imagerie de la femme, CH Valenciennes - CH Armentières, Hauts de France

CONGRÈS ANNUEL DE LA

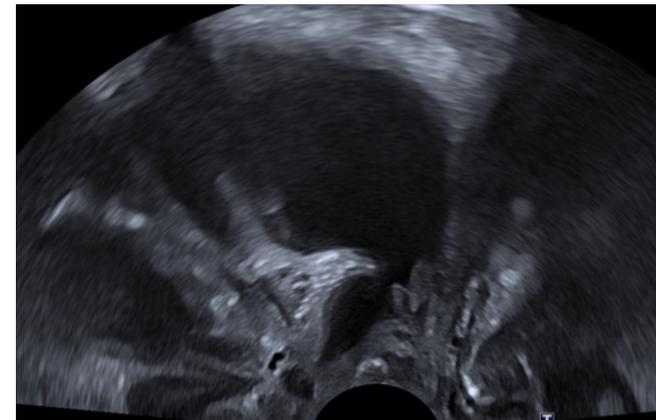
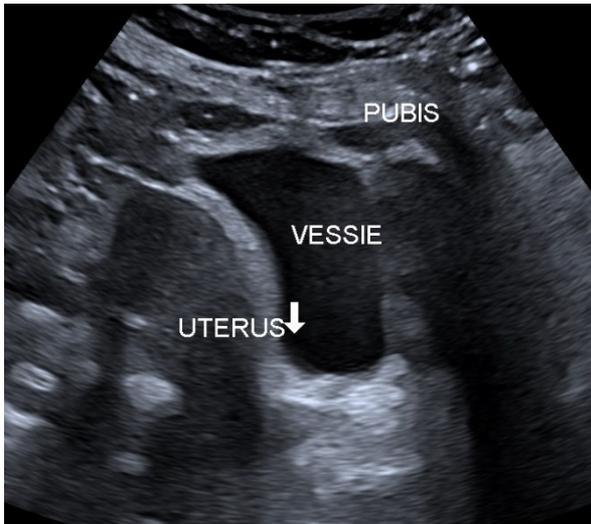
SIFEM 2024

13-15 JUIN NANTES

WWW.SIFEM2024.FR



Aliénor interne imagerie, 2^o semestre : Echo abdo-pelvienne pour pesanteurs pelviennes



CONGRÈS ANNUEL DE LA

SIFEM 2024

13-15 JUIN NANTES

WWW.SIFEM2024.FR



2023 : « Consensus radio-clinique du Touquet » sur l'IRM dynamique pelvi-périnéale validé à la SIFEM Bordeaux

Protocole IRM :

Information patiente

Manipulateurs formés

Explications poussées/évacuations

Préparation :

Vessie peu remplie, IV -

Jambes semi-fléchies

Protections

Balisage vaginal

Balisage rectal

Préparation digestive (option)

Etude « morphologique » :

FOV : du promontoire au périnée

Sag/Ax T2 (ou 3DT2/3 plans T2)

Etude « dynamique » :

- EG T2 monocoupe Sag

« poussée progressive

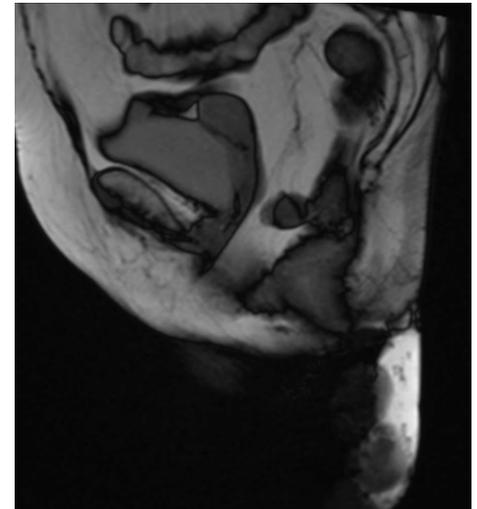
2 poussées efficaces minimum

- Multicoupes Sag et Coro

« poussée maximale »

Critère qualité : vérifier vidange

rectale



CONGRÈS ANNUEL DE LA

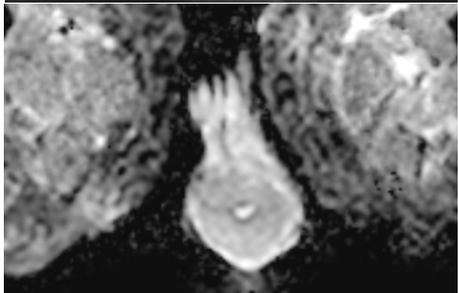
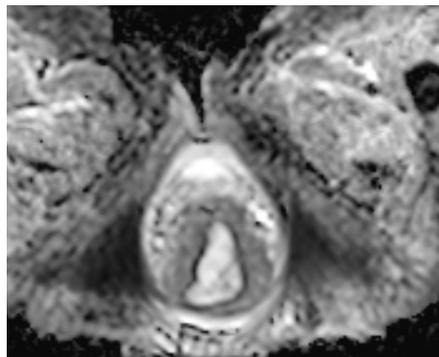
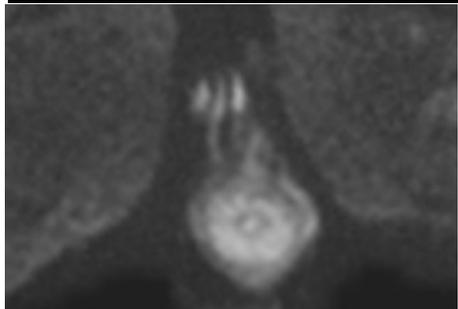
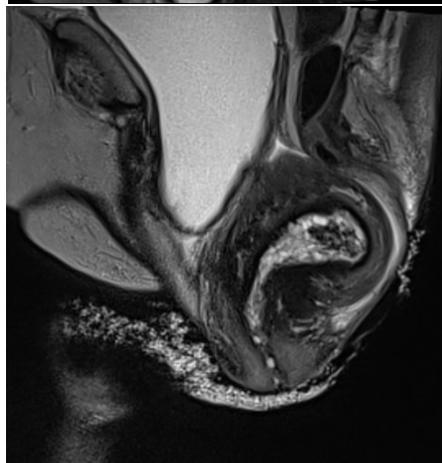
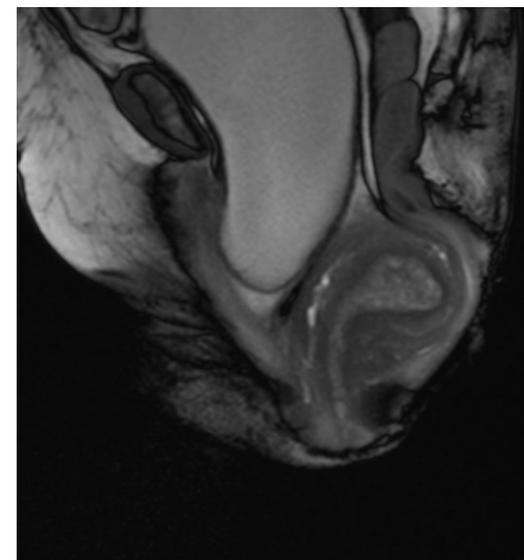
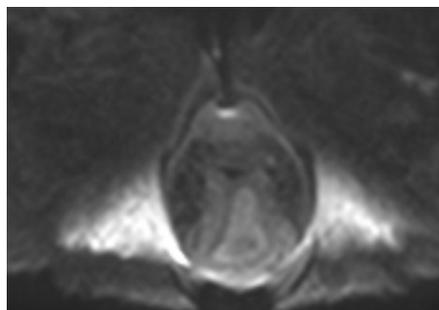
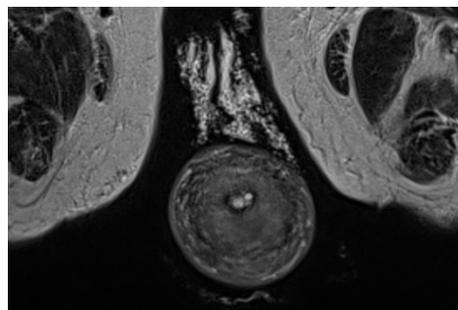
SIFEM 2024

13-15 JUIN NANTES

WWW.SIFEM2024.FR



Attention au centrage et anomalies morphologiques !



CONGRÈS ANNUEL DE LA

SIFEM 2024

13-15 JUIN NANTES

WWW.SIFEM2024.FR



Interprétation

Référentiel vaginal et rectal
comme l'examen clinique

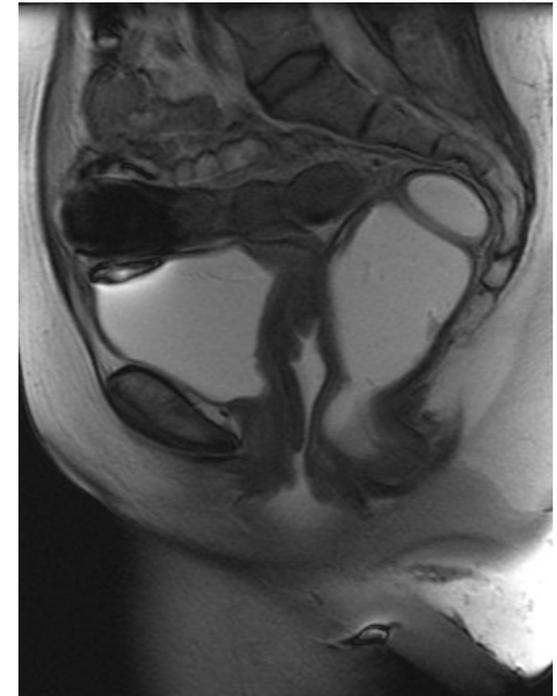
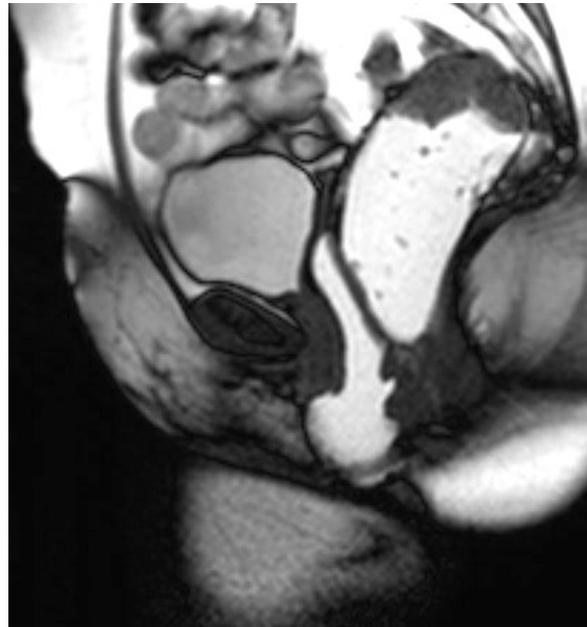
Pas de ligne !

Vaginal :

- I moitié supérieur vagin
- II vulve
- III extériorisé

Rectal :

- Rectal haut (physiologique)
- Entrée canal anal
- Intra-anal
- Extériorisé



CONGRÈS ANNUEL DE LA

SIFEM 2024

13-15 JUIN NANTES

WWW.SIFEM2024.FR



« Compte rendu type » sur le site de la SIFEM

IRM dynamique pelvi-périnéale

Préambule :

L'objectif est de proposer un guide pour l'évaluation en IRM des dysfonctions pelvi-périnéales.

Il est indiqué *en italique et grisé* les éléments importants à préciser dans le compte-rendu.

Il est proposé une formule en texte libre et une présentation avec un tableau en fonction des préférences de chacun. Il est indiqué des items optionnels intégrant une analyse plus spécialisée.

La stadification des prolapsus en IRM doit suivre les référentiels des cliniciens (vagin et canal anal) sans l'utilisation de lignes radiologiques. Les prolapsus génitaux suivent la classification de Baden et Walker : grade 1 : situé à la moitié supérieure vagin, grade 2 : situé à la vulve/introït, grade 3 : extériorisation. Pour les prolapsus du rectum ou des péritonéocèles rectales : localisation rectale haute (physiologique), à l'entrée du canal anal, intra-anale et extériorisation.

INDICATION

Patiente de <.....> ans, adressée pour des dysfonctions pelvi-périnéales.

Absence d'antécédent de chirurgie pelvi-périnéale ou chirurgie de type ...

Signes fonctionnels : *urinaire à type d'incontinence, de dysurie... , rectal à type de dyschésie, de constipation terminale, d'incontinence anale..., sensation de pesanteur/boule vaginale et/ou rectale.*

Examen clinique : CXHXPXX

TECHNIQUE

Examen réalisé après balisage vaginal et rectal avec le consentement de la patiente.

Pas d'injection de produit de contraste gadoliné (hors question spécifique ex : post-thérapeutique inflammatoire), Vessie en semi-réplétion.

Injection d'antipéristaltique optionnelle: nom du produit.

CONGRÈS ANNUEL DE LA

SIFEM 2024

13-15 JUIN NANTES

WWW.SIFEM2024.FR



C1, H0, P0, R0, PR IR



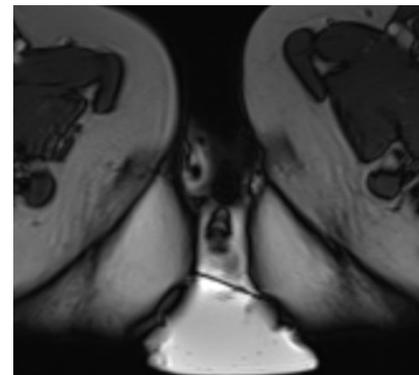
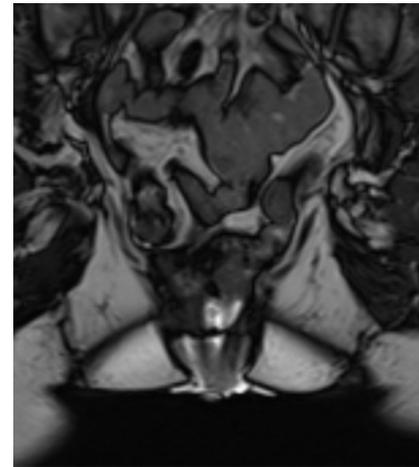
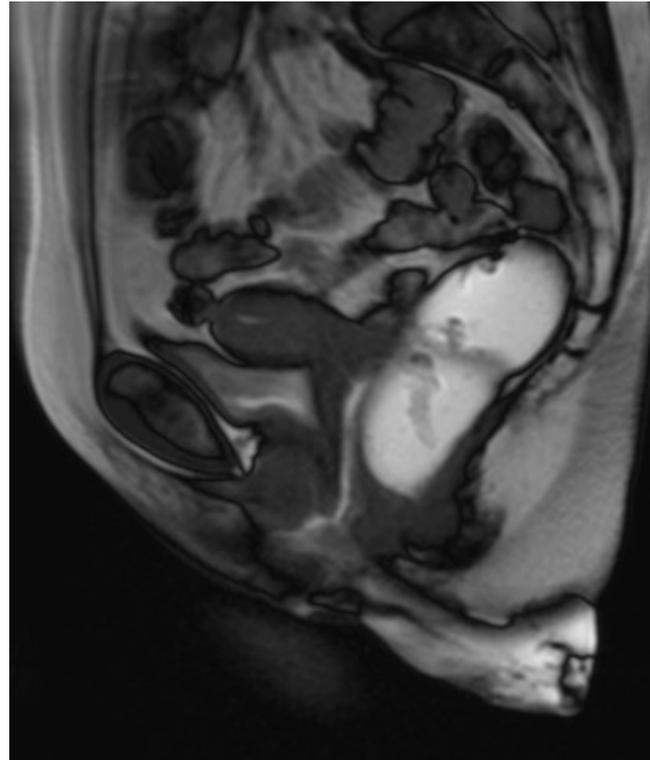
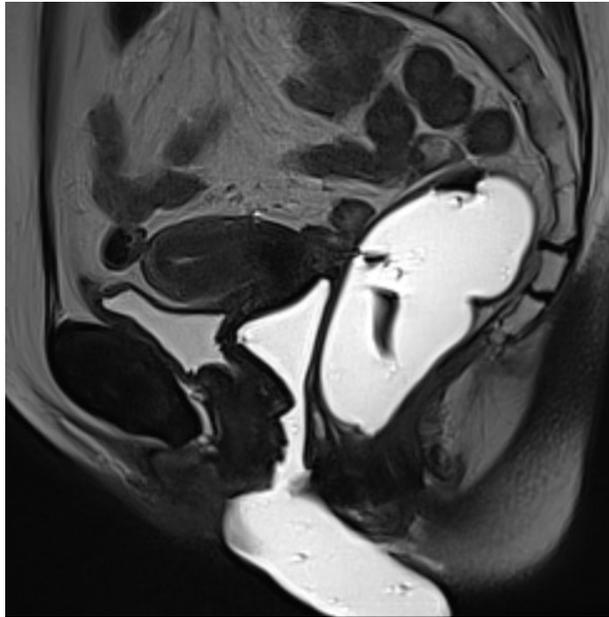
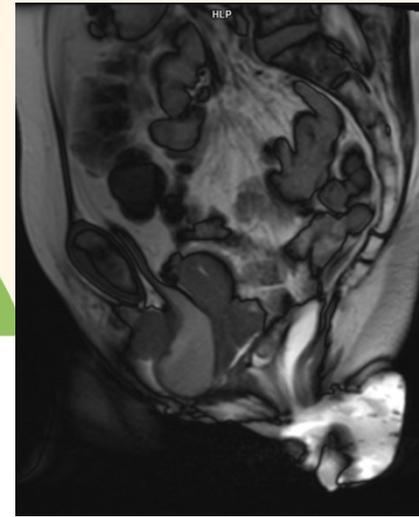
Cystocèle avec effet pelote
IU masquée ?

CONGRÈS ANNUEL DE LA

SIFEM 2024

13-15 JUIN NANTES

WWW.SIFEM2024.FR



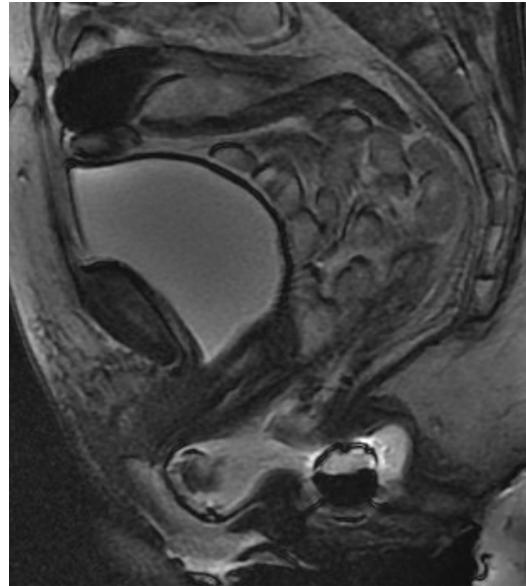
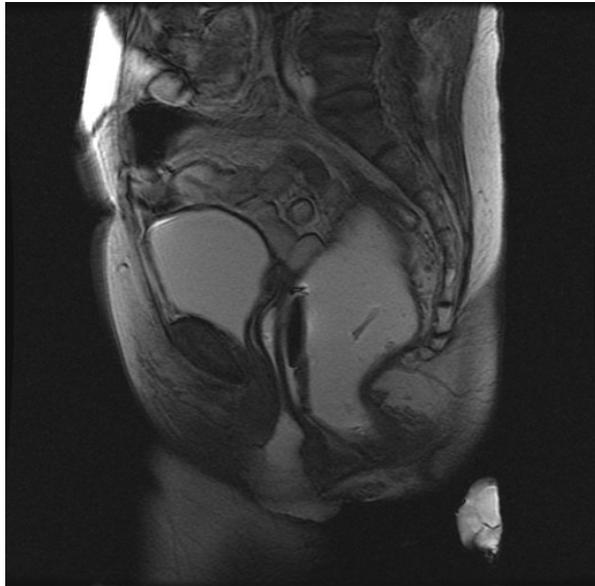
C3, H2, P0, R0, PR extériorisé

CONGRÈS ANNUEL DE LA

SIFEM 2024

13-15 JUIN NANTES

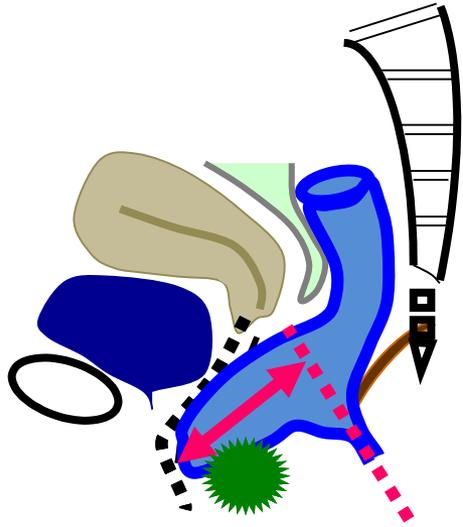
WWW.SIFEM2024.FR



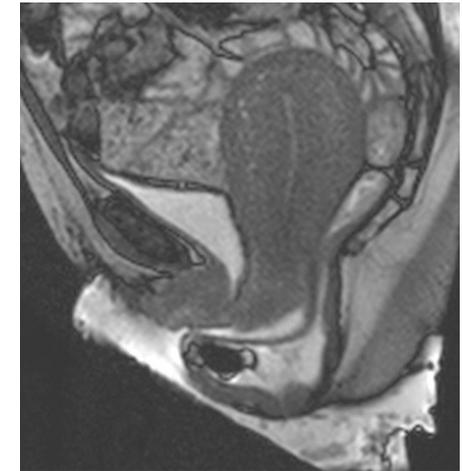
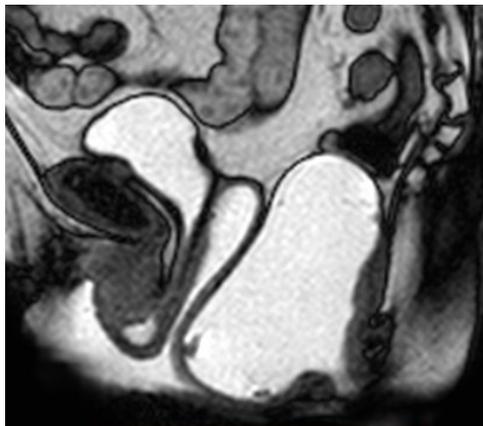
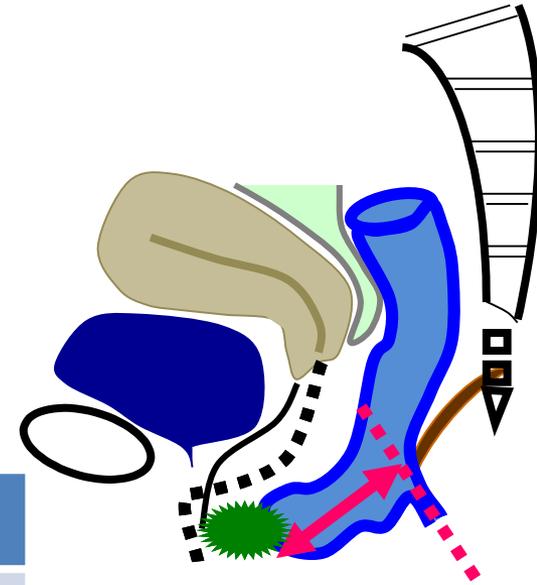
Rectocèle antérieure rétentionniste
Option : profondeur de la poche rectale et collet



Le petit + de la poche rectale



Rectocèle haute	Rectocèle basse
De pulsion	De faiblesse/affaissement
Dyschésie : « Des proctologues »	Boule vaginale : « Des gynécologues »
Toute la hauteur vagin	Partie basse vagin
Collet large	Collet étroit

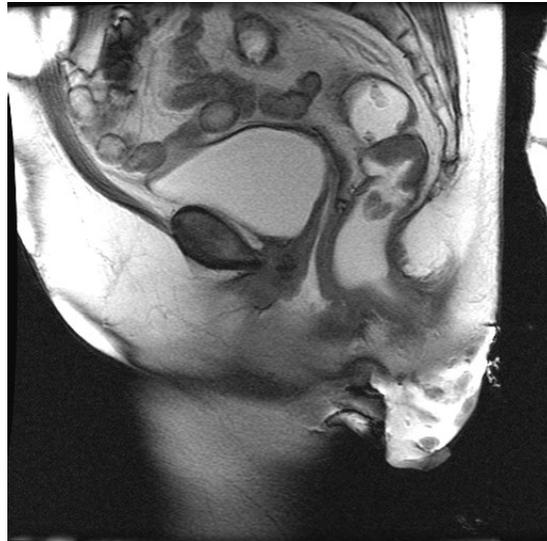
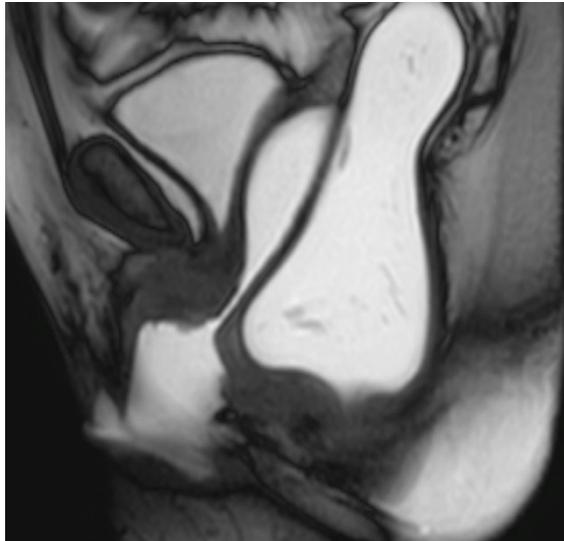




Le petit + de la poche rectale

Dyssynergie ano-rectale ou anisme ?

- Bombement antérieur et postérieur «en poire»
- Difficulté à évacuer toute la colonne rectale
- Empreinte marquée du m élévateur

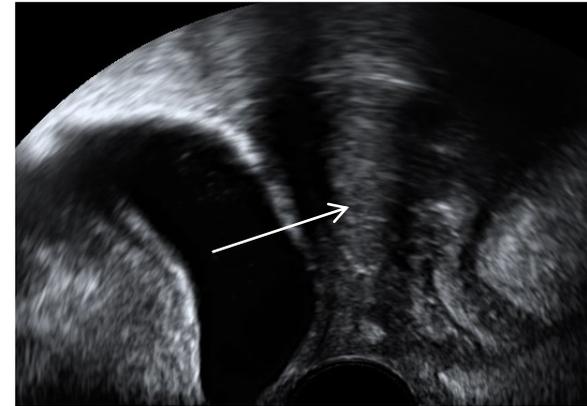
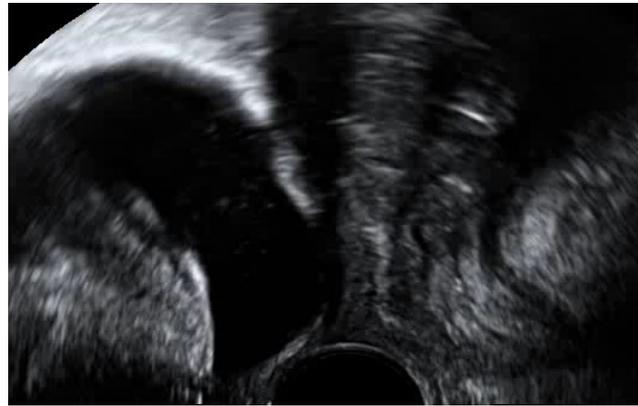
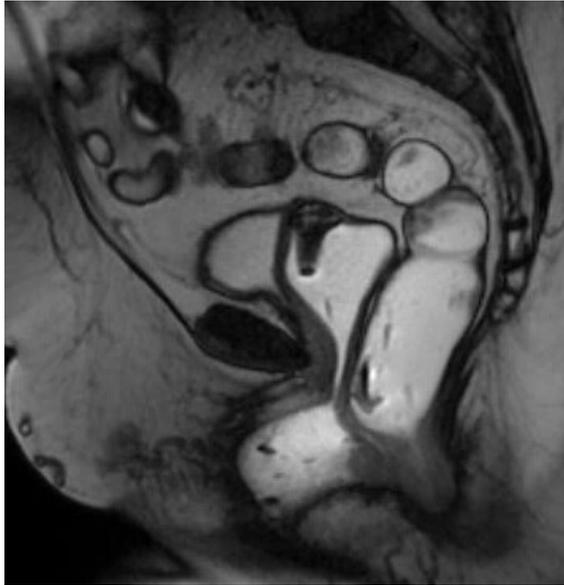


CONGRÈS ANNUEL DE LA

SIFEM 2024

13-15 JUIN NANTES

WWW.SIFEM2024.FR



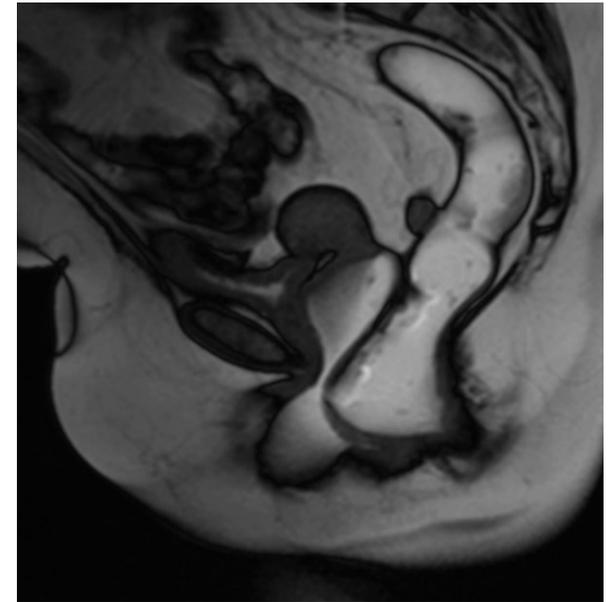
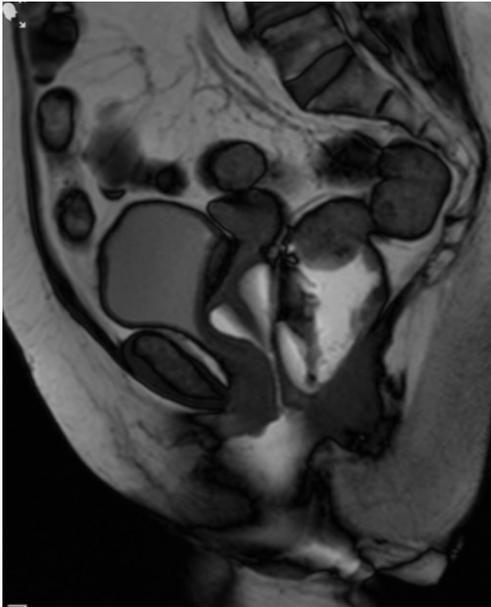
Péritonéocèle vaginale sans contenu intestinal

CONGRÈS ANNUEL DE LA

SIFEM 2024

13-15 JUIN NANTES

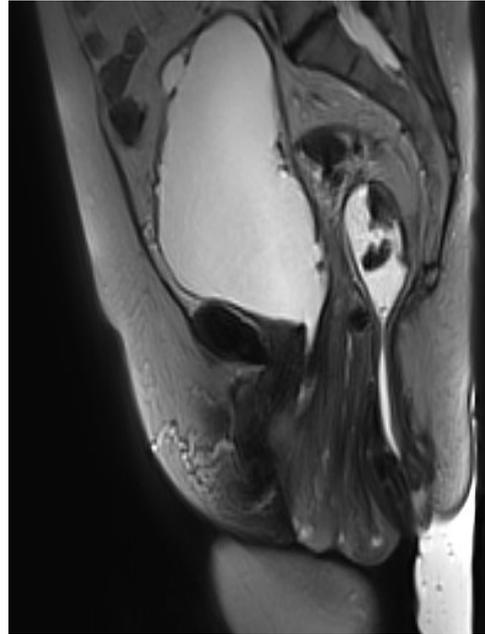
WWW.SIFEM2024.FR



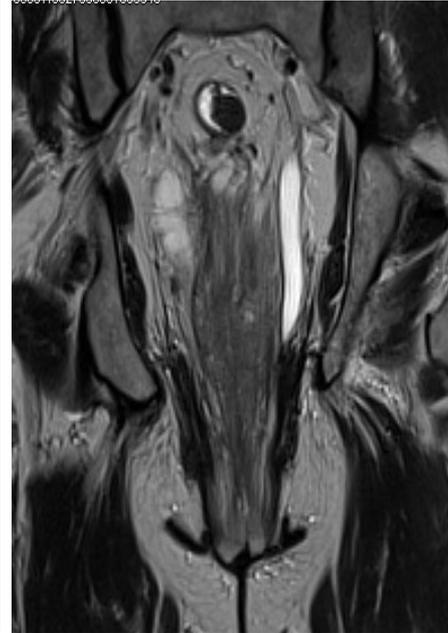


Le petit +

**Hystéroptose
majeure =>
Retentissement
sur les voies
excrétrices
urinaires et sur le
col utérin**

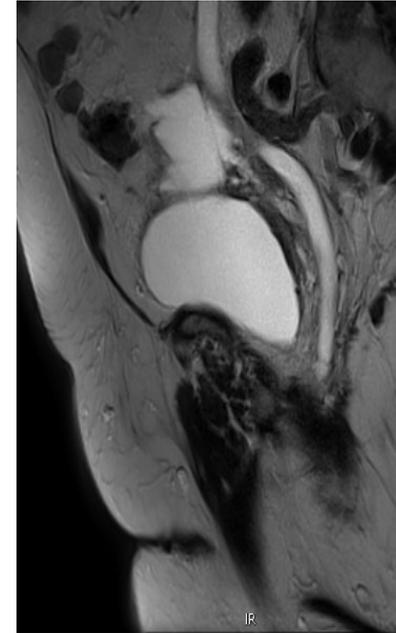


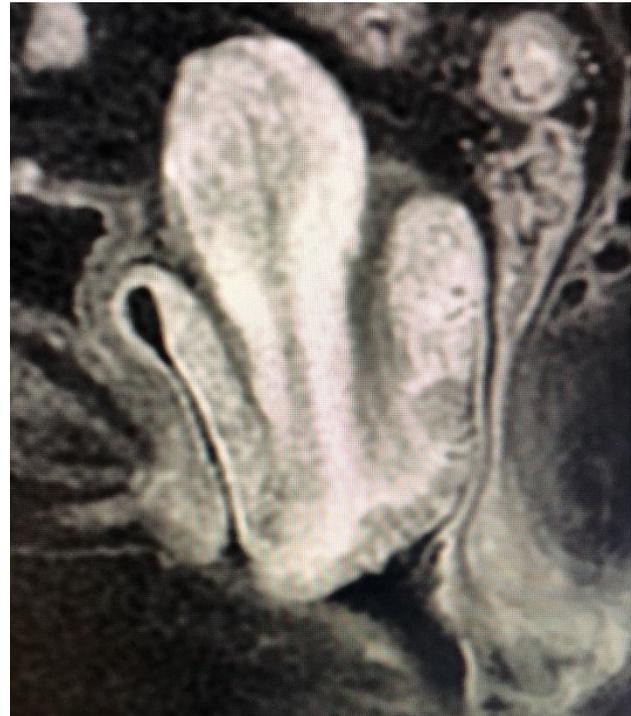
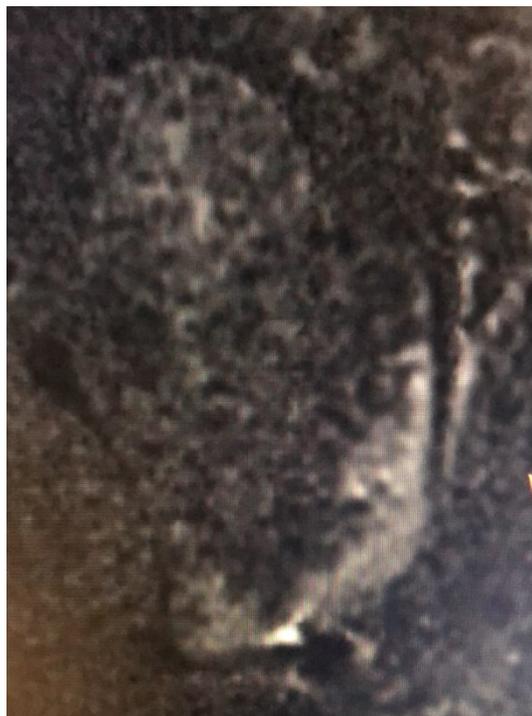
Vessie de lutte
Hystéroptose extériorisée
au repos
Aspect inflammatoire du
col (histo +++)



Allongement du col utérin et
urétéro-hydronephrose

⇒ **Traitement urgent si anurie**
⇒ **A connaître en pré-op**



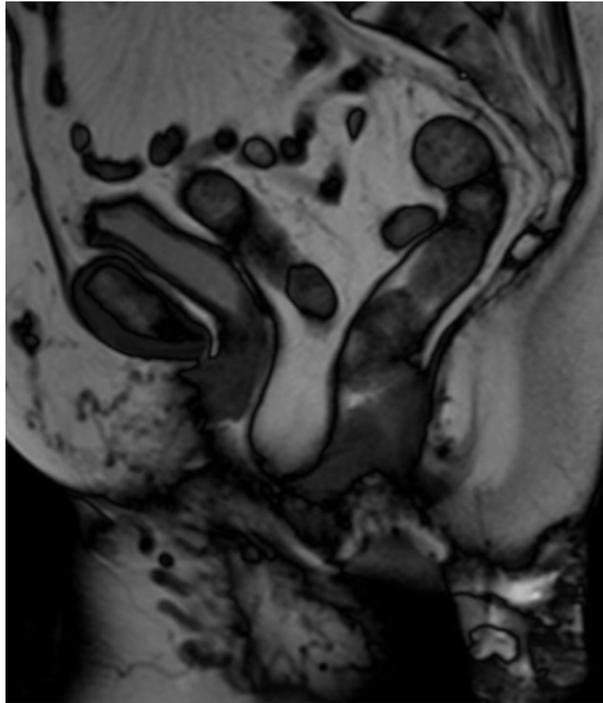


CONGRÈS ANNUEL DE LA

SIFEM 2024

13-15 JUIN NANTES

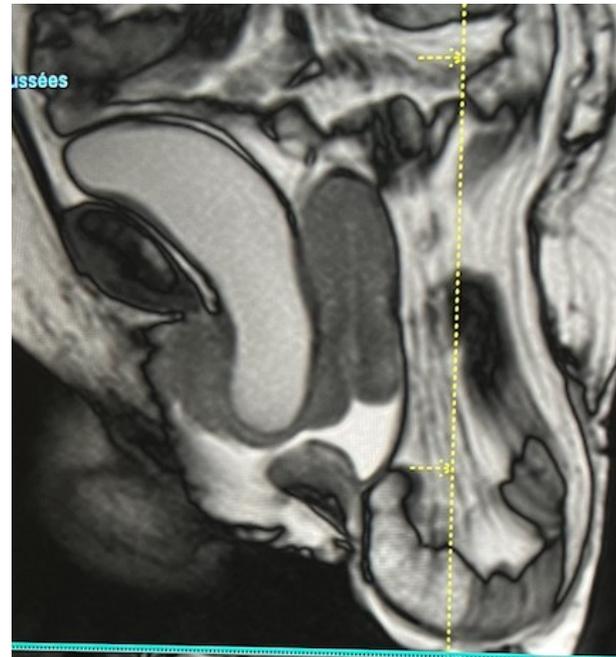
WWW.SIFEM2024.FR



**Péritonocèle « vaginale »
avec sigmoïdocèle**



**Péritonocèle « rectale »
avec entéroccèle**

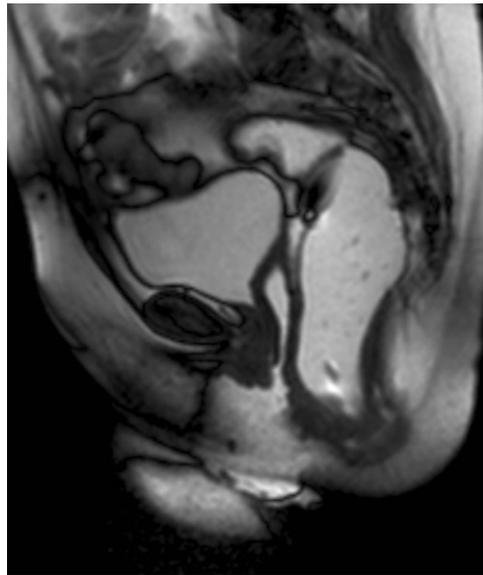


QUID ?

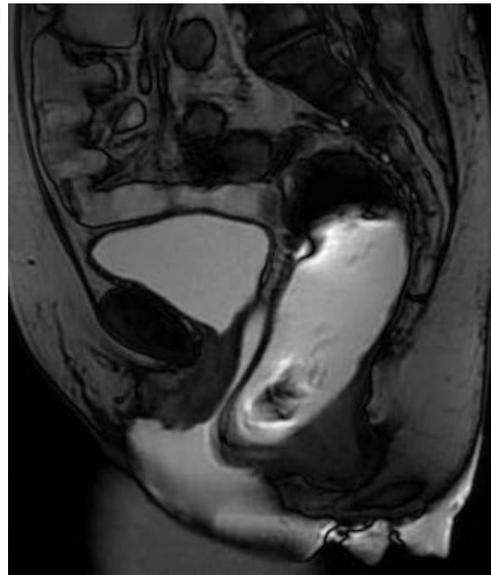


Sémiologie

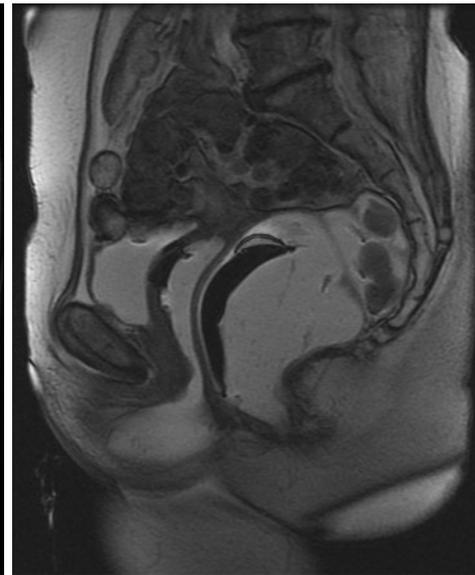
Prolapsus rectal



Rectal haut



Entrée du canal anal



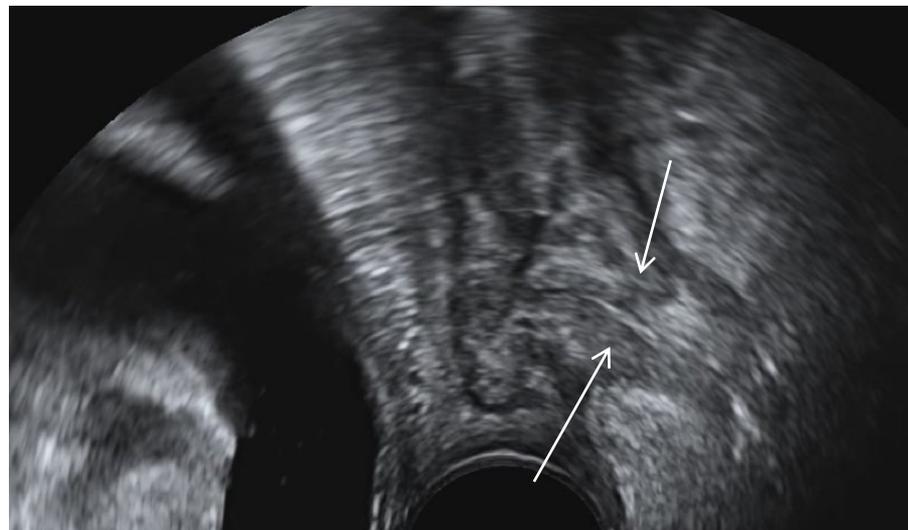
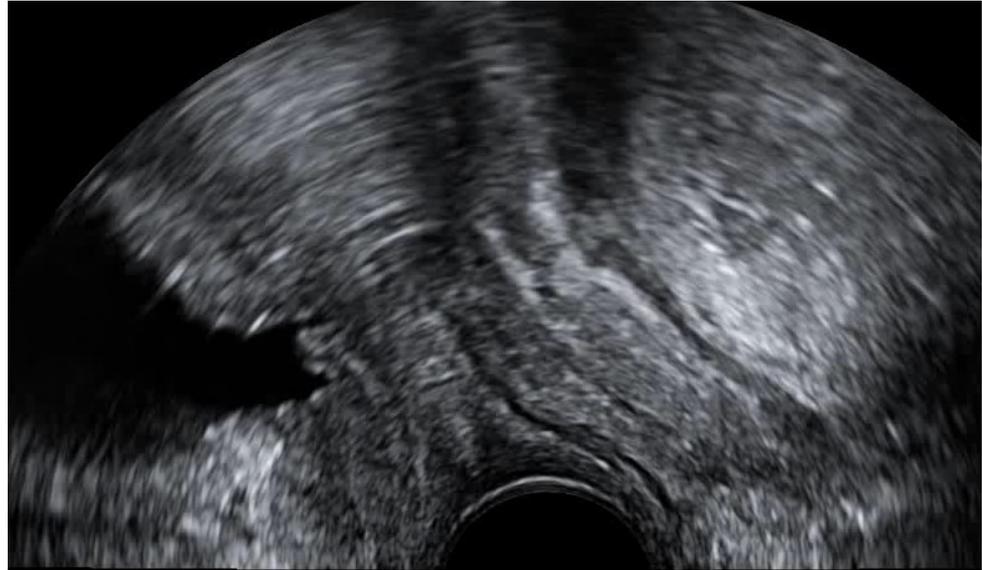
Intra-anal



Extériorisé

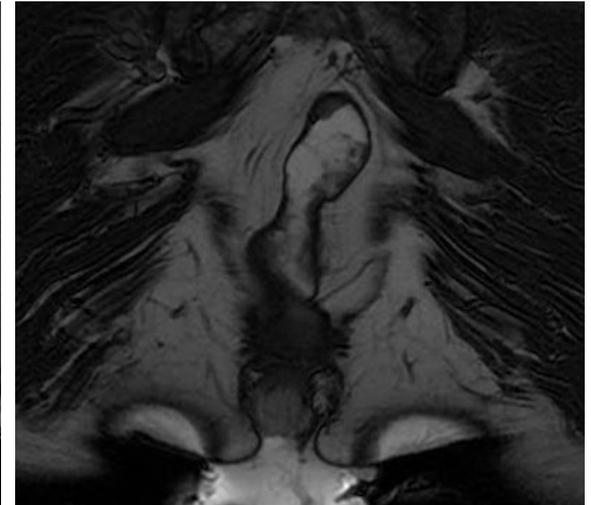
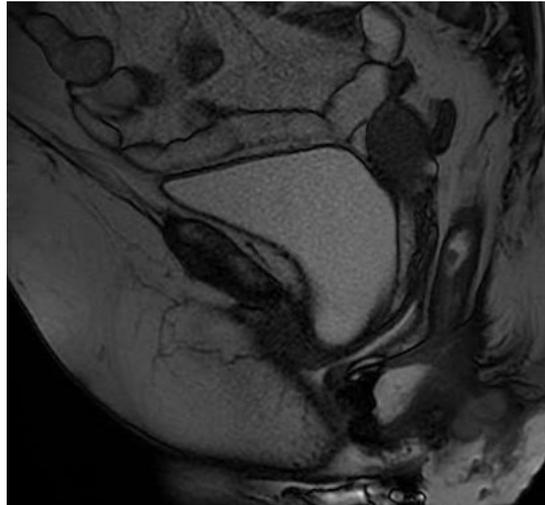
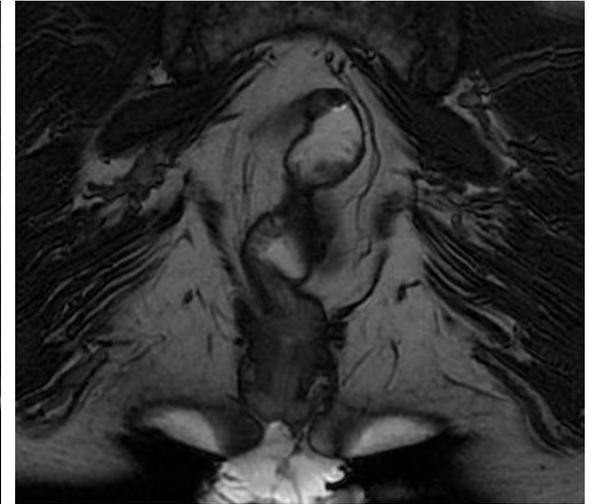
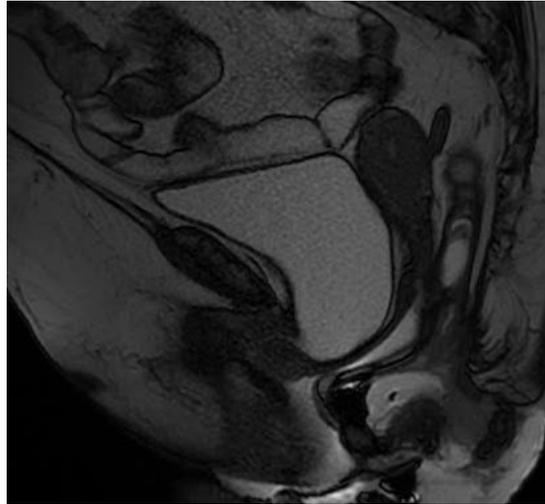


Le petit +





Le petit +





Le petit +

Repérer l'Ulcère Solitaire du Rectum associé

Face antérieure moyen ou bas rectum

94% des USR sont dus à un PR
10% des PR vont donner un USR

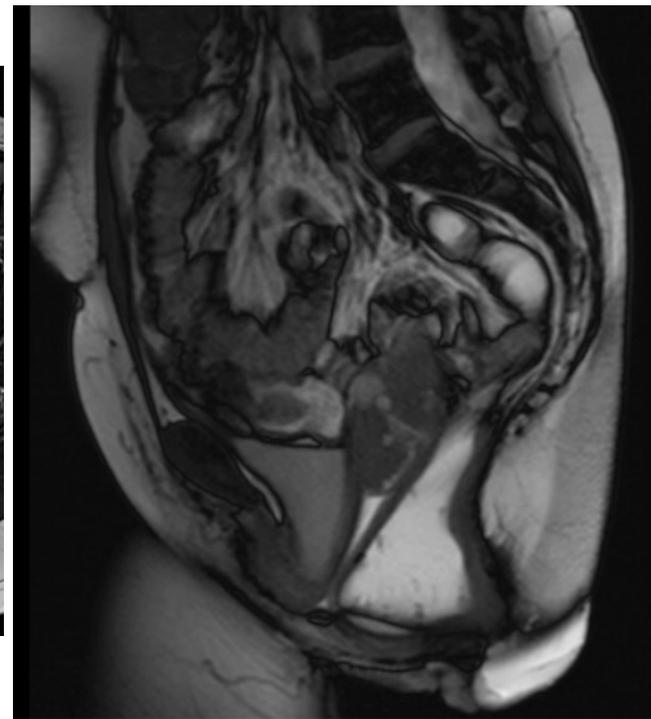
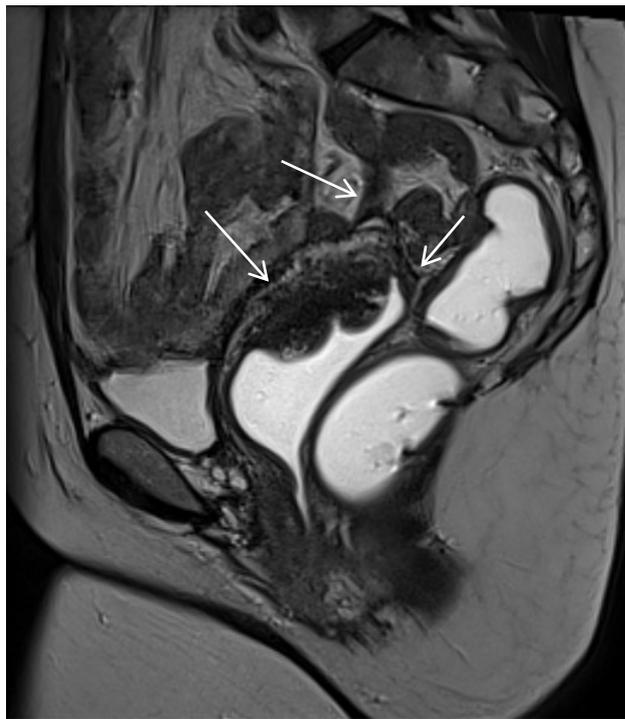


CONGRÈS ANNUEL DE LA

SIFEM 2024

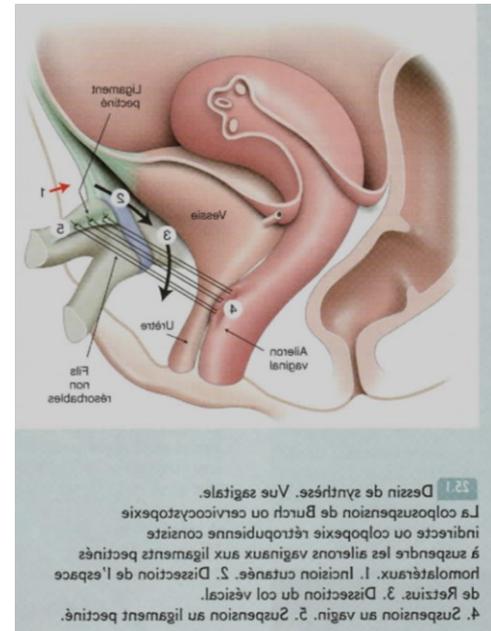
13-15 JUIN NANTES

WWW.SIFEM2024.FR



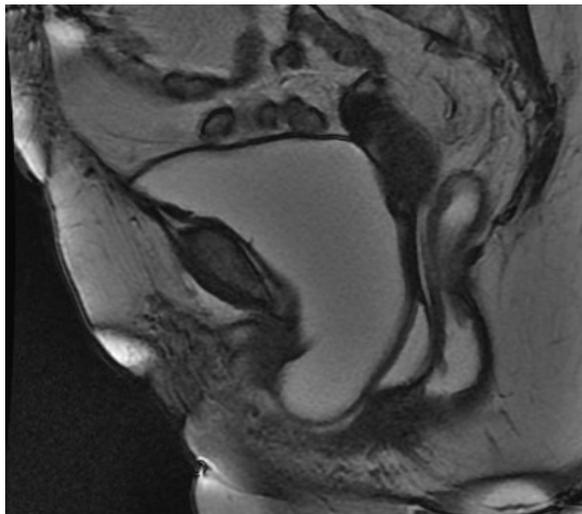
Découverte promontofixation
Aspect post-thérapeutique « normal »

CONGRÈS ANNUEL DE LA
SIFEM 2024
13-15 JUIN NANTES
WWW.SIFEM2024.FR

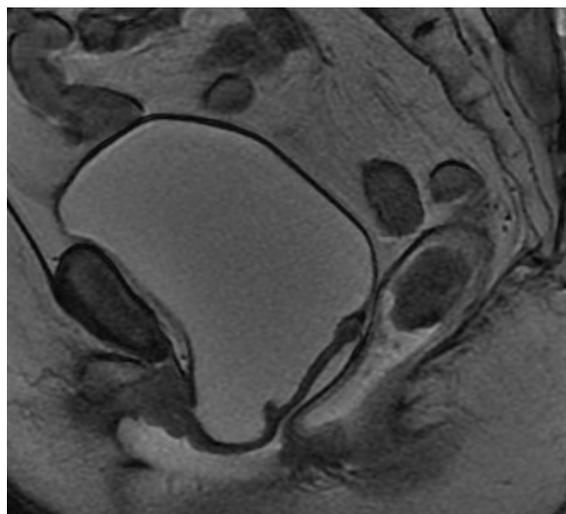


**Cystocèle « post-thérapeutique » sur BSU ou Burch (trigonocèle) :
fixité du col vésical et ptose du trigone => Cystocèle « dysuriante »**

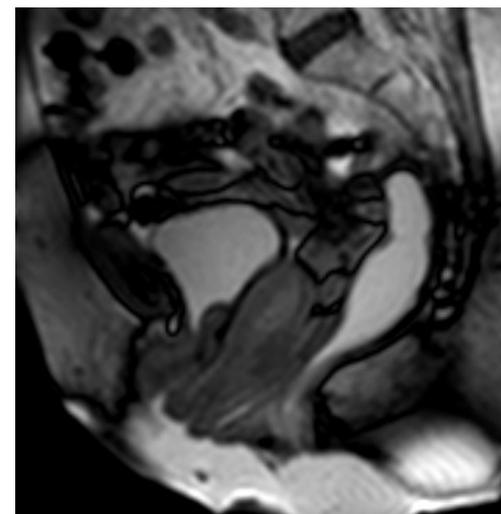
Récidives fonction de la chirurgie initiale



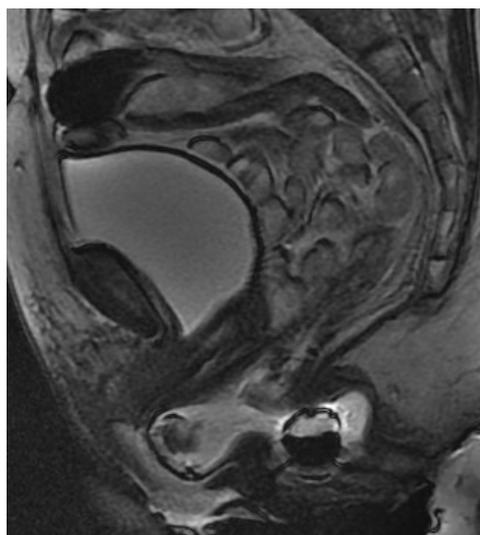
Trigonoptose, post Burch/TVT



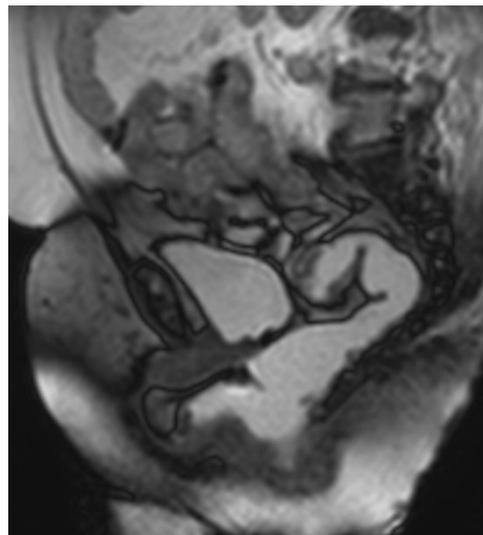
Trigonoptose post TVM



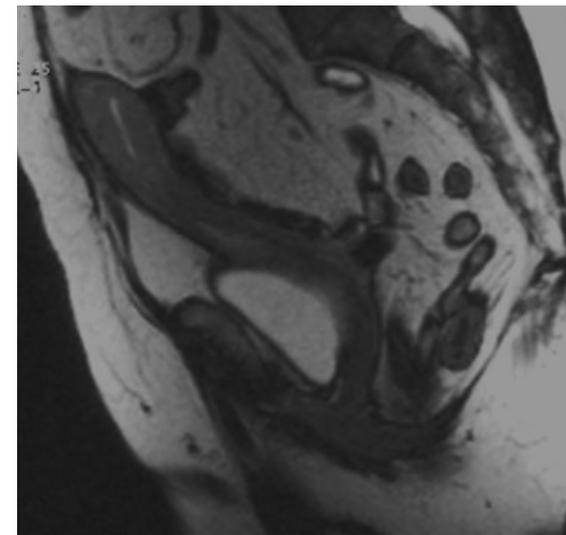
Hystérocele post TVM



Rectocèle post myorrhaphie



Péritonéocèle+Rectocèle post Starr



Péritonéocèle
post ventrofixation

CONGRÈS ANNUEL DE LA

SIFEM 2024

13-15 JUIN NANTES

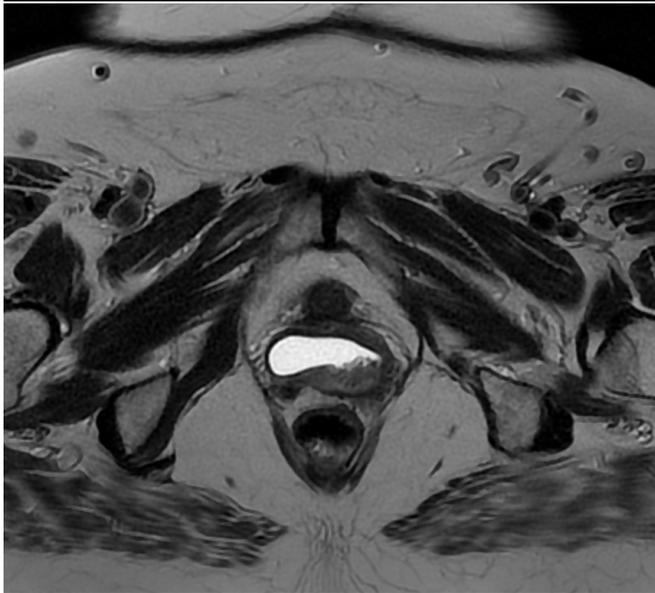
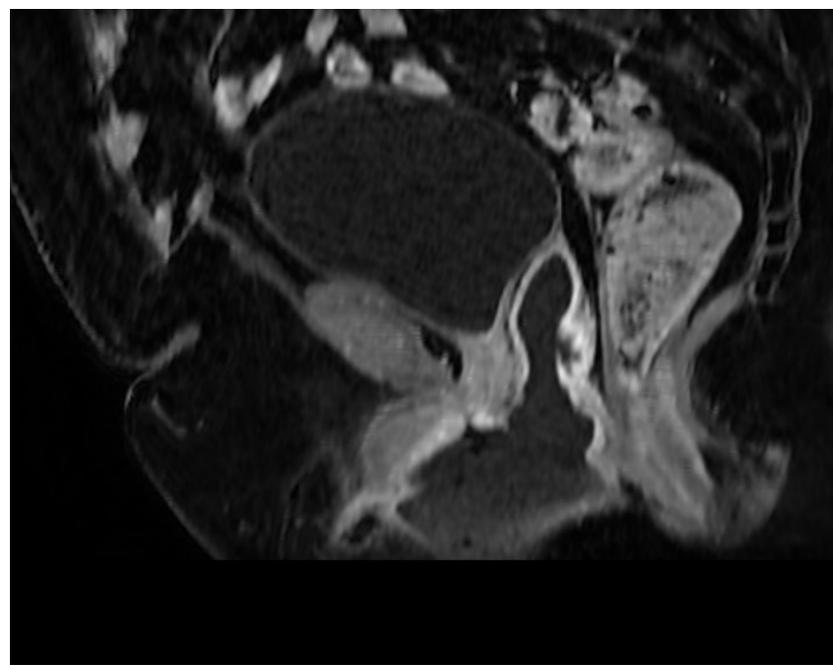
WWW.SIFEM2024.FR



Points complémentaires post-opératoires

CAS 1

- Patiente 72 ans, antécédents cure de fistule sigmoïdo-vaginale (sigmoïdectomie) avec résection prothèse de promontofixation
- Récidive clinique d'exposition prothétique postéro-latérale gauche sur environ 2 cm
- Recherche d'un abcès chronique après plusieurs tentatives d'exérèse de la prothèse postérieure

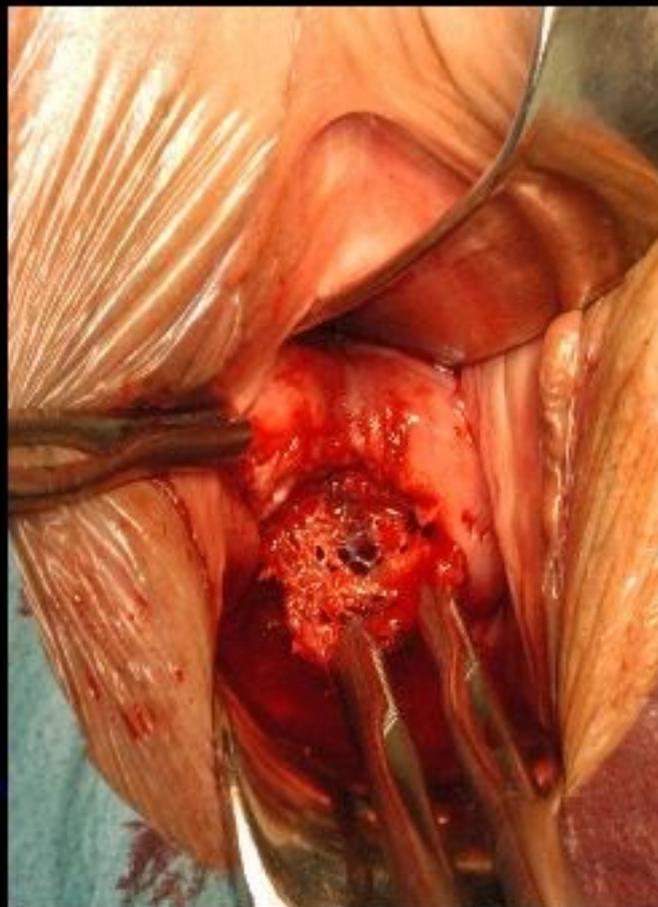


**Ulcération vaginale postéro-latérale gauche 25 mm localisée, sans fistule digestive
=> chirurgie vaginale : exposition prothèse, exérèse, pas d'atteinte rectale**

Operative treatment of vaginal erosion

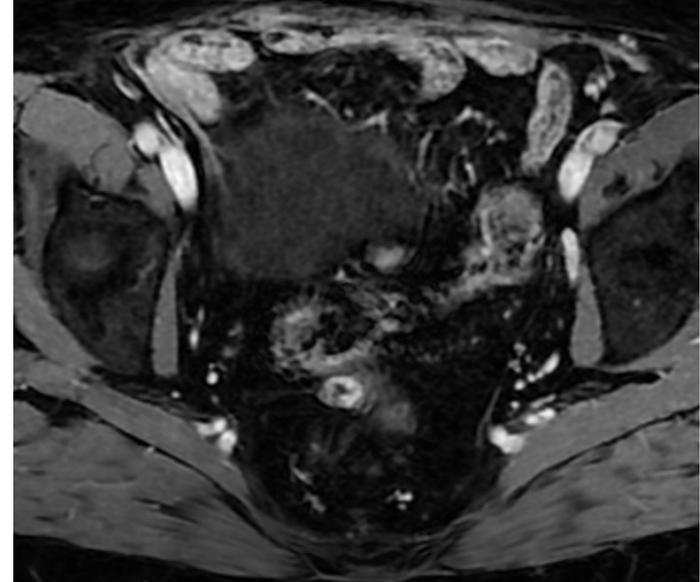
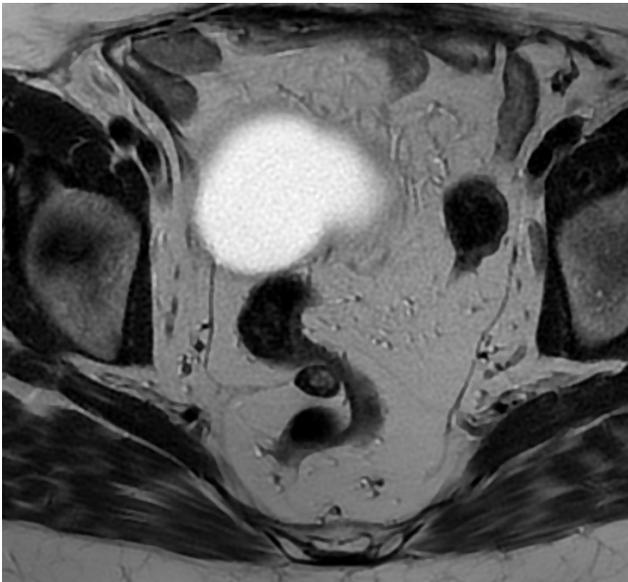
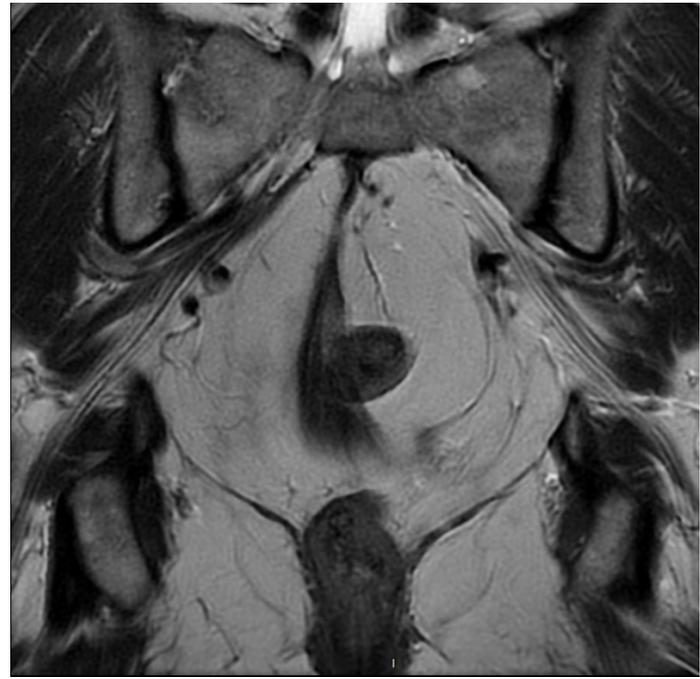
Resection : 25

M Cosson CHU Lille

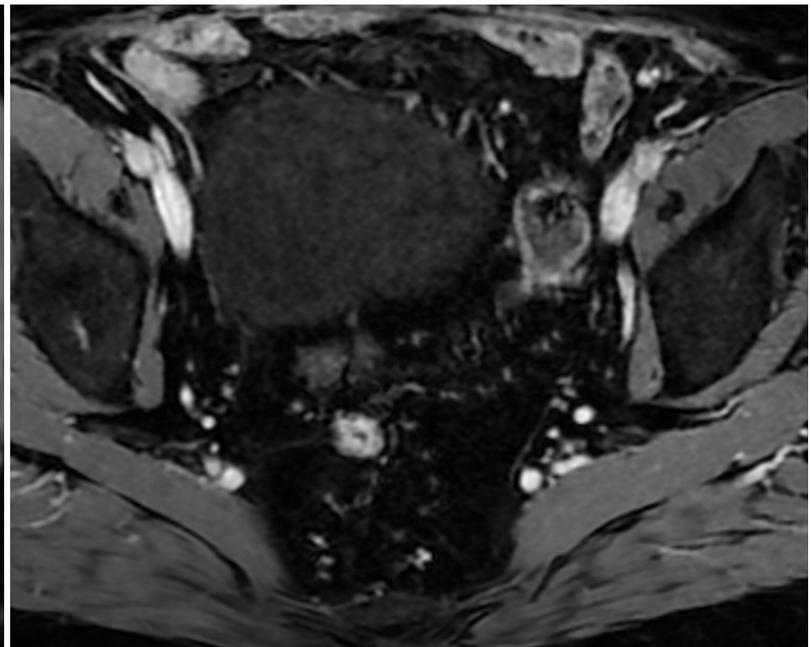
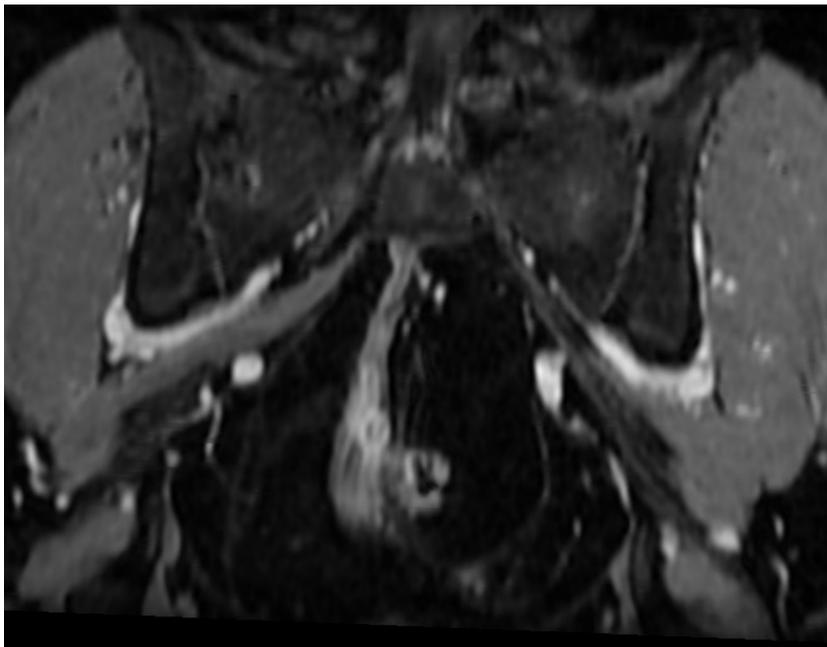
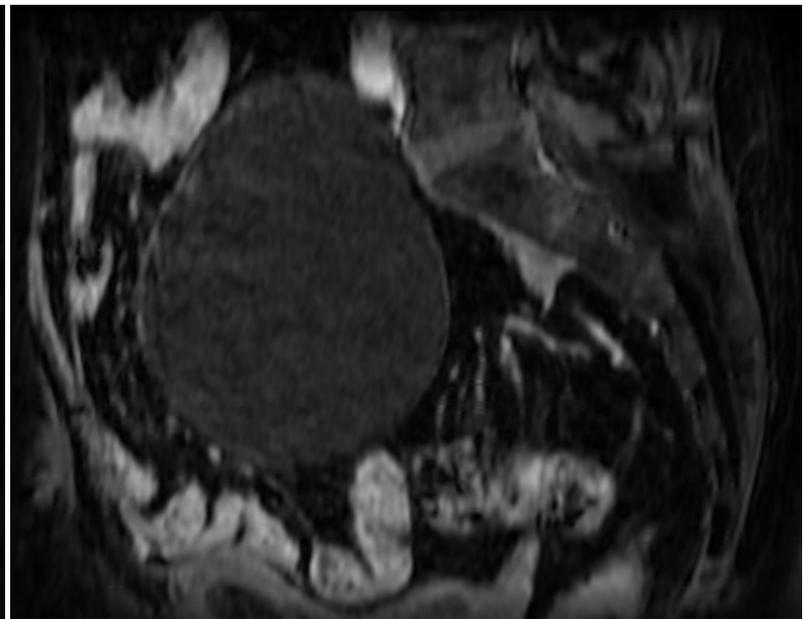
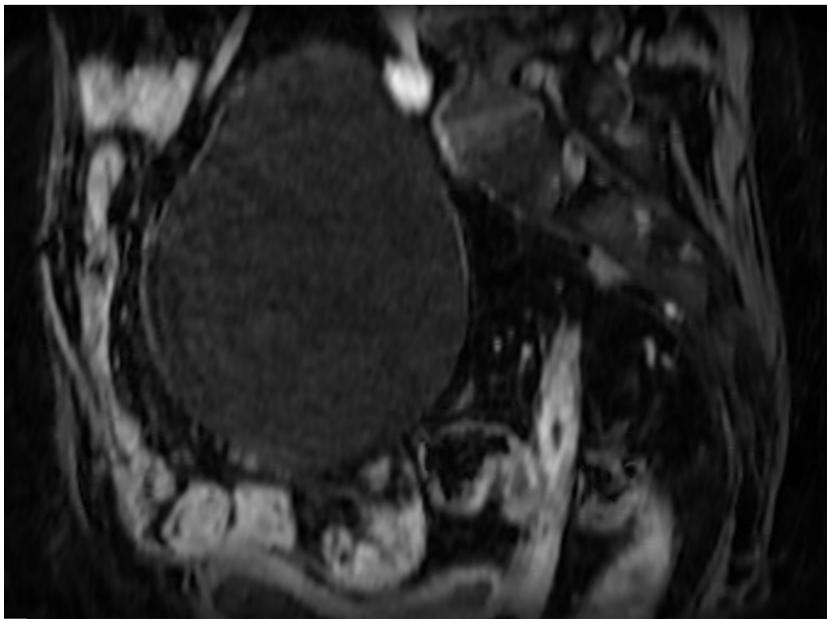


CAS 2

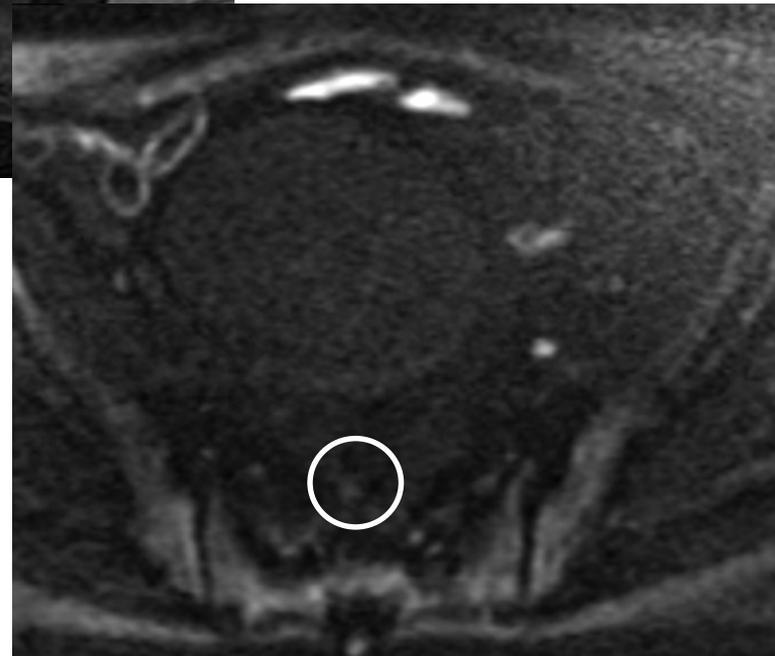
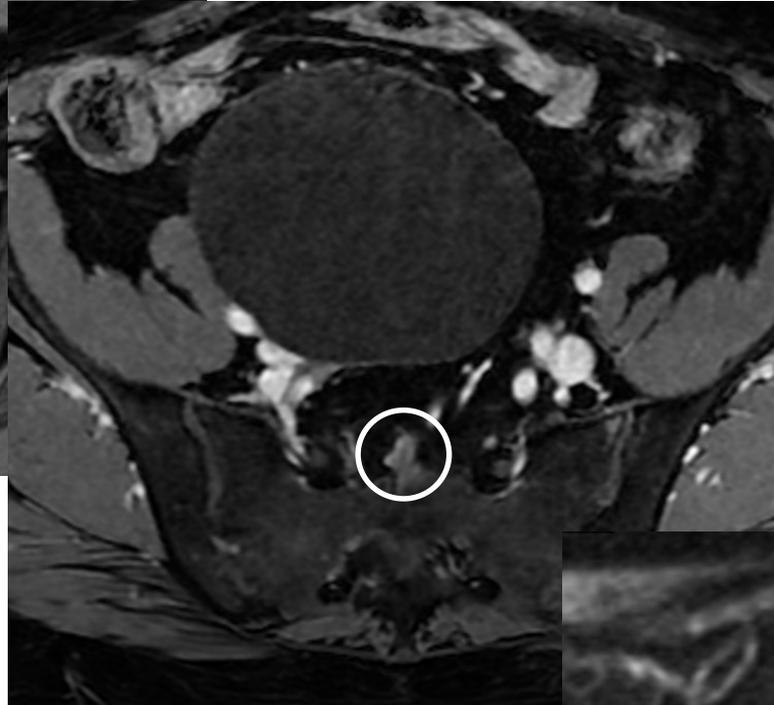
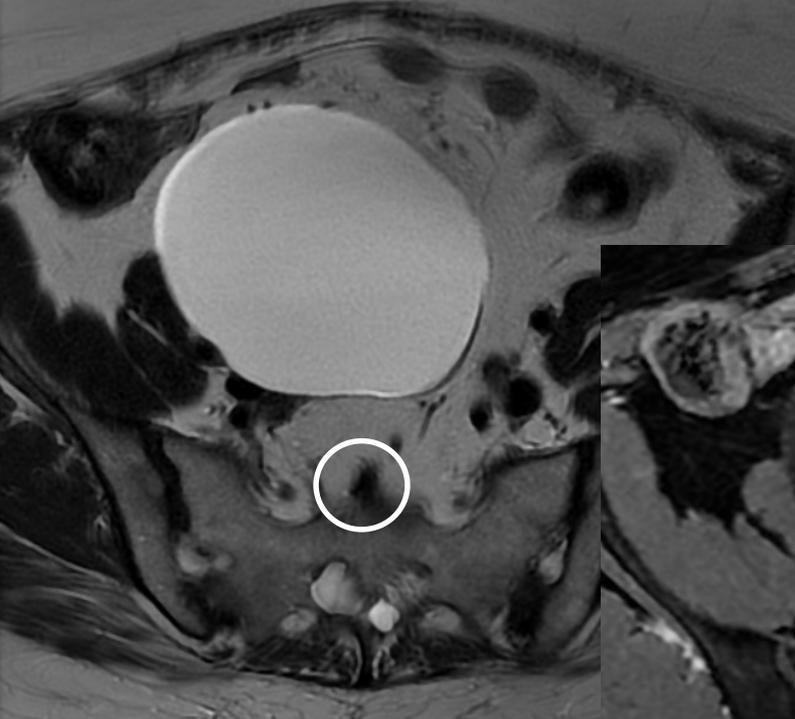
- Patiente 75 ans, caractérisation d'une formation kystique centro-pelvienne découverte en échographie réalisée pour saignements vaginaux
- ATCD hystérectomie VB (myomes) et annexectomie bilatérale (cystadénome séreux)
- ATCD en 2007 de BSU, en 2008 de promontofixation par laparotomie (partiellement réséquée pour exposition vaginale en 2019) et trois cures d'éventration



Kyste péritonéal d'inclusion latéral D, prothèse « normo-tendue »

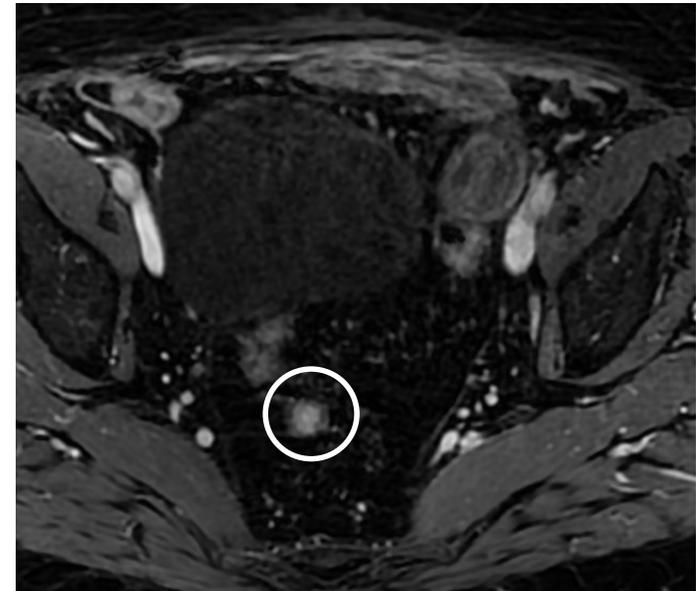
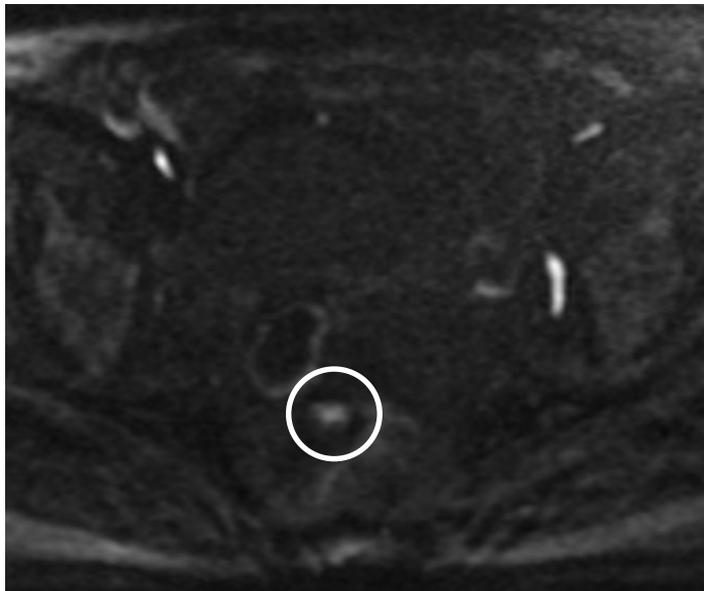
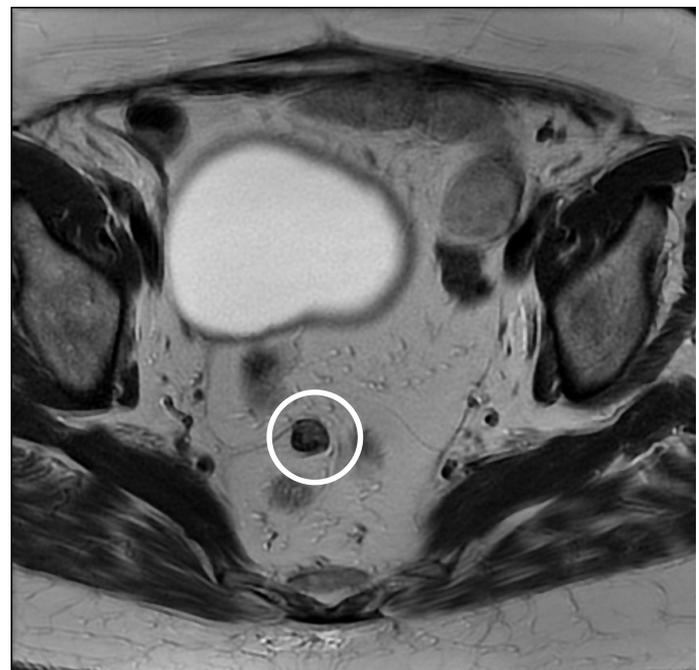


**Collection localisée dans la prothèse de promonto-fixation,
pas de remaniement inflammatoire en regard du promontoire**



**Prothèse hyposignal T2, « faible » rehaussement, pas
d'anomalie en diffusion =>
pas d'atteinte en regard du promontoire**

Déjà visible
sur IRM
initiale 4 mois



**Plaque nodulaire en hypersignal T2, hypersignal diffusion b1000,
rehaussement après injection => remaniements inflammatoires de la prothèse**

Cas 3

- Patiente 74 ans promontofixation nov 2022
- Syndrome occlusif à J6

=> TDM abdomino-pelvien



**Occlusion du grêle à anse fermée avec nécrose par incarceration au niveau de la prothèse
=> résection/anastomose de 80 cm de grêle et ablation prothèse**

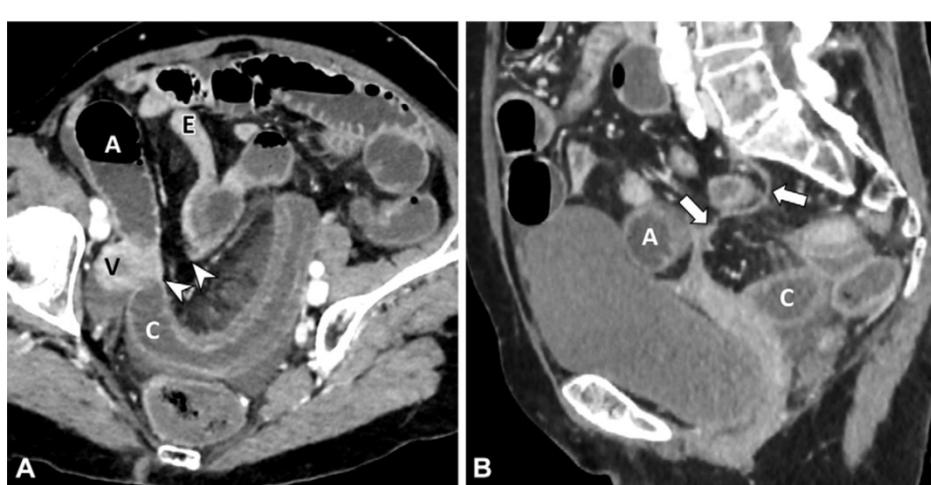


Figure 19. SBO in a 75-year-old woman who presented with abdominal pain, nausea, and abdominal distention years after unspecified pelvic surgery. (A) Axial contrast-enhanced CT image shows a dilated C-shaped pelvic bowel loop, located anterior to the rectum with two transition points in the right part of the pelvis (arrowheads). A = afferent loop, C = closed loop, E = efferent loop, V = vaginal vault. (B) Sagittal contrast-enhanced CT image shows a linear soft-tissue–attenuation structure fixed to the promontory and to the vaginal vault, corresponding to sacrocolpopexy mesh. The mesh is displaced anteriorly (arrows) by the incarcerated loop. A = afferent loop, C = closed loop. (C) Superimposed illustration on the axial view demonstrates an incarcerated closed loop, herniating behind the expected location of the mesh (dotted line). Surgery confirmed the diagnosis of a closed-loop mechanism under noncovered sacrocolpopexy mesh and showed no sign of ischemia of the closed loop, despite its thickening and associated mesenteric edema.

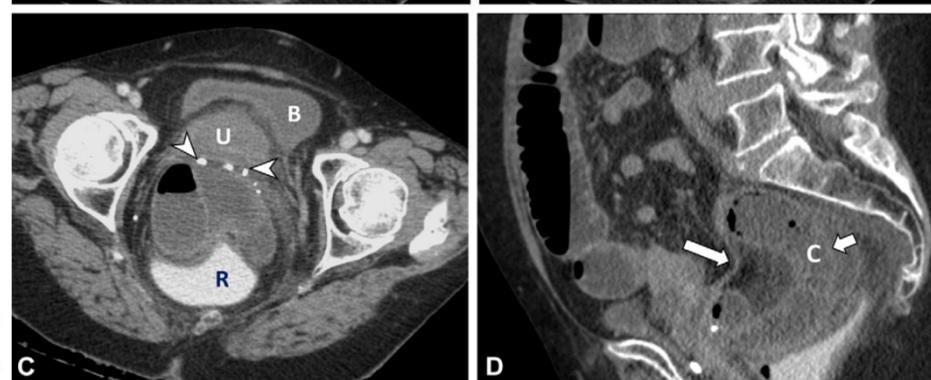
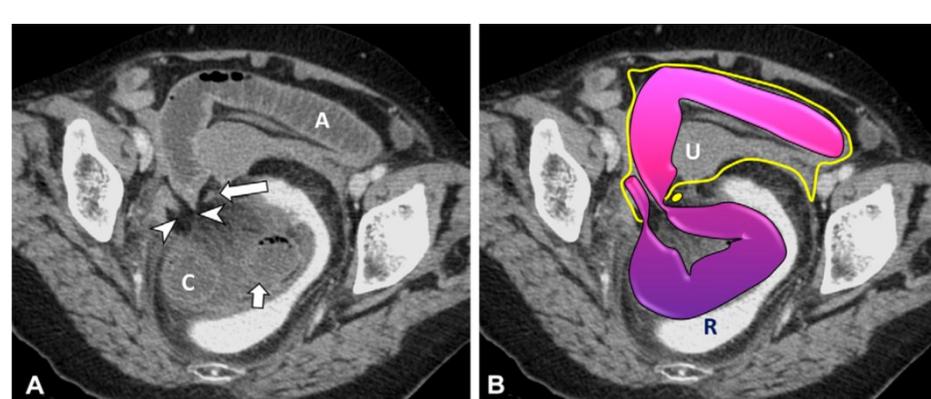


Figure 20. SBO in a 76-year-old patient who presented with abdominal pain and emesis 7 days after rectopexy. A = afferent loop, B = bladder, C = closed loop, R = rectum with rectal contrast material, U = uterus. Axial (A–C) and sagittal (D) contrast-enhanced CT images show the rectopexy mesh in a right paramedian position (long arrow in A and D; yellow dot in B) and the fixation trackers located in the rectovaginal space (arrowheads in C). A dilated C-shaped bowel loop is seen between two transitional points in the right pelvis (arrowheads in A) at the expected site of the peritoneal closure. These imaging findings are suggestive of a closed-loop SBO by herniation through a defect in the peritoneal closure. Note the signs of bowel ischemia, including reduced contrast enhancement of the wall and possible pneumatosis of the closed loop (short arrow in A and D) and extensive mesenteric edema (A and D). Surgery confirmed herniation of the closed loop through a small peritoneal defect to the right of the rectopexy mesh at the peritoneal closure site and showed necrosis of the closed loop.

Occlusion à anse fermée sur prothèse promonto-fixation non recouverte

Occlusion à anse fermée sur rectopexie avec nécrose (hernie par défaut péritonéal en regard prothèse)

Radiographics 2023 : Complications of Mesh Sacrocolpopexy and Rectopexy: Imaging Review

Mohamed Amine Haouari, MD • Isabelle Boulay-Coletta, MD • Gaurav Khatri, MD • Caroline Touloupas, MD • Sophie Anglaret, MD Anne-Marie Tardivel, MD • Sophie Beranger-Gibert, MD • Stephane Silvera, MD • Jerome Loriau, MD • Marc Zins, MD

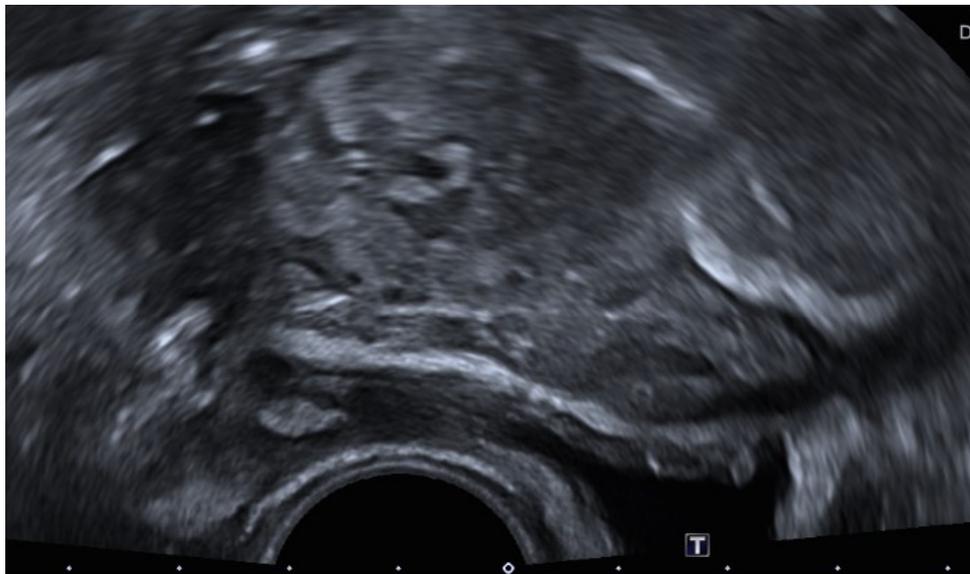
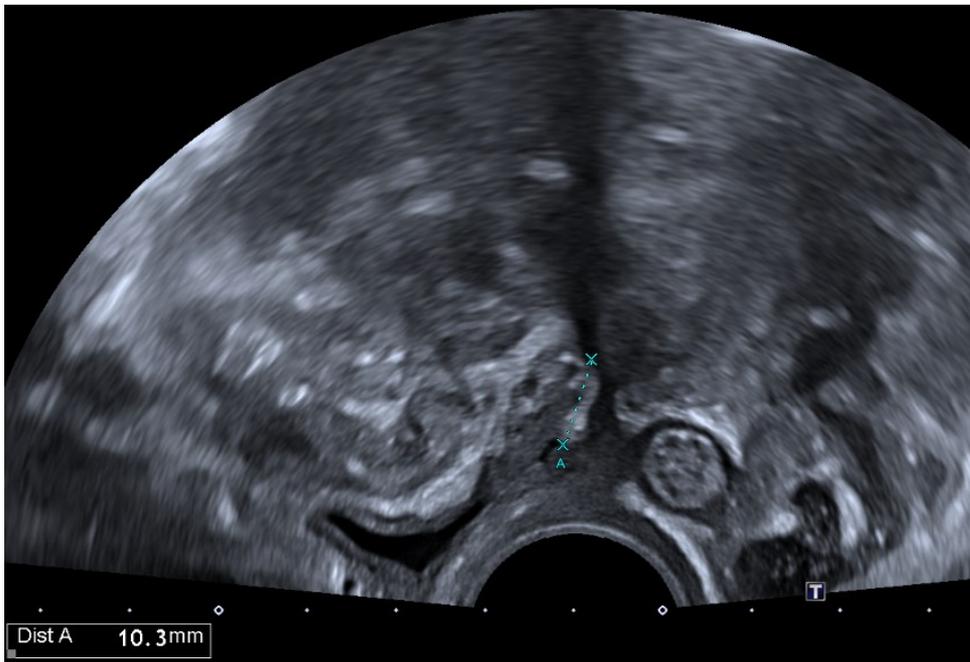
Cas 4

- Patiente de 62 ans, G2P2, lithotripsie pour lithiase intra vésicale sur migration de BSU en intra-vésical en mai 2022, posée en 2012, ablation partielle de la BSU en regard érosion vésicale, incontinence urinaire
- Suspicion de fistule vésico-vaginale

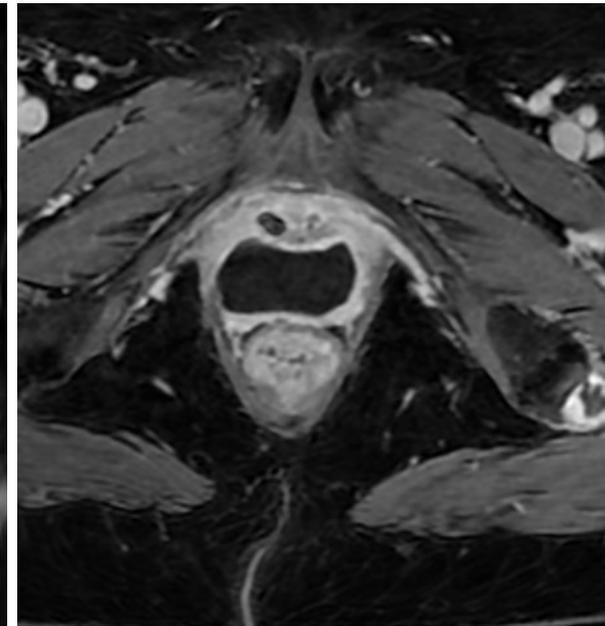
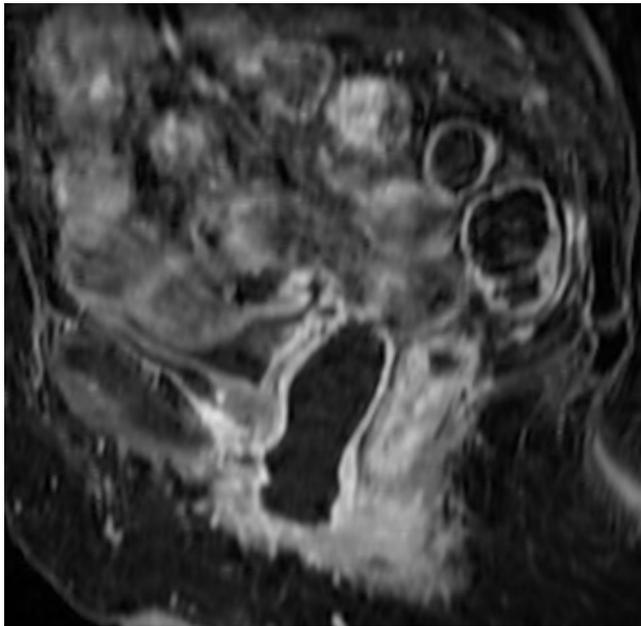
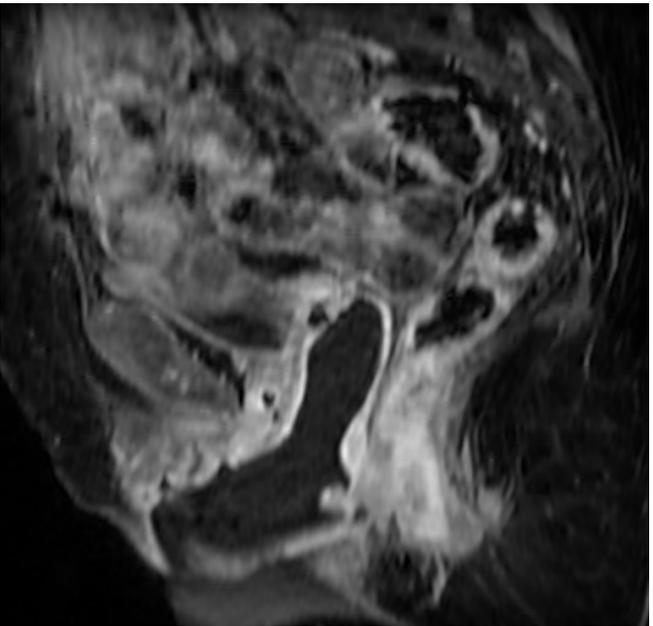
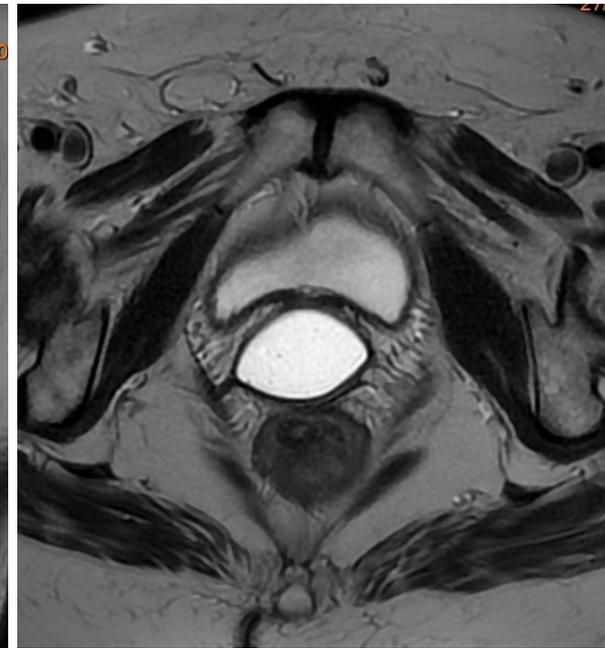
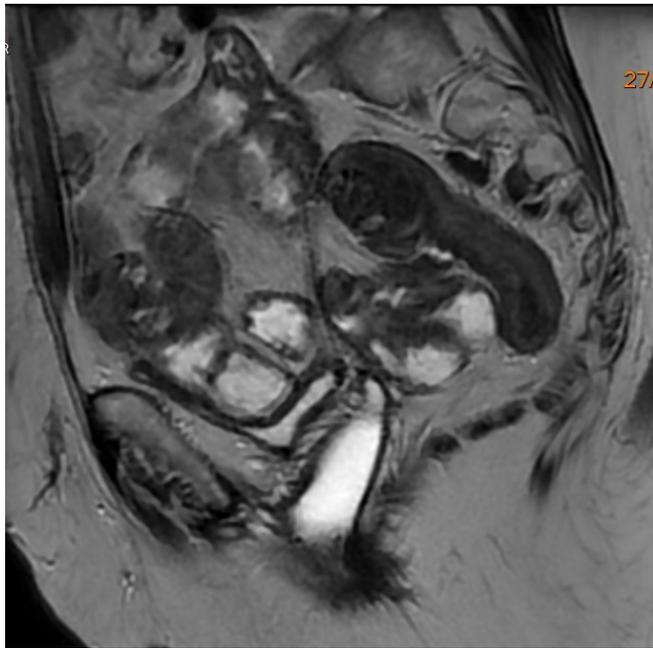


**Calcification vésicale en continuité avec
promontofixation ?**

Calcification urétrale sur BSU ?

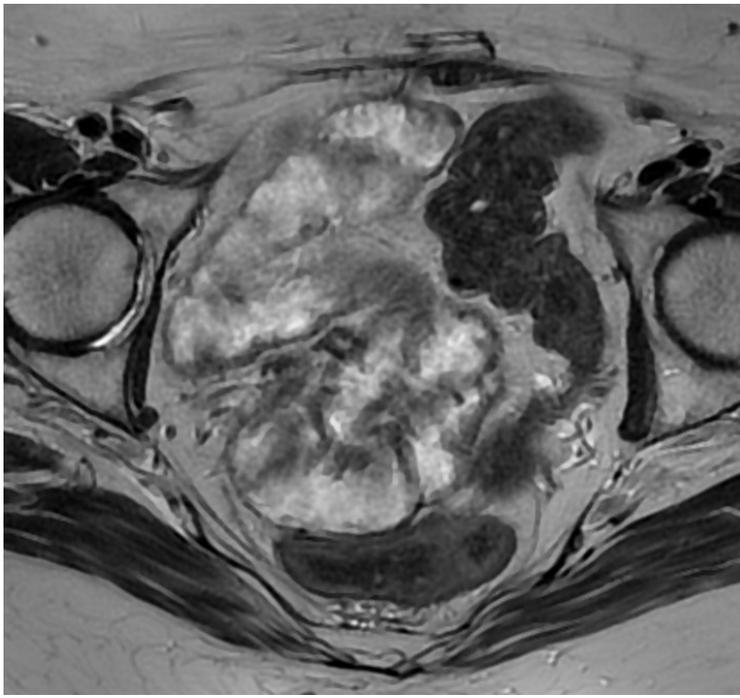


Calcification vésicale sur promontofixation et calcification urétrale sur BSU

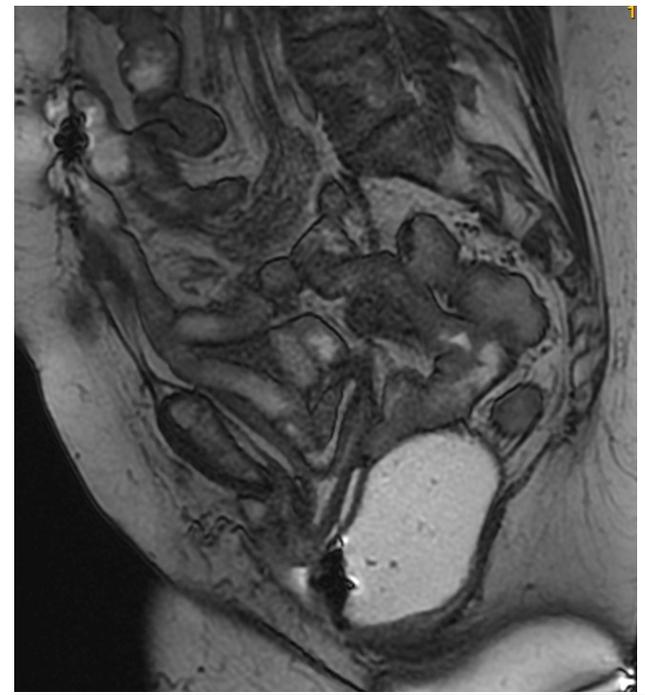


Fistule vésicale en regard promontofixation, fistule vésico-vaginale, fistule urétrale ?

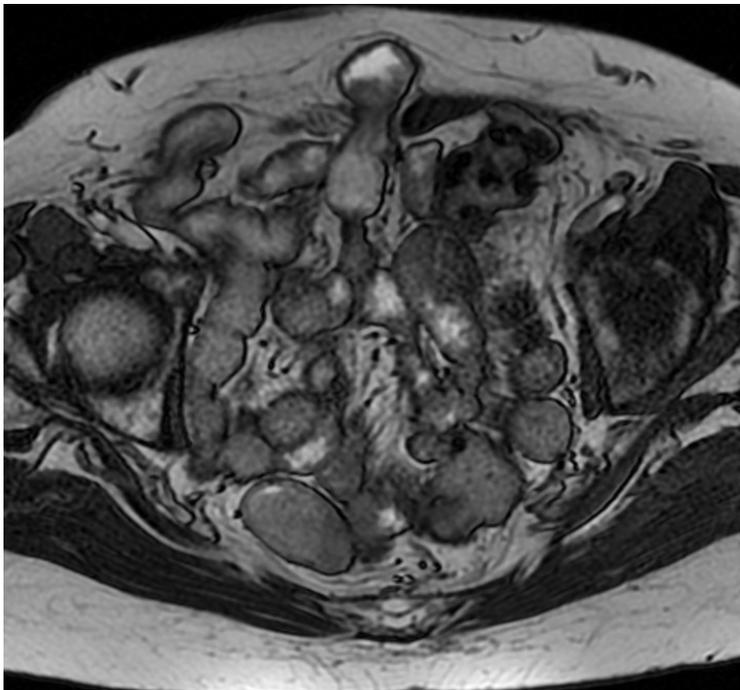
Quelques informations utiles supplémentaires pour chirurgie ?



Promonto oui



Pas de prolapsus significatif

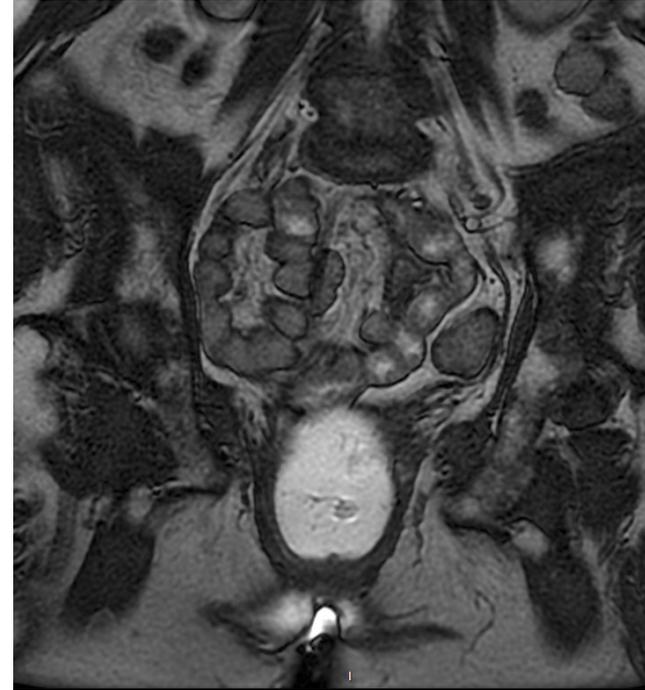


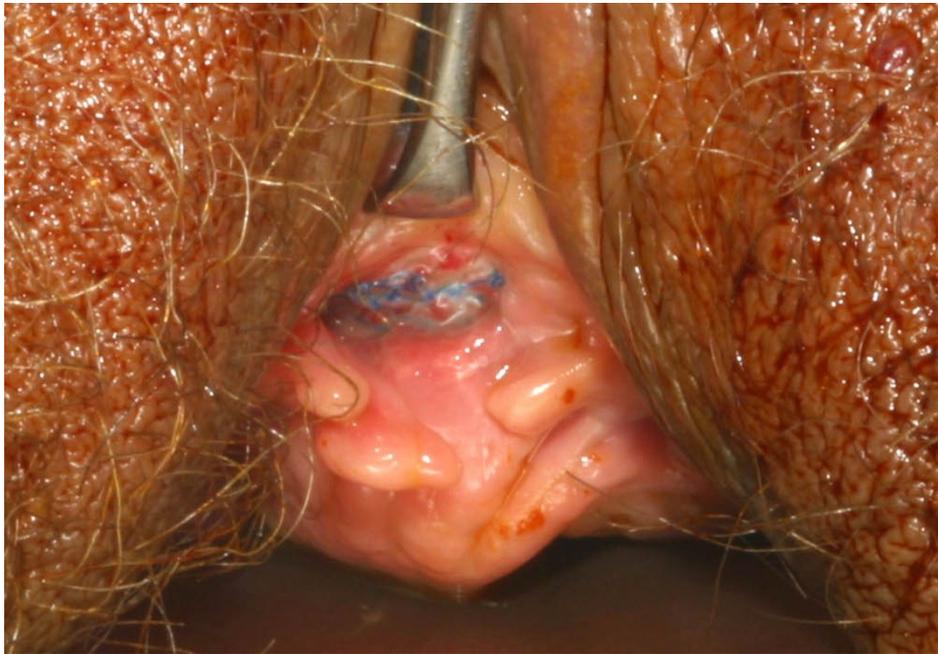
Eventration à contenu grêlique

Tendinopathie ischio gauche

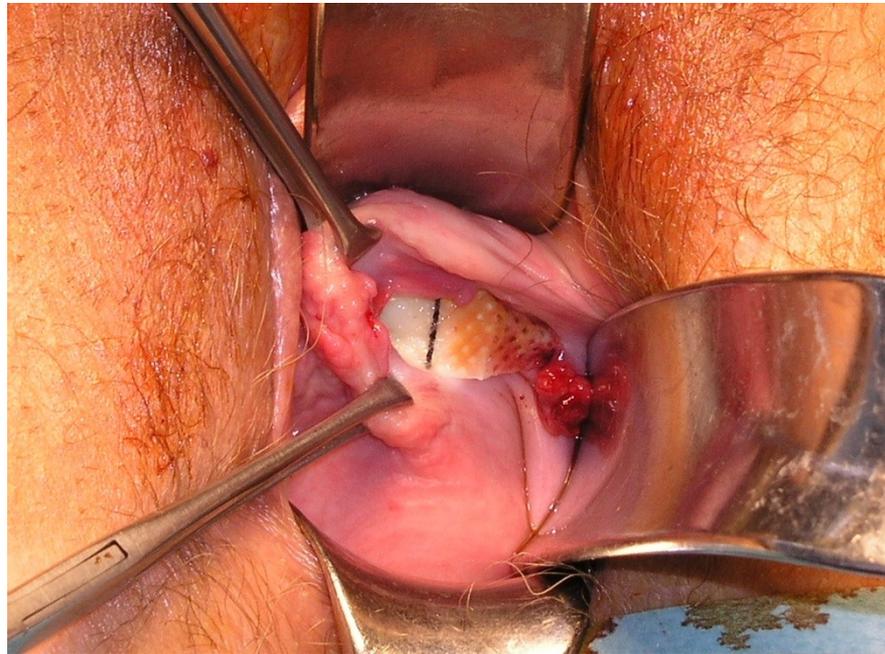
Intérêt 3 plans

RCP à suivre !

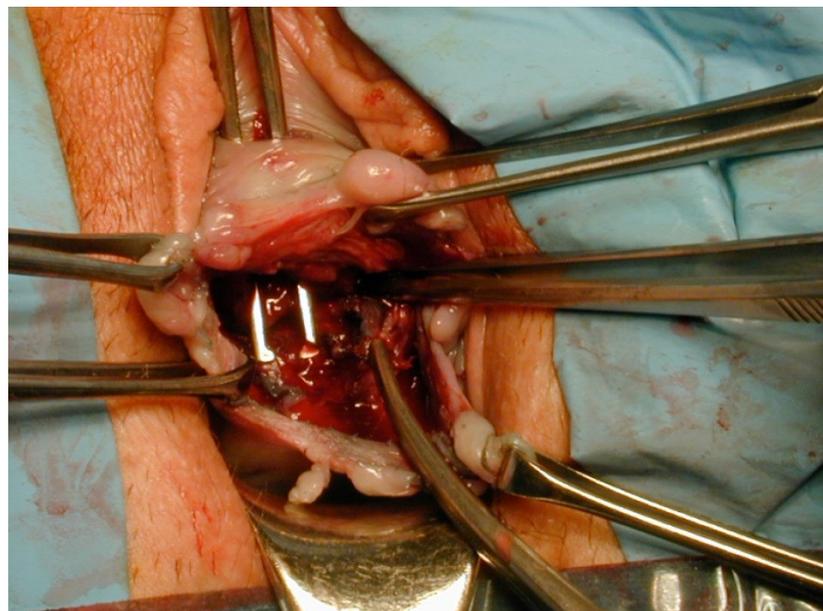
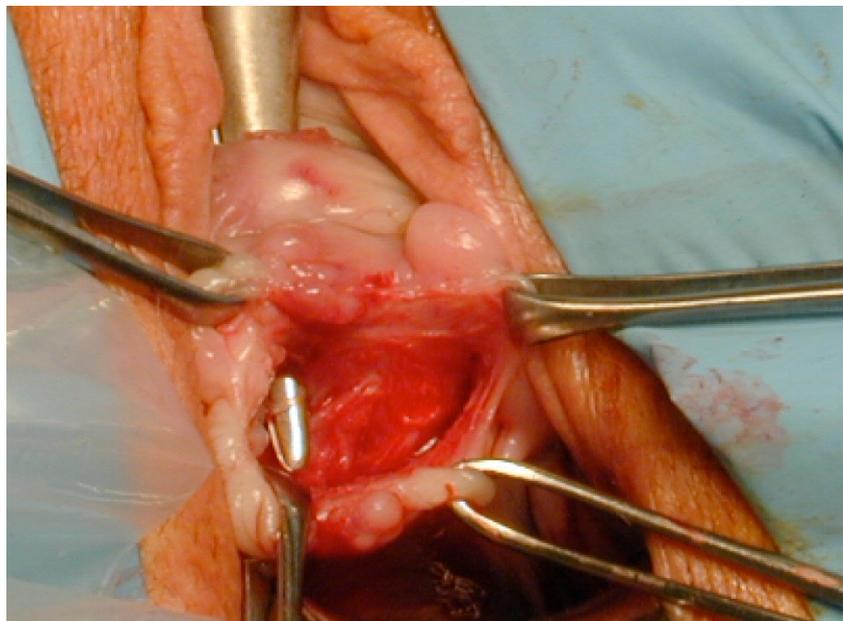




Exposition urétrale sur TOT



Exposition urétrale sur TOT



Fistule uréthro-vaginale Michel Cosson CHU Lille

CONGRÈS ANNUEL
SIFEM 2025
12>14 JUIN | CNIT FOREST PARIS



CORINNE BALLEYGUIER & ISABELLE THOMASSIN-NAGGARA

Responsabilité

Eco responsabilité

Sein / Gynecologie

Personnalisation

Innovations

Risque

Eco soins

CONGRÈS ANNUEL DE LA

SIFEM 2024

13-15 JUIN NANTES

WWW.SIFEM2024.FR



Points complémentaires



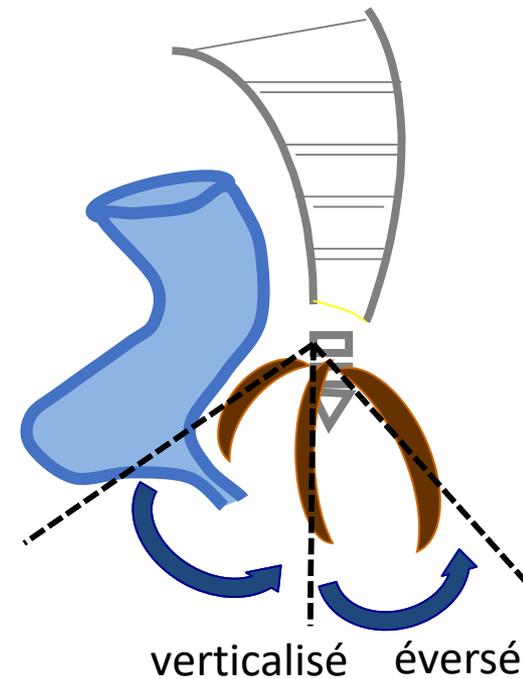
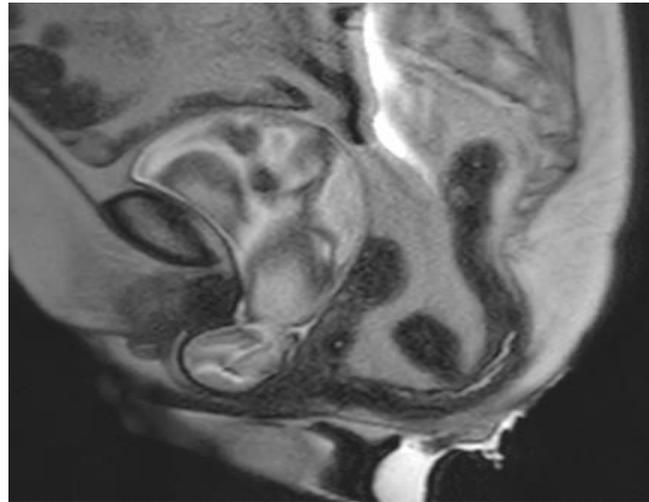
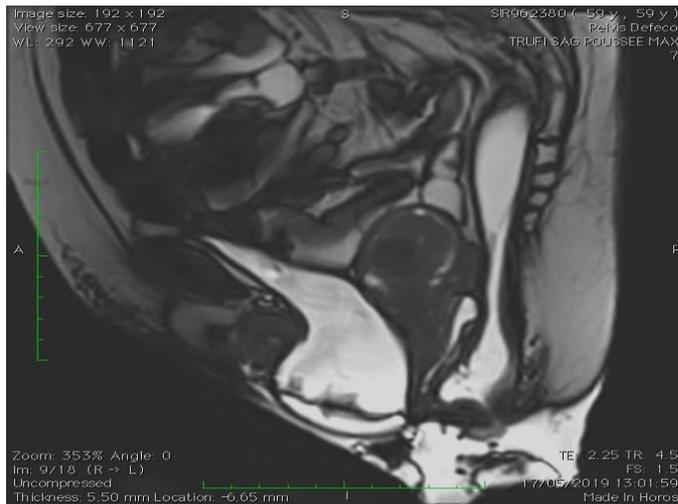
Périnée descendant

PD modéré: descente JAR $\geq 6\text{cm}$

Releveur verticalisé

PD majeur: descente JAR $\geq 10\text{cm}$

Releveur éversé



Verticalisation/éversion de la plateforme élévatrice



Compte rendu type



IRM dynamique pelvi-périnéale

Préambule :

L'objectif est de proposer un guide pour l'évaluation en IRM des dysfonctions pelvi-périnéales.

Il est indiqué *en italique et grisé* les éléments importants à préciser dans le compte-rendu.

Il est proposé une formule en texte libre et une présentation avec un tableau en fonction des préférences de chacun. Il est indiqué des items optionnels intégrant une analyse plus spécialisée.

La stadification des prolapsus en IRM doit suivre les référentiels des cliniciens (vagin et canal anal) sans l'utilisation de lignes radiologiques. Les prolapsus génitaux suivent la classification de Baden et Walker : grade 1 : situé à la moitié supérieure vagin, grade 2 : situé à la vulve/introït, grade 3 : extériorisation. Pour les prolapsus du rectum ou des péritonéocèles rectales : localisation rectale haute (physiologique), à l'entrée du canal anal, intra-anale et extériorisation.

INDICATION

Patiente de <.....> ans, adressée pour des dysfonctions pelvi-périnéales.

Absence d'antécédent de chirurgie pelvi-périnéale ou chirurgie de type ...

Signes fonctionnels : *urinaire à type d'incontinence, de dysurie... , rectal à type de dyschésie, de constipation terminale, d'incontinence anale..., sensation de pesanteur/boule vaginale et/ou rectale.*

Examen clinique : CXHXPXX

TECHNIQUE

Examen réalisé après balisage vaginal et rectal avec le consentement de la patiente.

Pas d'injection de produit de contraste gadoliné (hors question spécifique ex : post-thérapeutique inflammatoire), Vessie en semi-réplétion.

Injection d'antipéristaltique optionnelle: nom du produit.

Séquences recommandées :

- Acquisition de séquences morphologiques, FOV du promontoire au périnée :

Sagittale et axiale T2 ou 3D T2 (*coronal optionnel*)

- Acquisition de séquences dynamiques T2 rapides en écho de gradient :

Sagittale monocoupe médiane en poussée progressive répétées (minimum 2 poussées efficaces avec évacuation recto-sigmoïdienne),

Sagittale et Coronale multicoupes en poussée maximale bloquée

Critère qualité : vidange recto-sigmoïdienne oui/non/partielle

ETUDE MORPHOLOGIQUE

Biométrie utéro-annexielle

Anomalies non liées aux dysfonctions pelvi-périnéales :

- Bénigne : kyste ovarien, kyste péri ou sous urétral, ...
- Maligne : cancers pelviens
- Autre : myomes, varicose pelvienne...
- Diverticules sigmoïdiens, adhérences

Anomalies liées aux dysfonctions pelvipérinéales : vessie de lutte, cystocèle spontanée, allongement hypertrophique du col, hystérotorse spontanée +/- urétéro-hydronephrose associée, ulcère solitaire, ...

Description optionnelle : Anomalies du muscle releveur de l'anus, Variantes anatomiques vasculaires, remaniements post-thérapeutiques et matériels prothétiques

ETUDE DYNAMIQUE : Stadification par rapport à l'orifice vaginal

Compartment urinaire

PROLAPSUS VESICAL	<input type="checkbox"/> Cystocèle	Grade : 1 2 3
<input type="checkbox"/> Oui	Optionnel :	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Effet pelote <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Trigonocèle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Fixité du col <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Compartment gynécologique

PROLAPSUS UTERIN	<input type="checkbox"/> Hystérotorse	Grade : 1 2 3
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Trachéloptose	
PROLAPSUS VAGINAL (si hystérectomie)		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Compartment péritonéal		
PERITONEOCELE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Vaginale <input type="checkbox"/> Rectale <input type="checkbox"/> Vaginale et rectale <input type="checkbox"/> Sans contenu intestinal <input type="checkbox"/> Entérocele <input type="checkbox"/> Sigmoidocèle	Rectale haute, à l'entrée du canal anal, intra-anale, extériorisée Stade de chaque versant
Compartment digestif		
RECTOCELE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rétentionniste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Optionnel : longueur de la poche, largeur du collet - « haute de pulsion » ou « basse d'affaissement »	Profondeur : cm Grade : 1 2 3
PROLAPSUS RECTAL <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Rectal haut (physiologique) <input type="checkbox"/> Entrée canal anal <input type="checkbox"/> Intra-anal <input type="checkbox"/> Extériorisé	
Optionnel : prolapsus hémorroïdaire, ulcère solitaire rectum		
Optionnel : Troubles de la relaxation du plancher pelvien		
POSSIBLE DYSSYNERGIE ANORECTALE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
PERINEE DESCENDU (repos) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Modéré par verticalisation du releveur / mesure de la descente de la jonction anorectale par rapport à la ligne sous-pubococygienne > 6cm	
PERINEE DESCENDANT (en poussée) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Majeur par éversion / mesure de la descente de la jonction anorectale par rapport à la ligne sous-pubococygienne > 10cm	

CONCLUSION

L'IRM met en évidence CXHXPXRX, ce qui est concordant/discordant avec l'examen clinique.

Dr <.....>