

Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple

Un But

Une foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie



Année Universitaire 2011/2012

Thèse N°/M

TITRE :

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET PRISE
EN CHARGE DES PROLAPSUS GENITAUX
A LA MATERNITE DE GARNISON DE KATI**

Thèse présentée et soutenue publiquement le ----/----/2011 devant
La Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par :

M. Mahamadou COULIBALY

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat).

Jury :

Président : Pr Salif DIAKITE

Membres : Dr Sidiki BERETE

Dr THERA Aminata KOUMA

Directeur : Pr Issa DIARRA

LOUANGES A DIEU

Au nom de DIEU

Clément et miséricordieux ;

Louange à Allah ;

Le souverain du monde que nous adorons et dont nous implorons la très haute bénédiction ;

Louange à Allah et à son prophète Mohamed (PSL) qui ont fait que je sois de ce monde et qui m'ont apporté un soutien sans faille et le courage nécessaire pour me permettre de mener à bien mes activités quotidiennes.

DEDICACE

Je dédie cette thèse à :

- ❖ **Allah soubhanah wa t'allah**, chez qui j'ai puisé toute l'énergie, l'inspiration et surtout la base spirituelle nécessaire.
- ❖ Mes parents, mon père feu **Adama COULIBALY** et à mère feu **Mâh TRAORE** ; Mon souhait le plus ardent était que vous assistiez au couronnement de vos efforts, mais Dieu en a décidé autrement (qu'il en soit exalté). Vos familles respectives sont les reflets de vos incommensurables qualités. Nous ne cesserons jamais d'avoir une pensée pour vous dans nos prières de tous les jours. Papa et maman, vos multiples actes de générosités et vos comportements dans le social que louent tous ceux qui vous ont connus me comblent de fierté ; vous qui avez fait du travail votre vie et dans lequel vous avez succombé. Dormez en paix père et mère, que l'Omnipotent vous accorde le paradis, amen.
- ❖ Mes grands parents (maternels et paternels) in mémorium ; Vous qui m'avez élevé et soutenu jusque là avant vos retours vers le tout Puissant, mais qui n'a pas voulu que vous voyiez le fruit de vos efforts. Je vous serai reconnaissant en demandant au tout Miséricordieux de vous héberger dans ses beaux jardins.
- ❖ Tous nos ancêtres pour leurs bénédictions.
- ❖ Mes frères et sœurs ; L'amour familial que vous avez entretenu à mon égard a été un atout favorable pour l'accomplissement de ce travail. Soyez-en infiniment remerciés. Vous resterez toujours pour moi l'image de cette entente ; de l'amour. Que Dieu veille sur votre famille, Amen !
- ❖ Feus Idrissa et **Diaba COULIBALY** ; Me voir médecin a longtemps été un de vos souhaits, pour cela vous avez su toujours m'encourager, me soutenir, me prouver votre amour et votre confiance. Que ce travail soit le témoignage de ma très grande reconnaissance et de ma profonde affection. Reposez en paix, que la terre vous soit légère et que le paradis soit votre demeure.
- ❖ Ma femme **Assétou TRAORE Sergent-Chef** ; Ma compagne de tous les temps, c'est aussi ton travail. Ta facilité de comprendre les gens fait de toi une femme simple et admirable. Je te remercie pour ton aide morale et matérielle. Que Dieu nous donne longévité et pleine de santé.
- ❖ Mes enfants ; **Fatoumata Bintou** dite Baby et **Maïmounatou Niélé** dite Bayini **COULIBALY** ; Vous qui avez supporté mon absence auprès de vous à cause de ce travail, nul n'ignore la souffrance qu'endure un enfant avec un père non disponible. Ce travail est le vôtre. Je suis fier de vous et prie Dieu qu'il vous donne une longue vie et une bonne santé.

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont à l'endroit de toutes celles et de tous ceux qui ont contribué directement ou indirectement à l'avènement de ce moment solennel qu'est le couronnement de mes études.

En premier lieu à Allah, le tout puissant ; le clément et miséricordieux, et à son prophète Mohamed (paix et salut sur lui), pour m'avoir donné le courage et la santé nécessaires de mener à bien ce travail.

A l'endroit de tous mes maîtres de la FMPOS de l'Université de Bamako dont l'enseignement a contribué à ma formation de médecin.

A tout le personnel de la Maternité de garnison de Kati ; merci pour votre soutien et votre encadrement.

A l'endroit de tous les faisant fonction d'internes du CSRéf. de Kati ; merci pour votre collaboration.

A l'endroit de tout le personnel de la Maternité de garnison de Kati ; votre humilité a fait que ce travail a pu être bien mené. Merci.

A l'endroit de mes amis ; Commandant Mamadou Souleymane KONE, Lieutenant Moriba DOUMBIA, Adjudant Madou DAO, Sergent-chef Ousmane KAMATE, Caporal Bakary Tiénégué SANOGO, et Docteur Amadou DIALLO Interne des Hôpitaux en Gynéco-Obstétrique au CHU Gabriel TOURE ;

A l'endroit de Dr Guédiouma **DEMBELE**, Médecin Colonel Pédiatre, Dr **DRABO** Saran **SANGARE**, Pharmacien Commandant, Dr **Hamidou SAMAKE**, Médecin Lieutenant Colonel Chirurgien, Dr **Moussa Boi COULIBALY**, Médecin Lieutenant Colonel, Dr Kaya Issa CISSE Pharmacien Lieutenant Colonel et Lieutenant **Moussa DOUMBIA** ; Vos encouragements de tous les jours et vos soutiens indéfectibles ont beaucoup contribué à la réalisation de ce travail. Merci pour tout.

A l'endroit de tout le personnel de la Direction Centrale des Services de Santé des Armées ; merci pour votre soutien.

A l'endroit des membres de ma famille ; mes tantes **Bintou CISSE**, **Mariam, Bintou TRAORE**, **Fatoumata DAMBA** et **Dekoura SANGARE**, mes frères **Oumar, Bakary, Modibo, Seydou COULIBALY** et **Dominique KONATE**, mes sœurs **Fatoumata, Maïmouna, Diènèba Bintou COULIBALY** et **Julienne KONATE** ; et surtout **El Hadj Daouda DIARRA** et famille à Dio , Merci pour tous vos appuis (moral, matériel).

A mon beau frère Commandant **Mamadou SACKO** et sa femme **Fatoumata COULIBALY**

Les mots me manquent pour vous remercier, vos conseils, vos encouragements et vos soutiens m'ont permis de mener mes études à terme, que Dieu vous donne une longue vie.

A tous mes neveux et nièces

Enfin à **Oumar COULIBALY dit Rougeot**, l'infatigable grand frère, merci pour votre disponibilité et vos encouragements à mes côtés. Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

HOMMAGES

AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du JURY,

Professeur Salif DIAKITE

**-Professeur titulaire honoraire de gynécologie et d'obstétrique à la
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.**

-Cher maître,

**Vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme
remarquable et admirable de tous**

**Votre simplicité, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre
désir d'égalité entre les hommes, votre humanisme votre franchise, font de
vous un exemple à suivre**

**Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré
vos multiples occupations**

**Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance. Puisse
DIEU le tout PUISSANT vous rendre au centuple vos bienfaits.**

**A notre Maître membre du jury,
Docteur Sidiki BERETE Médecin-Colonel**

- Médecin chef du bloc chirurgical de l'Infirmierie Hôpital de Kati,
- Chirurgien des forces armées maliennes,
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.

Cher maitre,

Nous avons été marqués par vos qualités humaines et sociales, votre disponibilité, votre immense gentillesse, votre expérience, l'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, votre dynamisme, et votre contact facile avec lesquels vous avez accepté d'être membre de ce jury, font de vous un maitre accompli, admirable, respecté et respectable.

Cher maitre, nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux et toute notre reconnaissance.

A notre maitre membre du jury,

Docteur THERA Aminata KOUMA

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire de Kati.

Cher maitre et mère,

C'est avec immense plaisir, que vous avez accepté d'être membre de ce jury, votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant pour le travail bien fait sont des qualités que vous incarnez.

Cher maitre, nous vous prions de croire à la sincérité de nos sentiments respectueux et toute notre reconnaissance. Merci Tante pour vos conseils de mère.

A notre maître et Directeur de thèse,

Professeur-Colonel Major Issa DIARRA

-Spécialiste en Gynécologie Obstétrique des forces armées maliennes,

-Maitre de conférence à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie,

-Chevalier de l'ordre du mérite de la santé,

-Ancien Directeur Central des Services de Santé des Armées.

Cher maitre,

Ce travail est le vôtre. Vous l'avez initié et dirigé. Nous sommes comblés de l'enseignement dont nous avons bénéficié dans votre service.

Vous avez cultivé en nous l'envie de bien faire. Votre simplicité, votre rigueur, votre volonté de transmettre, votre savoir aux jeunes, votre désir d'égalité entre les Hommes, votre franchise, votre souci du travail bien fait et votre humanisme, font de vous un exemple à suivre.

Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves.

Les mots me manquent pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour notre formation afin de faire de nous de bons médecins.

Cher maitre, trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance. Puisse Allah le tout puissant vous accorder santé et longévité afin que beaucoup d'autres étudiants puissent bénéficier de la qualité de votre formation jugée remarquable et admirable.

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD: Antécédent

CSREF.C. Kati : Centre de Santé de Référence de la commune de Kati

ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines

HSG : Hystérosalpingographie

UIV : Urographie Intra Veineuse

IUE : Incontinence Urinaire d'Effort

HT : Hystérectomie Totale

TOP : Triple Opération Périnéale

IHK : Infirmerie Hôpital de Kati

DCSSA : Direction Centrale des Services de Santé des Armées

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

INFSS : Institut National de Formation en Science de la Santé

IG : Infirmerie de garnison

S1: Sacrum 1

S2: Sacrum 2

L5-S1: Lombar 5-Sacrum1

R.C.I. : République de Côte d'Ivoire

SOMMAIRE

TITRES	PAGES
A- INTRODUCTION	12-13
I- OBJECTIFS	14
B- GENERALITES	15-43
I- Rappel anatomique	16
II- Physiologie et étiologie	18
III- Formes anatomiques des prolapsus	20
IV- Clinique	21
V- Les formes cliniques particulières	26
VI- Explorations paracliniques	28
VII- Traitement	31
VIII- Indication opératoire	43
C- METHODOLOGIE	44-47
I- Cadre de l'étude	45
II- Caractéristiques de l'étude	46
D- RESULTATS	48-54
I- Fréquence	49
II- Caractéristiques sociodémographiques	49
III- Antécédents	51
IV- Signes cliniques	52
V- Diagnostic	53
VI- Traitement	53
VII- Résultats du traitement	54
E- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	55-59
I- Fréquence	56
II- Caractéristiques sociodémographiques	57
III- Antécédents	58
IV- Signes cliniques	58
V- Diagnostic	59
VI- Technique chirurgicale utilisée	59
VII- Durée de sondage urinaire	59
VIII- Résultats du traitement à 3 mois	59
F- CONCLUSION	60-61
G- RECOMMANDATIONS	62-63
ANNEXES	64-80
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	65-69
FICHE D'ENQUETE	70-76
FICHE SIGNALÉTIQUE	77-78
SERMENT D'HIPPOCRATE	79-80

INTRODUCTION

A- INTRODUCTION

Le prolapsus génital se définit comme toute saillie permanente ou à l'effort dans la lumière vaginale, à l'orifice vulvaire ou hors de celui-ci, de toute ou partie des parois vaginales plus ou moins doublées de la vessie, du rectum et des culs-de-sac péritonéaux adjacents, ainsi que du fond vaginal solidaire du col utérin (17).

C'est une affection relativement fréquente. Avec l'incontinence urinaire, ils constituent un des motifs de consultation les plus fréquents en gynécologie (26).

Selon une étude de MUSSET.R, il représenterait 3% de l'ensemble des consultations gynécologiques (23). D'après une étude éthiopienne, le prolapsus génital représente 19,9% de l'ensemble des opérations gynécologiques (19).

Au Mali, THIMOTE et coll. ont trouvé une fréquence de 1% à l'hôpital Gabriel Touré (34). En 1995, il a constitué 1,72% des motifs de consultation dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital du Point "G".

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine du prolapsus. Mais la plupart des auteurs s'accordent à dire que le traumatisme (*manœuvre*) *obstétrical joue un rôle largement prédominant dans la genèse du prolapsus génital. Dans la majorité des cas, il s'observe dans les suites de couche plus ou moins lointaines d'un accouchement par les voies naturelles.*

L'incidence du prolapsus au sein de la jeune population féminine est élevée dans les pays en voie de développement. L'âge moyen est de 27,5 ans d'après une étude indienne (12).

Diagnostiquer un prolapsus ne nécessite pas d'examen complémentaires. Un bon examen clinique suffit (38). Les cas récidivés après cure chirurgicale imposent souvent des examens complémentaires. Malheureusement, certains de ces examens ne sont pas possibles dans nos structures hospitalières. A cela s'ajoute la situation financière précaire de nos patientes. L'un et l'autre font qu'on est limité dans les moyens d'investigations complémentaires.

Au Mali, en 1989 deux études ont été réalisées sur le prolapsus génital dont l'une par THIMOTE et coll. à l'Hôpital Gabriel Touré (34), et l'autre par MAÏGA M.A et A.S au sein de la population dans le Gourma malien (20).

Par contre, aucune étude n'a porté sur le prolapsus dans notre service. C'est devant l'augmentation de la fréquence des interventions chirurgicales pour le prolapsus génital, [RAPPORT DES ACTIVITES DU SERVICE DU 1^{er} JANVIER 2005 AU 31 DECEMBRE 2009], que nous avons initié cette étude dont les objectifs sont libellés ci après.

I- Objectifs

1.1. Objectif général

Etudier le prolapsus génital à la maternité de garnison de Kati.

1.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence du prolapsus génital dans le service.
- Décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques.
- Déterminer la prise en charge du prolapsus génital dans le service.
- Analyser les suites opératoires liées à cette pathologie.

GENERALITES

B- GENERALITES

I- Rappel anatomique de l'appareil génital féminin

Le prolapsus pelvi - génital est une entité anatomo-clinique correspondant à la défaillance des systèmes de soutènement et de suspension des organes pelviens de la femme. Les formes anatomiques sont donc variées et associant diversement :

la colpocèle antérieure, prolapsus de l'étage antérieur contenant le plus souvent la vessie (cystocèle) et rarement l'urètre (urétrocèle) ;

Le prolapsus de l'étage moyen, intéressant le plus souvent l'utérus (hystérocèle), mais pouvant être limité au col utérin (Trachéolocèle) ou en l'absence d'utérus au fond vaginal (retournement vaginal) ;

La colpocèle postérieure ; prolapsus de l'étage postérieur contenant le rectum (rectocèle) ou le cul de sac de Douglas (élytrocèle doit être distinguée du prolapsus rectal interne ou extériorisé à travers l'orifice anal qui peut être associé au prolapsus pelvi-génital).

A ces variétés anatomiques se superposent sans parallélisme des troubles fonctionnels divers, spécifiques ou non, qui sont le motif de consultation. Tous les intermédiaires s'observent entre l'anomalie anatomique mineure (non invalidante ou associée à des signes fonctionnels non liés au prolapsus) et le prolapsus total extériorisé dans sa forme historique. A l'extériorisation des organes pelviens peut s'associer l'incontinence urinaire d'effort (qui constitue le principal ou le seul motif de consultation) ou l'incontinence anale.

La fréquence et l'aspect spécifique des prolapsus pelvi-génitaux dans l'espèce humaine sont une conséquence directe de la station érigée qui conditionne la forme du bassin, la direction des pressions abdominales, le mécanisme de la parturition. Dans les conditions spécifiques à l'espèce humaine et aux grands singes anthropoïdes, la fermeture de l'orifice caudal du bassin repose sur le diaphragme pelvien, et tout particulièrement l'aponévrose pelvienne et le faisceau pubo-rectal du releveur [30]. Les viscères pelviens sont également maintenus par les densifications du tissu conjonctif pelvien que sont les ligaments viscéraux.

L'étude analytique et la nomenclature de ces structures [14] sont nécessaires avant d'envisager la synthèse de leur organisation fonctionnelle.

1.1. Diaphragme pelvien et périnée

Le diaphragme pelvien est constitué des muscles releveurs (élevateurs) de l'anus, des muscles ischio-coccygiens et du fascia (aponévrose) pelvien qui les recouvre.

Les muscles élevateurs sont formés de plusieurs faisceaux fonctionnellement différents :

- la partie externe pelvi-coccygienne statique se fixe sur le ligament ano-coccygien ;
- la partie interne pubo-rectale, dynamique (elle élève et ferme le canal anal), naît de la face postérieure du corps du pubis, se dirige en bas et en arrière où elle se termine par le rectum solidaire du sphincter externe strié de l'anus, en s'unissant à son homologue controlatéral. Cette sangle musculaire est solidaire du vagin et de l'urètre par l'intermédiaire des fascias qui échangent

des fibres collagènes, mais pas de fibres musculaires. Quelques fibres de la partie interne du releveur se rendent cependant au centre tendineux (noyau fibreux central) du périnée : c'est le muscle pubo-vaginal ;

- les faisceaux élévateurs des releveurs sont séparés par la fente uro-génitale. Celle-ci est partiellement obstruée par le périnée antérieur ou uro-génital, tendue transversalement entre les branches ischio-pubiennes. Elle reste cependant le point faible du plancher pelvien.

En effet, si la partie antérieure du périnée est bien verrouillée par l'aponévrose moyenne du périnée et l'appareil suspensif de l'urètre, et la partie postérieure (périnée postérieur ou anal) maintenue par la partie externe du releveur, la partie moyenne circonscrivant l'orifice vaginal est la plus fragile. Le maintien de la statique pelvienne dépend à ce niveau de l'intégrité du centre tendineux du périnée situé entre le vagin et le canal anal, solidaire du faisceau élévateur par continuité des structures conjonctives.

1.2. Structures conjonctives pelviennes

Les ligaments viscéraux, de direction postéro-latérale, sont en continuité avec les fascias viscéraux. Les viscères sont accolés entre eux par des septums, et aux parois antérieures et postérieures par des espaces décollables.

Les fascias viscéraux, couches conjonctives superficielles, recouvrent tous les organes pelviens. Le plus dense est le fascia vaginal renforcé par des fibres élastiques. Cet adventice vaginal forme, par dissection chirurgicale, avec la couche externe de la musculature vaginale, le fascia de Halban. Tous les fascias sont en continuité avec le fascia (aponévrose) pelvien et avec les ligaments viscéraux.

Les ligaments viscéraux (anciens ailerons viscéraux) sont organisés autour de branches de l'artère hypogastrique : vaisseaux vésicaux supérieurs pour le ligament vésical latéral, vaisseaux utérins et vaginaux pour les paramètres, et les paracervix, vaisseaux hémorroïdaux moyens pour l'aileron rectal latéral. Ils sont plus apparents près des viscères sous l'effet de tractions chirurgicales (Kamina) [14]. Ils sont en continuité avec des formations antéropostérieures (ligaments pubo-vésicaux, vésico-utérins, utéro-sacrés) constituant, selon la dénomination ancienne, la lame sacro-recto-génito-pubienne de Farabeuf. Les plus importantes de ces structures dans le domaine de la chirurgie du prolapsus sont les paramètres et les ligaments utéro-sacrés.

Les paramètres et surtout les paracervix (anciennement dénommés paravagin ou aileron sous-urétéral des paramètres ou ligament de Machenrodt) se définissent près de la région cervico-isthmique de l'utérus. Vers le bas, ils s'étendent jusqu'au fascia pelvien. Ils ont un rôle essentiel dans la suspension de l'utérus.

Les ligaments utéro-sacrés sont en continuité avec le fascia utérin et les paracervix. Ils partent de l'isthme utérin, longent le cul-de-sac de Douglas, rejoignent les ligaments rectaux latéraux et le fascia rétro-rectal à hauteur de S2 à S4. Ils contiennent des nerfs, des vaisseaux, des fibres musculaires lisses et du tissu conjonctif.

Les surfaces d'accolement viscéral sont représentées par le septum recto-vaginal, le septum vésico-utérin, l'espace rétro-pubien et l'espace rétro-rectal. Elles assurent une liaison élastique par collage conjonctif.

1.3. Fonction du plancher pelvien

Les contraintes de pression tendant à repousser les viscères pelviens sont de deux ordres : le poids propre des viscères en station debout et les pressions abdominales basales et surtout d'effort.

L'orientation des viscères pelviens permet de s'opposer à ces contraintes. Ils se disposent, en station debout, en « marche d'escalier ». Le fond utérin repose sur la vessie. La vessie repose sur le vagin. Le col et le vagin s'appuient sur le centre tendineux du périnée. Le rectum et le ligament ano-coccygien sont maintenus par les muscles élévateurs.

Lorsque la paroi abdominale et le plancher pelvien sont de bonne qualité, la résultante des forces de pression est dirigée vers la concavité sacrée et le périnée postérieur. Les viscères se déplacent vers l'arrière et non vers le bas à la poussée d'effort et ils restent dans « l'enceinte manométrique abdominale ». Cette disposition permet d'absorber les à-coups de la pression abdominale (multipliés par dix au cours de la toux). Le relâchement des muscles du rachis et de la paroi abdominale, lié à l'âge et à l'obésité, entraîne une antéversion du bassin. Les pressions sont alors dirigées vers la fente uro-génitale. L'effort de retenue peut être volontaire avec mise en jeu synergique du muscle élévateur et du sphincter externe de l'anus. Il peut être réflexe grâce à l'innervation proprio-réceptive du plancher pelvien. Il conduit à la fermeture des angles viscéraux ouverts en arrière : les angles utéro-vésical, vaginaux et ano-rectal, ainsi qu'à une clôture de la fente uro-génitale.

II- Physiopathologie et étiologie

La statique pelvienne est donc sous la triple dépendance du système d'orientation de l'utérus (ligaments utéro-sacrés et ronds), de son système de suspension (paracervix, paramètres) et du soutènement pelvien (muscle élévateur, vessie et centre tendineux). La continence urinaire à l'effort est assurée par l'appareil sphinctérien, la longueur fonctionnelle de l'urètre, la position anatomique de la jonction vésico-urétrale dans l'enceinte manométrique abdominale et, en conséquence, la transmission à l'urètre des pressions abdominales lors de la poussée d'effort. Tous ces mécanismes peuvent être altérés par quatre (04) ordres de facteurs possiblement associés : congénital, traumatique, hormonal, iatrogène.

2.1. Facteurs congénitaux

Le prolapsus existe chez la nullipare jeune et même chez la vierge, ce qui implique la responsabilité de facteurs congénitaux.

L'hypotrophie des ligaments suspenseurs est responsable de l'hystérocèle (paracervix) d'un utérus en position intermédiaire (ligaments utéro-sacrés) avec béance du cul-de-sac de Douglas (ligaments utéro-sacrés) qui est la forme clinique la plus caractéristique. Il peut s'y associer une brièveté de la distance ano-vulvaire, une hyper-mobilité articulaire [1]. Le centre fibreux du périnée est habituellement intact dans les cas purs.

Cependant, l'association d'un traumatisme obstétrical, même mineur, peut aggraver l'anomalie de la statique pelvienne. C'est ainsi qu'on explique certains prolapsus de la femme jeune survenus après un accouchement apparemment normal.

2.2. Facteurs traumatiques

Leur rôle est largement prédominant, et ils relèvent, dans l'immense majorité des cas, du traumatisme obstétrical où interviennent le poids du premier enfant, les manœuvres obstétricales, les déchirures, les accouchements ultérieurs d'enfants de poids élevé, les efforts expulsifs importants et prolongés, l'expression utérine.

La grossesse en elle-même est considérée comme un facteur étiologique mineur. Elle provoque en effet une augmentation du poids des viscères, une élongation des ligaments et s'accompagne occasionnellement d'une incontinence urinaire d'effort avant tout accouchement.

L'accouchement est souvent déterminant. Il provoque des élongations ligamentaires, déchirures musculaires, laminage du centre tendineux du périnée, désolidarisation des septums et des continuités fasciales et ligamentaires, dénervations des muscles pelviens [31], élongation et dénervation des sphincters. Les remusculations abdominales intempestives du post-partum aggravent les conséquences de ces lésions diversement associées.

2.3. Modifications ménopausiques

Elles ne sont pas causales, mais aggravent les conséquences des traumatismes antérieurs. Les fascias et ligaments ainsi que les muscles de la paroi vaginale involuent sous l'effet de la carence œstrogénique.

Le vieillissement porte sur l'activité fibroblastique, la musculature lisse des ligaments viscéraux, la vascularisation artérielle des muscles, l'activité phasique puis tonique des fibres musculaires striées.

2.4. Facteurs iatrogènes

La chirurgie ne crée pas de toutes pièces un prolapsus génital. L'hystérectomie peut être suivie, après un délai variable, de l'apparition d'un prolapsus ou d'une incontinence. On évoque alors l'existence de lésions traumatiques préexistantes, souvent repérés par un examen clinique préopératoire rigoureux. Un volumineux fibromyome utérin peut maintenir artificiellement l'utérus en position abdominale et favoriser l'élongation ligamentaire.

La récurrence de prolapsus après traitement chirurgical relève le plus souvent d'un traitement insuffisant. La chirurgie peut être proprement iatrogène dans l'exemple classique mais quasi périmé de la ventrofixation. L'opération consistant à fixer le fond utérin à la paroi abdominale antérieure, outre son inefficacité à prévenir la descente avec allongement atrophique du col utérin, provoque une ouverture du cul-de-sac de Douglas, et crée les conditions d'une élytrocèle.

III- Formes anatomiques des prolapsus(5)

Pour ne pas nous perdre dans le dédale des innombrables éventualités, nous nous limiterons à un exposé schématique s'adressant aux formes les plus caractéristiques

et les plus habituellement rencontrées, auxquelles s'ajouteront les formes exceptionnelles ayant évolué indépendamment de toute gestation.

3.1. Les formes gravidiques

Classiquement, le développement et l'extériorisation du prolapsus gravidique sont rattachés aux trois (03) degrés qui suivent.

3.1.1. Premier degré

Le vagin est nettement dilaté et sa partie antérieure bombe déjà d'une façon apparente sous l'effort de la hernie de la vessie, s'infiltrant progressivement à travers le fascia d'Halban aminci qu'elle rejette sur les côtés où il sera opératoirement retrouvé.

L'utérus, souvent déjà retenu par le frein de la sclérose inflammatoire des paramètres et des ligaments utéro-sacrés, ne descend que faiblement. La paroi vaginale est encore acceptable, mais l'éperon musculaire périnéal est déjà éculé, rendant la vulve béante.

3.1.2. Deuxième degré

La cystocèle s'est affirmée et s'accompagne fréquemment d'une urétrocèle projetant en avant le méat urinaire qui, par frottement, réagira par une polypose. En arrière, la hernie du rectum, encore appelée rectocèle, s'est développée ainsi que celle du cul-de-sac de Douglas ou élytrocèle.

L'action freinatrice des ligaments larges et utéro-sacrés a cédé peu à peu et le col qui a subi un commencement d'allongement hypertrophique arrive à la vulve.

3.1.3. Troisième degré

Le col utérin a franchi largement la frontière vulvaire, entraînant parfois le retournement du cylindre vaginal. Ayant subi un allongement hypertrophique, le col présente des ulcérations de contact, visibles également sur la muqueuse vaginale très épaissie et parfois kératinisée.

Quel que soit le stade considéré, l'étendue de la déchirure périnéale musculaire est facilement appréciable, ainsi que celle du sphincter anal se prolongeant plus haut ou moins sur la paroi rectale, réalisant les trois (03) stades de déchirure incomplète, complète et complexe.

3.2. Les formes non gravidiques

Le prolapsus non gravidique présente un aspect tout particulier, car il s'agit uniquement du glissement de l'utérus dont le col subit une hypertrophie très marquée, à l'intérieur du cylindre vaginal qui ne manifeste aucune déficience antérieure ou postérieure. La matrice arrive à s'extérioriser en repoussant l'hymen chez la vierge.

IV- Clinique

4.1. Interrogatoire

4.1.1. Arguments étiologiques

L'interrogatoire permet de distinguer les divers facteurs par la recherche des antécédents obstétricaux et chirurgicaux, et par l'âge et l'ancienneté d'une éventuelle ménopause.

Le facteur traumatique est exploré par l'analyse des circonstances obstétricales : accouchements d'enfants de poids élevé, surtout au premier accouchement, manœuvres obstétricales, déchirures réparées ou non, incontinence urinaire transitoire du post-partum. Longtemps latent, bien que pouvant apparaître immédiatement après l'accouchement causal, le prolapsus peut se révéler avec l'âge, l'atrophie post-ménopausique ou un amaigrissement brutal.

Le passé chirurgical permet de distinguer le prolapsus de première manifestation, le plus souvent traumatique et rarement congénital, qui est favorisé par la carence œstrogénique, post-ménopausique, la récurrence après traitement chirurgical. Après une cure de prolapsus, trois (03) facteurs de récurrence pourront être distingués : l'altération tissulaire progressive conduisant à des récurrences tardives, les corrections fautives ou incomplètes conduisant à des récurrences précoces, les prolapsus provoqués dont le type caricatural est l'élytroccèle après ventrofixation.

En cas d'antécédent d'intervention gynécologique, l'apparition rapide d'un prolapsus ou d'une incontinence est souvent le fait d'un examen clinique insuffisant, négligeant les troubles de la statique pelvienne.

On observe donc des prolapsus sur le col restant après hystérectomie subtotale ou du fond vaginal après hystérectomie totale, des incontinenances urinaires d'effort après hystérectomie ou, à l'inverse, des prolapsus génitaux après cure d'incontinence d'effort.

C'est ainsi que se dégage la notion d'incontinence urinaire d'effort potentielle (révélé par une intervention gynécologique insuffisante), mais aussi de prolapsus potentiel (révélé par une intervention urologique insuffisante).

4.1.2. Evaluation de la gêne fonctionnelle

Parmi les symptômes allégués par la patiente, une distinction très fondamentale s'impose entre les signes spécifiques qui disparaîtront avec le traitement du prolapsus, et les signes contingents que l'on ne peut espérer guérir chirurgicalement.

4.1.3. Signes spécifiques

La sensation de perte d'organes, la gêne, la pesanteur pelvienne et l'extrême extériorisation d'un prolapsus, sont évidemment des signes spécifiques. Ils seront cependant confrontés à la réalité des lésions anatomiques. La tuméfaction orificielle, qui soulève parfois le fantasme de cancer, peut être l'unique symptôme. Elle est permanente ou favorisée par l'effort ou la fatigue, n'apparaissant qu'en cours de journée.

L'incontinence urinaire n'est un signe spécifique de troubles de la statique pelvienne que lorsque l'interrogatoire repère son caractère strictement contemporain à l'effort abdominal en dehors de tout besoin mictionnel. Son importance peut aller de la perte épisodique d'urines, lors d'efforts importants ou éternuements, à la perte d'urines au moindre effort. Elle est alors classée en trois (03) stades d'intensité croissante dont les définitions varient selon les publications (tableau ci-dessous).

Parfois cette incontinence, masquée par la patiente, n'est révélée que par l'interrogatoire orienté. Elle a alors été masquée par pudeur, ou se trouve réellement être « minimale » et fonctionnellement bien tolérée.

Il existe des constipations et des dysuries spécifiques du prolapsus, qui se caractérisent par des difficultés d'évacuation qui ne sont surmontées que par la réduction digitale du prolapsus par la patiente elle-même [26].

Tableau I : Les degrés de l'incontinence urinaire d'effort

	Facteur causal
Minimal	Orthostatisme : élévation importante de la pression abdominale ; fuite minimale et épisodique.
Stade 1	Orthostatisme : élévation importante de la pression abdominale (toux, éternuement, fou rire)
Stade 2	Orthostatisme : élévation modérée de la pression abdominale (course ou marche rapide, descente d'escalier, soulèvement de poids)
Stade 3	Orthostatisme ou décubitus : élévation faible de la pression abdominale (moindre effort ou changement de position)

Les signes trompeurs

Bien que souvent motifs de consultation ou de demande opératoire, certains signes doivent être, à priori, considérés comme indépendants du prolapsus ou de relation incertaine.

L'existence de douleurs ou de métrorragies impose un bilan étiologique spécifique à la recherche d'une cause associée. Un prolapsus n'est pas douloureux et son association à un syndrome de Masters et Allen est exceptionnelle, bien que la cause traumatique soit commune aux deux entités. Un bilan complet à la recherche d'une cause intercurrente de douleur est donc nécessaire. Un prolapsus ne saigne pas, sauf traumatisme du col extériorisé sur les vêtements. Même dans ce cas, la recherche d'une pathologie organique cervicale ou endo-utérine est indispensable.

De nombreux troubles mictionnels, en dehors de l'incontinence urinaire d'effort et de la dysurie spécifique, sont observés : pollakiurie, urgences mictionnelles, mictions impérieuses, incontinence non strictement contemporaine de l'effort. Ces troubles mictionnels de même que les cystalgies sont liés à des facteurs associés souvent intriqués : infection urinaire, cystopathie endocrine, dysfonction vésico-urétrale. Ils ne seront que très inconstamment guéris par la cure chirurgicale du prolapsus.

Ainsi, au terme de l'interrogatoire, le clinicien dispose d'arguments pour juger de la nécessité opératoire. La chirurgie du prolapsus, chirurgie fonctionnelle, doit être adaptée aux troubles fonctionnels rigoureusement évalués.

4.2. Examen clinique (17)

Il se fait à vessie pleine pour l'examen au spéculum, à vessie vide pour le toucher vaginal, recherchant systématiquement une lésion associée maligne ou bénigne.

Il associe l'examen au spéculum complet, puis démonté aux touchers vaginal rectal et bi-digital.

4.2.1. L'inspection de la vulve au repos

Elle est précise si elle est humide et si elle est le siège d'une macération. Elle recherche une cicatrice périnéale d'épisiotomie ou de déchirure. Elle mesure la distance ano-vulvaire, normalement supérieure à trois centimètres (3cm).

4.2.2. L'inspection vulvo-périnéale à l'effort

Elle recherchera :

- le déroulement progressif de la paroi antérieure du vagin : d'abord transversalement striée (colpocèle du segment urétral), puis lisse et régulière (colpocèle du segment vésical), parfois peut faire apparaître la lèvre antérieure du col ;
- le déroulement progressif de la paroi postérieure du vagin avec un sillon plus ou moins profond séparant cette colpocèle postérieure de la fourchette vulvaire ;
- le col peut apparaître à la vulve (hystérocèle) ou s'extérioriser ; il peut être normal ou présenter un aspect « tapiroïde » avec un allongement de la lèvre antérieure qui paraît plus importante que la lèvre postérieure.
- la fuite urinaire par le méat sera recherchée à l'effort de poussée ou à la toux. On notera son importance (goutte à goutte, en jet). Parfois elle n'apparaît que chez une patiente en position semi-assise.

4.2.3. L'examen au spéculum

Il nécessite un spéculum à valves démontables. Ce dernier est introduit en réduisant progressivement le prolapsus :

- l'exposition du col permet de pratiquer les frottis systématiques, la colposcopie, voire la biopsie ;
- on appréciera la trophicité de la muqueuse vaginale, souvent pâle et atrophique après la ménopause, et on recherchera une infection à trichomonas, à candida ;
- On appréciera également l'allongement intra-vaginal et hypertrophique du col par hystérocervicométrie.

En retirant doucement le spéculum, on note l'importance de l'hystéroptose qui peut être masquée par une importante cystocèle ou rectocèle refoulée dans cette manœuvre par les valves du spéculum.

Il peut être utile de tirer le col avec une pince de Pozzi pour le voir descendre à la vulve.

Le spéculum étant démonté, on réalise :

- la manœuvre de la valve antérieure qui, appliquée contre la paroi vaginale antérieure, refoule la cystocèle et expose la paroi postérieure du vagin, démasquant un bombement douglassien ou rectal (ou les deux) ;

- la manœuvre de la valve postérieure qui, appliquée contre la paroi postérieure du vagin, permet de juger du bombement du segment vésical du vagin et de mettre en évidence une fuite urinaire masquée ;
- la manœuvre de la valve postérieure accrochant le col utérin. A l'aide de cette même valve, toujours appuyée vers l'arrière, mais cette fois poussée au fond du cul-de-sac cervico-vaginal antérieur, on va refouler le col en haut et en arrière. Cette manœuvre met en tension la paroi antérieure du vagin et à l'épreuve les connexions fibreuses vésico-génitales. Si celles-ci sont détériorées, un bombement vésical va persister : on a l'association cystocèle + cystoptose. Si elles sont intactes, le bombement d'une cystocèle peut s'effacer. Une incontinence masquée par l'effet pelote d'une cystocèle ou du prolapsus utérin peut alors apparaître. On profitera de l'exposition des parois pour explorer minutieusement les faces du vagin et rechercher un éventuel orifice fistuleux.

4.2.4. Le toucher vaginal

Combiné au palper abdominal, il permet :

- de repérer le col utérin, sa longueur, sa position ;
- d'apprécier le volume de l'utérus, sa consistance, sa situation, sa mobilité ;
- de contrôler l'état des annexes et des paramètres ;
- d'explorer la musculature des releveurs.

Les faisceaux dits « sphinctériens » sont palpés des deux (02) côtés par les doigts vaginaux dirigés en dehors, en direction de la paroi pelvienne, et en demandant à la malade de se « retenir ».

Les faisceaux éleveurs sont recherchés à peine au-dessus de l'orifice vulvaire, à la partie la plus antérieure du plancher pelvien, lors d'une adduction volontaire des cuisses par la patiente et contrariée par le clinicien qui interpose son avant-bras prolongé du poing entre les genoux de la patiente (manœuvre de Delbet) ; et de faire la manœuvre de Bonney. Le test de Bonney est dit positif si la fuite des urines à l'effort est stoppée lorsque l'on glisse deux doigts dans le vagin, de part et d'autre de l'urètre, en les rapprochant du pubis.

4.2.5. Le toucher rectal

Il explore l'ampoule rectale, le doigt recourbé en direction de l'orifice vulvaire, faisant saillir la poche de la rectocèle. Si cette manœuvre n'objective pas de détérioration du fascia recti et que l'on a vu une colpocèle haute avec profond sillon postérieur, on est en droit d'envisager l'existence d'une élytrocèle pédiculée.

4.2.6. Combiné au toucher vaginal

Il permet d'apprécier l'épaisseur et la consistance du noyau fibreux central du périnée et de compléter le bilan musculaire, mais surtout d'explorer la cloison recto-vaginale. Si l'on perçoit à l'effort, entre le doigt vaginal appliqué contre la poche et le doigt rectal, l'impression d'épiploon grenu ou d'une anse grêle, on peut affirmer l'élytrocèle.

La manœuvre de Bethoux complètera l'examen. Elle consiste à introduire dans le vagin les deux branches habillées d'un clamp courbe et à les placer dans les culs-de-sac latéraux du vagin au niveau du col et de part et d'autre de celui-ci. On s'oppose

ainsi à la poussée de la malade en prenant appui sur la fourchette vulvaire. Si cette manœuvre stoppe la fuite urinaire, on peut dire qu'il s'agit d'une incontinence urinaire d'effort, liée à la cystoptose. Il faut alors poser les actes qui suivent.

Estimer l'importance de l'infirmité, très variable et difficile à évaluer correctement ; sensation plus ou moins pénible d'un inconfort et d'insécurité périnéale :

- Gêne aux rapports sexuels ;
- Douleurs à rattacher avec beaucoup de prudence au prolapsus. On recherchera une origine urinaire, rectocolique, vésiculaire, pariétale ;
- Un trouble de la statique pelvienne plus ou moins accompagné d'arthrose, à traiter sélectivement car ces douleurs ne sont pas modifiées par la cure de prolapsus.

Rechercher :

- des métrorragies et des pertes, parfois dues à des lésions dystrophiques ou irritatives du vagin et du col, mais toujours suspectes jusqu'à preuve du contraire, de tumeur maligne (ou bénigne) du vagin, du col, du corps utérin ou des annexes. Un frottis, une hystérogaphie seront nécessaires avant l'intervention ;
- des troubles de la miction : cystalgie pollakiurie, dysurie, rétention à analyser et explorer par l'examen cyto bactériologique des urines ;
- Une incontinence urinaire d'effort : fuite des urines non précédée de la sensation de besoin, surtout à bien différencier des mictions impérieuses par urétrorétrigone ou d'origine neuropsychiatrique. L'incontinence urinaire d'effort sera recherchée de parti pris sur vessie pleine, en faisant tousser, pousser, changer de position ;
- L'instabilité vésicale est spontanée, non liée à l'effort et réalise un besoin urgent interne et douloureux que l'on ne peut retenir.

Considérer le terrain dont l'appréciation est capitale :

- recherche d'un diabète, d'une hypertension artérielle, d'une obésité ;
- âge civil et surtout physiologique ;
- aspect général, musculature générale abdominale ;
- psychisme.

En effet, l'indication thérapeutique dépendra souvent des problèmes rencontrés alors.

V- Les formes cliniques particulières

5.1. Prolapsus de la gravido-puerpéralité

Le prolapsus génital peut s'observer au cours même de la grossesse. Il s'agit toujours d'une hystérocèle en apparence pure avec un allongement hypertrophique de la portion intravaginale du col utérin. L'œdème est souvent très important et d'aspect assez effrayant. Le col, par ailleurs, bien qu'il soit allongé et hypertrophique, est souvent béant. Il est donc doublement indiqué de prescrire le repos au lit. Ce repos suffit le plus souvent pour que tout rentre dans l'ordre. L'accouchement, évidemment, ne pose aucun problème. Et sous condition d'une rééducation dans le post-partum, la statique pelvienne redevient le plus souvent normale (il ne semble

pas que le risque de prolapsus à la cinquantaine soit plus grand chez les femmes qui ont, pendant leur grossesse, fait un prolapsus du col).

On peut observer également des trachélocèles dans les suites immédiates de l'accouchement ; les choses s'arrangent d'elles-mêmes avec l'involution utérine du post-partum (et d'autant mieux si on fait faire une kinésithérapie appropriée).

5.2. Prolapsus de la nullipare et de la vierge

Les femmes n'ayant accouché que par opération césarienne, les femmes n'ayant jamais accouché, et même les vierges peuvent être atteintes de prolapsus génital. Il s'agit toujours d'hystérocèles, en apparence isolées. La vulve est étroite, le périnée est normal et les releveurs n'offrent aucune particularité. Ces prolapsus bien évidemment ne peuvent être attribués qu'à une faillite du système de suspension. Et si on ne posait les indications thérapeutiques qu'en fonction de la physiopathologie, c'est par les suspensions hautes qu'il faudrait les traiter.

5.3. Prolapsus symptomatiques

De la même façon qu'il existe des hernies symptomatiques (hernie de l'aîne, hernie ombilicale, hernie hiatale), il existe des prolapsus symptomatiques.

Toute condition pathologique qui entraîne une augmentation de la pression intra-abdominale peut être à l'origine d'un prolapsus symptomatique : ascite (néoplasique ou non), prolifération tumorale d'origine ovarienne ou autre.

Il faut toujours, chez une femme présentant un prolapsus apparu récemment et rapidement, penser qu'il s'agit d'un prolapsus symptomatique. Et il faut mettre en œuvre tous les examens permettant d'éliminer cette hypothèse (échographie, lavement baryté, tomographie axiale computerisée...).

5.4. Prolapsus avec lésions associées

Le paragraphe prolapsus avec lésions associées est un paragraphe infiniment extensible compte tenu de l'âge auquel s'observent la plupart des prolapsus et compte tenu du terrain sur lequel ils se développent. Il est fréquent, en effet, qu'il existe, en même temps que la ptôse génitale, une pathologie associée. Nous ne citons ici que les affections et lésions ayant un impact précis sur le traitement.

Les hernies (hernies de l'aîne, hernies ombilicales, hernies hiatales) sont fréquentes chez les femmes atteintes de prolapsus. On sait également que ces femmes présentent, plus souvent que les témoins, des varices et des pieds plats.

Les affections respiratoires chroniques (asthmes, bronchectasies...) sont également fréquentes et doivent être prises en compte dans l'indication thérapeutique (risque anesthésique, risque de récurrence du prolapsus). Le tabagisme est également un facteur important (beaucoup de chirurgiens refusent d'opérer les fumeuses).

Les lésions des organes génitaux internes sont fréquentes en raison tout simplement de l'âge, et il faut les rechercher soigneusement. Mais la négativité des investigations ne permet pas d'affirmer absolument l'intégrité des organes génitaux internes : c'est un argument important en faveur de l'hystérectomie systématique au cours du traitement chirurgical du prolapsus.

5.5. Prolapsus après hystérectomie

L'hystérectomie qui, pour beaucoup de spécialistes, doit être associée aux autres gestes dans le traitement chirurgical du prolapsus, ne peut pas en elle-même représenter le traitement du prolapsus. La preuve en est fournie par l'existence de prolapsus génitaux chez les femmes ayant subi une hystérectomie pour un autre motif.

Les prolapsus après hystérectomie doivent être classés en deux (02) catégories.

Dans la plupart des cas, le fond du vagin reste en place maintenu par la sclérose cicatricielle, et ce sont les parois antérieures et postérieures du vagin qui se déroulent.

Dans d'autres cas, le fond vaginal lui-même se prolabe et s'éverse « en doigt de gant ». Le traitement dans ces deux formes est différent (et les chances de succès également).

Il n'y a pas de différence entre hystérectomie totale et subtotale, aussi bien en ce qui concerne le risque de prolapsus secondaire qu'en ce qui concerne la sémiologie et le traitement.

5.6. Prolapsus récidivés

On lira plus loin que le traitement chirurgical du prolapsus génital permet de guérir toutes les patientes. Les échecs, en fait, sont relativement nombreux. Tous les praticiens le savent : de même que les patientes qui bien souvent préfèrent l'abstention à la chirurgie pour cette raison.

Les prolapsus récidivés peuvent être classés en plusieurs catégories. Pour le chirurgien, il est important de savoir si l'échec reconnaît une cause technique (la composante traitée a été traitée mais mal traitée) ou tactique (on a négligé à tort l'une des composantes).

Pour le clinicien, la distinction la plus utile est celle qui oppose les récidives précoces aux récidives tardives. Dans le premier cas, on parle d'échec « chirurgical ». Dans le second cas, on parle d'échec « tissulaire ». On conçoit toute l'importance de distinction : dans le premier cas, il faut trouver un chirurgien meilleur, et dans le second cas, il est peut-être plus sage de se résigner.

VI- Explorations paracliniques

L'apport des explorations paracliniques et des examens urodynamiques doit être donc défini de façon très rigoureuse. Les examens radiologiques, urologiques et le colpocystogramme nous ont permis de comprendre les troubles de la statique pelvienne, mais ils sont actuellement fortement concurrencés par l'échographie et les examens urodynamiques. Que reste-il de leurs indications actuelles ? Les bilans urodynamiques ont permis, à leur tour, de mieux comprendre la physiopathologie des troubles urinaires mictionnels et des fuites d'urine liées ou non au prolapsus. Peut-on se passer de ces bilans en cas d'absence de troubles urinaires cliniques patents ?

6.1. Examens de routine

- Examen du col utérin, prélèvements bactériologiques éventuels, frottis cervico-vaginaux de dépistage ;
- Examen du méat urétral, prélèvement endo-urétral à la recherche de germes, d'imprégnation hormonale, d'autant qu'il existe un ectropion de la muqueuse urétrale (pseudo-polype de l'urètre) ;
- Cytobactériologique urinaire ;
- Mammographie de dépistage du cancer du sein après 50 ans.

6.2. Urétrocystoscopie

Elle permet un bilan de l'état de la muqueuse urétrale, de l'aspect du col de la vessie lors des épreuves de retenue et de miction, de l'aspect du trigone et des méats, de l'aspect de la muqueuse vésicale et la façon dont la vessie se laisse remplir. Elle est utile en cas de troubles mictionnels.

6.3. Examens radiologiques

6.3.1. Urographie intraveineuse

Cet examen a perdu de ses indications. Devant un grand prolapsus, il faut cependant penser à faire une urographie intraveineuse pour mettre en évidence une gêne du péristaltisme urétral lors de la bascule du trigone vésical.

6.3.2. Cystographie mictionnelle en fin d'UIV

Elle permet d'explorer la vidange vésicale, précise la perméabilité du col vésical et de l'urètre, apprécie la qualité des contractions du détrusor, dépiste un éventuel reflux vésico-urétral et quantifie les résidus postmictionnels.

6.3.3. Colpocystogramme

Il permet de visualiser la dynamique des organes pelviens opacifiés lors des efforts de poussée et de retenue. Sa technique doit être rigoureuse. Il a perdu de son intérêt du fait de sa mauvaise acceptabilité par les patientes. Dans notre expérience, ses indications actuelles possibles sont représentées par les récurrences de prolapsus et les élytrocèles.

Cet examen n'a pas de valeur explicative réelle des fuites urinaires associées au prolapsus.

6.3.4. Echographie pelvienne

Cet examen est utile en complément de l'examen clinique pour préciser le volume utérin et confirmer une pathologie annexielle. Elle apporte des renseignements sur la fonction vésicale, sa vidange et l'existence d'un résidu postmictionnel.

6.3.5. Hystérogaphie ou hystérocopie

Elles peuvent être indiquées si l'on décide de laisser l'utérus en place afin de vérifier l'intégrité de la cavité utérine et de donner une mesure précise de l'allongement du col utérin.

6.4. Bilan urodynamique

L'exploration urodynamique vise à préciser les anomalies d'une unité fonctionnelle vésico-urétrale souvent intéressée par les troubles de la statique pelvienne. Cette unité fonctionnelle répond à une physiologie complexe, notamment par son innervation.

Il est particulièrement indiqué en cas d'incontinence urinaire d'effort associée au prolapsus (précisant la part de la ptôse génitale dans la survenue de la fuite urinaire, mais recherchant d'autres causes éventuellement associées dont la méconnaissance conduirait à l'échec d'un traitement chirurgical même habilement mené), mais aussi en cas de prolapsus apparemment isolé sans IUE, car il peut révéler ou confirmer une IUE potentielle dont il faudra tenir compte lors de la cure chirurgicale du prolapsus.

Les résultats de ce bilan sont, bien sûr, à confronter avec les résultats de l'examen clinique minutieux, pour permettre de poser les meilleures indications thérapeutiques.

6.4.1. Cystomanométrie

La cystomanométrie réalise un enregistrement de la pression intravésicale pendant la réplétion.

Technique :

Le remplissage vésical peut être assuré par différentes méthodes. La plus employée est la voie transurétrale rétrograde. Elle permet une mesure continue de la pression intravésicale tout au long de la période de remplissage, grâce à une sonde à double canal. Les autres méthodes sont peu utilisées, qu'il s'agisse de la voie antérograde, la plus physiologique mais lente, ou du cathétérisme sus-pubien, douloureux ; le fluide utilisé peut être liquide (essentiellement sérum physiologique) ou gazeux (air ou CO₂).

La mesure s'effectue au repos puis lors des manœuvres facilitatrices (toux, poussée, changement de position) qui peuvent révéler des anomalies latentes. Cette mesure peut également être réalisée après un test thérapeutique visant à supprimer une hypertonie. Un enregistrement simultané de l'activité électrique ou manométrique sphinctérienne est utile pour l'exploration de certaines dyssynergies. Enfin, les variations de pression intravésicale en fonction de la rapidité du remplissage (épreuve de charge) permettent une approche de la compliance vésicale.

Résultats :

- Etudes de volumes. Les volumes sont mesurés deux fois, lors du premier besoin de miction, normalement vers 150-200ml en principe sans augmentation de la pression, lors du besoin impérieux de miction, voisin de la capacité vésicale maximale.
- Etudes des pressions. A partir d'une pression de base de 10 à 12cm d'eau (vessie vide), la courbe comporte normalement trois (03) parties :
 - une phase initiale peu marquée (3cm H₂O), très brève ;

- une deuxième phase longue, à pression pratiquement constante ou faiblement augmentée (maximum : 20cm H₂O) ;
- une troisième phase brève, marquée par une accentuation de la perte lors de la capacité maximale.

Pathologie :

L'instabilité vésicale correspond à des contractions non contrôlables du détrusor, se traduisant par :

- de grandes variations de pression (supérieures à 15cmH₂O) lors du remplissage ;
- un premier besoin mictionnel précoce, souvent accompagné de fuite urinaire ;
- une capacité vésicale diminuée.

L'hypertonie vésicale se traduit par un tonus de base élevé, un redressement rapide de la pente de pression lors du remplissage, un premier besoin précoce, mais sans les grandes oscillations de pression de l'instabilité.

L'atonie vésicale réalise le phénomène inverse avec :

- un tonus de base peu élevé ;
- un premier besoin mictionnel très tardif ;
- une pression très basse lors du remplissage ;
- une capacité vésicale très augmentée (supérieure à 600ml).

6.4.2. Sphinctérométrie ou profil urétral

La sphinctérométrie réalise une mesure du gradient de pression vésico-urétral, au repos puis à l'effort grâce à un enregistrement simultané des pressions vésicale et urétrale.

VII- Traitement

Le traitement des prolapsus génitaux comporte trois (03) volets : traitement non opératoire, chirurgie par voie basse, chirurgie par voie haute, avec comme objectif de corriger les troubles, de prévenir les récives et d'éviter les complications. Lorsque la chirurgie est choisie, elle doit en un seul temps opératoire soigner l'étage postérieur, moyen et antérieur et respecter ou rétablir la continence urinaire, en maintenant chaque fois que nécessaire la perméabilité vaginale en soignant au besoin les lésions associées de l'appareil génital.

7.1. Traitement non chirurgical

7.1.1. Pessaire

Il s'agit d'un anneau en caoutchouc que l'on place sous les organes génitaux dans le vagin entre la face postérieure de la symphyse pubienne et la concavité sacrée. Il est introduit dans le plan sagittal, ovalisé par la pression des doigts, puis placé dans le cul-de-sac postérieur du vagin, et enfin relevé vers la symphyse. Il impose un changement tous les deux à trois mois, des injections vaginales régulières, une

surveillance du col. Il réduit la gêne fonctionnelle des prolapsus aux stades 2 et 3, mais se révèle inefficace en cas d'effondrement total du périnée et médiocrement toléré à long terme.

7.1.2. Rééducation périnéale

Elle ne peut s'exercer que sur le système de soutènement musculaire, c'est-à-dire le système de fixité antérieur actif, sous réserve que les muscles ne soient pas trop lésés, dénervés ou atrophiques. Elle est inefficace sur le système de suspension ligamentaire : ligaments utéro-sacrés, ligaments cardinaux. Les éléments fibreux ne peuvent en effet être réparés que par une intervention chirurgicale.

Les buts de la rééducation périnéale sont d'obtenir une amélioration anatomique et une meilleure tolérance fonctionnelle en cas de prolapsus non extériorisé, par le biais d'un verrouillage périnéal obtenu à l'effort lors de la contraction des faisceaux élévateurs des muscles releveurs de l'anus, la rééducation périnéale permet aussi la correction d'une insuffisance sphinctérienne urétrale et d'une incontinence anale.

Les moyens sont nombreux et doivent être utilisés d'une manière progressive.

L'enseignement, l'éducation des patientes, constituent la base de toute rééducation périnéale. Elle consiste en la prise en charge par la patiente du schéma corporel représenté par la vulve, le noyau fibreux central du périnée, les muscles releveurs de l'anus et tout particulièrement du faisceau élévateur. L'éducation consiste à apprendre les effets de la contraction des muscles releveurs de l'anus. Dans 50% des cas en effet, on observe une inversion de commande périnéale : lors d'un toucher vaginal, si l'on demande à la patiente de serrer les muscles élévateurs sur les doigts, on observe la mise sous tension des adducteurs, des fessiers ou même des muscles abdominaux. C'est dire l'importance de cette prise en charge. L'éducation de contraction sera faite devant un miroir ou, en cas d'échec, à l'aide d'une caméra vidéo ou par un travail sur tube.

La prise en charge par le thérapeute consiste à réaliser une contraction active des muscles releveurs contre résistance :

- Par une contraction sur les doigts lors du « testing » des releveurs, il est possible d'obtenir une amélioration de la tonicité du muscle et une contraction musculaire efficace de verrouillage vulvaire ; cet exercice, particulièrement important, permet de corriger une mauvaise commande périnéale et de supprimer les effets d'inversion de commande des muscles abdominaux, fessiers et adducteurs ;
- Par un travail actif par l'intermédiaire de sondes de pression endovaginale : la patiente peut ainsi suivre la récupération des contractions musculaires efficaces à l'aide d'un signal sonore ou lumineux ;
- Par une stimulation électrique fonctionnelle dont le but est de réentraîner le muscle ; cette technique s'adresse aux patientes qui ne peuvent pas ou ne savent pas contracter leurs muscles pelviens. Le travail passif doit être suivi d'un travail actif, car il ne peut à lui seul entraîner des résultats à long terme ; la stimulation se fait à l'aide d'une sonde endovaginale et d'électrodes placés sur les faisceaux des releveurs. Le courant utilisé est biphasique. Les
-
-
-

- fréquences de 50 à 100 hertz. Le temps de travail du muscle est de 1 à 2 secondes et le temps de repos de 2 à 4 secondes.

Les résultats objectifs de la rééducation périnéale sont observés au niveau de la musculature périnéale de la vulve et de sa fermeture. Sur le plan fonctionnel, on observe une diminution et parfois une suppression de la gêne fonctionnelle du prolapsus. Si les lésions sont peu importantes, la rééducation peut être proposée comme traitement. Elle doit cependant être régulièrement entretenue pour obtenir un résultat durable. Elle a surtout pour but de préparer la patiente à l'acte chirurgical et de consolider le résultat d'une intervention chirurgicale.

7.1.3. Traitement médical

Ses indications sont limitées à l'incontinence d'urine associée au prolapsus lorsque le bilan urodynamique a confirmé l'existence d'une instabilité vésicale ou d'une insuffisance sphinctérienne (tableau ci-dessous).

Le traitement doit être prescrit pendant deux mois au minimum, et le traitement rééducatif périnéal peut être associé au traitement médical.

Une oestrogénothérapie locale ou générale chez la femme âgée est utilisée à titre préopératoire, mais son utilité est discutée.

Tableau II : Les traitements médicaux de l'incontinence associée

INSTABILITE DU DETRUSOR
Anticholinergiques
Spasmolytique
Antidépresseurs tricycliques
Bêta-sympathicomimétiques
Antiprostaglandines
Inhibiteurs calciques
Thérapie comportementale
INSUFFISANCE SPHINCTERIEENNE
Alpha-adrénergiques
Bêtabloquants
Antidépresseurs tricycliques
Oestrogènes

7.2. Chirurgie par voie basse

La chirurgie par voie basse comporte divers temps élémentaires, variablement associés : rétablissement des soutènements antérieurs et postérieurs, rétablissement de la suspension du dôme vaginal et de l'utérus resté en place, rétablissement de la continence urinaire. La réunion de ces temps en une intervention unique mérite une synthèse, sous la forme de deux grandes variétés d'opération périnéale et la colpo-hystérectomie vaginale.

- **Temps élémentaires**

Rétablir le soutènement postérieur

La reconstitution du coin fibreux périnéal nécessite une dissection recto-vaginale étendue à la totalité de la paroi vaginale postérieure, un rapprochement inter-recto-vaginal des structures fibreuses et musculaires latérales (myorrhaphie des releveurs), une colpectomie limitée afin d'éviter la dyspareunie. L'ensemble peut être réalisé par la classique incision périnéovaginale losangique ou par abord vaginal exclusif (QUERLEU). La myorrhaphie peut également être réalisée par voie rétro-rectale.

Rétablir le soutènement antérieur

Le soutènement antérieur utilise habituellement l'adventice et le fascia périvaginal (fascia de Halban) disséqués et suturés en paletot ou en simplement adossés. Le rôle de l'utérus placé sous la vessie par antéversion forcée (opération de WERTHEIM-SCHAUTA), même après les modifications récentes de TESCHER (endométrectomie destinée à prévenir les difficiles hystérectomies ultérieures), est limité.

Rétablir la suspension de la région du dôme vaginal

Cela nécessite l'utilisation des ligaments ronds (rapprochés sur la ligne médiane après hystérectomie : artifice de Crossen) ou des ligaments suspenseurs du col. Ces

derniers sont placés en avant de l'isthme en cas de conservation utérine (SHIRODKAR) ou fixés aux tissus fibreux sous-symphysaires en cas d'hystérectomie (CAMPELL). Lorsque ces structures sont inexistantes, en particulier en cas de prolapsus post-hystérectomie, la suspension du dôme peut être assurée par la spino-fixation (RICHTER) qui l'arrime au petit ligament sacro-sciatique.

Rétablir la continence urinaire

Cela se passe par voie basse exclusive ou à la faveur d'une contre-incision sus-pubienne permettant la suspension du col vésical à l'insertion de la paroi abdominale antérieure (« voie mixte »). La voie basse ne se résume plus à l'insuffisante opération de Marion-Kelly (rapprochement sous-cervical des structures para-urétrales) depuis le développement des opérations d'Ingelman-Sundberg (rapprochement sous-cervical de la partie antérieure des muscles pubo-coccygiens), de Berkow (utilisation des muscles bulbo-caverneux), de Mouchel (utilisation de Gore-Tex®). La voie mixte est fondée sur l'idée de Raz et Pereira qui consiste à passer à l'aveugle à travers l'espace de Retzius un fil permettant de suspendre la région du col vésical à la paroi abdominale. Divers aménagements techniques de cette idée utilisent une prothèse de Dacron® évitant le cisaillement (Stamey) des bandelettes prélevées sur la cystocèle (Bologna), une bandelette de Gore-Tex® (Hacquin).

Fermer l'orifice vulvaire

Ce n'est pas un objectif, mais un pis-aller réservé à des femmes âgées sans activité sexuelle. Les colpoclésis (Labbart) et l'adossement des faces antérieure et postérieure du vagin (Lefort) sont donc de moins en moins pratiqués.

- **Triple opération périnéale avec ou sans hystérectomie**

La triple opération périnéale (TOP) est l'opération de choix du prolapsus génital, car elle traite les trois composantes habituelles du prolapsus génital.

Le temps antérieur est la remise en place et le maintien de la vessie par la dissection et la suture du fascia de Halban.

Le temps moyen diffère suivant que la triple opération périnéale est conservatrice ou non. En cas de conservation de l'utérus, le but est de maintenir cet organe en bonne position par une amputation du col (qui est toujours allongé) et une réinsertion des ligaments d'amarrage du col sur la face antérieure de l'isthme. En cas de triple opération avec hystérectomie, il faudra s'attacher à bien solidariser les ligaments d'amarrage du col à la tranche vaginale postérieure pour éviter une ptôse secondaire du fond vaginal.

Le temps postérieur doit réparer la composante rectale du prolapsus. Elle consiste en une myorrhaphie des releveurs de l'anus associée à une reconstitution du coin périnéale enfoncé entre la paroi vaginale postérieure et le rectum.

En cas de TOP avec hystérectomie, il est préférable de réaliser, dans le premier temps opératoire, l'hystérectomie, qui facilite les temps antérieur et postérieur de reconstitution du plancher périnéal.

La triple opération périnéale avec hystérectomie est l'opération de base dans le prolapsus de première main chez les femmes ménopausées ou en pré-ménopause.

L'hystérectomie est actuellement réalisée selon la technique remise à l'honneur par l'école Lyonnaise. Elle comprend les temps suivants :

- Traction prudente de la paroi antérieure du vagin par une pince de Museux après avoir repéré le sillon de la vessie ;
- Incision en « gueule de requin » sur la paroi antérieure du vagin au-dessous du sillon de la vessie, c'est au niveau du relief qui dessine le pôle inférieur de la vessie. Cette incision peut être basse, près de l'orifice externe en cas de cystocèle marquée ;
- Après dissection de la paroi antérieure du vagin, section de la cloison supra-vaginale qui dégage la face antérieure de l'utérus et éloigne la vessie. Le repérage de la cloison supra-vaginale est facilité par la tension de la pince de Museux dans l'axe ombilico-coccygien effectuée par l'aide et la traction opposée effectuée par l'opérateur qui saisit la paroi vaginale antérieure ;
- Après ouverture de l'espace vésico-vaginal, mise en place d'une valve qui poursuit le décollement vésical jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin ;
- Désinsertion de la paroi vaginale postérieure en poursuivant l'incision antérieure au niveau des prolongements latéraux ;
- Ouverture du cul-de-sac de Douglas ;
- Repérage, aiguillage et section des ligaments suspenseurs après avoir vérifié prudemment la position de l'urètre que l'on fait glisser entre les deux index. La préhension peut se faire à l'aiguille de Deschamps ou à la pince de Faure. Les ligaments sont aiguillés, sectionnés et repérés. Il est préférable de réaliser un double aiguillage des ligaments suspenseurs ;
- Après avoir répété du côté opposé les mêmes gestes de section des ligaments suspenseurs, l'utérus peut être extériorisé, car il ne reste amarré que par les ligaments ronds et les trompes. L'extériorisation du fond utérin se fait bascule postérieure et ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. Les pédicules annexiels et les ligaments ronds sont ensuite repérés et clampés. L'annexectomie n'est pas réalisée de façon systématique. Lorsqu'elle est réalisée, il est préférable de lier séparément les ligaments ronds pour atteindre plus facilement les annexes. L'annexectomie se réalise après ligature élective des pédicules lombo-ovariens.

Cloisonnement de Douglas

Il est indispensable de le réaliser, car il existe fréquemment associé à une hernie péritonéale qui pourra ultérieurement s'aggraver et devenir une élytrocèle. Le cloisonnement consiste, après avoir réalisé deux points d'angle qui unissent la séreuse rectale au péritoine vésical, à accoler les deux séreuses par une série de points placés le plus haut possible.

- **Plastie antérieure**

Elle consiste à reconstituer un solide plancher sous-vésical. Les différents temps opératoires sont les suivants :

- ouverture et clivage de l'espace vésico-vaginal ;
- colpotomie longitudinale médiane que l'on poursuit jusqu'à (1,5cm) du méat urétral ;
- mobilisation et séparation de la vessie de la paroi vaginale ;
- dissection et plastie en paletot du fascia de Halban (ce temps peut être remplacé par l'adossement des faces externes du vagin, fascia non dissocié, lors de la colporraphie) ;
- colpectomie dont l'étendue est déterminée par l'importance de la cystocèle (en cas d'intervention de Bologna associée, le prélèvement de bandelettes tient lieu de résection).

- **Temps moyen**

Après hystérectomie, il consiste à pratiquer les artifices de Crossen et surtout celui de Campbell, ce dernier assurant également le soutènement vésical.

- **Plastie postérieure**

Elle se réalise à deux niveaux :

- à la partie haute du vagin résection triangulaire (la base supérieure correspondant à la tranche vaginale postérieure) suivie d'une suture longitudinale. Cette plastie a pour but de réduire l'amplitude du fond du vagin et de rapprocher les ligaments suspenseurs sur la ligne médiane. Cet artifice est destiné à prévenir une élytrocèle ;
- à la partie inférieure du vagin, la colpo-périnéorrhaphie consiste en une réfection du centre tendineux du périnée après séparation recto-vaginale. La dissection peut se faire de bas en haut ou, mieux, de haut en bas. L'abord des muscles releveurs se fait après avoir décollé le vagin du rectum et pénétré dans les fosses pararectales.

La myorrhaphie des releveurs peut se faire à l'aiguille de Reverdin ou à l'aiguille sertie, qui permettent de saisir très largement le muscle. Elle se fait de dehors en dedans : deux points sont en général suffisants. La colporraphie postérieure réalisée après colpectomie limitée doit être effectuée avant le serrage de la myorrhaphie pour mieux adapter la paroi vaginale au plan musculaire profond. La périnéorrhaphie termine la plastie postérieure.

Les suites opératoires sont presque aussi simples que pour l'hystérectomie vaginale standard : lever précoce, sonde urinaire pendant 24 heures en l'absence de geste urinaire spécifique. La morbidité est de plusieurs ordres :

- rétention d'urine précoce régressant habituellement spontanément ou sous urécholine qui augmente le tonus et la contractilité du détrusor ;
- infection urinaire ;
- infection pelvienne avec hyperthermie prévenue par une antibiothérapie préventive ;
- complications thromboemboliques en général prévenues par une héparinothérapie presque systématique.

Les résultats sont habituellement excellents. Les récurrences précoces relèvent d'une imperfection chirurgicale ou de la méconnaissance du prolapsus (élytrocèle). Les récurrences tardives sont liées à la détérioration des tissus.

La dyspareunie secondaire est liée à une résection cutanée très importante. La myorrhaphie des releveurs n'est pas source de dyspareunie. Il faut préférer l'incision en sablier à la résection en quartier d'orange et conserver une étoffe vaginale importante. La dyspareunie n'est jamais liée à une myorrhaphie postérieure vraie des releveurs, mais à une résection trop importante de vagin.

- **Triple opération périnéale conservatrice**

Souvent dénommée opération de Manchester, elle est réservée aux femmes désirant conserver leur utérus. Elle comprend trois temps : antérieur, moyen et postérieur.

Le temps antérieur est analogue au temps précédent.

Le temps moyen comprend un temps d'exérèse et de reconstitution, précédé d'un curetage diagnostique (ou d'une exploration endo-utérine préopératoire destinée à vérifier la normalité de l'utérus). Le temps d'exérèse consiste à repérer, ligaturer et sectionner les ligaments utéro-sacrés et les ligaments cardinaux (le repérage des ligaments utéro-sacrés et des ligaments cardinaux se fait par traction vers le haut du col par la pince de Museux ; il forme une saillie postérieure et latérale qui est facilement saisie par une pince de Faure), amputer le col par deux hémisections antérieure et postérieure, suturer les ligaments d'amarrage du col sur la face antérieure de l'isthme. L'amputation du col peut être réduite ou supprimée en cas de désir de grossesse.

Le temps de reconstruction consiste à reconstituer un plan antérieur sous-vésical par suture du fascia de Halban, colporrhaphie à points séparés et reconstruction du vagin sur le moignon cervical par deux points invaginants de Sturmdorf, qui retourne la tranche de section du vagin dans la lumière du canal cervical.

Le temps postérieur est identique au temps antérieur de la triple opération périnéale avec hystérectomie.

- **Colpo-hystérectomie vaginale**

Malgré la multiplicité des techniques chirurgicales, la colpo-hystérectomie par voie vaginale constitue encore chez la femme âgée dont le prolapsus est important une intervention très performante.

En effet, elle s'adresse à des patientes ménopausées dont l'état général est parfois précaire. Elle réalise une intervention rapide où les temps opératoires sont raccourcis.

Néanmoins, les résultats urinaires sont parfois décevants, ce qui souligne l'importance du bilan urodynamique préopératoire.

L'abord chirurgical de l'utérus par voie vaginale est stéréotypé. On peut le décomposer en quatre temps :

Abord antérieur du cul-de-sac vésico-utérin

Après avoir exposé le col et le vagin par une traction sur le col entre deux pinces de Museux, le vagin est incisé à la façon de Rouhier à (2cm) au-dessus de l'orifice urétral. Deux incisions verticales sont branchées sur les côtés du col. La paroi

antérieure du vagin est alors disséquée de manière à dégager la face antérieure de la vessie. Une incision identique est réalisée sur la paroi postérieure et le lambeau postérieur du vagin est retiré. La vessie libérée après section des piliers est refoulée vers le haut jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin.

Ouverture du cul-de-sac de Douglas

Le col étant attiré vers le haut, l'ouverture du cul-de-sac de Douglas est facile. Dans certains cas, elle peut être aidée par deux doigts qui passent par la brèche antérieure, contournent l'utérus à sa face postérieure et tendent le cul-de-sac qui peut ainsi être ouvert aux ciseaux entre les deux doigts et repéré par un fil.

Hystérectomie

L'utérus n'est alors retenu que par des éléments ligamentaires et vasculaires qui sont successivement reconnus et ligaturés : ligaments utéro-sacrés, pédicules cervico-vaginaux, artère utérine. Ainsi libéré, l'utérus n'est plus retenu que par les annexes et le ligament rond qui sont sectionnés au ras de la corne après avoir basculé le fond utérin à l'extérieur.

Péritonisation et reconstitution du soutien pelvien

La brèche péritonéale est fermée par un sujet au vicryl. Il est important de laisser les différents pédicules en position extra-péritonéale. Leur rôle est important dans la reconstruction du dôme pelvien.

Plusieurs techniques peuvent être utilisées :

- union des moignons annexiels (Crossen) ;
- adossement l'un à l'autre des deux ligaments ronds ou suspension à la symphyse pubienne ;
- amarrage des utéro-sacrés aux tissus sous-pubiens (Campbell) ;
- solidarisation sur la ligne des différents éléments antérieurs, postérieurs et latéraux ;
- spinofixation (Richter).

L'intervention se termine toujours par une colpo-périnéorraphie postérieure. Les soins postopératoires sont simples : prévention thromboembolique (lever précoce, Calciparine®, reprise du transit rapide, pas de risque d'éventration postopératoire.

7.3. Traitement chirurgical des prolapsus par voie haute

La voie haute représente une alternative chirurgicale à la voie basse qui, tout en restant une voie privilégiée, n'en demeure pas moins insuffisante ou incomplète dans certaines situations anatomiques ou pathologiques. Le principe de l'intervention consiste à corriger par voie abdominale exclusive l'ensemble des anomalies de la statique génito-pelvienne, notamment celles liées à l'altération ou déficience des moyens de suspension de l'utérus, du vagin ou de la vessie.

L'évolution de la technique depuis les premières descriptions d'Ameline et Huguier a permis d'aboutir à un protocole bien réglé admis à quelques nuances de près par tous.

Rappel historique

Si l'on fait abstraction de toutes les interventions néfastes visant à fixer la filière génitale à la paroi abdominale antérieure, qu'il faut toutes condamner et

définitivement oublier, si l'on excepte les quelques tentatives de Freund (1889), de Huet, de Shirodkar (1954), c'est à Ameline et Huguier que revient le mérite d'avoir décrits le principe d'une intervention réalisant une suspension postérieure de l'utérus, des difficultés et des complications liées au passage des fils dans le disque lombosacré, puis à l'utilisation des grands hamacs synthétiques tendus depuis la symphyse pubienne jusqu'à la paroi postérieure du bassin ont amené l'école de Broca avec Huguier, Serbonnet, Scali et Blondon à proposer une technique simplifiée mais fidèle au principe initial qui réalise une pexie postérieure par remplacement ou suppléance des ligaments utéro-sacrés.

Les matériaux utilisés pour amarrer la filière génitale ont également évolué. Après utilisation des matériaux organiques (peau dégraissée, fascia lata, dure mère), c'est actuellement aux matériaux synthétiques que l'on fait appel, notamment le tergal tresse (Mersuture®) ou le Gore-Tex®.

Objectifs opératoires

Nombreux, et pour certains spécifiques de la voie haute, ils sont destinés à corriger tous les désordres anatomiques responsables de ptôses viscérales.

L'intervention propose :

- de traiter chaque élément du prolapsus ;
- de prévenir les possibles déficiences d'autres éléments de la statique pelvienne ;
- de corriger dans le même temps les troubles associés et notamment urinaires ; de traiter toutes les lésions utéro-annexielles éventuellement associés ;
- de préserver l'intégrité de la cavité vaginale.

La reconstitution d'un solide noyau fibreux du périnée dont l'altération est à l'origine du prolapsus par l'intermédiaire d'une myorrhaphie des releveurs réalise le complément obligé pour répondre aux quatre (04) objectifs de toute cure de prolapsus :

- corriger les désordres de la statique ;
- reconstituer les systèmes de suspension et de soutènement ;
- traiter les lésions associées ;
- prévenir les récurrences.

Les interventions par voie haute moderne sont en mesure de répondre parfaitement à ces exigences.

Bilan préopératoire

C'est un des temps importants dans le choix des modalités chirurgicales. Les progrès actuels de l'anesthésie et de la réanimation ainsi que des soins postopératoires font chaque jour reculer les limites et les contre-indications autrefois liés à l'âge. Cependant la voie basse dans ce contexte garde un avantage important et l'avis de l'anesthésiste pour les cas limites doit être impérativement respecté dans ce cadre de pathologie qui ne met pas en jeu le pronostic vital.

Protocole opératoire

Quelle que soit la situation anatomique rencontrée, l'intervention comporte un certain nombre de temps fondamentaux susceptibles de varier en fonction du type de prolapsus et des habitudes de l'opérateur

Préparation

Comme pour les procédés par voie basse, la voie haute ne requiert aucune désinfection vaginale dans les jours précédant l'intervention.

L'asepsie est assurée par la désinfection du champ opératoire et du vagin par un antiseptique chirurgical.

Une antibioprophylaxie est recommandée. Elle assure une excellente prévention des complications infectieuses.

Position de la malade

La malade est placée en position gynécologique, ce qui assure un excellent repérage du vagin dans les prolapsus après hystérectomie des conditions précises pour la colpopexie antérieure. Elle permet de terminer l'intervention par la colpo-périnéorrhaphie postérieure.

Laparotomie

En l'absence d'obésité tous les types d'incision sont possibles : reprise des incisions médianes antérieures, Pfannenstiel, incision transversale de Mouchel. Notre préférence va à ce dernier type d'incision qui offre dans tous les cas un jour grandiose pour aborder la filière génitale, le promontoire et son ligament antérieur, le cul-de-sac de Douglas s'il y a douglassectomie et le Retzius pour la colpopexie antérieure.

Procédé de soutènement – suspension

Le montage actuel comporte les temps suivants.

La mise en place d'une prothèse de tergal tresse (Merseture®) sur la base vésicale.

Elle nécessite un décollement de l'espace inter-vésico-vaginal assez loin jusqu'au voisinage du col vésical et plus limité latéralement pour éviter l'urètre ; le décollement est généralement exsangue quand il se fait dans le plan de clivage soit à l'aide des ciseaux mousses, soit à l'aide d'un tampon monté. Ainsi se trouve définie une surface vaginale de (3 à 5cm) de large sur (3 à 6cm) de haut sur laquelle sera appliquée puis fixée par des points séparés de fils non résorbables très fins, une prothèse découpée de façon triangulaire à pointe inférieure ou plutôt losangique à petite base inférieure prolongée à ses angles supérieurs par deux bandelettes qui serviront à la fixation en arrière après passage, si l'utérus est présent, à travers les zones avasculaires du ligament large.

Tous ces temps de décollement, de découpage, de fixation sont simples mais minutieux et impliquent une bonne adaptation de la prothèse à la plus large surface disponible.

Mise en place d'une prothèse vaginale postérieure

Initialement, la contention de la paroi vaginale postérieure et de l'isthme utérin quand l'utérus est en place était assurée par de simples fils transfixant l'isthme ; le risque de section secondaire rend préférable l'utilisation d'une prothèse postérieure appuyée sur la face postérieure du vagin sur une hauteur de (3 à 5cm) et sur l'isthme utérin s'il est présent. L'abord de la face postérieure du vagin nécessite un décollement du péritoine plus délicat et parfois un peu moins exsangue qu'en avant. Lorsqu'est

réalisée une douglasséctomie, ce temps se trouve considérablement simplifié, ce qui pour notre part, nous fait pratiquer presque systématiquement ce geste complémentaire.

Amarrage postérieur

La suspension est réalisée non plus au disque lombo-sacré lui-même, qu'il faut au contraire à tout prix éviter en raison des complications infectieuses locales, mais par l'intermédiaire du très puissant ligament vertébral antérieur dont les fibres verticales cheminent devant la dernière vertèbre et le disque L5-S1. Cette région est abordée par une incision verticale du péritoine en regard du promontoire, par une découverte progressive et prudente du ligament facilement reconnaissable à son aspect brillant nacré et la direction verticale de ses fibres. Les petits vaisseaux pré-sacrés sont en général facilement escamotés par la dissection au tampon ou seront cravatés lors du passage des fils. Il est important d'avoir le contrôle parfait du ligament, sur (1,5 à 2cm) de large, et des structures vasculaires dangereuses de voisinage et notamment de la veine iliaque primitive gauche. Le passage des deux fils étagés se fait transversalement sur (5 à 10mm) environ en restant à (2mm) de la surface pour éviter de toucher le disque. Les deux fils serviront à amarrer les prothèses antérieure et postérieure, la filière génitale restant toujours au moins à (2cm) du promontoire. L'adossement du vagin ou de l'utérus au squelette n'est pas indispensable. En restant à distance et par une tension assez souple, le fond du vagin disposera ainsi en fin d'intervention d'une orientation plus physiologique vers S1 ou S2 que vers le promontoire. Autour des fils ainsi tendus, un tissu fibreux se formera rapidement, réalisant un véritable néo-ligament.

Péritonisation

La pexie médiane laisse en place deux fosses au niveau du cul-de-sac de Douglas qu'il convient de refermer soigneusement tant à droite qu'à gauche pour prévenir le risque d'incarcération et d'occlusion intestinale. La péritonisation doit être soignée et réalisée au fil non résorbable ou à résorption lente pour empêcher des lâchages, surtout à gauche. Plusieurs artifices permettent de faciliter ce temps parfois délicat mais important. Les bandelettes peuvent être ramenées jusqu'au promontoire après tunnellisation sous-péritonéale droite. Le cul-de-sac de Douglas est préservé mais l'axe de la filière vaginale est fortement dévié à droite et la tension n'est pas toujours correctement assurée. En fait, trois procédés faciliteront cette péritonisation :

- l'utilisation du sigmoïde par un accolement selon la technique de Charrier-Gosset ;
- l'hystérectomie totale parfaitement légitime après la ménopause qui permet un rapprochement direct du péritoine vésical au péritoine pelvien postérieur ;
- la douglasséctomie qui rend totalement aisée l'exclusion du Douglas par rapprochement colo-vésical et fermeture des deux fossettes latérales, le plus souvent par un simple surjet.

Soutènement de la jonction uréthro-vésicale

Il est destiné à compléter la correction des troubles de statique, notamment en assurant la suspension du segment uréthro-vésical du vagin, à traiter l'incontinence urinaire existante ou potentielle par une reposition du col vésical ptosé dans l'enceinte abdominale. Aux procédés de fronde non indiqués dans ce protocole, en

raison de la nécessité d'une double voie d'abord et des risques rétentionnels, il faut préférer l'un des procédés de suspension par voie rétro-pubienne, et notamment, soit la colpopexie selon le procédé de Burch qui amarre le vagin aux extrémités des ligaments de Cooper par l'intermédiaire des fils non résorbables, soit la colpopexie indirecte par bandellettes d'Eryclène® tendue entre la paroi vaginale depuis l'angle de la jonction uréthro-vésicale jusqu'aux extrémités des ligaments de Cooper selon la technique proposée par Scali.

Colpo-périnéorraphie postérieure

Elle est réalisée après fermeture de la paroi abdominale sans drainage et assure une reconstruction anatomique du centre tendineux du périnée.

Variantes

- **Prolapsus après hystérectomie**

C'est une indication privilégiée de la cure chirurgicale par voie haute. La colpopexie par voie haute assure une correction totale de la capacité vaginale en excluant toute cicatrice ou perte de substance.

Après hystérectomie totale le fond du vagin sera facilement refoulé dans le pelvis par une grande bougie de Hegar maintenue dans le vagin pendant le temps de dissection antérieure et postérieure. La dissection peut être délicate au niveau du fond mais redevient facile après découverte de l'espace de clivage indemne. La fixation du fond vaginal ainsi disséqué par de simples fils non résorbables est tentante, mais dans notre expérience, vouée à la récurrence dans près d'un tiers des cas. Il faut donc lui préférer une double prothèse vaginale antérieure et postérieure comme décrite précédemment, fixée par deux fils au promontoire.

Après hystérectomie subtotale, le procédé s'applique encore plus aisément, mais les mêmes remarques sont à faire en ce qui concerne l'utilisation des fils transfixiants le col restant.

Enfin, après hystérectomie, l'existence très fréquente d'un cul-de-sac de Douglas profond et béant, faisant courir le risque d'une élytrocèle secondaire chez une patiente déjà opérée, rend légitime dans notre expérience la pratique systématique d'une douglassectomie, qui, en outre, facilite l'abord vaginal postérieur et la péritonisation.

- **Prolapsus avec hystérectomie**

L'ablation au cours du traitement peut s'envisager :

- soit de manière systématique chez la femme ménopausée, notamment pour des raisons techniques, l'intervention se trouvant facilitée après l'hystérectomie. Dans ce cas, l'hystérectomie de « confort technique » sera une hystérectomie supra-isthmique, après s'être assuré de l'intégrité colposcopique et cytologique du col ;
- soit en raison d'une lésion organique de l'utérus ou des annexes.

L'hystérectomie subtotale reste préférable pour éviter le risque septique.

Cependant, et en restant vigilant sur les indications, si les circonstances pathologiques rendent nécessaire l'ablation du col, nous pratiquons l'hystérectomie en utilisant pour la fermeture du vagin une pince automatique type « Roticulator® » qui assure les meilleures conditions d'asepsie.

- **Prolapsus avec élytrocèle**

Constamment rencontrée dans les prolapsus après hystéropexie antérieure, très fréquemment associée aux prolapsus récidivés, l'élytrocèle est radicalement corrigée par douglassectomie qui permet d'exposer la partie vaginale herniée par le biais d'une bougie de fort calibre, d'attacher sur la surface ainsi exposée la prothèse postérieure et d'exclure définitivement le Douglas.

- **Prolapsus rectal associé**

Le procédé qui s'impose est la rectopexie selon la technique de Orr-Loygue qui s'effectue avec d'autant moins de difficulté que la douglassectomie aura été réalisée préalablement. Les deux bandelettes d'Ecrylène® amarrées sur les parois latérales du rectum sont également fixées au ligament vertébral antérieur en regard de L5-S1 en passant de part et d'autre du sigmoïde pour éviter son étranglement.

- **Procédé de Kapandji**

Il ne s'agit à proprement parler d'une variante de la pexie postérieure. Modifiée par Poulhes, l'intervention consiste à amarrer par une prothèse transversale la vessie, le vagin et l'isthme utérin et à fixer les extrémités latérales après un trajet sous et extra-péritonéal à l'aponévrose du grand oblique.

VIII- Indication opératoire

La chirurgie n'est pas le traitement unique et obligatoire du prolapsus pelvi-génital. Elle est en concurrence avec l'abstention, la kinésithérapie périnéale avec électrostimulation fonctionnelle des muscles élévateurs, le pessaire.

L'abstention est clairement indiquée dans les cas de prolapsus mineur non gênant chez la femme ménopausée.

La kinésithérapie est contre-indiquée dès le stade 2 du prolapsus, et inefficace lorsque les releveurs sont inexistantes. Au contraire, elle permet d'améliorer la valeur fonctionnelle des releveurs de moyenne ou bonne qualité (testing de 3 à 5), avec l'espoir de retarder l'intervention chez la femme jeune présentant un prolapsus au stade 1 ; ou lorsque l'incontinence urinaire est le trouble fonctionnel prédominant. Dix à vingt (10 à 20) séances sont indiquées, suivies d'un entretien des résultats par l'exercice quotidien du muscle élévateur.

Le pessaire est réservé aux patientes inopérables. La décision opératoire repose en pratique sur trois (03) éléments :

- les risques opératoires ;
- l'importance des dégâts anatomiques et de leurs conséquences fonctionnelles ;
- si l'intervention est inéluctable, il convient de discuter de la date de sa réalisation.

METHODOLOGIE

C – METHODOLOGIE

I- Cadre d'étude

La présente étude, qui s'est déroulée du 1er Janvier **2005** au 31 Décembre **2009**, a eu pour cadre la Maternité de garnison de Kati située dans l'enceinte de l'infirmierie de l'hôpital de la même localité.

1.1. Présentation de l'infrastructure sanitaire

Elle est principalement composée de sept (07) blocs :

- Une maternité;
- Une infirmerie ;
- Un pavillon chirurgical ;
- Une unité de Médecine Traditionnelle ;
- Une unité d'odontostomatologie ;
- Un service social ;
- Un centre éveil.

1.1.1. La maternité

Créée le **22 Juin 1982**, elle comporte **4** salles pour **14** lits. La maternité est composée de :

- un bureau du médecin gynécologue,
- un bureau pour sage femme,
- une salle d'attente,
- une salle de garde,
- une salle d'accouchement,
- une salle d'hospitalisation des accouchées,
- des toilettes.

1.1.2. L'infirmerie

Elle est composée de :

- une infirmerie hospitalière avec **12** Salles d'hospitalisation pour 38 lits,
- une salle de consultation spécialisée,
- une salle de consultation familiale,
- une salle de Garde,
- une salle d'injection,
- une salle de pansement,
- un bureau du Médecin chef,
- un bureau du Médecin traitant,
- un bureau du major,
- un secrétariat,
- une pharmacie Hospitalière,
- des toilettes.

1.1.3. Le pavillon chirurgical

Créé en 1991, ce pavillon comprend :

- un bloc opératoire avec trois salles d'opération,
- une salle de stérilisation,

- deux salles de réanimation,
- un bureau pour anesthésistes,
- une salle de garde,
- un bureau pour Médecin,
- un bloc d'hospitalisation de 4 salles pour 11 lits,
- un laboratoire,
- une salle de kinésithérapie.

1.2. Les domaines de compétence de l'infirmier Hôpital

L'Infirmier Hôpital de Kati dispose des spécialistes dans les domaines suivants :

- la gynécologie obstétrique,
- la gastroentérologie,
- la chirurgie générale,
- la traumatologie,
- l'urologie,
- Le laboratoire d'analyses médicales.

L'Infirmier Hôpital de Kati relève de la Direction Centrale des Services de Santé des Armées (D.C.S.S.A).

II- Les caractéristiques de l'étude

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive.

2.2. Population d'étude

Elle est constituée par les patientes qui ont été consultées à la maternité de garnison de Kati, pendant la période d'étude.

- **Critères d'inclusion** : font partie de cette étude, toutes les femmes admises au service chez qui le diagnostic de prolapsus génital a été posé cliniquement.

- **Critères de non inclusion**: Sont exclues toutes les femmes ayant été consultées au centre, chez qui le diagnostic de prolapsus génital a été posé et dont la prise en charge a été faite en dehors du service. Ont été également exclues toutes les femmes ayant été consultées pour d'autres motifs.

2.3. Recueil des données

L'étude a porté sur l'exploitation des supports constitués des registres et dossiers de consultations, de la maternité de garnison et des cahiers de compte rendu opératoire du pavillon chirurgical de l'Infirmierie Hôpital de Kati.

2.4. Analyse et traitement des données

Les données ont été traitées, analysées sur le logiciel SPSS (Version 12.0) et saisies sur le WORD (Version 2007).

2.5. Définitions opératoires

- **Gestité** : nombre de grossesse.
- **Parité** : nombre d'accouchements.
- **Primigeste** : c'est une femme qui n'a contracté qu'une seule grossesse.
- **Paucigeste** : c'est une femme qui a contracté 2 à 3 grossesses.
- **Multigeste** : c'est une femme qui a eu 4 à 6 grossesses.
- **Grande Multigeste** : c'est une femme qui a eu au moins 7 grossesses.
- **Nullipare** : c'est une femme qui n'a jamais accouché.
- **Primipare** : c'est une femme qui a accouché une seule fois.
- **Paucipare** : c'est une femme qui a accouché 2 à 3 fois.
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouché 4 à 6 fois.
- **Grande multipare** : c'est une femme qui a accouché plus de 6 fois.
- **TOP** : Triple Opération Périnéale.

RESULTATS

D - RESULTATS

Pendant la période d'étude sur **10847** patientes consultées et sur **480** patientes opérées en gynécologie obstétrique, nous avons recensé **119** cas de prolapsus génital soient des fréquences respectives **1,09%** et **24,79%**.

I- Fréquence

1.1. Tableau III : Répartition des prolapsus selon les années

ANNEE	EFFECTIF	POURCENTAGE
2005	24	20,2
2006	21	17,6
2007	33	27,7
2008	19	15,9
2009	22	18,6
TOTAL	119	100,0

La plus grande fréquence a été enregistrée en 2007 soit 27,7%.

II- Caractéristiques sociodémographiques

2.1. Tableau IV : Répartition des prolapsus selon la résidence

RESIDENCE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Bamako	23	19,3
Kati	40	33,6
Kayes	11	9,3
Koulikoro	17	14,2
Mopti	4	3,4
R.C.I	1	0,8
Ségou	3	2,5
Sikasso	20	16,9
TOTAL	119	100,0

La majorité des cas venaient de Kati, soit 33,6%.

2.2. Tableau V : Répartition des prolapsus selon l'âge

AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
15-20	4	3,4
21-25	9	7,6
26 -30	8	6,7
31-35	9	7,6
36 -40	22	18,5
41 -45	15	12,6
46-50	12	10,1
51 -55	9	7,6
56 -60	9	7,6
61 -65	13	10,7
66-70	4	3,4
71-75	5	4,2
TOTAL	119	100,0

La tranche d'âge 36-40 ans était la plus représentée avec 18,5%.

2.3. Tableau VI : Répartition des prolapsus selon la profession

PROFESSION	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Ménagère	118	99,2
Fonctionnaire	1	0,8
TOTAL	119	100,0

Les ménagères étaient les plus représentées, soit 99,2%

2.4. Tableau VII: Répartition des prolapsus selon le statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Mariée	95	79,8
Veuve	24	20,2
TOTAL	119	100,0

Nous avons enregistré 79,8% de femmes mariées.

2.5. Tableau VIII: Répartition des prolapsus selon l'ethnie

ETHNIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Bambara	80	67,2
Malinké	2	1,7
Peuhl	26	21,8
Sarakolé	10	8,5
Sonrhäï	1	0,8
TOTAL	119	100,0

67,2% des patientes étaient Bambara

III- Antécédents

3.1. Tableau IX: Répartition des prolapsus selon la gestité

GESTITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Nulligeste	1	0,8
Primigeste	6	5,0
Paucigeste	15	12,6
Multigeste	38	32,0
Grande multigeste	59	49,6
TOTAL	119	100,0

Les grandes multigestes prédominaient avec 49,6%.

3.2. Tableau X: Répartition des prolapsus selon la parité

PARITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Nullipare	1	0,8
Primipare	6	5,0
Paucipare	14	11,8
Multipare	39	32,8
Grande multipare	59	49,6
TOTAL	119	100,0

Les grandes multipares prédominaient avec 49,6%.

3.3. Tableau XI: Répartition des prolapsus selon la ménopause

MENOPAUSE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	57	47,9
Non	62	52,1
TOTAL	119	100,0

47,9% des patientes étaient en ménopause.

3.4. Tableau XII: Répartition des prolapsus selon le mode d'accouchement

MODE D'ACCOUCHEMENT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Accouchement instrumental	25	21,0
Accouchement avec expression abdominale	86	72,3
Autres modes d'accouchement	8	6,7
TOTAL	119	100,0

Autres : épisiotomie, gros fœtus, accouchement normal.

La plupart des accouchements ont été effectués dans un contexte d'expression abdominale soit 72,3%.

3.5. Tableau XIII: Répartition des prolapsus selon les pathologies associées

PATHOLOGIES ASSOCIEES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Constipation chronique	80	67,2
Ancienne cure de prolapsus	12	10,1
Périnée cicatriciel	10	8,4
Sans pathologie	17	14,3
TOTAL	119	100,0

La constipation chronique était associée au prolapsus dans 67,2%.

IV- Signes cliniques

4.1. Tableau XIV: Répartition des prolapsus selon les signes anatomiques

SIGNES PHYSIQUES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Cystocèle+Rectocèle	42	35,2
Tracheolocèle	24	20,4
Hysteroçèle	52	43,6
Elytroçèle	1	0,8
TOTAL	119	100,0

Nous avons enregistré 43,6% des cas d'Hysteroçèle.

V- Diagnostic

5.1. Tableau XV: Répartition des patientes selon le degré de prolapsus

DEGRE DU PROLAPSUS	EFFECTIF	POURCENTAGE
2è degré	16	13,4
3è degré	103	86,6
TOTAL	119	100,0

103 des patientes étaient de 3° degré soit 86,6%.

VI- Traitement

6.1. Tableau XVI: Répartition des prolapsus selon la technique chirurgicale utilisée

TECHNIQUE CHIRURGICALE UTILISEE	EFFECTIF	POURCENTAGE
TOP avec conservation de l'utérus (Manchester-Shirodkar-Sturmdoff)	34	28,6
TOP avec Hystérectomie totale par voie vaginale	73	61,4
Autres	12	10,0
TOTAL	119	100,0

Autres : Cure de cystocèle-rectocèle.

73 des patientes ont été opérées par TOP avec Hystérectomie totale par voie vaginale soit 61,3%.

6.2. Tableau XVII: Répartition des prolapsus selon la durée de sondage urinaire

DUREE DE LA SONDE URINAIRE	EFFECTIFS	POURCENTAGE
2 jours	88	73,9
14 jours	1	0,8
Pas de sondage vésical	30	25,3
TOTAL	119	100,0

Nous avons enregistré une durée de sondage urinaire de 2 jours chez 88 patientes opérées soit 73,9%.

VII- Les résultats du traitement

Ils ont été déterminés chez 29 malades opérées.

7.1. Tableau XVIII: Répartition des malades opérées selon les résultats à 3 mois

RESULTAT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Résultat anatomique		
Bon	26	90,1
Moyen	2	6,5
Récidive	1	3,4
Résultat fonctionnel		
Bon	24	82,8
Moyen	5	17,2

Les résultats à 6 mois et plus ont été déterminés chez deux (02) patientes, qui furent revues ce qui représente 3,3% de l'ensemble des patientes opérées. Une présentait un bon résultat anatomique, par contre l'autre a fait une récurrence de son prolapsus génital. Ces (02) cas ne permettent pas de tirer une conclusion valable. Quatre vingt dix patientes perdues de vue.

Nota Benin : Notre étude souffre d'insuffisance des signes fonctionnels dans les motifs de consultation, parce que toutes les patientes se plaignent uniquement d'impression de perte d'organe à la vulve avec ou sans effort, et des femmes qui désirent mettre fin à leur procréation après toutes les explications données par le spécialiste sur l'hystérectomie totale et ses effets secondaires.

Ceci s'explique par le recours tardif des patientes aux soins, pensant que c'est une maladie honteuse.

COMMENTAIRES
&
DISCUSSION

E- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les résultats obtenus nous ont permis de faire un certain nombre de commentaires que nous avons discutés à la lumière de la littérature disponible.

I- Fréquence

Dans notre étude durant la période allant de 2005 à 2009, soit 5 ans ; nous avons enregistré 10847 consultations dont 119 cas de prolapsus génital soit une fréquence de 1,09%.

Nous avons réalisé 119 cures de prolapsus génital sur un total de 480 d'interventions chirurgicales, soit une fréquence de **24,79%**. Notre fréquence est supérieure à celle de Thimoté D. et Coll. (34) qui ont trouvé à l'Hôpital Gabriel TOURE **10,34%** et à celle de Sidibé Z.D. (39) qui a trouvé à l'Hôpital du Point G **14,04%**. Toutes ces deux études ont été réalisées à Bamako au Mali.

Par contre notre fréquence est nettement inférieure à celles trouvées dans les études réalisées par Baye M. (02) au Cameroun qui trouvait **78,06%**, et par Maiga M.A. et Coll. (20) au Mali qui a obtenu **81,01%**.

Une revue de littérature nous permet de constater que, nos fréquences sont largement supérieures à celles des pays occidentaux, ainsi en France Wetzel O. (37) et aux Etats Unis d'Amérique Strohbahn K. (33), qui ont respectivement obtenu **7,33%** et **2,15%**.

Ce grand écart entre les différentes fréquences pourrait s'expliquer, entre autres, par les différences entre les populations d'études et le choix du dénominateur.

1.1. Tableau XIX : La fréquence du prolapsus selon les études

AUTEURS	LIEU D'ETUDE	PAYS	FREQUEN CE ABSOLUE	FREQUENCE RELATIVE	PERIODE D'ETUDE
NOTRE ETUDE	I.G/Maternité	Mali	119	24,79%	2005-2009 (5 ans)
Sidibé Z.D.	Hôpital du Point G	Mali	128	14,04%	1992-1996 (5ans)
Thimote D.	Hôpital Gabriel TOURE	Mali	163	10,34%	1989 (1 an)
Maiga M.A.	Hôpital Gabriel TOURE	Mali	50	81,01%	1989 (1 an)
Baye M.	Hôpital de Yaoundé	Cameroun	32	78,06%	1994-1999 (5ans)
Wetzel O.	Hôpital	France	55	7,33%	1986-1992 (7ans)
Strohbehn K.	Hôpital	U.S.A	191	2,15%	1979-1991 (13 ans)
Brieger GM.	Hôpital	Hong Kong	578	25%	1993 (1 an)

II- Caractéristiques sociodémographiques

2.1. Résidence

La principale source de provenance de nos patientes était en grande partie de la commune de Kati avec 33,6%, suivie de Bamako avec 19,3% et de Sikasso avec 16,8%.

2.2. Age

L'apparition des symptômes du prolapsus génital n'est pas forcément liée à l'âge des patientes. C'est une affection qui se voit à tous les âges. La femme la plus jeune dans notre étude avait 17 ans et la plus âgée 73 ans.

Toutefois, la tranche d'âge la plus touchée dans notre étude est celle de [36-40 ans] pour une moyenne d'âge de 38,5 ans, représentant 18,5%.

Notre taux pour la même moyenne d'âge 38,5 ans est comparable à ceux de Diop M.B. (06) au Sénégal et de Lukman Y. (19) en Ethiopie qui ont respectivement rapporté 19,5% et 21,4% d'affection de prolapsus génital.

Par ailleurs, l'étude de Sidibé Z.D. (39) réalisée à Bamako au Mali donne, pour la moyenne d'âge 34,5 ans, 20,3% d'affection de prolapsus génital.

Une revue de la littérature dans les pays en voie de développement a confirmé que les femmes en âge de procréer sont les plus touchées par l'affection du prolapsus génital. Ce qui peut s'expliquer par le fait que dans nos pays en voie de développement, les prolapsus génitaux sont plutôt dus aux lésions obstétricales et aux accouchements répétés et dystociques (6,9,10,12,18,27,31,34,37).

Par contre dans les pays développés les prolapsus génitaux sont surtout dus à la carence hormonale et à l'atrophie sénile des tissus (15, 17,18, 21, 25, 26,29).

2.3. Profession

Sur l'effectif 119 de notre étude, 99,2% des patientes étaient des ménagères. Cette prédominance des ménagères se retrouve également dans les études réalisées par Sidibé Z.D. (39) au Mali qui rapporte 89,1%, et Lukman Y. (19) en Ethiopie qui donne 92,2%. Les multiples travaux pénibles (travaux champêtres, le port de fardeaux très lourds...) auxquels s'adonnent quotidiennement les femmes africaines sont des facteurs provoquant de fortes pressions abdominales qui entraîneraient la genèse du prolapsus génital lorsqu'elles sont supérieures à celles de la statistique pelvienne(29).

2.4. Statut matrimonial

Les femmes mariées représentent 79,8% des patientes de notre étude. La prédominance de ce statut matrimonial est également trouvée dans l'étude réalisée au Mali par Sidibé Z.D. (39).

2.5. Ethnie

L'ethnie la plus représentée dans notre étude est celle des Bambara avec une fréquence de 62,7%, suivie des Peuhl avec 21,8 %. L'étude de Sidibé Z.D. (39) au Mali donne la même fréquence avec 39,8% et 18,0% respectivement pour les Bambara et les Peuhl.

Cette prédominance des Bambara se comprend puisqu'ils sont les plus nombreux dans la population malienne et surtout à Bamako et environs.

III- Antécédents

3.1. Gestité

Les grandes multigestes prédominent avec 49,6%. La même prédominance apparaît dans l'étude réalisée par Sidibé Z.D. (39) qui donne 47,7%.

3.2. Parité

Les grandes multipares prédominent avec 49,6%. La même prédominance apparaît chez Sidibé Z.D. (39) qui a rapporté 47,7%.

Cette même tendance est trouvée par Timothe D. (34) avec un taux nettement supérieur à celui de notre étude 61,9%.

3.3. Mode d'accouchement

Durant la période de notre étude, la plupart des accouchements ont été effectués dans un contexte d'expression abdominale avec 72,3%, ce taux est comparable à ceux trouvés par Sidibé Z.D. (39) et Timothe D. (34) dans leurs études qui ont fourni respectivement 70,% et 71,4%.

NB : Il ressort dans notre étude que L'expression abdominale est un facteur favorisant du prolapsus génital.

3.4. Pathologies associées

La constipation chronique était la pathologie la plus fréquemment associée au prolapsus génital soit 67,2%.

Par contre, Sidibé Z.D (39) a rapporté une fréquence de 18% qui est nettement inférieure à celle de notre étude.

Une autre pathologie associée porte sur le périnée cicatriciel qui représente 8,4% dans notre cas, contre 30% dans l'étude de Diop M.B. (6), réalisée à Dakar.

La place des antécédents au niveau de la sphère génitale n'est pas négligeable dans l'apparition du prolapsus génital (30).

IV- Signes cliniques

Nous avons enregistré parmi les signes physiques les cas d'hysterocele avec 43,6% suivi des cas de cystocèle+rectocèle avec 35,2%.

Sidibé Z.D. (39) rapporte 53,9% de cas d'hysterocele et 38,3% de cas de cystocèle+rectocèle au Mali en 1998.

Quant à Diop M.B. (6) à Dakar, il rapporte 38% de cas d'hysterocele et 64,6% de cas de cystocèle+rectocèle.

V- Diagnostic

Quatre vingt six virgule six pourcent (86,6%) de nos patientes étaient au stade du 3^o degré, contre 54,6% de cas dans l'étude de Sidibé Z.D. (39) réalisée à Bamako en 1998. Cette différence pourrait être liée au début du traitement qui commencerait souvent avant le 3^o degré dans la capitale.

VI- Technique chirurgicale utilisée

La triple opération périnéale avec hystérectomie totale par voie vaginale est la technique chirurgicale la plus utilisée avec une fréquence de 61,3%. La même fréquence élevée a été trouvée dans les études réalisées par Eulalie K.K.A. (8) en Côte d'Ivoire en 1996, et par Baye M. (2) au Cameroun en 1983, qui ont respectivement rapporté 63,4% et 60,2%. Ce qui atteste de la pertinence de cette technique chirurgicale pour le traitement du prolapsus génital du 3^o degré.

VII- Durée de sondage urinaire

Nous avons enregistré 2 jours de durée de sondage urinaire représentant un taux de 73,9%. Par contre, les études de Sidibé Z.D. (39) au Mali, Eulalie K.K.A. (8) en Côte d'Ivoire en 1996, et de Baye M. (2) au Cameroun en 1983, rapportent respectivement des taux de 48,0%, 52,3% et 63,1% pour la même durée de sondage urinaire. Cette différence serait probablement liée à la faible fréquence du 3^e degré dans leurs études

Pas de sondage à demeure chez 25,2%.

Par ailleurs, une revue de littérature dans les pays développés rapporte la durée de sondage à 2 jours comme dans notre cas (3, 4, 9, 18, 27, 33, 37).

VIII- Résultats du traitement à 3 mois

Les résultats des patientes opérées à la sortie étaient satisfaisants à 100%.

Dans les 3 mois qui ont suivi l'intervention, 29 patientes sur 119 opérées furent revues pour un contrôle soit 24,36% et 90 patientes perdues de vue.

Ainsi à court terme, on a retrouvé 93,1% de bons résultats anatomiques, taux qui se rapproche de celui de Eulalie K.K.A. (8) qui a trouvé entre 94,2 et 100,0% de cas de réussite en Côte d'Ivoire en 1996, et de celui de Baye M. (2) au Cameroun en 1983 qui indiquait 96,4% de bons résultats.

Dans notre étude il y avait 82,7% de bons résultats fonctionnels contre 79% chez Eulalie K.K.A. (8), et 75% chez Baye M. (2) au Cameroun.

A long terme (6 mois et plus), 2 patientes furent revues ce qui représente 3,3% de l'ensemble des patientes opérées. Une présentait un bon résultat anatomique, par contre l'autre a fait une récurrence de son prolapsus génital. Ces 2 cas ne permettent pas de tirer une conclusion valable.

CONCLUSION

F- CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous pouvons affirmer que le prolapsus génital pose un problème de santé publique au Mali et dans la plupart des pays en voie de développement.

Dans ces pays, la majorité des cas sont provoqués par le traumatisme obstétrical, surtout l'expression abdominale. D'où la nécessité d'améliorer nos pratiques obstétricales.

Fort heureusement le diagnostic clinique de cette pathologie est facile et le traitement à notre portée.

RECOMMANDATIONS

G- RECOMMANDATIONS

Aux autorités politiques et administratives :

- Encourager la formation de spécialistes en Gynéco-obstétrique ;
- Encourager la formation du personnel sanitaire, notamment les sages-femmes et les matrones, en vue d'éviter le traumatisme obstétrical pendant les accouchements ;
- Equiper les services de Gynéco-obstétrique en matériels de qualité ;

Aux prestataires de services :

- Accélérer la prise en charge chirurgicale des femmes souffrant de cette pathologie ;
- Améliorer la qualité des consultations prénatales jusqu'à l'accouchement en vue d'éviter le traumatisme obstétrical.
- Assurer l'information, l'éducation et la communication autour du sujet en vue d'inciter les femmes aux consultations gynécologiques.

Aux femmes en général :

- Effectuer correctement les consultations prénatales dès le début de la grossesse ;
- Effectuer une consultation gynécologique dès l'apparition des premiers symptômes ;
- Eviter les recours tardifs aux soins obstétricaux et les accouchements à domicile ;
- Utiliser à bon escient les services de santé ;
- Suivre les conseils des prestataires en matière de santé de la reproduction.

ANNEXES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Al-Rawzi Z.S., Al-Rawi Z.T.

Joint hypermobility in women with genital prolapse.
Lancet; 1982; 1: 1439-1441

2- Baye M.

Prevalence and clinical presentation of genital prolapsed in "Maternité principale"
Yaoundé – Thèse médecine; Yaoundé; 1983.

3- Beverly C.M., Walters M.D., Weber A.M., Piedmonter M.R., Ballard L.A.

Prevalence of hydronephrosis in patients undergoing surgery for pelvic organ prolapse.
Obstetrics & Gynecology; 1997; 90 (1): 37-47.

4- Brieger G.M., Yip S.K., Fling Y.M., Chung T.

Genital prolapse: a legacy of the west?
Australian & New Zeland Journal of Obstetrics & Gynecology; 1996; 36 (1); 52-4.

5- Contamin R.

Gynécologie générale, physiothérapie chirurgicale.
Vigot (Paris); 1977; 1: 741p.

6- Diop M.B.

Les prolapsus génitaux (Bilan de 104 cas colligés à la Clinique chirurgicale du C.H.U. de Dakar)
Thèse de médecine : Dakar ; n°7 ; 1990.

7- Dutta D.K., Dutta B.

Surgical management of genital prolapse in an industrial hospital.
Journal of India Medical Association; 1994; 92 (11): 366-7.

8- Eulalie K.K.A.

Les prolapsus génitaux à des stades opérables ; étude de 31 cas au CHU de Yopougon
Thèse de médecine ; République de Côte d'Ivoire ; n° 1746 ; 1996.

9- Fruscella L., Fiumara D., Danti M.

A new surgical technique to reduce genital-urinary prolapse.
Minerva Ginecologica; 1994; 46 (9): 473-9.

10-Heinonen P.K.

Transvaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault and complete genital prolapse in aged women.
Acat Obstetricia & Gynecologica Scandinavica; 1992; 71(5): 377-81.

11-Holley R.L., Varner R.E., Gleason B.P., Apffel L.A., Scott S.

Recurrent pelvic support defects after sacrospinous ligament fixation for vaginal vault prolaps.

Journal of the American College of Surgeons; 1995; 180(4): 444-8.

12-Joshi V.M.

A new technique of uterine suspension to pectineal ligaments in the management of uterovaginal prolapsed.

Obstetrics & Gynecology; 1993; 81 (5 Pt 1): 790-3.

13-Juma S.

Anterior vaginal suspension for vaginal vault prolapse.

Techniques in Urology; 1995; 1(3): 150-6.

14-Kamina P., Chansigaud J.P.

Soutènement et suspension des viscères pelvins chez la femme, anatomie fonctionnelle et chirurgicale.

Journal de Gynécologie, d'Obstétrique et de Biologie de la reproduction ; 1988 ; 17 : 835-848.

15-Ko-Kikov-Yun P., Monrozies X., Ayoubi J., Elghaoui A., Reme J. M.

Sacro-spinofixation vaginale ou intervention de Richter : expérience d'une équipe chirurgicale à propos de 54 cas.

Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique ; 1995 ; 90 ; n°12 : 525-529.

16-Kulkarnis S.

Surgery for post hysterectomy vaginal prolapse.

West Indian Medical Journal; 1993; 42 (2): 65-7.

17-Lansac J., Lecomte P.

Gynécologie pour le praticien.

Paris : SIMEP ; 1989 : 510p.

18-Lecuru F., Taurelle R., Clouard C., Attal J.P., Crepin G.

Traitement chirurgical des prolapsus génito-urinaires par voie abdominale : résultats d'une série continue de 203 interventions.

Annales de chirurgie : (Paris) ; 1994 ; 48 ; n°11 : 1019.

19-Lukman Y.

Utero-vaginal prolapse : a rural distability of the young.

East African Medical Journal; 1995; 72; n°1: 2-9.

20-Maiga M.A., S.Y., A.S.

Enquête épidémiologique des affections gynécologiques au Gourma malien.

Médecine Afrique Noire ; 1989 ; tome XXXVI ; 3 : 224.

21-Meeks G.R., Washburne J.F., Mcgehe.E., Wiser W.L., Addison W.A., Baden W.E.

Repair of vaginal vault prolapsed by suspension of the vagina to iliococcygeus (presinous) fascia. Discussion.

American Journal of Obstetrics & Gynecology; 1994; 171; n°6: 1444-1454.

22- Milani A.L., Flu P.K., Viermout M.E., Wallenburg H.C.

Results and complications of vaginal correction of vaginal and uterine prolapsed with or without urinary incontinence; a prospective study.

Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde; 30 1993; 137 (5): 250-5.

23- Musset R. Et Poitout P.

Les prolapsus génitaux.

Encyclopédie Médico-Chirurgicale ; Gyn 290 A10 ; Paris 1970 : 1-15.

24- Neri-Mendez C., Salas-Gonzalez F., Rodriguez-Colorado S., Villagran-Cervantes R., Kunhardt-Rasch J.

Incidence of pelvic-genital static disorders in patients with urinary incontinence.

Gynecologia Y Obstetricia de Mexico; 1996; 64: 193-7.

25- Peacock L.M., Wiskind A.K., Wall L.L.

Clinical features of urinary incontinence and urogenital prolapsed in a black inner-city population.

American Journal of Obstetrics & Gynecology; 1994; 171 (6): 1464-71.

26- Querleu D., Crepin G. Et Blanc B.

Prolapsus génitaux : Editions Techniques_Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris-France) ; Gynécologie 290 A10 ; 1991 : 14p.

27- Rodriguez-Colorado S., Alvarez-Mercado R.L., Escobar-Del Barco L., Castillo-Ramirez M., Kunhardt-Rasch J.

Clinical characteristics of women with genital prolapsed.

Ginecologia Y Obstetricia de Mexico; 1996; 64: 193-7.

28- Seneze J., Levardon M., Bouquet De Joliniere J., Sureau C., Cerbonnet G., Mercadier M.

Traitement des prolapsus génitaux. Résultats à long terme. Discussion.

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine ; 1995 ; 179 ; n°8 : 1643-1656.

29- Sfar E., Marai K., Chelli H., Kharouf M., Chelli M.

L'expérience du centre de Maternité et de néonatalogie de la Rabta Tunis dans le traitement chirurgical des prolapsus génitaux.

Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique ; 1992 ; 87 ; 7-11.

30- Scali P.

Pourquoi les prolapsus ?

Revue du praticien ; 1987 ; 37 ; n°48 : 2930-2938.

31- Smith A.R., Hosker G.L., Warrel D.W.

The role of partial denervation of the pelvic floor in the aetiology of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine.

A neurophysiological study_Br.J. Obstet. Gynaecol.; 1989; 96: 24-28.

32- Spence-Jones C., Kamm M.A., Henry M.M., Hudson C.N.

Bowel dysfunction : a pathogenic factor in uterovaginal prolapsed and urinary stress incontinence.

British Journal of Obstetrics & Gynaecology; 1994; 101 (2): 147-52.

33- Strohbehn K., Jakary J.A., Delancey J.O.

Pelvic prolapse in young women.

Obstetrics & Gynecology; 1997; 90 (1): 33-6.

34- Thimote D.

Contribution à l'étude des prolapsus génitaux: base anatomiques, étiopathologiques et indicateurs thérapeutiques à l'hôpital Gabriel TOURE (Mali) : à propos de 63 cas.

Thèse de médecine : Bamako ; n°47 ; 1989.

35- Villet R., Gadonneix P., Akker M. Van Den

Traitement des prolapsus génito-urinaires.

Revue du praticien ; 1987 ; 37 ; n°48 : 2961-67.

36- Weitzel H.K., Jaluvka V., Opri F.

Colpohysterectomy. A contribution to gynecologic geriatric surgery.

Geburtshilfe und frauenheilkunde ; 1995 ; 55 (2) : 73-6.

37- Wetzel O., Katmeh S., Plougastel-Lucas M.L., Bourdon J.

Traitements des prolapsus genitor-urinaires par promonotofixation à l'aide d'un matériel prothétique associé à une hystérectomie totale: complications et resultants à propos d'une série de 55 observations.

Progrès en Urologie ; 1995 ; 5 (2) : 221-30.

38- Zafiropulo M. Et Buzelin J.M.

Les examens complémentaires dans les prolapsus vaginaux.

Revue du praticien ; 1987 ; 37 ; n°48 : 2951-2958.

39- Zie Dian SIDIBE.

Etude de 128 cas de prolapsus génitaux dans un service de gynécologie obstétrique à Bamako.

Thèse de médecine n°47 ; 1998.

FICHE D'ENQUETE

4.4. LOCALISATION (Etage)

{Q24} Etage antérieur seul	1 = Oui 2 = Non
{Q25} Etage moyen seul	1 = Oui 2 = Non
{Q26} Etage postérieur seul	1 = Oui 2 = Non
{Q27} Etage antérieur et moyen	1 = Oui 2 = Non
{Q28} Etage antérieur et postérieur	1 = Oui 2 = Non
{Q29} Etage Moyen et postérieur	1 = Oui 2 = Non
{Q30} Etage antérieur, moyen et postérieur	1 = Oui 2 = Non

4.5. AFFECTIONS ASSOCIEES

{Q31} Néo du col	1 = Oui 2 = Non
{Q32} Hernie inguinale	1 = Oui 2 = Non
{Q33} Fibrome utérin	1 = Oui 2 = Non
{Q34} Tumeur annexielle	1 = Oui 2 = Non
{Q35} Déchirure ancienne du périnée	1 = Oui 2 = Non
{Q36} Autres	
{Q36 A} Si autres, à préciser	

V- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

{Q37} HSG (Hystérosalpingographie)	1 = Oui 2 = Non
{Q38} Echographie pelvienne	1 = Oui 2 = Non
{Q39} UIV (Urographie Intra Veineuse)	1 = Oui 2 = Non
{Q40} Colpocystogramme rétrograde	1 = Oui 2 = Non
{Q42} Exploitations urodynamiques	1 = Oui 2 = Non
{Q 43} Frottis cervico-vaginal	1 = Oui 2 = Non
{Q44} Prélèvement vaginal	1 = Oui 2 = Non
{Q45} ECBU (Examen Cytobactererologique des Urines)	1 = Oui 2 = Non

VI- TRAITEMENT

6.1. TRAITEMENT MEDICAL :

{Q46} Pose du pessaire	1 = Oui 2 = Non
{Q47} Estroegénothérapie	1 = Oui 2 = Non
{Q47 A} Si oui, à préciser, quelle hormone (Colposeptine Comprimé Gynécologique)	1 = Oui 2 = Non
{Q48} Kinésithérapie périnéale	1 = Oui 2 = Non
{Q49} Autres	1 = Oui 2 = Non
{Q49 A} Si autres, à préciser	1 = Oui 2 = Non

6.2. TRAITEMENT CHIRURGICAL

*Par voie basse

- Conservateur

{Q50} Manchester Shirodkar Sturmdorff	1 = Oui 2 = Non
{Q51} Sphinctéroplastie à la Marion Kelly	1 = Oui 2 = Non
{Q52} Colporraphie antérieure	1 = Oui 2 = Non
{Q53} Colporraphie postérieure	1 = Oui 2 = Non
{Q54} Colporraphies antérieure et postérieure	1 = Oui 2 = Non

- Non conservateur

{Q55} Hystérectomie par voie vaginale	1 = Oui 2 = Non
* En cas d'IUE	1 = Oui 2 = Non

{Q56} Technique de Marshall Marchetti	1 = Oui 2 = Non
{Q57} Technique de Burch	1 = Oui 2 = Non
{Q58} Technique de Scali	1 = Oui 2 = Non
{Q59} Technique de Bologna	1 = Oui 2 = Non

*Par voie haute

- Conservateur

{Q60} Promontofixation avec exclusion du douglas 1 = Oui
2= Non

{Q61} Ventrofixation utérine (Marion Kelly) 1 = Oui
2= Non

{Q62} Hystéropexie (selon M Kapandji) 1 = Oui
2= Non

{Q63} Hystérectomie

{Q64} Promontofixation vaginale (Selon Richter)

{Q65} Autres

{Q65 A} Si Autres, à Préciser

VI- COMPLICATIONS

7.1. COMPLICATIONS PER-OPERATOIRES

{Q66} Lésions urinaires 1 = Oui
2= Non

{Q67} Lésion rectale 1 = Oui
2= Non

{Q68} Hémorragie 1 = Oui
2= Non

{Q69} Autres
{Q69A} Si autres, à préciser

7.2. COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

{Q70} Rétention urinaire après ablation de la sonde 1 = Oui
2= Non

{Q71} Hémorragie post-opératoire 1 = Oui
2= Non

{Q72} Complications infectieuses 1 = Oui
2= Non

{Q73} Œdème périnéal important + lâchage de fil 1 = Oui
2= Non

{Q74} Phlébite 1 = Oui
2= Non

{Q75} Autres complications 1 = Oui
2= Non

{Q75A} Si Oui, à préciser

VIII- HOSPITALISATION

{Q76} Durée du séjour =

{Q77} Durée de la sonde urinaire =

{Q78} Evolution à court terme 1 = Exeat
2 = Transfert
3 = Décès

IX- RESULTATS DU TRAITEMENT

{Q79} A 3 mois	1 = Oui 2= Non
{Q79 A} Résultat anatomique	1= Bon 2 = Moyen 3=Mauvais
{Q79B} Résultat fonctionnel	1= Bon 2 = Moyen 3=Mauvais
{Q79C} Degré de satisfaction de la patiente satisfaisant	1 = Très satisfaisant 2 = Moyennement 3 =Non satisfaisant
{Q80} A 6 mois	1 = Oui 2= Non
{Q80A} Résultat anatomique	1= Bon 2 = Moyen 3=Mauvais
{Q80B} Résultat fonctionnel	1= Bon 2 = Moyen 3=Mauvais
{Q80C} Degré de satisfaction de la patiente satisfaisant	1 = Très satisfaisant 2 = Moyennement 3 =Non satisfaisant
{Q81} A 1 an	1 = Oui 2= Non
{Q81A} Résultat fonctionnel	1= Bon 2 = Moyen 3=Mauvais
{Q81 B} Résultat fonctionnel	1= Bon 2 = Moyen 3=Mauvais
{Q81C} Degré de satisfaction de la patiente satisfaisant	1 = Très satisfaisant 2 = Moyennement 3 =Non satisfaisant

FICHE SIGNALETIQUE

FICHE SIGNALÉTIQUE

LOCALISATION ET RESUME DE LA THESE

- **Localisation**

Nom : COULIBALY

Prénom : Mahamadou

Titre: Etude épidémiologique et prise en charge des prolapsus génitaux à la maternité de garnison de Kati

Année universitaire : 2011-2012

Pays de soutenance: MALI

Ville de soutenance : BAMAKO

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie

- **Résumé**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 5 ans, soit du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2009 inclus.

Au cours de cette étude, nous avons colligé 119 cas de prolapsus génitaux.

La plus jeune patiente avait 17 ans, contre 73 ans pour la plus âgée. La moyenne d'âge est de 45,39 ans.

Les grandes multigestes prédominaient avec 49,6%.

Les grandes multipares étaient majoritaires avec 49,6% de l'effectif total des cas.

L'expression abdominale était le mode d'accouchement le plus pratiqué avec 72,3%.

La constipation chronique était la pathologie la plus fréquente associée au prolapsus génital avec 67,2%.

L'hystérocèle était le signe clinique le plus marqué avec 43,6%, suivi de cystocèle+rectocèle soit 35,2%.

Le diagnostic du prolapsus génital a été posé cliniquement, et le stade du 3^e degré était le plus fréquent avec 86,6%.

La triple opération périnéale avec hystérectomie totale par voie vaginale a été la méthode chirurgicale la plus pratiquée avec 61,3% des patientes.

La durée du sondage urinaire était de deux (2) jours pour 92,2% des patientes.

Les résultats des patientes opérées à la sortie étaient satisfaisants à 100%.

Dans les 3 mois qui ont suivi l'intervention, 29 patientes sur 119 opérées furent revues pour un contrôle, soit 24,36%.

A court terme, on a trouvé 93,1% de bons résultats anatomiques, et 82,7% de bons résultats fonctionnels.

Mots clés : Prolapsus génitaux- Clinique- Triple opération périnéale avec Hystérectomie totale par voie vaginale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

- ☉ Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
- ☉ Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.
- ☉ Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
- ☉ Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.
- ☉ Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
- ☉ Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.
- ☉ Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
- ☉ Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure