

Année 1998

FACULTE DE MEDECINE
ET D'ODONTO-STO

UNIVERSITE DU MALI

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR
ET DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE
DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi

DE PHARMACIE
ET D'ODONTOLOGIE

N° 47

TITRE :
**ETUDE DE 128 CAS DE PROLAPSUS GÉNITAUX
DANS UN SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE À BAMAKO**

THÈSE

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

Présentée et soutenue publiquement le ___ avril 1998

devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
du MALI

par

DIAN SIDIBÉ

COMPOSITION DU JURY :

Président: Professeur Sambou SOUMARÉ

Membres: Docteur Salif DIAKITÉ

Docteur Mamadou TRAORÉ

Directeur de thèse : Professeur Amadou DOLO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1997--1998

ADMINISTRATION

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** - PROFESSEUR

1er ASSESSEUR: **AROUNA KEITA** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2ème ASSESSEUR : **ALHOUSSEYNI AG MOHAMED** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL: **BAKARY CISSE** - MAITRE DE CONFERENCES

ECONOME: **MAMADOU DIANE** CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souléyman SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Ennérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseïni Ag MOHAMED	O.R.L. Chef de DER

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Ortho.Traumatologie
Mr Abdoulaye K.DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	Ortho.Traumatologie
Mme TRAORE J.THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA	Ortho.Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Path.Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Yéya T.TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie Chef de D.E.R.
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE	Chimie Organique
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M.CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S.MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sekou F.M.TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie,Biologie Animale
Mr N'yenigue Simon KOITA	Chimie organique
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Ibrahim I.MAIGA	Bactériologie
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int.
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

3. ASSISTANTS

Mr Adama D.KEITA	Radiologie
------------------	------------

D E R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale (Chef de D.E.R.)
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharm.Chim.

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Antoine Niantao	H.G.T.
Docteur Kassim Sanogo	H.G.T.
Docteur Chompere Kone	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy Dicko	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed Traore	KATI
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACES

Au nom d'ALLAH, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.

« Gloire à Toi ! nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage » Sourate 2, verset 32 (le Saint Coran).

Louange et Gloire à DIEU, le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail.

Je dédie ce travail :

_ à ma grand-mère El-Batoul BOUDI,

c'est toi qui m'as élevé tout petit, j'ai reçu de toi tout l'amour et toute la tendresse qu'un enfant puisse recevoir de sa mère. Par la grâce de DIEU et avec tes bénédictions, j'ai pu enfin réaliser la promesse que je t'avais faite alors que j'étais encore enfant : d'être ton médecin traitant un jour. Que DIEU te donne longue vie et une bonne santé, Amîne.

_ à ma mère Zahra SANNI,

malgré les milliers de kilomètres qui nous sépare (Maroc-Mali) tu as toujours été de cœur avec moi et tu as su m'inculquer les règles de bonne conduite, le respect de l'être humain et la sagesse qui m'ont permis de forger un chemin dans la vie. Je ne saurais jamais te remercier assez, seul DIEU peut te gratifier de tout ce que tu as fait pour moi, Maman.

_ à mon père Sory SIDIBE,

ton soutien sur tous les plans m'a été d'un grand secours, tu ne m'as jamais rien refusé. Tu as toujours su mettre en place les conditions, pour que je sois parmi les premiers, reçoit à travers ce modeste travail le fruit de ta récolte. Je prie le Tout Puissant de te donner une longue vie et de m'aider à toujours être ta fierté. Amîne.

_ à ma sœur Mme KEBE fatima Sidibé,

pour ton amour, ta gentillesse, tes encouragements et ton soutien pour ton petit frère chéri. Que DIEU t'accorde toutes les bonnes choses du monde !

_ à mes frères Mohamed SIDIBE et Gaoussou SIDIBE.

_ à ma future épouse Fahtmétou MAÏGA,

ton amour, ton affection et ta tendresse m'ont permis de surmonter plusieurs obstacles dans la réalisation de ce travail. Que DIEU te donne la force et le courage de supporter mes caprices ! Amîne.

REMERCIEMENTS

A mes oncles Abdoulaye SIDIBE, Tiéfolo SIDIBE et Abdoulaye SIDIBE dit petit Jules,
Je ne saurais jamais vous remercier assez pour tout ce que vous avez pu faire pour moi dans la réalisation de ce travail. Votre contribution a été d'un grand secours. Merci ! encore

A ma tante Fanta SY, pour ton soutien.

A mes oncles et tantes de la famille SIDIBE

Pour tout le soutien que vous m'avez accordé, soyez-en remercier.

A mes oncles et tantes maternels, au Maroc

Vos bénédictions m'ont été transmises, que DIEU vous bénisse. Amîne

A mon très cher ami Barou DIAWARA et toute sa famille sans oublié la petite Mariam Cheick DIAWARA

Votre gentillesse, votre enthousiasme et votre simplicité m'ont beaucoup touché, vous m'avez considéré comme un membre à part entière dans votre famille. Veuillez trouver dans ce travail, le vôtre l'expression de ma sincère gratitude.

Au Dr TUEGUETE Ibrahima

Ton souci du travail bien fait m'a beaucoup éclairer dans la réalisation de ce travail, qui est aussi le tien. Je te remercie beaucoup pour ta gentillesse et ta disponibilité. Que DIEU t'ouvre les portes de la connaissance et du succès, Amîne.

A mes amis : Ali Ahmed MOUSSA

Aboubacar KAMPO

Ismaël DIABY

Ibrahim FARIA

Malick SIDIBE

Yacouba TRAORE dit Ladji

Oumarou RHISSA

Nouhoum DIALLO

Tapa DIALLO

Pour ce que nous avons partagé ensemble.

A mes amies : Kadia TRAORE et sa famille
Kadiatou N'DIAYE et sa famille
Sadio KONE et sa famille
Alima HAIDARA et sa famille
Aoua DIALLO et sa famille
Awa KEITA
Soureya ZAKARIA
Mariama ADAM
Djénébou DIARRA
Kardo SECK
Arbaha et Rahila

Merci ! pour tout ce qu'on a passé ensemble.

A mes camarades de la promotion 1997.

Au personnel du service de gynécologie et d'obstétrique : Dr Mahamane TRAORE. Dr Issa DIARRA, le major DIALLO Amadou, Mme CISSE Fanta sacko, Mme MAIGA Awa Koné, Mme DIANE, Mme KEITA, Mme KANE, Mme CAMARA, Mme N'DIAYE, Mme DIA, Mme DIALLO, Mme CISSE Kady, Mme Mana, Mme TRAORE et toutes les infirmières.

A mes collègues du service de gynécologie : Aliou DOLO
Aminata TRAORE
Coumba MAIGA
Amaguiré SAYE
Aïssata ONGOIBA
Abdrahmane DICKO
Abdoulaye KONE
Mouminatou KATILE
Assétou KONE
Evelyne MOUTONGO
Ibrahim BAMBABA
Alain N'ZEFA

Aux membres du Jury :

Au président le Pr Sambou SOUMARE

Agrégé de chirurgie générale.

Chef du service de chirurgie A de l'hôpital national du Point"G".

Maître chef de conférence à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie.

Cher maître, c'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury. Votre simplicité et votre rigueur scientifique ont toujours été à la disposition de la jeune génération pour le grand bien de la santé.

Nous vous en sommes reconnaissant et vous remercions pour votre disponibilité.

A notre juge et maître le Dr Salif DIAKITE

Gynécologue-accoucheur.

Maître de conférence de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile et votre rigueur sont des atouts qui nous ont fascinés et dont nous avons bénéficié au cours de notre formation. Recevez ici notre reconnaissance et notre plus grand respect.

A notre juge et maître le Dr Mamadou TRAORE

Gynécologie-Obstétricien.

Assistant-chef de clinique à l'hôpital national du Point"G".

Maître de conférence de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Votre apport au cours de l'élaboration de cette thèse a été d'une qualité inestimable. Ce travail est donc le vôtre. Vos qualités humaines nous ont comblés, votre disponibilité a été un facteur important pour la réussite de ce travail.

Veillez croire à nos remerciements sincères.

A notre directeur de thèse, le Pr Amadou DOLO

Agrégé de Gynécologie-Obstétrique.

Chef du service de gynécologie-Obstétrique de l'hôpital national du Point"G".

Président de la société médicale du Mali.

Vous avez initié, conçu et suivi pas à pas ce travail. Nous sommes honorés de la confiance que vous nous avez faite.

Votre humanisme, votre savoir-faire et votre savoir être nous ont comblés.

Nous avons toujours eu au près de vous les conseils nécessaires et utiles pour la réussite, non seulement dans le domaine médical mais aussi dans le vécu de tous les jours.

Que DIEU le Tout Puissant puisse me donner la force et le courage de suivre votre pas. Amîne.

Veillez trouver dans ce travail, le vôtre l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre attachement respectueux.

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	1-2
II.	GENERALITES.....	3-42
III.	METHODOLOGIE.....	43-47
IV.	RESULTATS.....	48-62
V.	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	63-76
VI.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	77
VII.	ANNEXES.....	78-83

I. INTRODUCTION

I. 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 tout 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 chirurgie gynécologique[26]. Selon une étude de MUSSET R. et POITOUT P., 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 voies de développement. L'âge moyen est de 27,5ans d'après une étude indienne[19]. En 1994. le rapport des activités de notre service montre un âge moyen de 29,5 ans.

Diagnostiquer un prolapsus ne nécessite pas d'examens complémentaires, un bon examen clinique suffit[38]. Mais la fréquence des troubles urinaires liés ou associés aux prolapsus, 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.

Vu la survenue fréquente du prolapsus génital chez des femmes jeunes, le problème se pose quant à l'attitude thérapeutique à prendre pour préserver une vie sexuelle normale et le désir de grossesse ultérieure.

INTRODUCTION

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 [31] et l'autre par MAÏGA M.A. et SY A.S. au sein de la population dans le Gourma malien [46]. Peu ou presque pas d'études ont porté sur le prolapsus dans notre service ; et c'est devant l'augmentation des interventions chirurgicales pour prolapsus génital de 3 à 7%[RAPPORT DES ACTIVITÉS DU SERVICE 1994 et 1996], que nous avons initié cette étude dont les objectifs sont les suivants :

1. OBJECTIF GÉNÉRAL :

⇒ Étudier le prolapsus génital dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital du Point"G".

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

⇒ Déterminer la fréquence du prolapsus dans le service.

⇒ Définir le profil socio-démographique des patientes.

⇒ Déterminer les facteurs étiologiques.

⇒ Décrire les signes cliniques du prolapsus génital.

⇒ Préciser la conduite thérapeutique.

⇒ Définir les résultats du traitement.

II. GENERALITES

LES PROLAPSUS GÉNITAUX

A. INTRODUCTION

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, associant diversement :

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

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

_ la colprocèle postérieure, prolapsus de l'étage postérieur, contenant le rectum (rectocèle) ou le cul de sac de Douglas (élytrocèle) ; la rectocèle 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, spécifique 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.

B. RAPPEL ANATOMIQUE

La fréquence et l'aspect spécifique des prolapsus péelvi-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[12] sont nécessaires avant d'envisager la synthèse de leur organisation fonctionnelle.

GÉNÉRALITÉS

1. Diaphragme pelvien et périnée (figure 1)

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 et se termine en arrière du 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 élevateurs des releveurs sont séparés par la fente uro-génitale. Celle-ci est partiellement obstruée par le périnée antérieur ou uro-génital, tendu 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, si la partie postérieure (périnée postérieur ou anal) est 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 vagin et canal anal, solidaire du faisceau élévateur par continuité des structures conjonctives.

2. Structures conjonctives pelviennes (figure 2)

Les ligaments viscéraux, à direction postéro-latérale, sont en continuité avec les fascias viscéraux : les viscères entre eux sont accolés par des septums et aux parois antérieure et postérieure 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.

GÉNÉRALITÉS

- Les ligaments viscéraux (anciens ailerons viscéraux) sont organisés autour des 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 antéro-postérieures (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 ; il partent de l'isthme utérin, longent le cul-de-sac de Douglas et rejoignent les ligaments rectaux latéraux et le fascia rétrorectal 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 rétropubien et l'espace rétrorectal. Elles assurent une liaison élastique par collage conjonctif.

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 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 ; ils restent dans « l'enceinte manométrique abdominale ». Cette disposition permet d'absorber les à-coups de la pression

GÉNÉRALITÉS

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 proprioceptive du plancher pelvien. Il conduit à la fermeture des angles viscéraux ouverts en arrière : les angles utéro-vésical, vaginal et ano-rectal, ainsi qu'à une clôture de la fente uro-génitale.

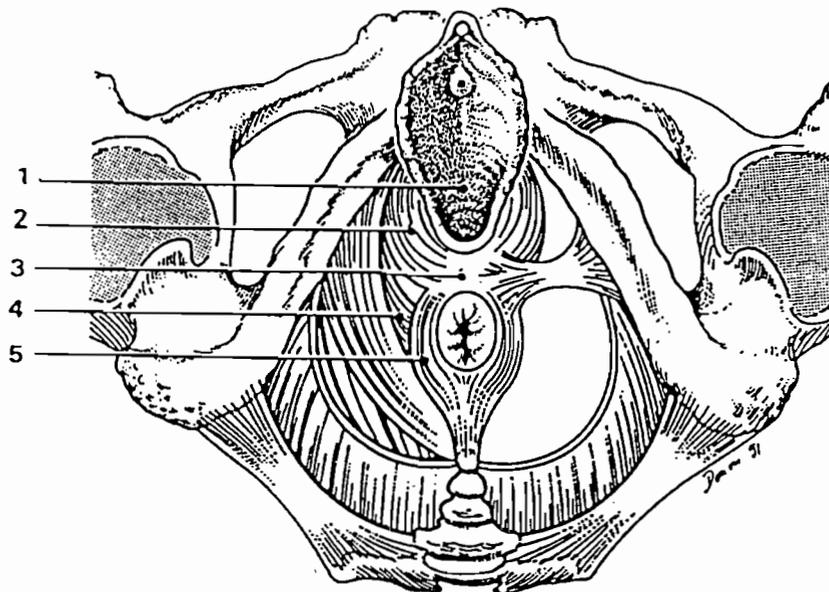


Figure 1 : Diaphragme pelvien (d'après Kamina [14]).

Elongation des insertions terminales de la partie interne du muscle élévateur de l'anus gauche (à droite, muscles du périnée uro-génital).

1. Vagin
2. Muscle pubo-vaginal
3. Centre tendineux du périnée (muscle pubo-vaginal)
4. Muscle pubo-rectal
5. Muscle sphincter interne de l'anus

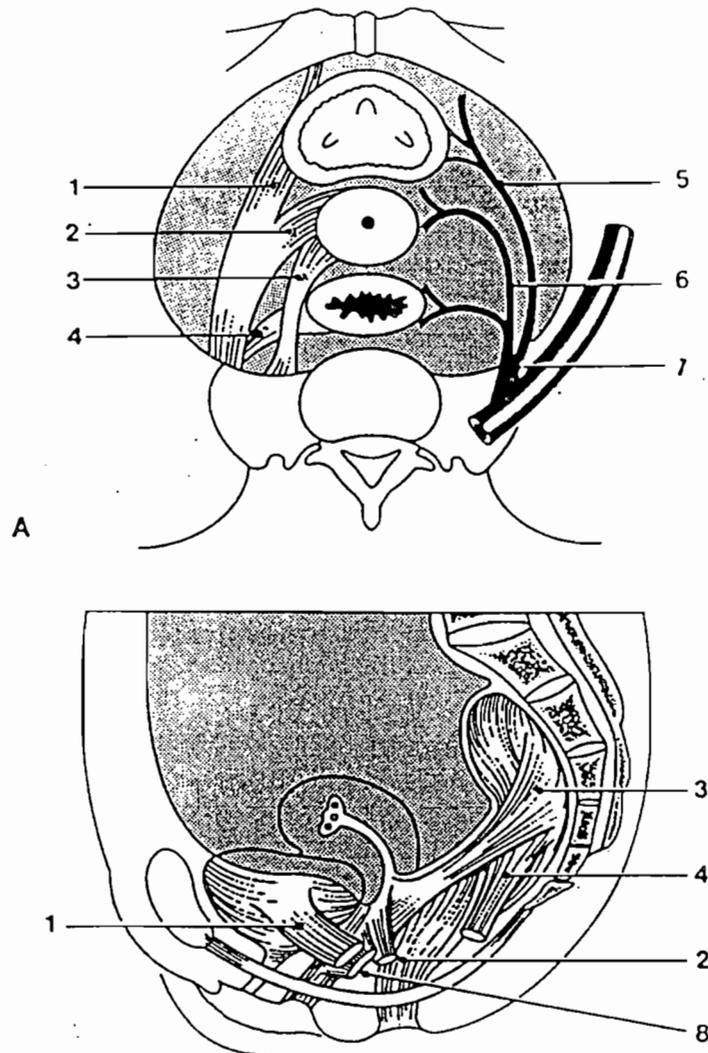


Figure 2 : Structures conjonctives pelviennes (d'après Kamina [14])

- A. Ligaments viscéraux, vue supérieure
 B. Ligaments viscéraux, vue latérale
 1. Ligament vésical latéral
 2. Paramètre
 3. Ligament utéro-sacral
 4. Ligament rectal latéral
 5. Artère ombilicale
 6. Artère utérine
 7. Artère iliaque interne
 8. Paracervix

C. 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 ordres de facteurs possiblement associés : congénital, traumatique, hormonal, iatrogène.

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 hypermobilité 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 accouchement apparemment normal.

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, désolidarisations 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.

3. Modifications ménopausiques

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

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.

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 repérées 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, créant les conditions d'une élytrocèle.

D. 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.

1. Les formes gravidiques

Classiquement, le développement et l'extériorisation du prolapsus gravidique sont rattachés aux trois degrés suivants :

GÉNÉRALITÉS

- **Premier degré** (figure 3) : le vagin est nettement dilaté et sa partie antérieure bombe déjà d'une façon apparente sous l'effet 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.

- **Deuxième degré** (figure 4) : 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.

- **Troisième degré** (figure.5) : le col utérin a franchi largement la frontière vulvaire, entraînant parfois le retournement du cylindre vaginal. Ayant subi un allongement 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 stades de déchirure incomplète, complète et complexe:

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.

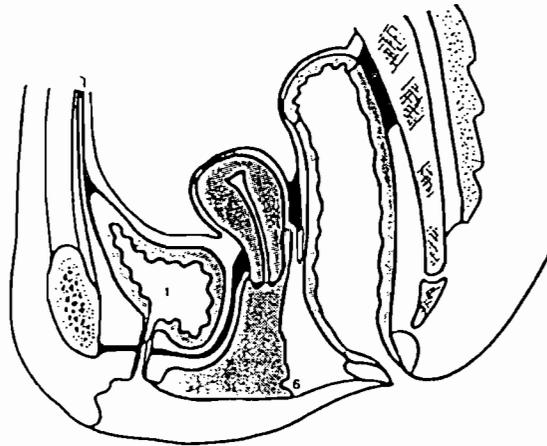


Fig. 127. — Coupe sagittale d'un prolapsus du 1^{er} degré.

1 : cystocèle; 6 : éperon périnéal.

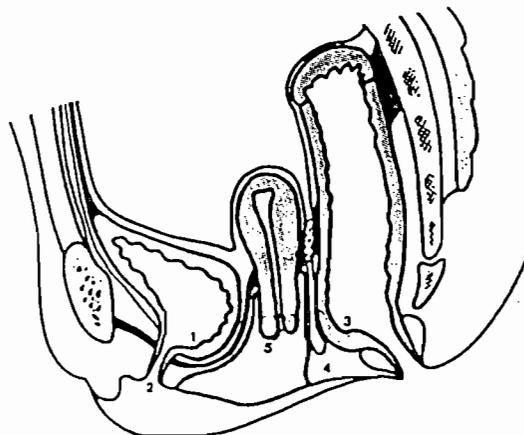


Fig. 128. — Coupe sagittale d'un prolapsus du 2^e degré.

1 : cystocèle; 2 : urétrécèle; 3 : rectocèle; 4 : élytro-cèle; 5 : allongement hypertrophique du col.

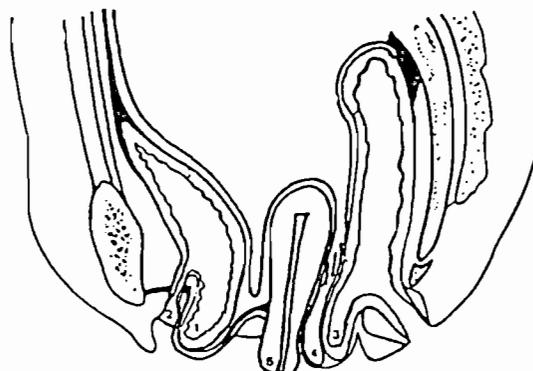


Fig. 129. — Coupe sagittale d'un prolapsus du 3^e degré (légende idem).

E. CLINIQUE

I. Interrogatoire

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 postménopausique ou un amaigrissement brutal.

_Le passé chirurgical permet de distinguer le prolapsus de première manifestation, le plus souvent traumatique, rarement congénital, favoriser par la carence oestrogénique postménopausique, de la récurrence après traitement chirurgical. Après une cure de prolapsus, trois 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'elytrocéle 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).

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.

GÉNÉRALITÉS

- **Signes spécifiques**

_La sensation de perte d'organes, la gêne, la pesanteur pelvienne et à l'extrême l'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 éternuement, à la perte d'urines au moindre effort. Elle est alors classée en trois 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 «minimal» 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 1 : les degrés de l'incontinence urinaire d'effort.

	FACTEUR CAUSAL
Minimal	Orthostatisme : élévation importante de la pression abdominale. Fuite minime 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).

- **Signes trompeurs**

Bien que souvent motifs de consultation ou de demande opératoire, certains signes doivent être a priori considéré 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 endométrine 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.

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 bidigital.

- **L'inspection de la vulve au repos**

_Elle 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 3 cm.

- **L'inspection vulvopérinéale 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 apparaître la lèvres antérieure du col ;

GÉNÉRALITÉS

_ 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.

- **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 intravaginal 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 cervicovaginal 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 +

GÉNÉRALITÉS

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 vaginales pour explorer minutieusement les faces du vagin et rechercher un éventuel orifice fistuleux.

• 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 2 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 élévateurs 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),
- 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.

• 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 colpopocèle haute avec profond sillon postérieur, on est en droit d'envisager l'existence d'une élytrocèle pédiculée.

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 complétera 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**

Estimer l'importance de l'infirmité, très variable et difficile à évaluer correctement :

_sensation plus ou 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 hystérographie 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 urétrorigonite ou d'origine neuropsychiatrique. L'incontinence urinaire d'effort sera rechercher 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 intense 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.

F. LES FORMES CLINIQUES PARTICULIÈRES

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).

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.

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...).

GÉNÉRALITÉS

4. Prolapsus avec lésions associées

Le paragraphe prolapsus avec lésions associées est un paragraphe infiniment extensible, compte tenu de l'âge auquel s'observe 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'aine, 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. 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. 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 des femmes ayant subi une hystérectomie pour un autre motif.

Les prolapsus après hystérectomie doivent être classés en deux catégories distinctes. Dans la plupart des cas, le fond du vagin reste en place maintenu par la sclérose cicatricielle, et ce sont les parois antérieure et postérieure 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 subtotalaire, aussi bien en ce qui concerne le risque de prolapsus secondaire qu'en ce qui concerne la sémiologie et le traitement.

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'un des composants).

Pour le clinicien, la distinction la plus utile est celle qui oppose les récurrences précoces aux récurrences tardives. Dans le premier cas, on parle d'échec «chirurgical ». Dans le second cas, 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.

G. 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-t-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 ?

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.

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 mictionnelles.

3. Examens radiologiques

- **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 urétéral lors de la bascule du trigone vésicale.

- **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-urétéral et quantifie les résidus postmictionnels.

- **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.

- **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.

- **Hystérogographie ou hystéroscopie**

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.

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 habillage 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.

- **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 150-200 ml 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 12 cm d'eau (vessie vide), la courbe comporte normalement trois parties :

- une phase initiale peu marquée (3 cm H₂O), très brève :
- une deuxième phase longue, à pression pratiquement constante ou faiblement augmentée (maximum : 20 cm H₂O) ;
- une troisième phase brève, marquée par une accentuation de la pente lors de la capacité maximale.

Pathologie

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

- _ de grandes variations de pressions (supérieures à 15 cm H₂O) 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 600 ml).

• 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.

H. TRAITEMENT

Le traitement des prolapsus génitaux comporte trois volets : traitement non opératoire, chirurgie par voie basse, chirurgie par voie haute, avec comme objectif de corriger les troubles, de prévenir les récurrences 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.

1. Traitement non chirurgical

• 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

GÉNÉRALITÉS

prolapsus aux stades 2 et 3, mais se révèle inefficace en cas d'effondrement total du périnée et médiocrement toléré à long terme.

- **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, est 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 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 ;

GÉNÉRALITÉS

_ 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 placées 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.

- **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 2 : Les traitements médicaux de l'incontinence associée

Instabilité du détrusor
_ anticholinergiques
_ spasmolytique
_ antidépresseurs tricycliques
_ bêta-sympathomimétiques
_ antiprostaglandines
_ inhibiteurs calciques
_ thérapie comportementale
Insuffisance sphinctérienne
_ alpha-adrénergiques
_ bêtabloquants
_ antidépresseurs tricycliques
_ oestrogènes

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'opérations vaginales : la triple 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 (endomérectomie 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-symphysaire en cas d'hystérectomie (Campell). Lorsque ces structures sont inexistantes ou insuffisantes, 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 pratique 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 utilise 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 réserver à des femmes âgées sans activité sexuelle. Les colpoclésis (Labbart) et l'adossement des faces antérieure e 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.

GÉNÉRALITÉS

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 ménopausée ou en préménopause.

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 supravaginale qui dégage la face antérieure de l'utérus et éloigne la vessie. Le repérage de la cloison supravaginale 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.

GÉNÉRALITÉS

- 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 du 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 vésicale à accoler les deux séreuses par une série de points séparés placés le plus haut possibles.

- **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 1,5 cm 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 colporrhaphie) ;
- _ 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** (figure 10, 11)

Elle se réalise à deux niveaux :

GÉNÉRALITÉS

_ 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 suffisant. 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.

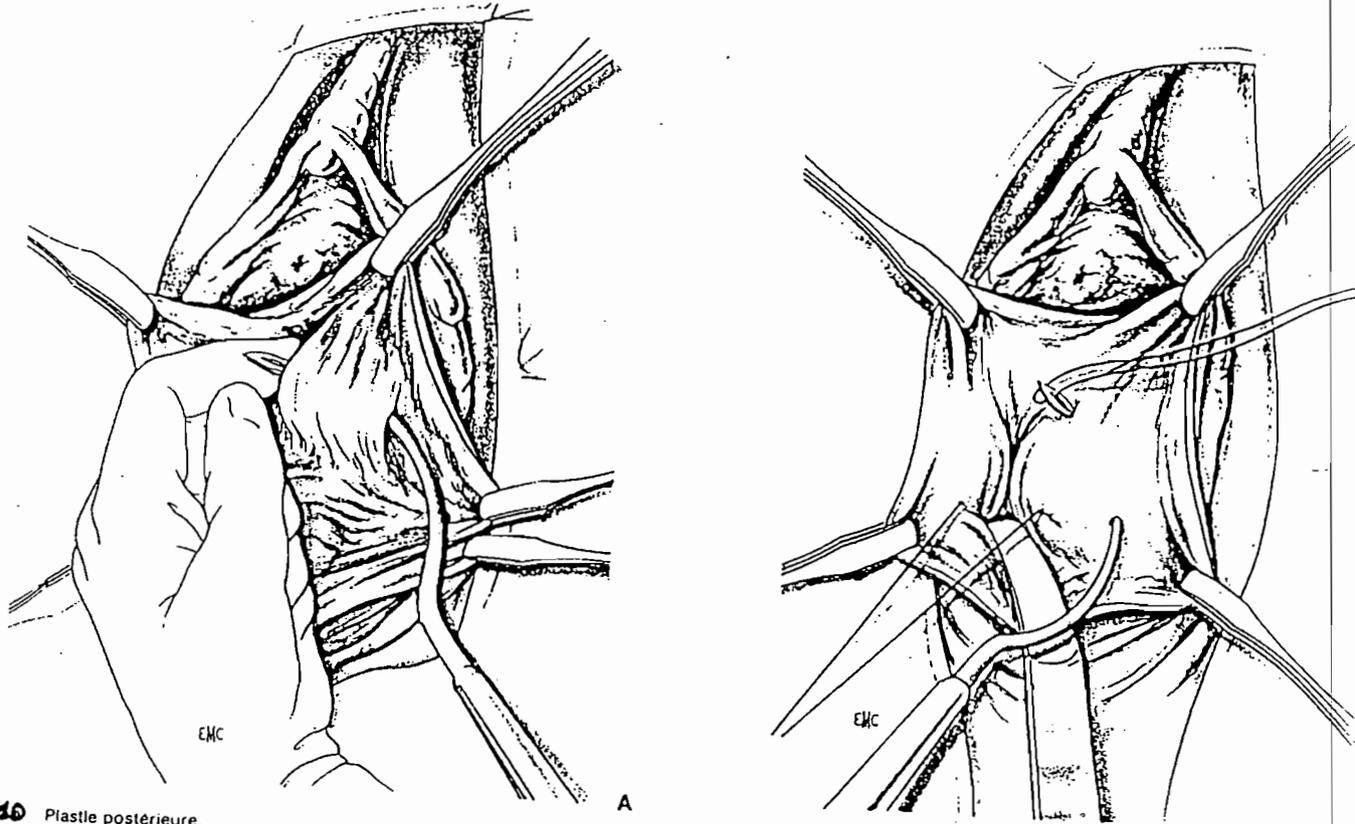
Les suites opératoires sont presque aussi simple que pour l'hystérectomie vaginale standard : lever précoce, sonde urinaire pendant 24 heures en l'absence de geste urinaire spécifique. La morbidité est de plusieurs ordres :

- _ rétention d'urine précoce régressant habituellement spontanément ou sous uréchole 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.

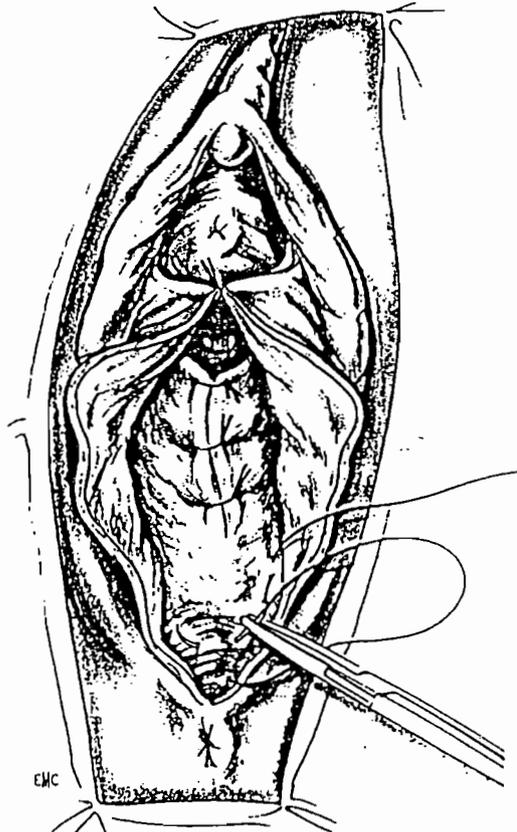
Les résultats sont habituellement excellents. Les récurrences sont précoces et relèvent d'une imperfection chirurgicale ou de la méconnaissance d'un élément du prolapsus (élytrocèle).

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.



40 Plastie postérieure.
Myorrhaphie des releveurs. Le 1^{er} aiguillage est fait en profondeur et à proximité du rectum. Le 2^e aiguillage (B) est plus superficiel et plus proche du vagin.



41 Plastie postérieure.
Périnéorrhaphie. Le 1^{er} point de la suture périnéale est appuyé sur le sphincter externe de l'anus.

- **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 reconstruction, 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-sacré 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 postérieur de la triple opération périnéale avec hystérectomie.

- **Colpo-hystérectomie vaginale** (figures 12, 13, 14)

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 uro-dynamique 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 2 cm au-dessous 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 : ligament utéro-sacré, 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.

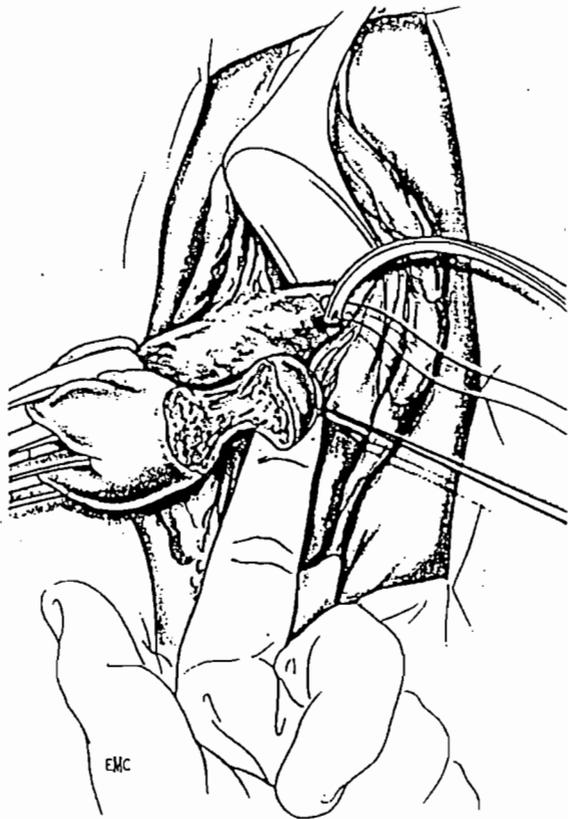
Péritonisation et reconstitution du soutien pelvien

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

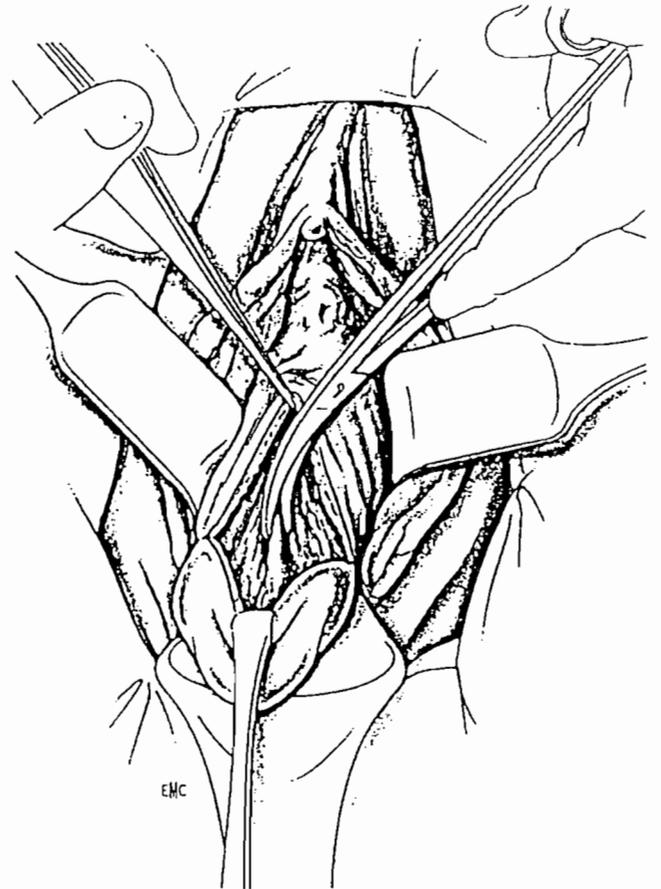
Plusieurs techniques peuvent être utilisées :

- _ 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 médiane des différents éléments antérieurs postérieurs et latéraux ;
- _ spinofixation (Richter).

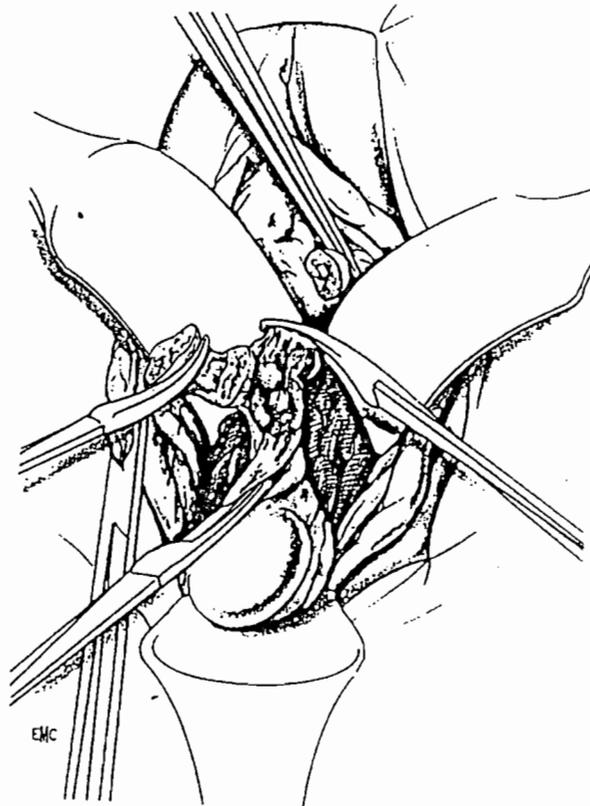
L'intervention se termine toujours par une colpo-périnéorrhaphie postérieure. Les soins postopératoires sont simples : prévention thromboembolique (lever précoce, Calciparine®), reprise du transit rapide, pas de risque d'éventration postopératoire.



13 Hystérectomie vaginale. Aliguillage de l'artère utérine en appui entre le molignon des ligaments suspen- seurs dont les connexions avec le dôme vaginal ont été respectées.



12 Hystérectomie vaginale. Mobilisation du pôle inférieur de la vessie. La cloison supravaginale est sectionnée sur la ligne médiane.



14 Hystérectomie vaginale. Annexectomie. Le ligament rond a été sectionné. Le ligament infundibulo- pelvien a été individualisé avant d'être clampé.

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 néfastes interventions 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 décrit 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 lombo-sacré, 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, Cerbonnet, 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 au 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 des ptôses viscérales.

L'intervention se propose :

- 1 _ de traiter chaque élément du prolapsus ;
- 2 _ de prévenir les possibles déficiences d'autres éléments de la statique pelvienne ;
- 3 _ de corriger dans le même temps les troubles associés et notamment urinaires ;
- 4 _ de traiter toutes les lésions utéro-annexielles éventuellement associés ;
- 5 _ 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 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 liées 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 antibioprofylaxie 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 type Mouchel. Notre préférence va à ce dernier

GÉNÉRALITÉS

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 douglassesctomie et le Retzius pour la colpopexie antérieure.

Procédé de soutènement-suspension

Le montage actuel comporte les temps suivants.

- *Mise en place d'une prothèse de tergal tresse (Mermeture®) 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'uretère. 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 5 cm de large sur 3 à 6 cm de haut sur laquelle sera appliquée puis fixée par des points séparés de fils non résorbables très fins, une prothèse découpée à 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 simple fils transfixiant 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 5 cm 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 douglassesctomie, 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

GÉNÉRALITÉS

petits vaisseaux présacrés sont en général facilement escamotés par la dissection au tampon ou seront cravatés lors du passage des fils. Il est impératif d'avoir le contrôle parfait du ligament, sur 1,5 à 2 cm 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 10 mm environ en restant à 2 mm 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 2 cm 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 néoligament.

- *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 tunnellation sous-péritonéale droite. Le cul-de-sac de Douglas est préservé mais l'axe de la filière génitale 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 douglassectomie 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

GÉNÉRALITÉS

voie rétropubienne, et notamment, soit la colpopexie selon le procédé de Burch qui amarre le vagin aux extrémités des ligaments de Cooper par l'intermédiaire de fils non résorbables, soit la colpopexie indirecte par bandelettes 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-périnéorrhaphie 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, voué 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 douglasectomie, 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 douglasectomie 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 douglasectomie 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 extrapéritonéal à l'aponévrose du grand oblique.

I. 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

GÉNÉRALITÉS

- l'incontinence urinaire est le trouble fonctionnel prédominant. Dix à vingt 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 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.

III. METHODOLOGIE

II. MÉTHODOLOGIE

A CADRE D'ÉTUDE :

Le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital du Point "G" (HPG), situé au Nord-Est de la ville de Bamako sur la colline nommée le Point "G" a constitué le cadre de notre étude.

L'hôpital occupe une superficie de vingt-cinq hectares environ. De part sa situation géographique, l'accès à l'HPG est extrêmement difficile. Il a commencé à fonctionner en 1912.

L'HPG a un caractère hospitalo-universitaire, car assurant la formation des étudiants de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS) et des autres écoles de santé.

Le service de gynécologie et d'obstétrique est un des quinze services que compte l'hôpital, en plus du laboratoire et de l'administration.

Il est dirigé par un professeur agrégé. Son personnel est composé :

- d'un assistant- chef de clinique et de deux assistants hospitaliers.
- de dix sages-femmes
- d'un infirmier d'état qui est le major du service
- d'une infirmière de santé
- de quatorze étudiants faisant fonction d'interne
- de deux aides pour le bloc opératoire
- de deux garçons de salle
- et de deux manœuvres.

Le service compte :

- Sept salles d'hospitalisation : une de première catégorie, cinq de deuxième catégorie et une de troisième catégorie. Trente lits sont repartis entre ces différentes salles. La salle de troisième catégorie se trouve au rez de chaussé et les autres à l'étage.
- Un bloc opératoire contigu à la salle d'accouchement, par laquelle il est relié par une petite fenêtre, qui permet le passage du nouveau-né au cours des césariennes.
- Un bureau de consultation externe, qui sert également de salle de réunion.
- Un bureau avec sa salle de pansement pour le major.
- Une salle d'accouchement contenant trois tables d'accouchements et un bureau pour les sages-femmes.

MÉTHODOLOGIE

- Une salle à deux lits pour les parturientes, se trouvant à côté de la salle d'accouchement.
- Trois salles : une pour les assistants, les internes et les sages-femmes.
- Une salle pour la consultation prénatale et la planification familiale.
- Deux salles, une pour le garçon de salle et l'autre pour le manœuvre.

ACTIVITÉS DU SERVICE :

Le service de gynécologie et d'obstétrique assure quatre jours de consultations externes et quatre jours opératoires durant la semaine.

Ces tâches sont assurées par quatre médecins.

Une garde interne est assurée chaque jour et une garde de chirurgie générale en rotation avec les autres services de chirurgie.

B. TYPE D'ÉTUDE :

Il s'agit d'une étude rétrospective.

C. PÉRIODE D'ÉTUDE :

Elle s'étend de janvier 1992 à décembre 1996. Cette période est suffisante pour avoir la taille minimum de l'échantillon.

D. POPULATION D'ÉTUDE :

L'étude portera sur un échantillon de femmes qui ont consulté pour prolapsus génital dans le service.

E. ÉCHANTILLONNAGE :**1. CRITÈRES D'INCLUSION :**

Toute femme ayant consulté dans le service et chez qui un diagnostic de prolapsus génital a été posé.

2. CRITÈRES DE NON INCLUSION :

Toute femme ayant consulté dans le service et présentant une pathologie autre que le prolapsus génital.

3. CRITÈRE DE JUGEMENT :

- **Les Résultats du traitement chirurgical**

_ Résultat anatomique :

Bon = réduction de tous les éléments du prolapsus après l'intervention

Moyen = récurrence d'un élément du prolapsus (léger déroulement à l'effort des parois du vagin)

Mauvais = récurrence de tous les éléments du prolapsus.

_ Résultat fonctionnel :

Bon = aucune plainte fonctionnelle

Moyen = amélioration de la plainte fonctionnelle (petits troubles urinaires persistants ou dyspareunie)

Mauvais = pas d'amélioration de la plainte, plainte d'origine iatrogène.

_ Degré de satisfaction de la patiente :

Très satisfaisante = aucune plainte

Moyennement satisfaisante = plainte fonctionnelle

Non satisfaisant = aucun soulagement des troubles par l'intervention.

- **Définition de la multiparité**

_ Paucipare = 1 à 3 accouchements.

_ Multipare = 4 à 6 accouchements.

_ Grande multipare = 7 accouchements ou plus

4. TAILLE MINIMUM DE L'ÉCHANTILLON :

Elle se calcule à partir de l'intervalle de confiance.

$$I = \sum \alpha \quad \Rightarrow n =$$

N = taille minimum de l'échantillon

I = 0,03 = précision

α = risque de première espèce (erreur) = 5% dans la plupart des études médicales

Σ = écart réduit de loi normale = 1,96 pour $\alpha = 5\%$

P = le taux de prévalence dans la population d'étude. C'est le taux de prolapsus dans notre étude.

$$Q = 1 - P$$

Nous choisissons P = 1,72%, taux retrouvé dans le rapport du bilan des activités du service de 1995.

$$N = 83,5$$

La taille minimum de l'échantillon est de 83,5.

MÉTHODOLOGIE

5. SUPPORT :

Le recueil des données est basé sur des questionnaires à partir des dossiers gynécologiques, du cahier de compte rendu opératoire et du registre d'hospitalisation des patientes.

F. VARIABLES :

VARIABLES	NATURE	ECHELLE DE MESURE	TECHNIQUE DE COLLECTE
Age	Quantitative Discontinue	Année	Interrogatoire
Statut matrimonial	Qualitative	-	Interrogatoire
Profession	Qualitatif	-	Interrogatoire
Ethnie	Qualitative	-	Interrogatoire
Résidence	Qualitative	-	Interrogatoire
Parité	Quantitative	-	Interrogatoire
Ménopause	Qualitative	-	Interrogatoire
Antécédents chirurgicaux	Qualitative	-	Interrogatoire
Cystocèle	Qualitative	-	Examen Clinique
Urétrocèle	Qualitative	-	Examen Clinique
Trachéocèle	Qualitative	-	Examen Clinique
Rectocèle	Qualitative	-	Examen clinique

G. PLAN DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DE DONNÉES :

Le traitement et l'analyse des données se feront sur le logiciel Épi Info. Version 6.0 de C.D.C. d'Atlanta et de l'O.M.S.

H. LES TESTS STATISTIQUES UTILISÉS :

- Moyenne
- Odds ratio
- Khi2(x2)

IV. RESULTATS

IV. RÉSULTATS

A. FRÉQUENCE

Tableau 3 : Répartition des cas de prolapsus selon les années

ANNÉE	NOMBRE DE CONSULTATIONS	NOMBRE DE PROLAPSUS	FREQUENCE %
1992	2709	28	1,03
1993	3835	26	0,67
1994	2282	24	1,05
1995	1390	24	1,72
1996	3546	26	0,73
TOTAL	13762	128	1,04

B. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Tableau 4 : Répartition des cas de prolapsus selon l'âge

AGE (A)	NOMBRE	FREQUENCE (%)
15 < A ≤ 20	6	4,7
20 < A ≤ 25	12	9,4
25 < A ≤ 30	27	21,1
30 < A ≤ 35	15	11,7
35 < A ≤ 40	13	10,2
40 < A ≤ 45	10	7,8
45 < A ≤ 50	10	7,8
50 < A ≤ 75	26	20,3
Non déterminé	9	7,0
TOTAL	128	100

AGE (A) en année

Tableau 5 : Répartition des cas de prolapsus selon le statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL	NOMBRE	FREQUENCE (%)
Célibataire	2	1,6
Divorcée	2	1,6
Mariée	111	86,7
Veuve	13	10,1
TOTAL	128	100,0

RESULTATS

Tableau 6 : Répartition des cas de prolapsus selon la profession

PROFESSION	NOMBRE	FREQUENCE (%)
Sans profession	114	89,1
Fonctionnaire	5	3,9
Autres	9	7,0
TOTAL	128	100

Autres : commerçantes, teinturières, vendeuses

Tableau 7 : Répartition des cas de prolapsus selon l'ethnie de la malade

ETHNIE	NOMBRE	FREQUENCE (%)
Bambara	51	39,8
Bobo	1	0,8
Bozo	4	3,1
Dafing	1	0,8
Dogon	7	5,5
Kakolo	1	0,8
Kassonké	1	0,8
Malinké	10	7,8
Maure	3	2,3
Minianka	4	3,1
Peulh	23	18,0
Samogo	1	0,8
Senoufo	1	0,8
Soninké	19	14,8
Touareg	1	0,8
TOTAL	128	100,0

RESULTATS

Tableau 8 : Répartition des cas de prolapsus selon la région de provenance de la malade

RESIDENCE	NOMBRE	FREQUENCE (%)
Bamako	92	72,0
Kayes	4	3,1
Koulikoro	15	12,0
Sikasso	2	1,5
Ségou	1	0,7
Mopti	3	2,3
Gao	1	0,7
Bobo (Burkina-Faso)	1	0,7
Non déterminé	9	7,0
TOTAL	128	100,0

C. ANTÉCÉDENTS**Tableau 9 : Répartition des cas de prolapsus selon le terrain**

ANTECEDENTS	NOMBRE	FREQUENCE (%)
Nullipare	1	0,8
Accouchements difficiles	22	17,2
Gros fœtus	4	3,1
Cure de prolapsus	6	4,7
Hystérectomie	1	0,8
Ménopause	37	28,9

Tableau 10 : Répartition des cas de prolapsus selon la parité

PARITE	NOMBRE	FREQUENCE (%)
Nullipare	1	0,8
Paucipare	21	16,4
Multipare	45	35,2
Grande multipare	61	47,7
TOTAL	128	100,0

RESULTATS

Tableau 11 : Répartition des cas de prolapsus selon la durée de la ménopause chez les malades ménopausées

La durée de la ménopause n'a pu être déterminée que chez 26 patientes ménopausées sur 37.

DUREE EN ANNEE	NOMBRE	FREQUENCE (%)
1	5	19,2
2	2	7,7
3	1	3,8
4	3	11,5
5	2	7,7
6	1	3,8
7	3	11,5
8	3	11,5
10	2	7,7
13	2	7,7
15	1	3,8
18	1	3,8
TOTAL	26	100,0

D. SIGNES CLINIQUES**Tableau 12 : Répartition des cas de prolapsus selon le motif de consultation**

MOTIF DE CONSULTATION*	NOMBRE	FREQUENCE (%)
Tuméfaction à la vulve	124	96,9
Impression de perte d'organes	2	1,6
Pesanteur pelvienne	11	8,6
IUE	24	18,8
Pollakiurie	6	4,7
Miction impérieuse	8	6,3
Dysurie	12	9,4
Pertes anormales	16	12,5
Dyspareunie	19	14,8
Gêne à la défécation	5	3,9
Pelviaigie	17	13,3
Autres signes	4	3,1

***Plusieurs motifs possibles chez la même patiente**

Autres signes : lombalgie, oligurie, proctalgie, prurit vulvaire

Tableau 13 : Répartition des cas de prolapsus selon les signes physiques

SIGNES CLINIQUES	NOMBRE	FREQUENCE (%)
Cystocèle	122	95,3
Urétrocèle	37	28,9
A.H. du col	26	20,3
Hystérocèle	69	53,9
Rectocèle	87	68,0
Elytrocèle	4	3,1
Cicatrice périnéale	1	0,8
Incontinence urinaire d'effort	15	11,7

A.H. du col : allongement hypertrophique du col

RESULTATS

Tableau 14 : Répartition des cas de prolapsus selon Les segments intéressés

LOCALISATION	NOMBRE	FREQUENCE (%)
Etage antérieur seul	24	18,8
Etage moyen seul	1	0,8
Etage postérieur seul	2	1,6
Etages antérieur et moyen	11	8,6
Etages antérieur et postérieur	26	20,3
Etages moyen et postérieur	1	0,8
Etages antérieur, moyen et postérieur	57	44,5
Non déterminé	5	3,9
TOTAL	128	100,0

Tableau 15 : Répartition des cas de prolapsus selon leur importance

CLASSIFICATION	NOMBRE	FREQUENCE (%)
Premier degré	32	25
Deuxième degré	41	32
Troisième degré	46	36
Non déterminé	9	7
TOTAL	128	100

Tableau 16 : Répartition des cas de prolapsus selon les affections associées

AFFECTIONS ASSOCIEES	NOMBRE	FREQUENCE (%)
OUI	23	18,0
Déchirure du col	2	8,7
Déchirure du périnée	1	4,3
Exocervicite	4	17,4
Fibrome utérin	2	8,7
Hernie inguinale	2	8,7
Ulcération du col	4	17,4
Col inflammatoire	2	8,7
Autres	6	26,0

Autres : toux avec altération de l'état général, amyotrophie, dystrophie ovarienne, hépato-splénomégalie, kyste onchocerquien.

RESULTATS

E. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES**Tableau 17 : Répartition des cas de prolapsus selon les examens complémentaires demandés**

EXAMENS COMPLEMENTAIRES	NOMBRE	FREQUENCE (%)
Echographie pelvienne	3	2,4
ECBU	2	1,6
Frottis cervico-vaginal	9	7,1
Prélèvement vaginal	7	5,6
Aucun examen complémentaire	107	83,3
TOTAL	128	100,0

F. TRAITEMENT**Tableau 18 : Répartition des cas de prolapsus selon les moyens du traitement**

MOYEN	NOMBRE	FREQUENCE (%)
Médicaux	23	18,0
Chirurgicaux	60	46,9
Aucun	45	35,1
TOTAL	128	100,0

Tableau 19 : Répartition des cas de prolapsus selon les méthodes du traitement

METHODE	NOMBRE	FREQUENCE (%)
Oestrogénothérapie	18	14,1
Traitement anti-infectieux	7	5,5

Traitement anti-infectieux : nibiol®, polygynax®, tergynan®

Tableau 20 : Répartition des cas de prolapsus selon les principaux oestrogènes utilisés

OESTROGENE	NOMBRE	FREQUENCE (%)
Colpormon®	10	55,6
Colpotrophine®	4	23,0
Ethinyl oestradiol®	3	15,8
Trophigil®	1	5,6
TOTAL	18	100,0

RESULTATS

Tableau 21 : Répartition des cas de prolapsus selon la voie d'abord chirurgical

VOIE D'ABORD	NOMBRE	FREQUENCE (%)
Voie basse	57	95,0
Voie haute	4	6,7
TOTAL	60	100,0

Tableau 22 : Répartition des cas de prolapsus selon la méthode chirurgicale

TECHNIQUE CHIRURGICALE	NOMBRE	FREQUENCE (%)
Triple opération périnéale	30	50,0
Colporraphie antérieure et postérieure	14	23,3
Hystérectomie par voie vaginale	13	21,7
Promonto-fixation	2	6,6
Ventro-fixation	1	1,6
TOTAL	60	100,0

G. LES COMPLICATIONS

On a trouvé une fréquence de 6,7% dans les complications per et post-opératoires.

Tableau 23 : Répartition des cas de prolapsus selon les différents types de complications

COMPLICATIONS	NOMBRE	FREQUENCE (%)
<u>Complications per-opératoires</u>		
Lésion vésicale	1	1,7
Lésion rectale	2	3,4
Hémorragie	3	5,0
<u>Complications post-opératoires</u>		
Rétention urinaire	1	1,7
Complications infectieuses	3	5,0
Œdème du périnée	1	1,7
Autres	2	3,4

Autres : hématome rectal, œdème périnéal avec saignement

RESULTATS

F. HOSPITALISATION**Tableau 24 : Répartition des cas de prolapsus opérés selon la durée d'hospitalisation**

Dans notre étude, on a pu déterminer la durée du séjour que chez 30 patientes sur les 60 opérées.

DUREE EN JOURS	NOMBRE	FREQUENCE (%)
6	11	36,7
7	3	10,0
8	2	6,7
9	7	23,3
13	4	13,3
14	2	6,7
17	1	3,3
TOTAL	30	100,0

Tableau 25 : Répartition des cas de prolapsus selon la durée du sondage urinaire (sonde urinaire à demeure)

La durée du sondage urinaire n'est déterminée que chez 8 patientes sur les 60 opérées.

DUREE EN JOURS	NOMBRE	FREQUENCE (%)
2	1	12,5
4	3	37,5
5	1	12,5
6	1	12,5
7	1	12,5
10	1	12,5
TOTAL	8	100,0

RESULTATS

G. LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT

Ils ont été déterminés chez 29 malades opérées.

Tableau 26 : Répartition des malades opérées selon les résultats à 3 mois

RESULTAT	NOMBRE	FREQUENCE (%)
<u>RESULTAT ANATOMIQUE</u>		
Bon	26	93,1
Moyen	2	6,8
Mauvais	1	3,4
<u>RESULTAT FONCTIONNEL</u>		
Bon	24	82,7
Moyen	5	17,2
<u>DEGRE DE SATISFACTION DE LA PATIENTE</u>		
Très satisfaisant	22	75,9
Moyennement satisfaisant	6	20,7
Non satisfaisant	1	3,4

Les résultats à 6 mois et plus ont été déterminés chez 2 patientes, soit une fréquence de 3,3%. Dans l'un des cas, ils ont été mauvais au plan anatomique et fonctionnel.

H. LES RESULTATS ANALYTIQUES

Tableau 27 : Relation entre l'âge et le traitement chirurgical

AGE (A)	TRAITEMENT CHIRURGICAL	OUI	NON	TOTAL
15 < A ≤ 20		3	3	6
20 < A ≤ 25		4	8	12
25 < A ≤ 30		10	17	27
30 < A ≤ 35		7	8	15
35 < A ≤ 40		8	5	13
40 < A ≤ 45		5	5	10
45 < A ≤ 50		5	5	10
50 < A ≤ 75		14	12	26
Non déterminé		4	5	9
TOTAL		60	68	128

Chi2 = 3,69

P = 0,8842

RESULTATS

Tableau 28 : Relation entre l'âge et le Manchester-Shirodkar

	MANCHESTER-SHIRODKAR	OUI	NON	TOTAL
AGE (A)				
15 < A ≤ 20		3	3	6
20 < A ≤ 25		2	10	12
25 < A ≤ 30		7	20	27
30 < A ≤ 35		7	8	15
35 < A ≤ 40		3	10	13
40 < A ≤ 45		2	8	10
45 < A ≤ 50		0	10	10
50 < A ≤ 75		3	23	26
Non déterminé		3	6	9
TOTAL		30	98	128

Chi2 = 12,94

P = 0,1139

Tableau 29 : Relation entre l'âge et le Manchester

	MANCHESTER	OUI	NON	TOTAL
AGE (A)				
15 < A ≤ 20		0	6	6
20 < A ≤ 25		2	10	12
25 < A ≤ 30		3	24	27
30 < A ≤ 35		0	15	15
35 < A ≤ 40		4	9	13
40 < A ≤ 45		1	9	10
45 < A ≤ 50		1	9	10
50 < A ≤ 75		2	24	26
Non déterminé		1	8	9
TOTAL		14	114	128

Chi2 = 8,53

P = 0,3832

RESULTATS

Tableau 30 : Répartition entre l'âge la triple opération périnéale (TOP) avec hystérectomie

AGE (A)	TOP avec HYSTERECTOMIE	OUI	NON	TOTAL
15 < A ≤ 20		0	6	6
20 < A ≤ 25		0	12	12
25 < A ≤ 30		0	27	27
30 < A ≤ 35		0	15	15
35 < A ≤ 40		1	12	13
40 < A ≤ 45		1	9	10
45 < A ≤ 50		4	6	10
50 < A ≤ 75		7	19	26
Non déterminé		0	9	9
TOTAL		13	115	128

Chi2 = 25,66

P = 0,0012

Tableau 31 : Relation entre l'âge et la promonto-istmo-plexie

AGE (A)	PROMONTO-ISTHMO-PEXIE	OUI	NON	TOTAL
15 < A ≤ 20		0	6	6
20 < A ≤ 25		0	12	12
25 < A ≤ 30		0	27	27
30 < A ≤ 35		0	15	15
35 < A ≤ 40		0	13	13
40 < A ≤ 45		1	9	10
45 < A ≤ 50		0	10	10
50 < A ≤ 75		1	25	26
Non déterminé		0	9	9
TOTAL		2	126	128

Chi2 = 6,97

P = 0,5398

RESULTATS

Tableau 32 : Relation entre l'âge et le Marion-Kelly

MARION-KELLY	OUI	NON	TOTAL
AGE (A)			
15 < A ≤ 20	0	6	6
20 < A ≤ 25	0	12	12
25 < A ≤ 30	0	27	27
30 < A ≤ 35	0	15	15
35 < A ≤ 40	0	13	13
40 < A ≤ 45	0	10	10
45 < A ≤ 50	0	10	10
50 < A ≤ 75	1	25	26
Non déterminé	0	9	9
TOTAL	1	127	128

Chi2 = 3,95

P = 0,8612

Tableau 33 : Relation entre la parité et les différents stades de prolapsus

1 ^{er} DEGRE	N.D.	OUI	NON	TOTAL
PARITE				
Nullipare	0	1	0	1
Paucipare	1	5	15	21
Multipare	5	13	27	45
Grande multipare	3	22	36	61
TOTAL	9	41	78	128

Chi2 = 4,66

P = 0,5885

N.D. : non déterminé

2 ^{ème} DEGRE	N.D.	OUI	NON	TOTAL
PARITE				
Nullipare	0	1	0	1
Paucipare	1	5	15	21
Multipare	5	13	27	45
Grande multipare	3	22	36	61
TOTAL	9	41	78	128

Chi 2 = 5,04

P = 0,5383

N.D. : non déterminé

RESULTATS

3 ^{ème} DEGRE	N.D.	OUI	NON	TOTAL
PARITE				
Nullipare	0	0	1	1
Paucipare	1	8	12	21
Multipare	5	14	26	45
Grande multipare	3	24	34	61
TOTAL	9	46	73	128

Chi 2 = 2,90

P = 0,8215

N.D. : non déterminé

Tableau 34 : Relation entre le 2^{ème} degré du prolapsus et le Manchester

2 ^{ème} degré	MANCHESTER	OUI	NON	TOTAL
Oui		3	38	41
Non		7	71	78
Non déterminé		4	5	9
TOTAL		14	114	128

Chi 2 = 11,23

P = 0,0036

Tableau 35 : Relation entre le 2^{ème} degré du prolapsus et le Manchester-Shirodkar

2 ^{ème} degré	MANCHESTER-SHIRODKAR	OUI	NON	TOTAL
Oui		12	29	41
Non		18	60	78
Non déterminé		0	9	9
TOTAL		30	98	128

Chi 2 = 3,54

P = 0,1705

Tableau 36 : Relation entre le 2^{ème} degré du prolapsus et la triple opération périnéale (TOP) avec hystérectomie

2 ^{ème} degré	TOP avec HYSTERECTOMIE	OUI	NON	TOTAL
Oui		3	38	41
Non		10	68	78
Non déterminé		0	9	9
TOTAL		13	115	128

Chi 2 = 1,99

P = 0,3703

RESULTATS

Tableau 37 : Relation entre le 2^{ème} degré du prolapsus et la promonto-isthmo-fixation

	PROMONTO-ISTHMO-FIXATION	OUI	NON	TOTAL
2^{ème} degré				
Oui		0	41	41
Non		2	76	78
Non déterminé		0	9	9
TOTAL		2	126	128

Chi 2 = 1,30

P = 0,5214

Tableau 38 : Relation entre le 2^{ème} degré du prolapsus et le Marion-Kelly

	MARION-KELLY	OUI	NON	TOTAL
2^{ème} degré				
Oui		0	41	41
Non		1	77	78
Non déterminé		0	9	9
TOTAL		1	127	128

Chi 2 = 0,65

P = 0,7239

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

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

A. FRÉQUENCE

Le tableau 39 (ci-dessus) nous montre que le prolapsus génital est une affection dont la fréquence varie d'un pays à l'autre.

C'est ainsi que durant notre période d'étude de 1992 à 1996 (5 ans), une fréquence de 1,04% a été trouvée. Ce qui se rapproche de celle de THIMOTE D. et coll. qui ont trouvé à l'HGT 1% [34].

Par contre cette fréquence est nettement supérieure dans les études réalisées par BAYE M. au Cameroun qui trouvait 10,6% et par MAÏGA et coll. (12,5%) [20]. Ce grand écart de fréquence dans l'étude de MAÏGA et coll. s'explique par le fait que c'est une enquête épidémiologique qui a été menée au sein de la population nomade dans le Gourma malien. BRIEGER GM. Et coll. , trouvaient que le prolapsus génito-urinaire représentait 25% de l'ensemble des interventions chirurgicales bénignes dans le service de gynécologie de l'hôpital de Hongkong [4].

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Tableau 39 : La fréquence du prolapsus selon les études.

AUTEURS	LIEU D'ÉTUDE	PAYS	FRÉQUENCE ABSOLUE	FRÉQUENCE RELATIVE	PÉRIODE D'ÉTUDE
Notre étude	Hôpital	MALI	128	1,04%	1992-1996 (5 ans)
THIMOTE D.	Hôpital	MALI	163	1,0%	1989 (1 an)
MAIGA M.A.	Population	MALI	50	12,5%	1989 (1 an)
DIOP M.B.	Hôpital	SENEGAL	104	—	1969-1988 (19 ans)
EULALIE K.K.A.	Hôpital	R.C.I.	31	—	(5 ans)
BAYE M.	Hôpital	CAMEROUN	32	10,6%	—
LUKMAN Y.	Hôpital	ETHIOPIE	156	—	1989-1993 (5 ans)
SFAR E.	Hôpital	TUNISIE	193	—	1982-1988 (7 ans)
LECURU F.	Hôpital	FRANCE	203	—	1985-1992 (8 ans)
WETZEL O.	Hôpital	FRANCE	55	—	1986-1992 (7 ans)
FRUSCELLA F.	Hôpital	ITALIE	36	—	1988-1994 (7 ans)
BEVERLY CM.	Hôpital	USA	375	—	1990-1993 (4 ans)
STROHBEHN K	Hôpital	USA	191	—	1979-1991 (13 ans)
RODRIGUEZ- C	Hôpital	MEXIQUE	50	—	1990-1995 (6 ans)
BRIEGER GM.	Hôpital	HONG-KONG	578	25%	1993 (1 an)

R.C.I. : République de Côte d'Ivoire

B. CARACTERISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

1. Ethnie :

L'ethnie la plus représentée dans notre étude est celle des bambara avec une fréquence de 39,8%, suivie des peulh 18,0% et des soninké 14,8% (tableau 7).

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

2. Statut socioprofessionnel :

85,9% de nos patientes étaient mariées et 89,1% étaient des ménagères (tableaux 5 et 6). Cette prédominance des ménagères dans notre étude est également retrouvée dans celle de LUKMAN Y. en Ethiopie (92,2%) [19]. Les multiples travaux pénibles (les travaux champêtres, le port de fardeaux très lourds...) auxquels s'adonnent quotidiennement nos femmes africaines sont des facteurs provoquants de fortes pressions abdominales ; qui si elles sont supérieures à celles de la statique pelvienne entraîneraient la genèse du prolapsus génital.

Région de provenance :

La principale source de provenance de nos patientes était Bamako avec 71,9%, suivi de Koulikoro 11,7% ; ceci s'explique par le fait que cette région est la plus proche de Bamako par rapport aux autres régions.

La provenance de la campagne des patientes et le bas niveau économique jouent un rôle non négligeable dans la survenue des prolapsus par le fait du manque de centres socio-sanitaires qui fait que la plupart des accouchements se font sans aucune assistance médicale [6, 8, 19]

C. ÂGE**Tableau 40 : L'âge selon les études.**

AUTEURS	LIEU D'ÉTUDE	PAYS	TRANCHE D'ÂGE	FRÉQ*	ÂGE MOYEN	PÉRIODE D'ÉTUDE
Notre étude	Hôpital	MALI	16-75		36,8	5 ans
THIMOTE	Hôpital	MALI	20-34	50,79%		1 an
D.			35-44	22,22%		
MAIGA	Population	MALI	25-34	16,1%		1 an
MA.			35-44	15,4%		
DIOP M.B.	Hôpital	SENEGAL	20-70	—	38	19 ans
EULALIE	Hôpital	R.C.I.	24-81	—	50,58 ans	5 ans
K.K.A.						
SFAR E.	Hôpital	TUNISIE	—	—	54 ans	7 ans
LUKMAN	Hôpital	ETHIOPIE			38.09±11,52	5 ans
Y.					42.17±13.16	
LECURU F.	Hôpital	FRANCE	41-65	96%		8 ans
WETZEL O.	Hôpital	FRANCE	38-78		55.5	7 ans
FRUSCELL	Hôpital	ITALIE	59-85			7 ans
A L.						
HEINONEN	Hôpital	FINLAND			72,8	5 ans
PK.						
SPENCE- JONES	Hôpital	U.K.			57	—
WEITZEL	Hôpital	ALLEMA- GNE	71-82			—
HK.						
BEVERLY	Hôpital	U.S.A.	35-93		66±10,2	4 ans
CM.						
STROHBEN	Hôpital	U.S.A.			30.3±3.4	13 ans
K.					60.6±11,9	
MEEKS GR.	Hôpital	U.S.A.			54.5±14,6	11 ans
HOLLEY	Hôpital	U.S.A.	46-86			—
RL.						
RODRIGUE	Hôpital	MEXIQUE			60	6 ans
Z-C.						

* : FRÉQUENCE

L'âge est un facteur très influençant quant à la prise en charge d'une femme présentant un prolapsus génital. C'est une affection qui se voit à tous les âges.

Ainsi l'âge moyen dans notre étude était de 36,8 ans, ce qui se rapproche de celui de LUKMAN Y. en Ethiopie 38,09% ans \pm 11,52 [19] et de DIOP M.B. au Sénégal 38 ans [6]. Notre âge moyen comparé à ceux de WETZEL O. et coll. [37], de SPENCE-JONES C. et coll. [32], de HEINOEN PK. [10], de MEEKS GR. et coll. [21] et de RODRIGUEZ-COLORADO S. et coll. [27], nous montrent que l'âge de survenue du prolapsus génital dans leurs études se situe au moment de la ménopause ou après celle-ci.

Le tableau 4 montre que les femmes en âge de procréer sont les plus touchées par cette affection avec un taux de 64,8%, ce taux se rapproche de celui de THIMOTE D.(73,01%) [34] et de celui de DIOP M.B. au Sénégal (62%) [6]. Cette fréquence est vue en baisse dans l'étude de MAIGA M.A. avec un taux de 31,5% [20] et dans celle de EULALIE en R.C.I., où il est de 22,57% [8].

Notre étude comparée à celle réalisée par LECURU F. et coll. [18] en France, montre que 96,0% des patientes avaient un âge compris entre 41 et 65 ans, taux nettement supérieur au nôtre où il est de 30,5%.

La proportion élevée de femmes jeunes [notre étude, 6, 12, 19, 34] peut s'expliquer par le fait que dans nos pays en voie de développement, les prolapsus génitaux sont plutôt dus aux lésions obstétricales dans les suites de couches immédiates occasionnées par les accouchements répétés et dystociques. Par contre dans les pays développés les prolapsus sont surtout dus à la carence hormonale et à l'atrophie sénile des tissus [9, 10, 18, 21, 27, 31, 37]. Ce qui explique le faible taux des femmes ménopausées dans notre étude, 28,9% des cas (tableau 9), fréquence qui est nettement inférieure à celles de LECURU F. et coll. [18] en France (où l'âge de la ménopause est de 50,2 ans), de FRUSCELLA L. et coll. en Italie [9] et de WEITZEL HK. et coll. en Allemagne [36] (tableau 37).

La femme la plus jeune dans notre étude avait 16 ans et la plus âgée 75 ans par contre WEITZEL et coll. trouvaient respectivement 59 et 89 ans [36].

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre l'âge et le Manchester-Shirodkar, l'âge et le Manchester, l'âge et la promonto-isthmo-fixation et enfin l'âge et le Marion-Kelly (tableaux 28, 29, 31, 32). Par contre il existe une différence statistiquement significative entre l'âge et la triple opération périnéale avec hystérectomie (tableau 30 ; $P=0,0012$).

D. FACTEURS ÉTIOLOGIQUES**Tableau 41 : Les antécédents obstétricaux selon les études.**

AUTEURS	PAYS	MULTIPARITÉ	PARITÉ MOYENNE	MÉNOPAUSE	PÉRIODE D'ÉTUDE
Notre étude	MALI	35,2% 47,7%*	6,6	28,9%	5 ans
THIMOTE D.	MALI	61,90% 34,92%*	—	4,76%	1 an
DIOP M.B.	SENEGAL	69,2%	4	30%	19 ans
EULALIE K.K.A.	R.C.I.	25,8% 58,06%*	6,09	58,06	5 ans
LUKMAN Y.	ETHIOPIE	—	5,6±2,7 5,4±2,6	—	5 ans
LECURU F.	FRANCE	78,6%	—	—	8 ans
MEEKS GR.	U.S.A.	38%	4,1±3,2	—	11 ans
BEVERLY CM.	U.S.A.	—	3	—	4 ans
RODRIGUEZ- C.	MEXIQUE	—	3	80%	6 ans

* : Grande multiparité

Tableau 42 : Les antécédents chirurgicaux selon les études.

AUTEURS	PAYS	GROS FOETUS	CURE DE PROLAPSUS	HYSTÉRECT*	PÉRIODE D'ÉTUDE
Notre étude	MALI	3,1%	4,7%	0,8%	5 ans
THIMOTE D.	MALI	71,42%	—	4,76%	1 an
DIOP M.B.	SENEGAL	—	5%	0%	19 ans
LECURU F.	FRANCE	32%	—	—	8 ans
QUERLEU D.	FRANCE	42,9%	13,2%	14,0%	1974-1989 (26 ans)

* : HYSTÉRECTOMIE

Le prolapsus résulte de la défaillance à divers degrés des structures pelvi-périnéales de maintien et de soutien. Les facteurs constitutionnels peuvent être :

_ plus rarement : anomalies congénitales (profondeur anormale du Douglas), rendant compte des rares prolapsus des vierges et des nullipares.

_ avant tout, obstétrical (multiparité, accouchements difficiles, déchirures périnéales mal réparées), mais aussi les modifications trophiques de la ménopause.

Ainsi dans notre étude, une patiente nullipare de 16 ans présentait une cystocèle du 2^{ème} degré récidivée ; ce qui représente une fréquence de 0,8% contre 3,4% dans une étude effectuée dans le pavillon de Paul Gellé à Roubaix en France [26], MEEKS et coll. aux U.S.A. trouvaient 4,5% [21].

La parité moyenne dans notre étude (6,6) se rapproche de celle de EULALIE en R.C.I. 6,09 [8] et de LUKMAN Y. en Ethiopie qui trouvait $5,6 \pm 2,7$ [19]. Comparée à celles de MEEKS et coll.[21] et de BEVERLY CM. et coll. [3] aux U.S.A. et de RODRIGUEZ-COLORADO S. et coll. au Mexique [27], notre taux est nettement supérieur (tableau 38).

La multiparité et la grande multiparité sont retrouvées dans la plupart des études. Elles représenteraient une fréquence de 82,9% dans la notre, 96,82% dans celle de THIMOTE [34], 69,2% dans l'étude dakaroise [6], 83,86% au CHU de Yopougon [8], 78,6% dans celle de LECURU F. et coll. en France [18] et 38% dans celle de MEEKS et coll. aux U.S.A.[21].

Les accouchements laborieux et les gros fœtus peuvent être des facteurs à l'origine du prolapsus génital. Ainsi 17,2% d'accouchements difficiles ont été trouvés dans notre étude avec 3,1% d'antécédent de gros fœtus. 29,03% d'accouchements dystociques ont été trouvés chez EULALIE K.[8]. LECURU F. et coll. [18] trouvaient 32% d'antécédent de gros fœtus contre 42,9% au pavillon Paul Gellé à Roubaix [26]. Notre taux d'antécédent de gros fœtus est faible par rapport à ceux des études françaises ; ceci s'explique par le niveau scolaire bas ou inexistant de nos patientes, qui n'ont pas de notion du poids de leurs enfants.

Dans notre étude, la ménopause représente une fréquence faible (28,9%) qui se rapproche de celle de DIOP M.B. (30%) [6]. Par contre cette fréquence est élevée dans les études de EULALIE K. en R.C.I. (58,06%) [8] et de RODRIGUEZ-COLORADO S.[25] au Mexique qui trouvait 80,0% de femmes ménopausées.

La place des antécédents chirurgicaux au niveau de la sphère génitale n'est pas négligeable, 5,2% dans notre étude et celle de DIOP M.B. 5% [6], contre 27,2% en France dans le pavillon de Paul Gellé à Roubaix [26].

E. SIGNES CLINIQUES**Tableau 43 : le motif de consultation selon les études**

MOTIF DE CONSULTATION	NOTRE ÉTUDE	QUERLEU D.
Tuméfaction à la vulve	96,9%	16,9%
Impression de perte d'organes	1,6%	34,5%
Pesanteur pelvienne	8,6%	31,2%
Incontinence urinaire d'effort	18,8%	48,0%
Pollakiurie	4,7%	23,1%
Dysurie	12,5%	10,9%
Constipation	3,9%	3,5%

Tableau 44 : Les signes physiques selon les études

AUTEURS	PAYS	URÉTRO- CÈLE	CYSTO- CÈLE	HYSTÉRO- CÈLE	RECTO- CÈLE	PÉRIODE D'ÉTUDE
Notre étude	MALI	28,9%	95,3%	53,9%	68,0%	5 ans
THIMOTE D.	MALI	—	C.R. = 4,76%	C.H. = 42,85%	C.H.R. = 52,38%	1 an
DIOP M.B.	SENEGAL	—	85%	38%	63%	19 ans
EULALIE K.	R.C.I.	—	87,09%	74,19%	77,41%	5 ans
NERI- MENDEZ	MEXIQUE	92,3%	94,0%	—	—	6 ans
JUMA S.	U.S.A.	5,0%	100,0%	15,0%	82,5%	—
PEACOCK LM.	U.S.A.	—	72,95%	25,7%	55,3%	—

C.R. : Cysto-Rectocèle : C.H. : Cysto-Hystérocèle : C.H.R. : Cystocèle, Hystérocèle et Rectocèle.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Tableau 45 : Le degré de prolapsus selon les études

AUTEURS	PAYS	STADE 1	STADE 2	STADE 3	I.U.E.	PÉRIODE D'ÉTUDE
Notre étude	MALI	25,0%	32,0%	36,0%	11,7%	5 ans
THIMOTE D.	MALI	0,0%	36,50%	58,73%	25,40%	1 an
DIOP M.B.	SENEGAL	35,5%	70,8%	38%	14%	19 ans
LECUURU F.	FRANCE	–	–	–	38,0%	8 ans
QUERLEU D.	FRANCE	18,5%	46,7%	31,1%	48,0%	26 ans
DUTTA DK.	INDE	18,0%	42,0%	40,0%	–	–
STROHBEHN K.	U.S.A.	–	–	33,0% μ 87,0% *	–	13 ans
JUMA S.	U.S.A.	–	–	–	100,0%	–
NERI- MENDEZ	MEXIQUE	–	–	–	100,0%	6 ans
FRUSCELLA L.	ITALIE	–	–	77,8%	22,2%	7 ans
MILANI AL.	PAYS-BAS	–	–	–	50,0%	–

μ : âge inférieur à 35 ans

* : âge supérieur à 35 ans

Les symptômes motivant la consultation sont très divers : l'évaluation de la gêne fonctionnelle montre que le principal motif de consultation est la tuméfaction à la vulve 96,9%, suivie de l'I.U.E. 18,8% et de la dyspareunie 14,8%. Par contre dans le pavillon Paul Gellé, l'I.U.E. venait en tête avec 48,0%, suivie de l'impression de perte d'organes 31,2% et de la pollakiurie 23,1% (tableau 43).

Le tableau 44 montre que la plupart des auteurs ont leurs signes physiques dominés par la cystocèle DIOP M.B. (85%) [6], EULALIE K. (87,09%) [8], NERI-MENDEZ C. (94,0%) [24], JUMA S.(100,0%) [13], PEACOCK LM. et coll.(72,95%) [25]. Ces taux comparés sont sensiblement égaux aux nôtres.

La fréquence d'hystérocèle (53,9%) dans notre étude est nettement supérieure à celle de DIOP M.B. (38%) [6], JUMA S. (15,0%) [10] et de PEACOCK LM. et coll. (25,7%) aux U.S.A. [23]. Par contre EULALIE K. en R.C.I. trouve un taux d'hystérocèle plus élevé (74,19%) [8]. La présence de rectocèle est aussi fréquente que la cystocèle : dans notre étude (68,0%) comme dans celles de nombreux auteurs [6, 8, 10, 23] qui trouvaient une fréquence comprise entre 55,3% et 82,5%.

L'association de l'I.U.E. au prolapsus génital est retrouvée dans la plupart des études, mais sa fréquence varie d'un auteur à un autre. Notre étude trouvait 11,7%, fréquence qui est plus proche de celle des auteurs africains notamment [6 et 8]. Elle est de 38,0% chez LECURU F. et coll.[18] en France, 22,2% chez FRUSCELLA L. et coll. en Italie [9]. JUMA S. aux U.S.A. [13] et NERI-MENDEZ C. et coll. au Mexique [24] trouvaient que toutes les patientes présentaient une I.U.E., soit 100,0%. Ce faible taux d'I.U.E. dans notre sous- région peut s'expliquer par le fait que nous ne disposons pas d'examen spécialisés (colpocystogramme et épreuves urodynamiques) qui permettent de diagnostiquer des I.U.E. potentielles ou masquées.

Le tableau 41 nous montre que le 3^{ème} degré de prolapsus génital est prédominant dans notre étude et de celle de THIMOTE [34], par contre dans celles de DUTTA K. en Inde [7] et du pavillon Paul Gellé [26] c'est le 2^{ème} degré qui prédomine. Ceci peut s'expliquer par le fait que nos patientes ne consultent que lorsque le prolapsus devient très gênant car très important.

Le tableau 33 montre que la parité n'influence pas significativement sur les différents degrés du prolapsus : stade 1 (P=0,5885), stade 2 (P=0,5383), stade 3 (P=0,8215).

Le tableau 34 montre que le 2^{ème} degré du prolapsus génital influence significativement sur le traitement par Manchester (P=0,0036).

F. TRAITEMENT CHIRURGICAL**Tableau 46 : la voie d'abord chirurgicale et les techniques selon les études**

AUTEURS	PAYS	VOIE	VOIE	VOIE	TECHNIQUES UTILISÉES
		BASSE	HAUTE	MIXTE	
Notre étude	MALI	OUI	OUI		-TOP avec ou sans hystérectomie -Manchester -Promontofixation -Ventrofixation
THIMOTE D.	MALI	OUI	OUI	OUI	-Ventrofixation -Hystérectomie subtotale -Manchester
DIOP M.B.	SENEGAL	OUI	OUI		-TOP -Manchester -Promontofixation -Ventropexie
EULALIE K.	R.C.I.	OUI		OUI	-TOP avec ou sans hystérectomie -Manchester-Shirodkar - Intervention de LABHARDT
LECURU F.	FRANCE		OUI		-Promonto-suspension + Colpopexie retropubienne
WETZEL O.	FRANCE		OUI		-Promontofixation + Hystérectomie totale
HEINONEN PK.	FINLAND	OUI			-Transvaginal sacrospinous ligament colpopexie
KO-KIVOK- YUN	FRANCE	OUI			-Sacro-spinofixation ou intervention de RICHTER
HOLLEY RL.	U.S.A.				-Sacro-spinofixation
DUTTA K.	INDE	OUI			-Hystérectomie vaginale -Manchester
JOSHI VM.	INDE		OUI		-Suspension de l'utérus au ligament pectinéal
RODRIGUEZ-	MEXIQUE	OUI			-Hystérectomie vaginale

Les prolapsus génito-urinaires sont le plus souvent traités chirurgicalement, mais sans que les traitements médicaux incluant la rééducation périnéale perdent leur place [35].

La difficulté du traitement chirurgical du prolapsus génital réside dans le choix de la voie d'abord pour obtenir un bon résultat. Mais ce choix dépend de la conviction et de l'expérience du chirurgien.

Une indication de chirurgie fut posée dans 68,0% des cas de notre échantillon. Mais ce n'est que 46,9% des patientes qui ont subi une intervention chirurgicale. Ceci s'explique par le fait que chez certaines patientes, la chirurgie était proposée après que la femme ai fini de faire ses maternités et que d'autres patientes refusaient l'intervention.

Le tableau 42 montre que la plupart des auteurs utilisent volontiers la voie basse [19, 15, 10, 7, 27, 6, 8]. Dans notre étude le rapport est de 57/60 cas.

La voie haute a été utilisée le plus souvent par THIMOTE D. (41/63 cas) [31], par LECURU F. et coll. [18], par WETZEL O. et coll. [37] et JOSHI VM. [12]. Par contre SENEZE J. et coll. [28] dans leur étude ont utilisé simultanément les voies haute et basse.

Le tableau 22, nous renseigne sur les techniques chirurgicales que nous avons pratiquées : le Manchester-Shirodkar prédomine, elle concerne 50,0% des cas, elle était toujours complétée par une myorrhaphie des releveurs. Cette technique a été moins pratiquée dans les études de DIOP M.B. à Dakar et EULALIE K. en R.C.I., respectivement 22,11% et 20%. Suivait le Manchester 23,3%, puis la triple opération périnéale avec hystérectomie 21,7%, taux qui est inférieur à celui du CHU de Yopougon où il est de 53,33%. Cela est dû à la moyenne d'âge qui est de 50,58 ans [8]. Ensuite suit la promontofixation 6,6% et enfin 1 cas de ventrofixation (1,6%). Ces deux dernières interventions ont été plus pratiquées dans l'étude dakaroise, respectivement 17,30% et 7,69% [6].

G. HOSPITALISATION

Tableau 47 : La durée d'hospitalisation selon les études

AUTEURS	PAYS	DURÉE	DURÉE MOYENNE	VOIE D'ABORD	PÉRIODE D'ÉTUDE
Notre étude	MALI	6-7 jours	8,7 jours	-Voie basse -Voie haute	5 ans
EULALIE K.	R.C.I.	4-8 jours	8 jours	-Voie basse	5 ans
WETZEL O.	FRANCE	7-25 jours	8,9 jours	-Voie haute	7 ans
JUMA S.	U.S.A.	1-7 jours	2,5 jours	-Voie basse	-

Le tableau 47, nous montre que la durée moyenne d'hospitalisation dans notre étude est proche de celle des études, ivoirienne [8] et de WETZEL O. et coll. en France [37]. Elle est nettement supérieure à celle de JUMA S. [13]. Ainsi l'abord chirurgical par voie basse permet une durée d'hospitalisation plus courte que dans la voie haute.

H. COMPLICATIONS

Le taux de mortalité opératoire était nul comme dans les séries de DIOP M.B. [6] et EULALIE K. [8].

6,7% de complications ont été retrouvées en per et postopératoire contre 20% chez EULALIE K. [8] et 18,8% chez WETZEL O. et coll. [37].

Les interventions par voie basses font courir le risque d'accidents chirurgicaux : lésions rectale et vésicale et d'importante hémorragie. Ainsi, en peropératoire, une hémorragie très importante fut trouvée dans 5,0% des cas, une lésion rectale dans 3,4% et une lésion vésicale : 1,7%. EULALIE K. dans son étude rapporte les mêmes complications mais à des fréquences plus élevées [8].

En postopératoire, les complications infectieuses prédominent avec 5% des cas. LECURU F. et coll. en France trouvaient 61,5% d'infection urinaire [18].

I. RÉSULTATS DU TRAITEMENT

Dans les 3 mois qui suivirent l'intervention, 29 patientes sur 60 opérées furent revues pour un contrôle soit 48,3%.

Ainsi à court terme, on a retrouvé 93,1% de bon résultat anatomique, taux qui se rapproche des études de LECURU F. et coll. (94,2% à 100,0% des cas) [18], de WETZEL O. et coll. (96,4%) [37], de HOLLEY RL. et coll. qui ont trouvé une seule élytrocèle modérée [11].

Dans notre étude, il y avait 82,7% de bon résultat fonctionnel contre 56,0% à 70,5% chez LECURU F. [18] et les patientes étaient très satisfaites dans 75,9% des cas. Un cas de récurrence (3,4%) fut recensé (tableau 29).

A long terme, 6 mois ou plus, 2 patientes furent revues ce qui représente 3,3% de l'ensemble patientes opérées. Une présentait un bon résultat anatomique, par contre l'autre a fait une récurrence de son prolapsus génital. Ces 2 cas ne nous permettent pas de bien juger des résultats du traitement à long terme.

Dans les résultats à long terme, avec un recul d'un an DIOP M.B. trouvait 29,41% de lésions récidivées (cystocèle, élytrocèle et hystérocelle), et 17,64% de mauvais résultats fonctionnels [6]. Dans l'étude d'EULALIE, avec un recul de 2 à 24 mois, il a été observé 96% de bon résultat anatomique et 68% de bon résultat fonctionnel. LECURU F. et coll. rapportaient 86,7% à 100,0% de bon résultat anatomique et 55,3% à 80,5% de bon résultat fonctionnel avec un recul moyen de 32,5 mois [18]. 42 mois après l'intervention, HOLLEY RL. et coll. trouvaient 92% de récurrence de cystocèle (dont la plupart étaient modérées et asymptomatiques), 17% de récurrence de rectocèle, 6% d'élytrocèle et 8% de récurrence complète du prolapsus [11].

JUMA S., aux U.S.A. dans un délai de 30 mois postopératoire retrouvait 90% d'excellent résultat anatomique. Sur le plan fonctionnel, 82,5% des patientes présentaient des douleurs pelviennes ou de rares épisodes d'incontinence urinaire et 17,5% présentaient une récurrence de leur miction impérieuse [13].

En Jamaïque, KULKARINI S. [16] rapporte sur une période de suivi de 12,8 ans une fréquence de récurrence égale à un cas sur 9.

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude rétrospective sur les prolapsus génitaux que nous avons initié dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital du Point "G" pose le problème de l'attitude thérapeutique et la prise en charge ultérieure d'une femme jeune présentant un prolapsus génital.

Il ressort de cette étude que le prolapsus génital est fréquent au Mali chez la femme jeune. Ainsi de 1992 à 1996 nous avons colligé 128 cas de prolapsus génitaux. L'âge moyen est de 36,8 ans et les femmes en âge de procréer représentent une fréquence de 64,8%.

Ce sont en général des prolapsus acquis non pas par dystrophie d'involution sénile, mais par des séquelles traumatiques obstétricales. La multiparité et la grande multiparité représentent un taux de 82,9% avec une fréquence de 20,3% d'accouchements laborieux et de gros fœtus. L'étage antérieur est le plus souvent intéressé (95,3%) avec ses conséquences sur la sphère urinaire : I.U.E.=11,7% ; dysurie=12,5% ; miction impérieuse=6,3% ; pollakiurie=4,7%. Le traitement chirurgical fut souvent pratiqué, l'intervention par voie basse a été la plus pratiquée (57 cas sur 60).

Par cette méthode, on a obtenu en général de très bons résultats immédiats. Mais le problème se pose quant au suivi à long terme de nos patientes opérées (3,3%).

La fréquence du prolapsus et l'infirmité qu'il occasionne chez la femme jeune en période d'activité génitale justifient de mettre un accent sur la prophylaxie du prolapsus. Nous pensons que les recommandations suivantes sont utiles :

1. Pour l'obstétricien, la sage-femme et la matrone, il est conseillé :
 - de protéger le périnée lors de l'expulsion au cours de l'accouchement.
 - de recourir à l'épisiotomie pour éviter la déchirure musculaire de la sangle des releveurs et du noyau fibreux central du périnée chaque fois que cela est nécessaire.
 - d'éviter les manœuvres obstétricales traumatiques.
 - de proscrire les expressions abdominales lors de l'accouchement.
 - de prescrire dans le post-partum, une kinésithérapie périnéale.
2. Pour le chirurgien, il est conseillé de pratiquer en cas d'hystérectomie la technique intrafasciale suivie de solidarisation du fond vaginal aux ligaments suspenseurs.
3. Pour le gynécologue, il est conseillé de prescrire largement des oestrogènes après la ménopause.
4. Pour la patiente, d'éviter les grossesses très rapprochées et d'éviter le port de charges très lourdes (poids excédent 20 à 25 kg).

VII. ANNEXES

LA LISTE DES ABREVIATIONS :

C.A.P. : Colporraphie Antérieure et Postérieure

COLL. : Collaborateur

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines

H.G.T. : Hôpital Gabriel Touré

H.P.G. : Hôpital du Point"G"

I.U.E. : Incontinence Urinaire d'Effort

N.D. : Non Déterminé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

R.C.I. : République de Côte d'Ivoire

TOP : Triple Opération Périnéale

UIV : Urographie Intra-Veineuse

U.S.A. : United States of America

BIBLIOGRAPHIE :

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 prolapse in "Maternité principale" Yaoundé

Thèse médecine ; Yaoundé ; 1983.

3. BEVERLY C.M., WALTERS MD., WEBER AM., PIEDMONTE MR., BALLARD LA.

Prevalence of hydronephrosis in patients undergoing surgery for pelvic organ prolapse.

Obstetrics & Gynecology ; 1997 ; 90 (1) : 37-41.

4. BRIEGER GM., YIP SK., FLING YM., 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 : 741 p.

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 DK., 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 PK.

Transvaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault and complete genital prolapse in aged women.

Acat Obstetricia & Gynecologica Scandinavica ; 1992 ; 71 (5) : 377-81.

11. HOLLEY RL., VARNER RE., GLEASON BP., APFFEL LA., SCOTT S.

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

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

12. JOSHI VM.

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

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 pelviens 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. KULKARNI 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 : 510 p.

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 : 1013-1019.

19. LUKMAN Y.

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

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

20. MAÏGA M.A., SY A.S.

Enquête épidémiologique des affections gynécologiques au Gourma malien.

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

21. MEEKS GR., WASHBURNE JF., MCGEHEE, WISER WL., ADDISON WA., BADEN WE.

Repair of vaginal vault prolapse by suspension of the vagina to iliococcygeus (prespinous) fascia. Discussion.

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

22. MILANI AL., FLU PK., VIERMOUT ME., WALLENBURG HC.

Results and complications of vaginal correction of vaginal and uterine prolapse 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 LM., WISKIND AK., WALL LL.

Clinical features of urinary incontinence and urogenital prolapse 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 : 14 p.
27. **RODRIGUEZ-COLORADO S., ALVAREZ-MERCADO RL., ESCOBAR-DEL BARCO L., CASTILLO-RAMIREZ M., KUNHARDT-RASCH J.**
Clinical characteristics of women with genital prolapse.
Ginecologia Y Obstetricia de Mexico ; 1996 ; 64 : 193-7.
28. **SENEZE J., LEVARDON M., BOUQUET DE JOLINIÈRE 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. Gyneacol. ; 1989 ; 96 : 24-28.
32. **SPENCE-JONES C., KAMM MA., HENRY MM., HUDSON CN.**
Bowel dysfunction : a pathogenic factor in uterovaginal prolapse and urinary stress incontinence.
British Journal of Obstetrics & Gynaecology ; 1994 ; 101 (2) : 147-52.
33. **STROHBEHN K., JAKARY JA., DELANCEY JO.**
Pelvic prolapse in young women.
Obstetrics & Gynecology ; 1997 ; 90 (1) : 33-6.
34. **THIMOTE D.**
Contribution à l'étude des prolapsus génitaux : bases anatomiques, étiopathologiques et indicateurs thérapeutiques à l'hôpital Gabriel Touré (MALI) : à propos de 63 cas.
Thèse de médecine ; Bamako ; n° 47 ; 1989.
35. **VILLET R., GADONNEIX P., AKKER M. VAN DEN**

Traitements des prolapsus génito-urinaires.

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

36. WEITZEL HK., 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 ML., BOURDON J.

Traitements des prolapsus génito-urinaires par promontofixation à l'aide d'un matériel prothétique associé à une hystérectomie totale : complications et résultats 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.

FICHE D'ANQUÊTE

1. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

- {Q0} Idnum =
 {Q1} Nom =
 {Q2} Prénom =
 {Q3} Age =
 {Q4} Profession 1 = Sans
 2 = Elève
 3 = Fonctionnaire
 4 = Autres
 {Q5} Statut matrimonial =
 {Q6} Résidence =
 {Q7} Ethnie =

2. SIGNES FONCTIONNELS

- {Q8} Motif de consultation 1 = Tuméfaction à la vulve
 2 = Impression de perte d'organe
 3 = Pesanteur pelvienne
 4 = Incontinence urinaire d'effort
 5 = Pollakiurie
 6 = Mictions impérieuses
 7 = Urgences mictionnelles
 8 = dysurie
 9 = Pertes anormales (saignements et/ou des
 leucorrhées)
 10 = Dyspareunie ou difficultés sexuelles
 11 = Constipation (gêne à la défécation)
 12 = Autres
 {Q8A} Si Autres, préciser =

3. ANTÉCÉDENTS

- {Q9} ATCD obstétricaux 1 = Gestité
 2 = Parité
 3 = Ménopause

- {Q9A} Accouchement par aide instrumentale 1 = Oui 2 = Non
 Accouchement avec expression abdominale 1 = Oui 2 = Non
 ATCD de gros fœtus 1 = Oui 2 = Non
 ATCD de déchirure périnéale 1 = Oui 2 = Non
 Césarienne 1 = Oui 2 = Non
- {Q10} ATCD chirurgicaux 1 = Cure de prolapsus
 2 = Hystérectomie
 3 = Autres
- {Q10A} Si Autres, préciser =
- {Q11} ATCD médicaux 1 = Diabète
 2 = Toux chronique
 3 = Constipation
 4 = Autres
- {Q11A} Si Autres, préciser =
- {Q12} ATCD familiaux 1 = Notion de prolapsus
 2 = Diabète
 3 = Autres
- {Q12A} Si autres, préciser =

4. EXAMEN PHYSIQUE

• SIGNES CLINIQUES DE L'AFFECTION

- {Q13} Cystocèle 1 = Oui
 2 = Non
- {Q14} Urétrocèle 1 = Oui
 2 = Non
- {Q15} Allongement hypertrophique du col 1 = Oui sans ulcération du col
 2 = Oui avec ulcération du col
 3 = Non
- {Q16} Hystérocèle 1 = Oui
 2 = Non
- {Q17} Rectocèle 1 = Oui
 2 = Non
- {Q18} Elytrocèle 1 = Oui
 2 = Non
- {Q19} Cicatrice périnéale 1 = Oui
 2 = Non

• SIGNES URINAIRES

- {Q20} Incontinence urinaire d'effort 1 = Oui 2 = Non

- CLASSIFICATION

- {Q21} Premier degré 1 = Oui
2 = Non
- {Q22} Deuxième degré 1 = Oui
2 = Non
- {Q23} Troisième degré 1 = Oui
2 = Non

- 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

- AFFECTIONS ASSOCIÉES

- {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
- {Q36A} Si Autres, préciser =

5. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- | | | |
|-------------------------------------|---------|---------|
| {Q37} HSG | | 1 = Oui |
| | | 2 = Non |
| {Q38} Echographie pelvienne | 1 = Oui | |
| | | 2 = Non |
| {Q39} UIV | | 1 = Oui |
| | | 2 = Non |
| {Q40} Urétrocystographie rétrograde | 1 = Oui | |
| | | 2 = Non |
| {Q41} Colpocystogramme | | 1 = Oui |
| | | 2 = Non |
| {Q42} Explorations urodynamiques | 1 = Oui | |
| | | 2 = Non |
| {Q43} Frottis cervico-vaginal | 1 = Oui | |
| | | 2 = Non |
| {Q44} Prélèvement vaginal | | 1 = Oui |
| | | 2 = Non |
| {Q45} ECBU | | 1 = Oui |
| | | 2 = Non |

6. TRAITEMENTS

• TRAITEMENT MÉDICAL

- | | | |
|---------------------------------|---------|---------|
| {Q46} Pose du pessaire | | 1 = Oui |
| | | 2 = Non |
| {Q47} Estroégénothérapie | | 1 = Oui |
| | | 2 = Non |
| {Q47A} Si Oui, quelle hormone ? | | |
| {Q48} Kinésithérapie périnéale | 1 = Oui | |
| | | 2 = Non |
| {Q49} Autres | | |
| {Q49A} Si Autres, préciser | | |

• 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} Colporraphie antérieure et postérieure 1 = Oui
2 = Non

♣ Non conservateur

- {Q55} Hystérectomie par voie vaginale 1 = Oui
2 = Non

♣ En cas d'IUE

- {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

♣ Non conservateur

- {Q63} Hystérectomie 1 = Oui
2 = Non
- {Q64} Promontofixation vaginale (selon Richter) 1 = Oui
2 = Non

{Q65} Autres

{Q65A} Si Autres, préciser

7. COMPLICATIONS

- Complications per-opératoires

- {Q66} Lésions urinaires 1 = lésion vésicale
2 = lésion urétrale
- {Q67} Lésion rectale 1 = Oui
2 = Non
- {Q68} Hémorragie 1 = troubles de la coagulation
2 = lésion vasculaire
3 = Autres

{Q68A} Si Autres, préciser

- Complications postopératoires

- {Q69} Rétention urinaire après ablation de la sonde 1 = Oui
2 = Non
- {Q70} Hémorragie postopératoire 1 = Oui
2 = Non
- {Q71} Complications infectieuses 1 = infection urinaire
2 = septicémie
- {Q72} Œdème périnéal important+lachage de fil 1 = Oui
2 = Non
- {Q73} Phlébite 1 = Oui
2 = Non
- {Q74} Autres complications 1 = Oui
2 = Non
- {Q74A} Si Oui, préciser

8. HOSPITALISATION

- {Q75} Durée du séjour =
- {Q76} Durée de la sonde urinaire =
- {Q77} Evolution à court terme 1 = Exeat
2 = Transfert
3 = Décès

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 dans les maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 des 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.

NOM : SIDIBE
PRENOM : DIAN
TITRE DE LA THESE : Etude de 128 cas de prolapsus génitaux dans un service de gynécologie- obstétrique à Bamako
ANNEE : 1998
VILLE DE LA SOUTENANCE : Bamako
PAYS D'ORIGINE : MALI
LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odonto-Stomatologie
SECTEUR D'INTERET : Gynécologie-Obstétrique

RESUME : Il s'agit d'une étude transversale à question rétrospective portant sur 128 cas de prolapsus génitaux diagnostiqués de janvier 1992 à Décembre 1996 dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital du Point "G" à Bamako.

Il ressort de cette étude que 64,8% des patientes étaient en âge de procréer, les femmes ménopausées représentaient 28,9% des cas. L'âge moyen était de 36,8 ans, 89,1% étaient des ménagères. La parité moyenne était de 6,6 ; 35,2% des patientes étaient des multipares (4 à 6 accouchements) et 47,7% étaient de grandes multipares (plus de 7 accouchements).

La tuméfaction à la vulve constituait le principal motif de consultation (96,9%). Sur le plan clinique, la cystocèle et la rectocèle prédominaient avec respectivement 95,3% et 53,9%.

L'TUE était associée dans 11,7% des cas. Les trois étages étaient le plus souvent intéressés avec 44,5%. Le 3^{ème} degré représentait 36% des cas.

L'intervention par voie basse a été la plus pratiquée dans 95% des cas. Le Manchester-Shirodkar 50%, le Manchester 23,3%, le TOP avec hystérectomie 21,7%, la promonto-isthmo-pexie 6,6% et le Mario-Kelly 16%.

Il y a eu 6,7% de complications en per et post-opératoire.

Les résultats à court terme retrouvaient 93,1% de bon résultat anatomique, 82,7% de bon résultat fonctionnel et les patientes étaient très satisfaites dans 75,9% des cas.

Les résultats à long terme ne furent déterminer que chez 2 patientes (3,3%). Dans l'un des cas, ils ont été mauvais au plan anatomique et fonctionnel.

MOTS CLES : prolapsus génital, cystocèle, urétrécèle, hystérocèle, trachéocèle, rectocèle, Manchester, Manchester-Shirodkar, TOP avec hystérectomie, promonto-isthmo-pexie, Marion-Kelly