

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI  
**UN peuple - Un But - Une Foi**

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



N°.....

**THESE**

**CYSTOCELE : Aspects Cliniques et  
Thérapeutiques dans le Service de Chirurgie  
Générale au CSRéf de la Commune I**

Présentée et soutenue publiquement le 30/07/2021 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**Par M. Koniba FOFANA**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat).**

**Jury**

**Président : Pr Zanafon OUATTARA**  
**Membre : Dr Moumine Zié DIARRA**  
**Dr Amadou KASSOGUE**  
**Co-Directeur : Dr Modibo SANOGO**  
**Directeur : Pr Mamadou Lamine DIAKITE**

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

### **Je rends grâce**

A Allah, le tout puissant, le miséricordieux, le maître des destins de m’ avoir guidé et surtout assisté tout au long de mes études. Qu’ Il guide d’ avantage mes pas pour le reste de mon existence.

Je Lui rend grâce de m’ avoir donné force, détermination et inspiration pour la réalisation de ce travail. Je vous dois ce que je suis devenu. Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

“Il est ALLAH, unique.

ALLAH, le seul à être imploré pour ce que nous désirons. Il n'a jamais engendré, n'a pas été engendré non plus. Et nul n'est égal à Lui”.

ALLAH ! point de divinité à part Lui, le vivant, celui qui subsiste par lui-même “al Qayyum”. Ni somnolence ni sommeil ne le saisissent.

A lui appartient tout ce qui est dans les cieux et sur la terre.

Qui peut intercéder auprès de lui sans sa permission ? Il connaît leur passer et leur futur. Et, de sa science, ils n'embrassent que ce qu'il veut.

Son trône “Kursiy” déborde les cieux et la terre, dont la garde ne lui coûte aucune peine.

Et il est le très haut, le très Grand. Ce travail est une infime partie de tes immenses grâces.

A mon père SIDY FOFANA tu as préféré m’ inscrire à l’ école ; que j’ ai le privilège d’ être instruit. Père grâce au tout puissant et à ta détermination me voilà au terme de ce travail. Tu as toujours été pour moi la lumière qui me guide dans les moments les plus obscurs.

En témoignage des profonds liens qui nous unissent, veuillez cher père trouvez à travers ce travail l’ expression de mon grand amour, mon attachement et ma profonde reconnaissance. Puisse Dieu me donner la force, la chance et le temps de te témoigner toute ma reconnaissance.

A mes Mamans : WASSALA DIAKITE, ADJARATOU SIDIBE, FEUE TEKITI FOFANA, FEUE HILY MAGASSA aucune dédicace, aucun mot, ne sauraient exprimés le profond amour et l'immense respect que je vous porte. Je vous remercie pour votre patience, votre compréhension et votre soutien.

Qu'ALLAH Le Tout Puissant nous procure une vie heureuse pleine de bonheur. Du plus profond de mon cœur je vous dis merci. Puisse Dieu vous prête longue vie pour bénéficier du fruit de votre travail. Mais hélas nous prions pour le repos éternel de l'âme de nos deux mamans disparues très tôt.

A mes frères et sœurs : Cheick Hamala FOFANA, Mamadou FOFANA, Djibril SIDIBE, Elhadji Sékou FOFANA, Cheick Oumar FOFANA, Lassana FOFANA, Moussa FOFANA, Bakary FOFANA Fatou SIDIBE, Mariam Kouraba FOFANA Nènè FOFANA, Fatoumata FOFANA, Assétou FOFANA, Mariam FOFANA, Assan FOFANA, Halima FOFANA. Cette thèse est le fruit de vos efforts, vos prières, vos privations recevez toute ma reconnaissance.

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous. Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur qu'il faut pour vous combler. Merci pour votre esprit de fraternité.

A mes oncles et tantes : Diagui FOFANA, FEU Moussa FOFANA, Dipa FOFANA, Makan FOFANA, Mohamed FOFANA, Hion FOFANA, Djon FOFANA, Kadiatou TRAORE, Niamey FOFANA, Nounou MAGASSA, Sira TRAORE. Ce travail est le fruit de votre éducation. Veuillez trouver ici toute ma reconnaissance affectueuse.

A la mémoire de mes grands-parents. Le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir ce bonheur ensemble et de vous exprimer toute mon affection et mon respect. Puisse ALLAH Le tout puissant, assurer le repos de vos âmes par sa sainte miséricorde.

A ma très chère Femme KORIKA SIDIBE merci pour le soutien.

A mes neveux et nièces : Mamadou FOFANA, Bandjoukou TRAORE, Souleymane TRAORE, Mohamed TRAORE, Adjaratou TRAORE, Hily FOFANA, Famoussa DEMBELE, Sidy DEMBELE

A mon fils Sidy FOFANA.

A ma belle-famille.

A mes amis dont je me garde de citer des noms par craintes d'en omettre, la bonne amitié dont vous avez su faire preuve, m'a permis de braver toutes les difficultés de la vie avec courage et optimisme à tout bonheur, succès, et réussite. Particulièrement à : Ibrahim Z DIARRA, Issaka Hamed SOW, Bakary TOGORA, Robert DEMBELE, Moussa KEITA, Oumar TRAORE, Odou KONE, Mansa CISSE, Mohamed TRAORE, Soumaila SACKO et FEU Moussa BAGAYOKO.

A notre promotion ‘ ‘ 10ème promotion du numéris clausus’ ’

A tous mes enseignants de la primaire a la faculté de médecine merci pour l'enseignement fourni.

Mes remerciements les plus sincères vont :

→ Aux Spécialistes en Chirurgie générale : Nos Maîtres, Dr Cheickna TOUNKARA, Dr Modibo SANOGO, Dr Issaka DIARRA. Merci chers Maîtres de m'avoir fait confiance, vos patiences et vos indulgences à mon égard m'ont beaucoup marqué. Prions Dieu pour qu'il me donne la force et le courage afin que je puisse combler vos attentes.

→ Aux personnels d'anesthésie réanimation : Dr Modibo TOGOLA, Dr KEITA, Major Tanti Oumou, Younoussa DIALLO, HAIDARA, POUDJOUYOU, Moriba NIARE Je vous remercie très sincèrement pour l'accompagnement et le respect. Merci pour tout ce que vous faites pour moi.

→ Aux étudiants thésards du service de chirurgie générale : Hamadou YALCOUYE, Alassane KONATE, Tiéba TRAORE, Moussa KONE, Fousseyni TRAORE, Sambri TOURE, Massa MOUNKORO merci pour la fraternité.

→ Aux médecins généralistes du service : Dr Yaya DIARRA, Dr Alou CISSE, Dr Ousmane TOLO, Dr Arafaou DICKO, Dr Yacouba FANE, Dr Lamine DEMBELE, Dr Hassimi DIARRA. Je vous remercie très sincèrement pour la collaboration, l'accompagnement et le respect.

→ Aux médecins DES du service : Dr Oumar MALLE, Dr Bessy SAMAKE, Dr Bambaké DEMBELE Dr Mama SIMPARA Je vous remercie très sincèrement pour l'enseignement, l'accompagnement et le respect.

→ Aux cadets du service : Mohamed TRAORE, Dramane DIOURTE, Maténin COULIBALY, Aoussa TOURE, Sirantou DIARRA, Minkoro BERTHE, Mamadou SIMPARA. Le chemin est encore long mais seul le courage et l'abnégation permettent d'atteindre le bout ; merci pour le respect.

→ Aux personnels infirmiers aides-soignants : Youssouf COULIBALY, Sory I KEITA, Mariam Aba CISSE, Assan SANGARE, Fatoumata COULIBALY, Niagalé DIAOUNE, Niélé TRAORE, Ana DICKO, Ramata KORERA, Oumou TOGOLA, Mariam COULIBALY. Merci d'avoir assuré les soins des patients.

→ Aux personnels du bloc opératoire : Yacouba COULIBALY, Major Amadou Oury DIA, Moussa COULIBALY, NIANG, Thiékoro. Merci pour votre compassion.

→ Tous les étudiants de la FMOS/FAPH, bon courage et bonne chance.

→ Tous ceux qui, de près ou de loin, ont œuvré pour notre formation et l'élaboration de ce travail

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**



## **A notre maître et président du jury**

### **Pr Zanafon OUATTARA**

- ❖ **Chirurgien Urologue, Andrologue, endo urologue**
- ❖ **Ancien Chef de service d'urologie du CHU Gabriel Touré**
- ❖ **Maître de conférences en urologie à la FMOS**
- ❖ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- ❖ **Membre de l'AMU**
- ❖ **Ex président de la Commission Médicale de l'établissement du CHU Gabriel Touré**
- ❖ **Ancien Coordinateur du DES d'urologie du Mali.**
- ❖ **Enseignant-chercheur**

Honorable Maître,

Nous sommes très touchés par votre dynamisme, votre courage et votre modestie. Vos critiques, vos suggestions et vos encouragements ont été d'un apport capital pour l'amélioration de ce travail. Permettez-nous, cher maître de vous exprimer notre respect et toute notre reconnaissance

**A notre maître et membre du jury**

**Docteur Moumine Zié DIARRA,**

- ❖ **Chirurgien Urologue, endo-urologue**
- ❖ **Praticien hospitalier au C.H.U Gabriel TOURE,**
- ❖ **Membre honoraire du Réseau des Etudiants en Médecine de l’Afrique de l’Ouest**
- ❖ **Membre de l’A.M. U**

Cher Maître,

Vous nous faites honneur en acceptant de siéger dans ce jury, vos critiques et vos conseils ont permis d’améliorer la qualité scientifique de ce travail, permettez-nous de vous exprimer notre profonde admiration !

**A notre maître et membre du jury**

**Docteur Amadou KASSOGUE,**

- ❖ **Chirurgien Urologue au CHU Pr Bocar Sidi SALL de Kati**
- ❖ **Maitre-Assistant en Urologie a la FMOS**
- ❖ **Diplômé en Communication Médicale Scientifique et en Pédagogie des sciences de la sante de l'université de Bordeaux**
- ❖ **Chef de service d'urologie du CHU Pr Bocar Sidi SALL de Kati**
- ❖ **Membre fondateur de l'Association Malienne d'Urologie**
- ❖ **Trésorier général du bureau de l'Association Malienne d'Urologie**

Cher Maitre,

Vous nous faites honneur en acceptant de siéger dans ce jury, malgré vos multiples occupations, vos critiques et vos conseils ont permis d'améliorer la qualité scientifique de ce travail, permettez-nous de vous exprimer notre profonde admiration !

**A notre Maitre et Co-directeur de thèse**

**Dr Modibo SANOGO**

- ❖ **Spécialiste en Chirurgie Générale**
- ❖ **Chef de service de chirurgie du CSRéf CI**
- ❖ **Membre de la SOCHIMA**
- ❖ **Praticien Hospitalier**

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher Maître, soyez rassuré de toute notre profonde reconnaissance.

**A notre maitre et directeur de thèse**

**Professeur Mamadou Lamine DIAKITE**

- ❖ **Chirurgien urologue, Andrologue**
- ❖ **Maitre de conférences agrégé en urologie à la FMOS**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU POINT G**
- ❖ **Chef de service d'urologie du CHU POINT G**
- ❖ **Membre de l'association Malienne d'Urologie.**

Cher Maitre,

Nous sommes très sensibles et reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en ayant accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre sympathie, votre disponibilité nous ont beaucoup marqué. Votre simplicité, vos qualités scientifiques sont des exemples à suivre.

Recevez ici cher maitre notre profonde reconnaissance et notre sincère remerciement.

## **ABREVIATIONS**

C.A.P : Colporraphie antérieure et postérieure

Coll : Collaborateur

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

ECBU : Examen cyto bactériologique des urines

Fig. : Figure

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie

FSH : Follicule Stimulating Hormon

FVV : Fistule vésico-vaginale

IUE : Incontinence Urinaire D'Effort

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCI : République de Côte d'Ivoire

TOP : Triple Opération Périnéale

UIV : Urographie Intra Veineuse

TV : Toucher Vaginal

UCR : Uréthro Cystographie rétrograde

HSG : Hstéro- Salpingio-Graphie

T: Taille

USA: United States of America

% : Pourcentage

CSRéf c1 : Centre de Santé de Référence de la commune I

CO2 : dioxyde de carbonique

H2O : Eau

GEU : grossesse extra utérine

TR : Toucher Rectal

POP-Q : pelvic organ prolapse questionnaire

ICS : International continence society

A.M. U : Association Malienne d'Urologie

SOCHIMA : Société de Chirurgie du Mali

DES : Diplôme d'Etude Spécialisé

## Table des matières

I-INTRODUCTION : .....	2
II-OBJECTIFS : .....	5
1- Objectif Général : .....	5
2- Objectifs Spécifiques : .....	5
III- généralités : .....	7
1-Définition : .....	7
2-Historique et Epidémiologie : .....	10
3. Rappel anatomique : .....	11
3.1- diaphragme pelvien et périnée : .....	11
3.2- Structures conjonctives pelviennes : .....	13
4-Physiopathologie et Etiologie : .....	16
4.1-Facteurs congénitaux : .....	17
4.2-Facteurs traumatiques : .....	18
4.3-Modifications ménopausiques : .....	18
4.4-Facteurs iatrogènes : .....	18
5-Formes anatomiques : .....	19
5.1-Les formes gravidiques : .....	19
6-clinique : .....	23
6.1-Interrogatoire : .....	23
-Arguments étiologiques : .....	23
6.2-Evolution de la gêne fonctionnelle : .....	24
7. formes cliniques particulières : .....	30
7.1-prolapsus de la gravido-puerpéralité : .....	30
7.2-Prolapsus de la multipare et de la vierge : .....	30
7.3-Prolapsus symptomatique .....	31
7.4-Prolapsus après hystérectomie : .....	31
7.5-Prolapsus récidivés : .....	31

7.6-Prolapsus avec lésions associées : .....	32
8-Exploration para clinique :.....	33
8.1-Examens de routine :.....	33
8.4-Bilan urodynamique :.....	34
9. Classification anatomoclinique des prolapsus génitaux : .....	37
9.1 Classification de Baden et Walker .....	37
9.2 Classification de l'ICS : pelvic organe prolapse quantification system :... ..	37
10. Traitement : .....	40
10.1-Traitement non chirurgical :.....	40
10.2-chirurgie par voie basse : .....	43
10.3- Traitement chirurgical par voie haute :.....	50
11-Indication opératoire .....	56
IV- Méthodologie :.....	58
1- Cadre de l'étude : .....	58
2-Situation Géographique : .....	58
3-Les Locaux :.....	58
4-Le Personnel :.....	58
5-Type et Période d'Etude : .....	59
6-Echantillonnage :.....	59
8. Méthodes : L'étude a comporté : .....	60
V-RESULTATS :.....	63
VI- Commentaire et discussions .....	78
VII- Conclusion et Recommandations :.....	85
1) Conclusion :.....	85
2) Recommandations :.....	86
VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES : .....	89
IX. ANNEXES .....	95



# 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 toute ou une partie des parois vaginales plus ou moins doublées de la vessie, du rectum et des culs-de-sac de Douglas péritonéaux adjacents, ainsi que du fond vaginal solidaire du col utérin [1].

Les organes concernés par cette descente sont :

- \* La vessie : on parle de colpocèle antérieure improprement appelée cystocèle
- \* L'utérus : on parle d'hystérocèle ;
- \* Le cul-de-sac de Douglas : on parle d'élytrocèle qui peut contenir des viscères ;
- \* Le rectum : on parle de rectocèle.

Toutes les combinaisons sont possibles, en sachant toutefois que le prolapsus le plus fréquent est la cystocèle [2].

Selon OMS : la prévalence des prolapsus génitaux est mal connue [3].

En Europe : En France en 2007 d'après une étude réalisée à l'hôpital Jeanne de Flandre le prolapsus génital chez les femmes jeunes a représenté 25% de l'ensemble des prolapsus [4]. En Grande Bretagne, le prolapsus génital est responsable de 1/5 des indications de chirurgie gynécologique, son incidence annuelle est de 20 cas pour 10.000 femmes [3].

Aux Etats unies, le risque cumulé de chirurgie pour le trouble de la statique pelvienne augmente avec l'âge pour atteindre 11,1% à 80 ans [3].

En Afrique : D'après une étude éthiopienne en 1995 le prolapsus génital représente 19,9% de l'ensemble des opérations gynécologiques [5].

Au MALI : M. SANOGO et A. DIARRA ont trouvé respectivement 3,54 % et 3,7% de cystocèle en 2008 et en 2013 au CHU G T [6] [7].

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 voies naturelles [6].

La cystocèle est une affection courante dont le diagnostic est cliniquement facile, ne nécessite pas d'examens complémentaires, un bon examen clinique suffit ; mais dont le traitement chirurgical est souvent complexe [2].

La fréquence des troubles urinaires liés ou associés aux prolapsus, les cas de récurrences après une cure chirurgicale, imposent souvent des examens complémentaires [7]. Vu la survenue fréquente de cystocèle chez la femme jeune, le problème se pose quant à l'attitude thérapeutique à prendre pour préserver une vie sexuelle normale et le désir de grossesse ultérieure.

Au Mali peu d'études ont porté sur la cystocèle dans les différents services de chirurgie ; l'augmentation des interventions chirurgicales pour cystocèle dans notre service et l'absence d'une étude en dehors de celles des centres hospitaliers universitaires nous ont incité à initier cette étude, en nous fixant les objectifs suivants :

# OBJECTIFS

## **II-OBJECTIFS :**

### **1- Objectif Général :**

- Etudier la cystocèle dans le service de chirurgie générale du CSRéf c1.

### **2- Objectifs Spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de la cystocèle dans le service ;
- Déterminer les facteurs étiologiques recensés
- Décrire les aspects cliniques de la cystocèle ;
- Décrire les techniques chirurgicales et leurs résultats.
- Analyser le résultat du traitement chirurgical

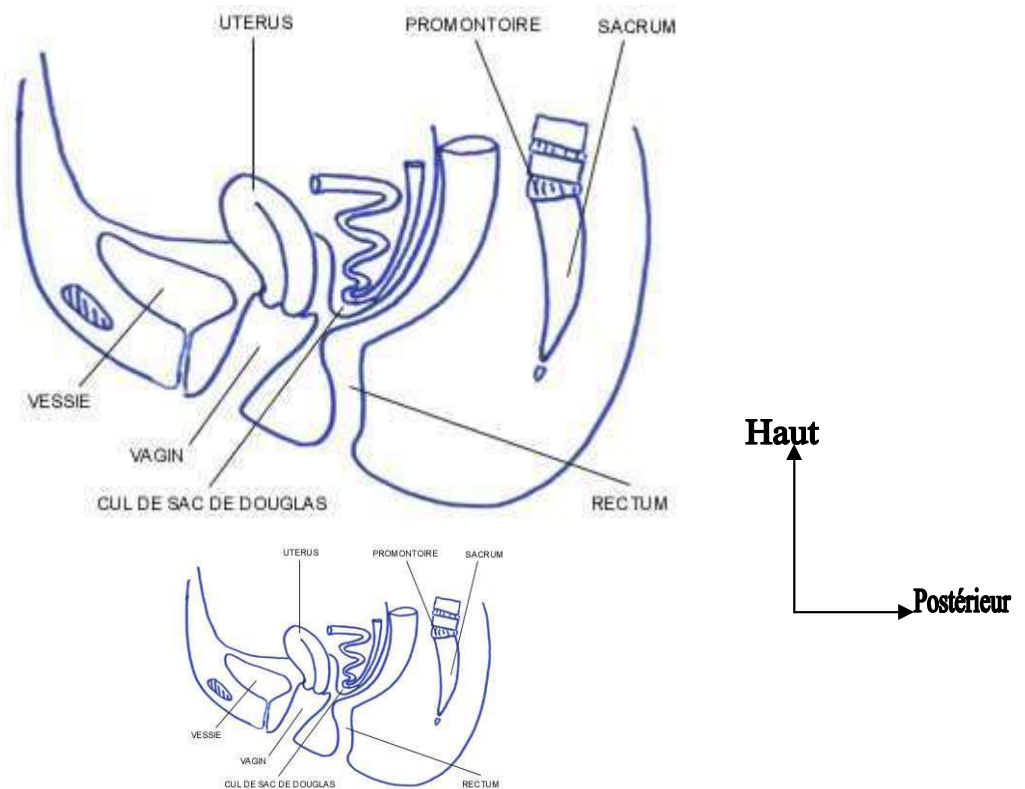
# **GENERALITES**

### III- généralités :

#### 1-Définition :

La cystocèle est une hernie de la vessie à travers la paroi antérieure du vagin. Très fréquente chez la femme jeune, cette anomalie n'a pas de corrélation anatomoclinique mais la gêne fonctionnelle, pourtant si variable et si différemment perçue, reste un élément primordial pour l'éventuelle indication chirurgicale [8]

Le prolapsus Pelvigenital en général est une entité anatomoclinique correspondant à la défaillance des systèmes de soutien et de suspension des organes pelviens de la femme (Figure 1)



**Figure 1:** Anatomie du périnée féminin [8]

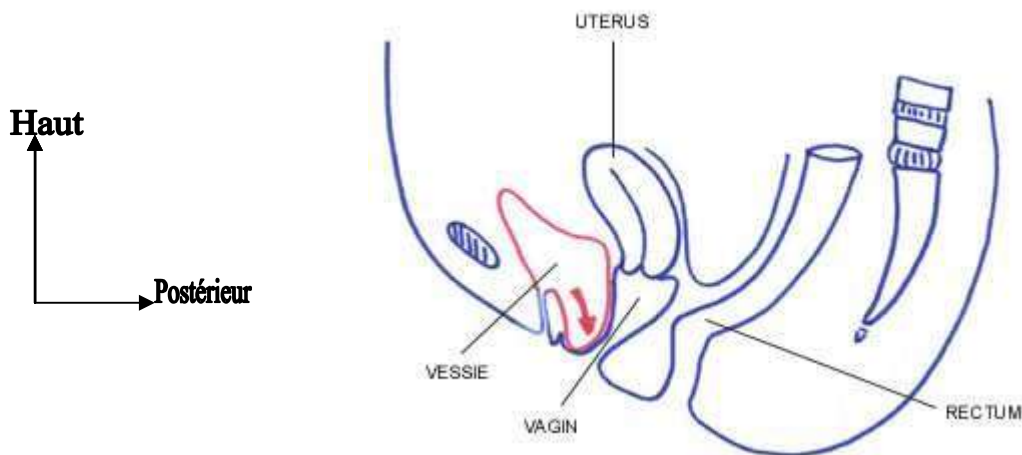
Les formes anatomiques sont donc variées, associant diversement :

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

(Figure 2) ;

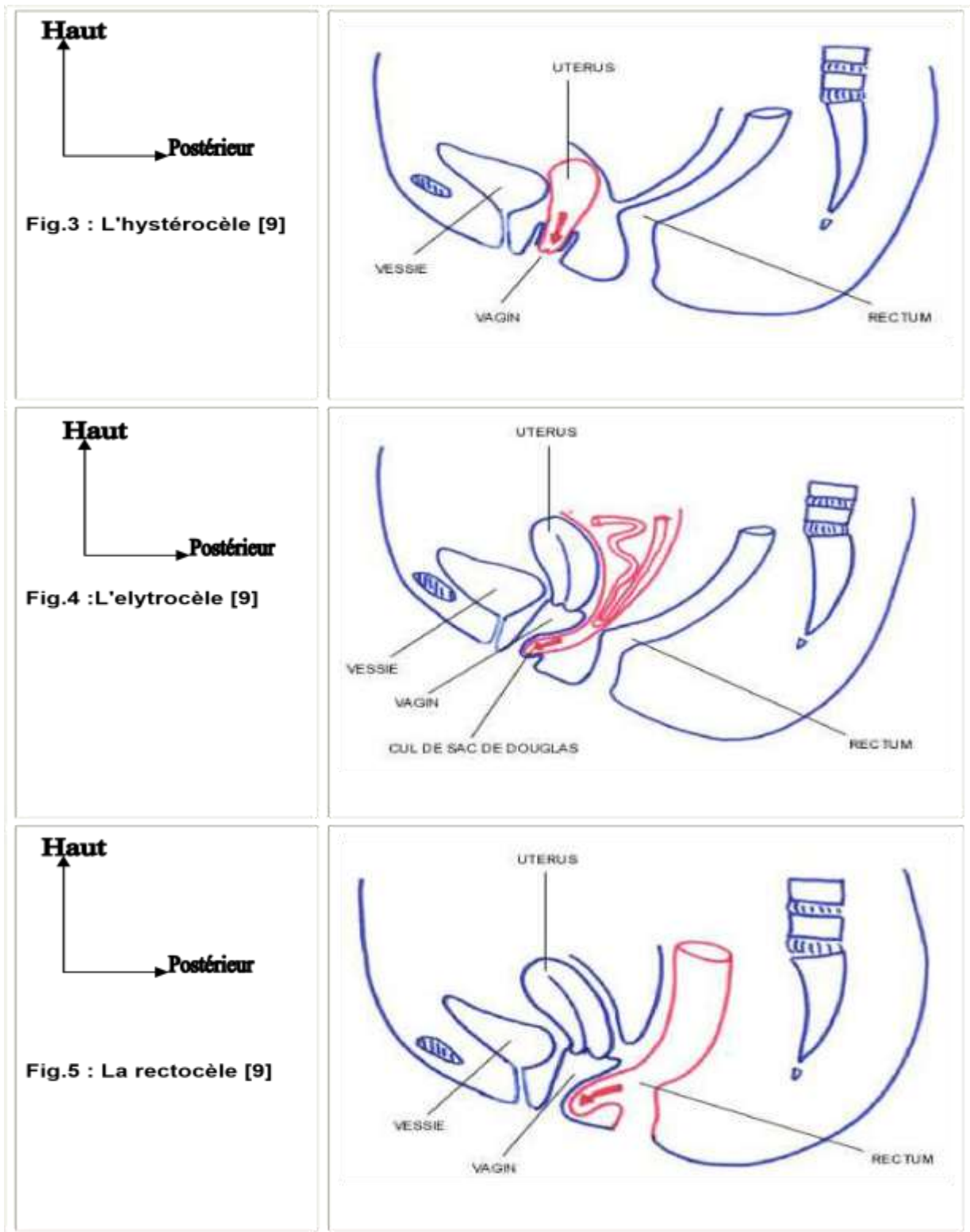
➤ le prolapsus de l'étage moyen, intéressant le plus souvent l'utérus (hystérocele)(Figure3) mais pouvant être limité au col utérin (Trachélocèle) ou, en l'absence d'utérus, au fond vaginal (retournement vaginal) ;

➤ la colpocèle postérieure, prolapsus de l'étage postérieur ; contenant le rectum (rectocèle) (Figure 5) ou le cul de sac de Douglas (élytrocele) (Figure 4) ; la rectocèle doit être distinguée du prolapsus rectal interne ou extériorisé à travers l'orifice anal qui peut être associé au prolapsus pelvi-génital.



**Figure 2** : La cystocèle [8]





**Figure 3** : L'hystérocèle [9]

**Figure 4** : L'elytrocéle [9]

**Figure 5** : la rectocèle [9]

A ces variétés anatomiques se superposent sans parallélisme des troubles fonctionnels divers, spécifiques ou non, qui sont le motif de consultation. Tous les intermédiaires s'observent entre l'anomalie anatomique mineure (non invalidante ou associée à des signes fonctionnels non liés au prolapsus) et le prolapsus 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.

## **2-Historique et Epidémiologie :**

Il ressort des études faites que le prolapsus génito-urinaire est une pathologie ancienne, qui est restée longtemps méconnue surtout en Afrique.

En France en 1957 à l'école de l'hôpital Broca sous l'égide des professeurs Ameline et Hugier une 1<sup>ère</sup> technique fut mise au point : il s'agit de la suspension utéro-vaginale par voie abdominale ; 30 ans plus tard cette technique est validée et largement diffusée par Scali dès 1974 [9]. Une autre étude a été faite en France de février 2002 à août 2004, chez 45 patientes d'une moyenne d'âge de 66 ans présentant une cystocèle de différents stades ; 10% d'entre elles présentaient une incontinence urinaire qui était la manifestation la plus invalidante [10].

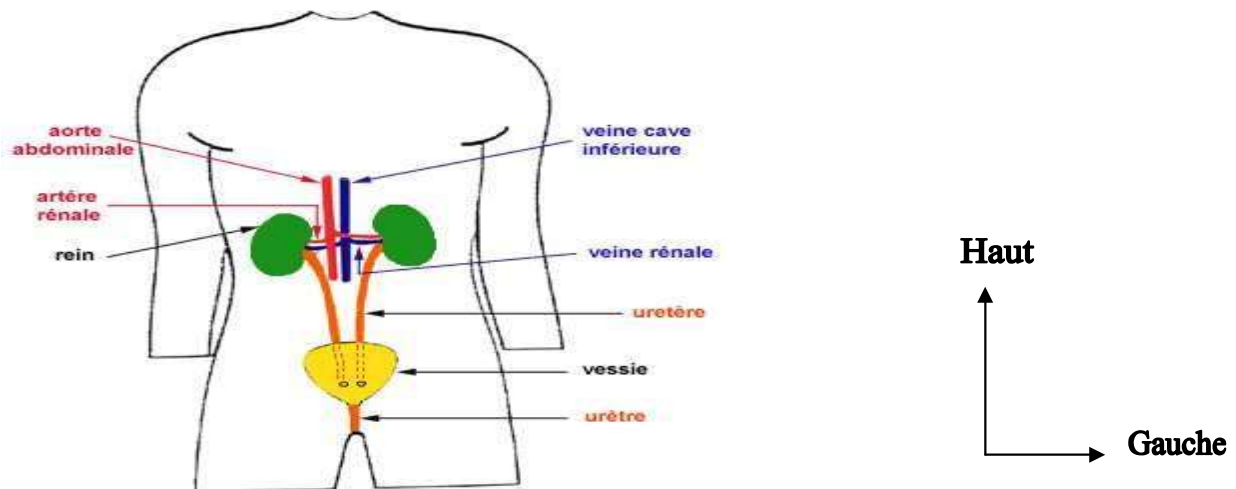
Au Mali une 1<sup>ère</sup> étude transversale portant sur 128 cas de prolapsus génitaux diagnostiqués de Janvier 1992 à Décembre 1996 dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point « G » à Bamako a montré que 64,8% des patientes étaient en âge de procréer, les femmes ménopausées représentaient 28,9% des cas. L'âge moyen était de 36,8 ans. La cystocèle et la rectocèle prédominaient avec respectivement 95,3% et 53,9%. L'incontinence urinaire d'effort était associée dans 11,7% des cas.

L'intervention par voie basse a été la plus pratiquée dans 95% des cas ; il y a eu 6,7% des complications en per et post opératoire [11]. Une précédente étude faite par Thimoté et Coll en 1989 a trouvé une fréquence de 1% à l'hôpital Gabriel Touré [12]. 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 ». L'incidence du prolapsus

au sein de la jeune population féminine est élevée dans les pays en voie de développement. L'âge moyen est de 27,5 ans d'après une étude indienne [13].

### 3. Rappel anatomique : (Figure 6)

La fréquence et l'aspect spécifique des prolapsus pelvi-génitaux dans l'espèce humaine sont une conséquence directe de la station érigée, qui conditionne la forme du bassin, la direction des pressions abdominales, le mécanisme de la parturition. Dans les conditions spécifiques à l'espèce humaine et aux grands singes anthropoïdes, la fermeture de l'orifice caudal du bassin repose sur le diaphragme pelvien, et tout particulièrement l'aponévrose pelvienne et le faisceau pubo-rectal du releveur [14]. 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 [15] sont nécessaires avant d'envisager la synthèse de leur organisation fonctionnelle.



**Figure 6 [19] : APPAREIL URINAIRE DE LA FEMME (vue de face)**

(Source : [www.médecine-et-santé/anatomie/génito-urinaire.html](http://www.médecine-et-santé/anatomie/génito-urinaire.html)) [19]

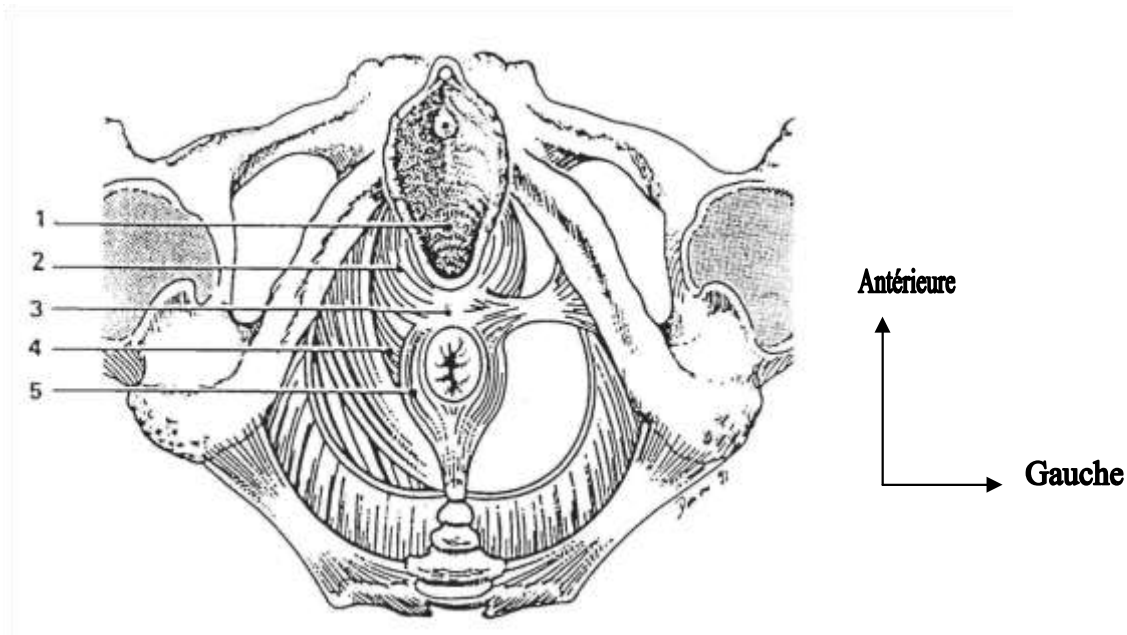
#### 3.1- diaphragme pelvien et périnée : (Figure 7)

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 élévateurs 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.



**Figure 7:** Diaphragme pelvien (d'après Kamina) [15]

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

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.

### **3.2- Structures conjonctives pelviennes :** (Figure 8)

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 antérieures et postérieures par des espaces décollables.

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

Les ligaments viscéraux (anciens ailerons viscéraux) sont organisés autour 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) [15]. 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.

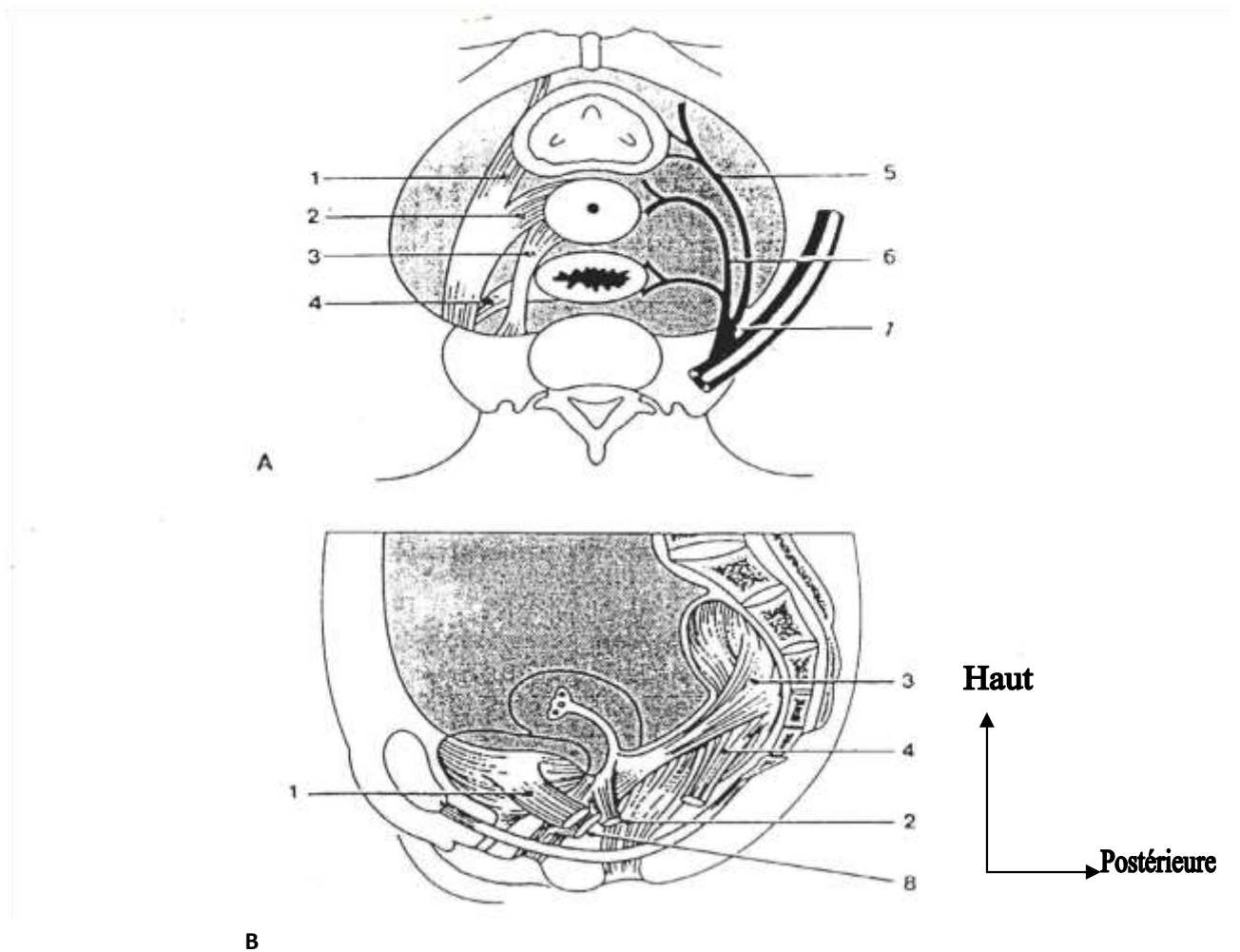
Les plus importantes de ces structures dans le domaine de la chirurgie du prolapsus sont les paramètres et les ligaments utéro-sacrés.

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 ; ils partent de l'isthme utérin, longent le cul-de-sac de Douglas et rejoignent les ligaments rectaux latéraux et le fascia rétro-rectal à hauteur de S2 à S4. Ils contiennent des nerfs, des vaisseaux, des fibres musculaires lisses et du tissu conjonctif.

Les surfaces d'accolement viscéral sont représentées par le septum rectovaginal, le septum vésico-utérin, l'espace rétro-pubien et l'espace rétro-rectal.

Elles assurent une liaison élastique par collage conjonctif.



**Figure 8 :** Structures conjonctives pelviennes (d'après Kamina)

**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.**

### **3.3- 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 abdominale (multipliée par dix au cours de la toux) ; le relâchement du muscle 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.

### **4-Physiopathologie et Etiologie :**

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.

Les auteurs sont en accord sur le rôle primordial de la défectuosité du diaphragme pelvien dans la genèse des prolapsus.

Une conception nouvelle de la statique des organes génitaux conciliant les théories hautes et basses des systèmes de sustentation en montrant l'interrelation entre le système supérieur de sustentation ligamentaire grâce aux formations intermédiaires les solidarissant, à savoir le fascia intervésico-vaginal en avant et les hémigaines pré rectales en arrière [1].

- La déficience des muscles releveurs et du noyau musculaire du périnée, faisant perdre à l'utérus ses moyens de soutènement et donnant au canal vaginal une direction verticale au lieu de l'obliquité qu'il possède normalement ;

- Le changement d'axe de l'utérus qui devient vertical ou se met en rétroversion dans l'axe du canal vaginal largement ouvert ;

- La disparition de la tonicité et de l'élasticité des amarres utérines. La rupture de la sangle musculaire des releveurs constitue le primum movens, puis intervient une distension progressive du plancher pubo-sacré aboutissant à une classification des prolapsus en **trois catégories** en fonction de l'élongation du système de soutien.

Tous ces mécanismes peuvent être altérés par quatre ordres de facteurs possiblement associés : congénital, traumatique, hormonal et iatrogène.

#### **4.1-Facteurs congénitaux :**

Le prolapsus existe chez la multipare jeune et même chez la vierge, ce qui implique la responsabilité des 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 [16]. 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.

#### **4.2-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 faciales et ligamentaires, dénervations des muscles pelviens, élongation et dénervation des sphincters [16]. Les rémusculations abdominales intempestives du post-partum aggravent les conséquences de ces lésions diversement associées.

#### **4.3-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, l'obésité, la carence nutritionnelle [17].

#### **4.4-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 fibrome 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'ensemble 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 élytrocele. Enfin il peut s'agir de traumatismes répétés : sportif de haut niveau, toux chronique, constipation chronique [17].

### **5-Formes anatomiques : [18]**

Pour ne pas nous perdre dans le détail, 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.

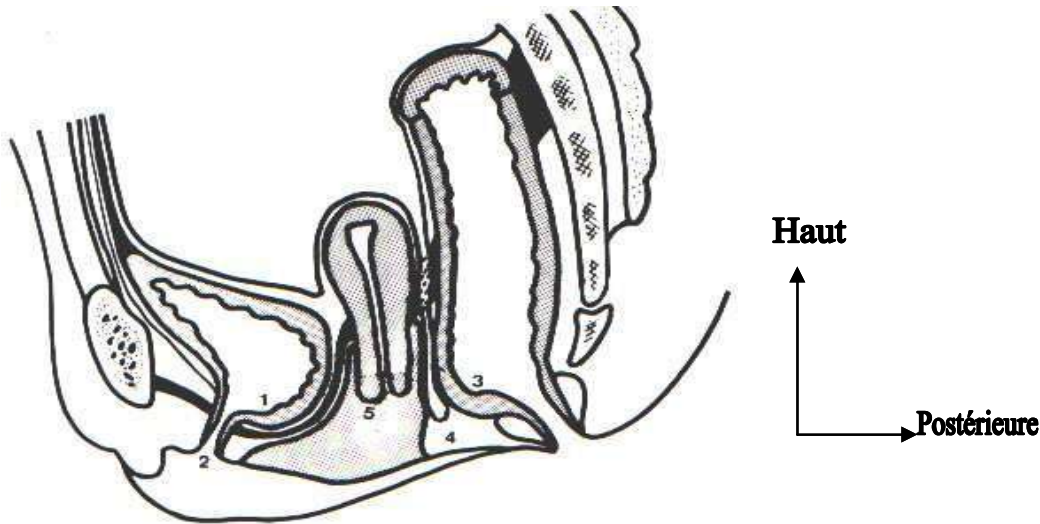
#### **5.1-Les formes gravidiques :**

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

Premier degré : (Figure 9)

Le vagin est nettement dilaté et sa partie antérieure bombe déjà d'une façon apparente sous l'effet de la hernie de la vessie, l'infiltration progressive 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.



**Figure 9:** Coupe sagittale d'un prolapsus du 1<sup>er</sup> degré [2]

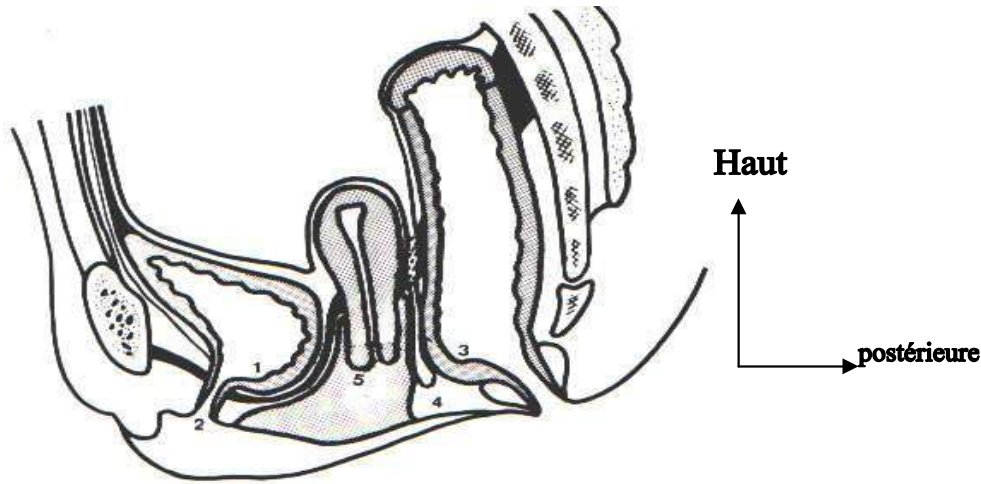
**1. Cystocèle**

**2. Eperon périméridien**

- Deuxième degré : (Figure 10)

La cystocèle du second degré s'est affirmée et s'accompagne fréquemment d'une urétrécèle 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 élytrocéle.

L'action frénatrice 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.

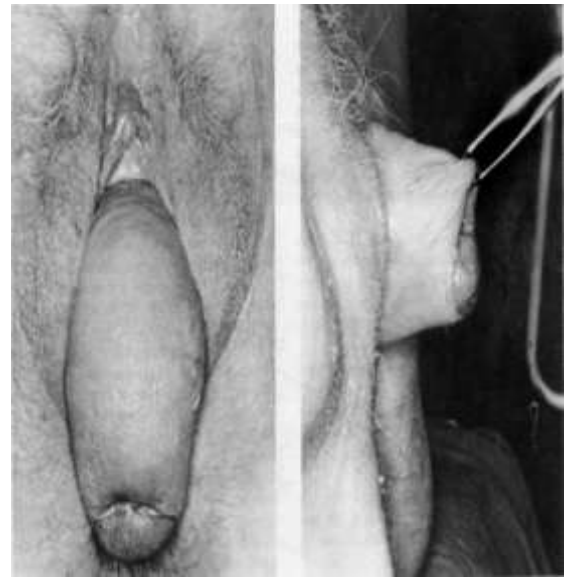
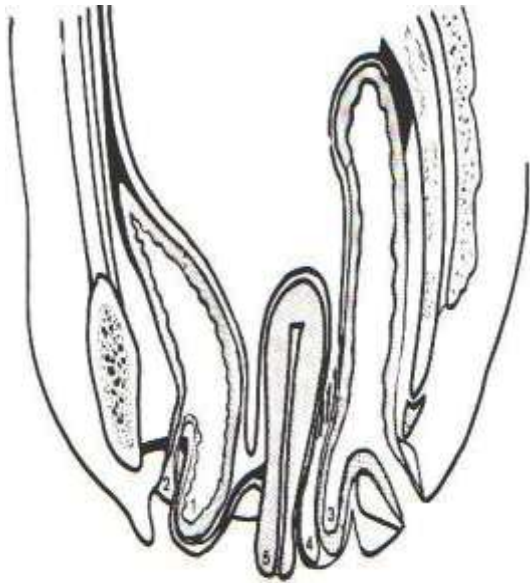


**Figure 10:** Coupe sagittale d'un prolapsus de 2<sup>ème</sup> degré [2]

- |                      |  |
|----------------------|--|
| <b>1- Cystocèle</b>  | <b>4- Elytrocèle</b>                               |
| <b>2- Urétrécèle</b> | <b>5- Allongement hypertrophique du col utérin</b> |
| <b>3- Rectocèle</b>  |  |

○ Troisième degré : (Figure 11)

Le col utérin a franchi largement la frontière vulvaire entraînant parfois le retournement du cylindre vaginal. L'utérus partiellement ou totalement extériorisé s'accompagne de volumineuse cystocèle et rectocèle et la distension du plan suspenseur principal (plan pubo-sacré). Ayant subi un allongement hypertrophique, le col présente des ulcérations de contact visibles également sur la muqueuse vaginale très épaisse 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.



Haut



postérieure

Figure 11(A et B) : Coupe sagittale d'un degré Prolapsus du 3<sup>ème</sup> degré [2]

Photo : prolapsus du 3<sup>ème</sup> (Face et profil)

**1 -Cystocèle**

**4- Elytrocèle**

**2 -Urétrocèle**

**5- Allongement hypertrophique du col utérin**

**3 -Rectocèle**

### **5.2-Les formes non gravidiques :**

Le prolapsus non gravidique bien que rare 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.

## **6-clinique :**

### **6.1-Interrogatoire :**

#### **-Arguments étiologiques : [20]**

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 : accouchement d'enfants de poids élevé, surtout à la première grossesse, manœuvres obstétricales, déchirures réparées ou non, incontinence urinaire transitoire du post-partum. Longtemps latent, bien que pouvant apparaître immédiatement après l'accouchement causal, le prolapsus peut se révéler avec l'âge, l'atrophie post ménopausique ou un amaigrissement brutal.

-Le passé chirurgical permet de distinguer la cystocèle de première manifestation, le plus souvent traumatique, rarement congénitale favorisée par la carence oestrogénique post ménopausique, de la récurrence après traitement chirurgical. Après une cure de prolapsus, trois facteurs de récurrences pourront être distingués : l'altération tissulaire progressive conduisant à des récurrences tardives, les prolapsus provoqués dont le type caricatural est l'élytrocèle.

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 sub-totale ou du fond vaginal sur le col restant 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 potentiel (révélé par une intervention gynécologique insuffisante), mais aussi de prolapsus potentiel (révélé par une intervention urologique insuffisante).

## **6.2-Evolution 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.

### **Signes spécifiques :**

-La sensation de perte d'organe, la gêne, la pesanteur pelvienne et à l'extrême l'extériorisation d'un prolapsus sont évidemment des signes spécifiques. Ils sont 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 trouble 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'effort important 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 « minimale » et fonctionnellement bien tolérée.

-Il existe des constipations et des dysuries spécifiques du prolapsus, qui se caractérisent par des difficultés d'évacuations qui ne sont surmontées que par la réduction digitale du prolapsus par la patiente elle-même [20]



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

<b>Facteur causal</b>	
<b>Minimal</b>	Orthostatisme : élévation importante de la pression abdominale. Fuite minime et épisodique
<b>Stade 1</b>	Orthostatisme : élévation importante de la pression abdominale (toux, éternuement, fou rire)
<b>Stade 2</b>	Orthostatisme : élévation modérée de la pression abdominale (course ou marche rapide, descente d'escalier, soulèvement de poids)
<b>Stade 3</b>	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 demandes opératoires, certains signes doivent être à priori considérés comme indépendants de la cystocèle ou de relation incertaine.

-L'existence de douleurs ou de métrorragies impose un bilan étiologique spécifique à la recherche d'une cause associée.

Bien que de cause traumatique souvent connue, la cystocèle n'est pas en général douloureuse et 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 d'effort et de 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 inconsciemment 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 de la cystocèle, chirurgie fonctionnelle, doit être adaptée aux troubles fonctionnels rigoureusement évalués. Il ne faudra pas omettre d'apprécier la persistance d'une activité sexuelle [20].

## **6.2-Examen clinique : [1]**

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, au toucher 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 lèvre antérieure du col utérin.
- Le déroulement progressif de la paroi postérieure du vagin, avec un sillon plus ou moins profond séparant cette colpocèle postérieure à 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 semiassise.

• 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 atrophique après la ménopause, et on recherchera une infection à trichomonas, à candida ;
  - On appréciera également l'allongement intra vaginal et hypertrophique du col par hystero-cervicomètre.

En retirant doucement le spéculum, on note l'importance de l'hystéroptose qui peut être masquée par la cystocèle ou la 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 vaginale postérieure, 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 : à l'aide de cette même valve, toujours appuyée vers l'arrière, mais cette fois poussée au fond du cul-de-sac cervico-vaginal antérieur, on va refouler le col en haut et en arrière. Cette manœuvre met en tension la paroi antérieure du vagin et à l'épreuve les connexions fibreuses vésico-génitales. Si celles-ci sont détériorées, un bombement vésical va persister : on a l'association cystocèle + cystoptose. Si elles sont intactes, le bombement d'une cystocèle peut s'effacer. Une incontinence masquée par l'effet pelote d'une cystocèle ou du prolapsus utérin peut alors apparaître.

On profitera de l'exposition des parois 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 deux 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 colpocèle 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 rectovaginale. Si l'on perçoit à l'effort, entre le doigt vaginal appliqué contre la poche et le doigt rectal, l'impression d'Epiploon 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 moins pénible d'un inconfort et d'insécurité périnéale ;
- Gêne aux rapports sexuels ;
- Douleurs, à rattacher avec beaucoup de prudence au prolapsus. On recherchera une origine urinaire, rectocolique, vésiculaire, pariétale ;
- Un trouble de la statique pelvienne plus ou moins accompagné d'arthrose, à traiter sélectivement car ces douleurs ne sont pas modifiées par la cure de prolapsus.

**Rechercher :**

– Des métrorragies et des pertes, parfois dues à des lésions dystrophiques ou irritatives du vagin et du col mais toujours suspectes, jusqu'à preuve du contraire de tumeur maligne (ou bénigne) du vagin, du col, du corps utérin ou des annexes. Un frottis, une 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 uréthrotrigone ou d'origine neuropsychiatrique. L'incontinence urinaire d'effort sera recherchée de parti pris sur vessie pleine, en faisant coucher, pousser, changer de position.

L'instabilité vésicale est spontanée, non liée à l'effort et peut réaliser 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 ;
- Age civil et surtout physiologique ;
- Aspect général, musculature générale abdominale, – Psychisme.

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

## **7. formes cliniques particulières : [1]**

### **7.1-prolapsus de la gravido-puerpéralité :**

Le prolapsus génital peut s'observer au cours même de la grossesse. Il s'agit presque toujours d'une hystérocele en apparence pure avec un allongement hypertrophique de la portion intra-vaginale 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 ordre. L'accouchement, ne pose aucun problème. Et sous condition d'une rééducation dans le post-partum, la statique pelvienne redevient le plus souvent normal (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).

### **7.2-Prolapsus de la multipare et de la vierge : [1]**

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'hystérocele, en apparence isolée. 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.

### **7.3-Prolapsus symptomatique : [1]**

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 intraabdominale 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 ...)

### **7.4-Prolapsus après hystérectomie : [1]**

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

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

### **7.5-Prolapsus récidivés : [1]**

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 maltraitée) ou tactique (on a négligé à tort l'une des composantes).

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, il faut trouver un chirurgien meilleur, et dans le second cas, il est peut-être plus sage de se résigner.

#### **7.6-Prolapsus avec lésions associées : [1]**

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 ptose génitale, une pathologie associée. Nous ne citons ici que les affections et lésions ayant un impact précis sur le traitement.

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

-Les affections respiratoires chroniques (asthmes, bronchectasies...) sont également fréquentes et doivent être prises en comptes 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

### **8-Exploration para clinique : [1]**

L'apport des explorations para cliniques et des examens urodynamiques doit être donc défini de façon très rigoureuse. Les examens radiologiques, urologiques et le colpocystogramme nous ont permis de comprendre des 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 ?

#### **8.1-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).
- Cytobactériologie urinaire.
- Mammographie de dépistage du cancer du sein après 50 ans.

#### **8.2-Urétrocystoscopie :**

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

Elle est utile en cas de troubles mictionnels.

#### **8.3-Examens radiologiques :**

- \* Urographie intra-veineuse : UIV

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

\* Cystographie mictionnelle en fin d'U.I. V : (UCR aussi)

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 post mictionnels.

\* Echographie pelvienne

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

\* 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 son intérêt du fait de sa mauvaise acceptabilité par les patientes. Dans notre expérience, ses indications actuelles possibles sont représentées par les récives de prolapsus.

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

\* Hystérographie : ou Hystérocopie

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

#### **8.4-Bilan urodynamique : [1]**

L'exploration urodynamique vise à préciser les anomalies d'une unité fonctionnelle vésico-urétrale souvent intéressée par des 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 associé 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 habituellement bien mené). Il est aussi indiqué en cas de prolapsus apparemment isolé sans incontinence urinaire d'effort (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 ceux 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. Elle est très peu utilisée dans nos pays.

**La Technique : [1]**

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 du sérum physiologique) ou gazeux (air ou CO<sub>2</sub>). La mesure s'effectue au repos puis lors des manœuvres facilitatrices (toux, poussées, 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 du volume : 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 : à partir d'une pression de base de 10-12cm d'eau (vessie vide), la courbe comporte normalement trois parties :

\* Une phase initiale peu marquée (3cm H<sub>2</sub>O), très brève ;

\* Une deuxième phase longue, à pression pratiquement constante ou faiblement augmentée (maximum 20cm H<sub>2</sub>O) ;

\* Une troisième phase brève, marquée par une accentuation de la pente lors de la capacité maximale.

### **Pathologie : [1]**

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

- De grandes variations de pressions (supérieures à 15cm H<sub>2</sub>O) lors du remplissage ;

- Un premier besoin mictionnel précoce, souvent accompagné de fuite urinaire ;

- Une capacité vésicale diminuée

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

L'atonie vésicale réalise le phénomène inverse avec :

- Un tonus de base peu élevé ;

- Un premier besoin mictionnel très tardif ;

- Une pression très basse lors du remplissage

- Une capacité vésicale très augmentée (supérieure à 600ml)

- • Sphinctérométrie ou profil urétral :

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

## **9. Classification anatomoclinique des prolapsus génitaux [27] :**

La prise en charge des prolapsus dépend de leur retentissement et leur degré de gravité. La notion de grade ou degré de prolapsus reste indispensable pour un bon suivi de la patiente, et aussi devant l'évaluation et publication des résultats d'une thérapeutique.

De nombreuses classifications ont été proposées et validées. On distingue parmi elles la classification de BADEN-WALKER recommandée en pratique courante et celle de l'International continence society (ICS) (pelvic organ prolapse questionnaire [POP-Q]), peut-être à réserver aux études cliniques.

### **9.1 Classification de Baden et Walker [32] :**

Le prolapsus est évalué en décubitus dorsal, en position gynécologique lors d'une manœuvre de Valsalva et défini par rapport à l'hymen qui est le point de référence.

La classification concerne les quatre étages pelviens : Cystocèle, hystéroptose (ou prolapsus du dôme vaginal après hystérectomie), élytrocèle et rectocèle :

- Grade 0 : position normale de l'étage étudié ;
- Grade 1 : descente de l'étage à mi-chemin entre sa position normale et l'hymen ;
- Grade 2 : descente de l'étage jusqu'au niveau de l'hymen ;
- Grade 3 : extériorisation de l'étage au-delà de l'hymen ;
- Grade 4 : extériorisation maximale ou éversion.

### **9.2 Classification de l'ICS : pelvic organ prolapse quantification system [33,34] :**

L'examen peut être réalisé chez une patiente en décubitus dorsal en position gynécologique, ou en position debout. Il nécessite un spéculum dont les deux valves sont désolidarisées afin de refouler la paroi vaginale opposée. L'évaluation de la descente des organes génitaux est effectuée par la réalisation de mesures centimétriques de points définis (neuf au total). Les repères utilisés sont répartis sur le vagin antérieur, sur le dôme, sur le vagin postérieur en plus de 3 autres mesures complémentaires. Huit mesures (Aa, Ba, C, D, Ap, Bp, gh, pb) s'effectuent lors de l'effort de poussée maximale ; seule la longueur vaginale totale (TVL) est

mesurée au repos. L'hymen est le point de référence. Les points proximaux dans le vagin ont une valeur négative, les points distaux au-delà de l'hymen auront une valeur positive. L'hyménal ayant par définition la valeur 0.

Mesures de la classification ICS POP-Q : dans le cas d'un prolapsus du dôme vaginal

- Paroi vaginale antérieure (a = antérieure)

- Aa : point situé arbitrairement à la partie médiane de la paroi vaginale antérieure à 3 cm du méat urétral, il correspond à la position du col vésical. La variation de sa position reste entre  $-3$  cm (position normale) et  $+3$  cm (degré maximal en cas de cystocèle largement extériorisée) par rapport à l'hymen.

- Ba : point le plus bas ou déclive de la paroi vaginale antérieure. Il est confondu avec Aa à  $-3$  cm, par définition, en l'absence de prolapsus et aurait une valeur comprise entre  $-3$  et  $+TVL$  dans le cas d'une éversion complète.

- Fond vaginal

- C : correspond au col utérin ou au fond vaginal chez les patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie. Sa valeur est comprise entre  $-TVL$  (col ou fond non prolabé) et  $+TVL$  en cas d'éversion complète.

- D : représente la position du cul-de-sac vaginal postérieur ou du cul-de-sac recto-utérin chez les patientes non opérées. Un allongement hypertrophique du col est confirmé quand le point C est significativement distant du point D traduisant ainsi un massif cervical étendu. En l'absence de col, cette mesure n'est pas effectuée. Sa valeur est comprise entre  $-TVL$  et  $+TVL$ .

- Paroi vaginale postérieure (p = postérieure)

- Ap : point situé à la partie médiane de la paroi vaginale postérieure à 3 cm de l'hymen. Il peut varier entre  $-3$  et  $+3$  cm par rapport à l'hymen ;  $-3$  est la position normale de la paroi vaginale postérieure et  $+3$  correspond au degré maximal de la rectocèle.

- Bp : point le plus distal de la paroi vaginale postérieure par rapport à Ap, situé par définition à  $-3$  cm en l'absence de prolapsus et qui aurait une valeur positive

dans le cas d'une éversion complète du fond vaginal chez les patientes hystérectomisées (jusqu'à +TVL au maximum).

- Autres repères Ces autres repères ont toujours une valeur positive.

- Gh : diamètre du diaphragme génital, représente la distance entre le méat urinaire et la fourchette vulvaire.

- TVL : longueur vaginale totale du fond vaginal à l'hymen.

- Pb : épaisseur du périnée, représente la distance entre la fourchette vulvaire et le centre de l'anus.

- À partir de ces neuf mesures, il est possible de classer le prolapsus selon cinq stades allant de 0 à 4 :

- Stade 0 : pas de prolapsus, tous les points sont à plus de 3 cm au-dessus de l'hymen ;

- Stade I : le point le plus bas du prolapsus reste à 1 cm au-dessus de l'hymen ; - -

- Stade II : le point le plus bas situé se situe entre + 1 cm et - 1 cm de part et d'autre de l'hymen ;

- Stade III : le point le plus bas est situé à plus de 1 cm sous l'hymen, mais la longueur de l'extériorisation reste au moins inférieure de 2 cm par rapport à la longueur vaginale totale ;

- Stade IV : tout point au-delà du stade III, le retournement complet vaginal ; la longueur de l'extériorisation vaginale correspond à l'ensemble de la longueur vaginale.

En 1994, une commission réunissant les urogynécologues de l'ICS, AUGS et SGS, a proposé une standardisation de la classification des organes pelviens POP-Q [33].

Néanmoins 10 ans après cette classification ne faisait plus l'unanimité et n'a pas, loin s'en faut, standardisé les pratiques, encore moins fédéré la communauté urogynécologique [35, 36, 37].

En effet, d'après une enquête postale effectuée en 2004, un tiers des promoteurs de cette classification n'utiliserait jamais cette classification en clinique et seulement deux tiers l'utiliseraient en recherche. Les raisons invoquées sont

multiples : trop longue à réaliser, trop difficile à enseigner, trop imprécise quant au point de référence de l'hymen, trop dépendante des techniques de mesure qui ne sont pas standardisées, sans correspondance clinique ni implication thérapeutique [34].

- La classification de Baden et Walker reste la plus simple dans sa compréhension, la plus rapide dans son exécution et la plus reproductible.

## **10. Traitement : [2]**

Le traitement des cystocèles comporte trois volets : le traitement non opératoire, la chirurgie par voie basse, et la chirurgie par voie haute, avec comme objectifs 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.

### **10.1-Traitement non chirurgical : [2]**

Le traitement du prolapsus doit d'abord être prophylactique, et concerne l'obstétricien. Protéger le périnée par une épisiotomie suffisante et réparer chirurgicalement sont les deux mesures les plus efficaces. Le lever précoce sera de règle. La prescription de séances de kinésithérapie dans le post-partum est systématique.

Le traitement du prolapsus constitué est différent selon l'âge, le degré de descente, l'importance des symptômes fonctionnels et le désir exprimé par la patiente de conserver sa fonction génitale, obstétricale et sexuelle. On peut citer entre autres :

#### **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 en général des 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 : [17]**

Elle comporte une prise de conscience du bon fonctionnement mictionnel, vaginal et ano-rectal, et un renforcement musculaire du plancher périnéal. 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 à 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 élévateurs de l'anus. Dans 50% des cas en effet, on observe une inversion de commande périnéale (effet Feedback) : 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, les 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 ou du travail sur tube.

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

Par une contraction sur les doigts lors du « testing » des releveurs, il est possible d'obtenir une amélioration de la tonicité du muscle et une contraction musculaire efficace de verrouillage vulvaire ; cet exercice, particulièrement important, permet de corriger une mauvaise commande périnéale et de supprimer les effets d'inversion de commande des muscles abdominaux, fessiers et adducteurs ;

Par un travail actif, par l'intermédiaire de sondes de pression endovaginale : la patiente peut ainsi suivre la récupération des contractions musculaires efficaces à l'aide d'un signal sonore ou lumineux ;

Par une stimulation électrique fonctionnelle dont le but est de réentraîner le muscle ; cette technique s'adresse aux patientes qui ne peuvent pas ou ne savent pas contracter leurs muscles pelviens. Le travail passif doit être suivi d'un travail actif, car il ne peut à lui seul entraîner des résultats à long terme ; la stimulation se fait à l'aide d'une sonde endovaginale et d'électrodes placées sur les faisceaux des releveurs. Le courant utilisé est bi phasique, 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 :**

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

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

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

**Tableau II:** Les traitements médicaux de l'incontinence associée :

Instabilité du détrusor
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticholinergiques</li> <li>- Spasmolytique</li> <li>- Antidépresseurs tricycliques</li> <li>- Bêtas sympathicomimétiques</li> <li>- Antiprostaglandines</li> <li>- Inhibiteurs calciques</li> <li>- Thérapie comportementale</li> </ul>
Insuffisance sphinctérienne
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alpha adrénergique</li> <li>- Bêtabloquants</li> <li>- Antidépresseurs tricycliques</li> <li>- Œstrogène</li> </ul>

**10.2-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 [2].

Temps élémentaires :

\* Rétablir le soutènement postérieur :

La reconstitution du coin fibreux périnéal nécessite une dissection rectovaginale étendue à la totalité de la paroi vaginale postérieure, un rapprochement inter-recto-vaginal des structures fibreuses et musculaires latérales (myorrhaphies 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) [20]. 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 (endometrectomie 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 Grossen) ou des ligaments suspenseurs du col. Ces derniers sont placés en avant de l'isthme en cas de conservations utérine (Shirodkar) ou fixés aux tissus fibreux sous-symphysaires en cas d'hystérectomie (Campell). Lorsque ces structures sont insistantes ou insuffisantes, en particulier en cas de prolapsus post-hystérectomie, la suspension du dôme peut être assurée par la spino-fixation (Richtes) qui l'amène au petit ligament sacro-sciatique.

\* Rétablir la continence urinaire :

Cela se pratique par voie basse exclusive ou à la faveur d'une incision suspubienne 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 bubo-caverneux) de Mouchel (utilisation de Gore-Tex®). La voie mixte est fondée sur l'idée de Raz et Pereira, qui consiste à passer à l'aveugle à travers l'espace de Retzius un fil permettant de suspendre la région du col vésical à la paroi abdominale. Divers aménagements techniques de cette idée utilisent une prothèse de Dacron® évitant le cisaillement (Stamey) des bandelettes prélevées sur la cystocèle (Bologna), une bandelette de Gore-Tex (Hacgquin).

\* Fermer l'orifice vulvaire :

Ce n'est pas un objectif, mais un pis-aller réservé à des femmes âgées sans activités sexuelles.

Les colpoclésis (Labbart) et l'adossement des faces antérieures et postérieures du vagin (Lefort) sont donc de moins en moins pratiqués.

Triple opération périnéale avec ou sans hystérectomie

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

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

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

Le temps postérieur doit réparer les composantes rectales du prolapsus. Elle consiste en une myorrhaphie des releveurs de l'anus associés à une reconstitution du coin périnéal 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 opératoire périnéale avec hystérectomie : est l'opération de base dans le prolapsus de première main chez les femmes ménopausées ou en pré ménopause. L'hystérectomie est actuellement réalisée selon la technique remise à l'honneur par l'école lyonnaise. Elle comprend les temps suivants [13].

\* Traction prudente de la paroi antérieure du vagin par une pince de Museu 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 que dessine le pôle inférieur de la vessie. Cette incision peut être basse, près de l'orifice externe en cas de cystocèle marquée.

\* Après dissection de la paroi antérieure du vagin, section de la cloison supra vaginale qui dégage la face antérieure de l'utérus et éloigne la vessie. Le repérage de la cloison supra vaginale est facilité par la tension de la pince de Museu dans l'axe ombilico-cocygien 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 découlement vésical jusqu'au cul-de sac vésico-utérin.

\* Désinsertion de la paroi vaginale postérieure en poursuivant l'incision antérieure au niveau des prolongements latéraux.

\* Ouverture du cul de sac de Douglas.

\* Repérage, aiguillage et section des ligaments suspenseurs après avoir vérifié prudemment la position de l'urètre que l'on fait glisser entre les deux index. La préhension peut se faire à l'aiguille de Descamps 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 par 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 lomboovariens.

### **Cloisonnement de Douglas**

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

### **Plastie antérieure [21]**

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 [21]**

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

## **Plastie postérieure [21]**

Elle se réalise à deux niveaux :

- A 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 ;

- A 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 pénétrer dans les fosses para rectales.

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

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

- rétention d'urine précoce régressant habituellement spontanément ou sous urecholine qui augmente le tonus et la contractilité du détrusor ;

- infection urinaire ;

- infection pelvienne avec hyperthermie prévenue par les antibioprophylaxies ;

- complications thromboemboliques en général prévenues par une héparinothérapie presque systématique.

Les résultats sont habituellement excellents. Les récives sont précoces et relèvent d'une imperfection chirurgicale ou de la méconnaissance d'un élément du



prolapsus en général (élytrocèle) ; les récurrences tardives sont liées à la détérioration des tissus.

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

### **Triple opération périnéale conservatrice : [21]**

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-sacrés et des ligaments cardinaux se fait par traction vers le haut du col par la pince de Museu ; 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 invaginant 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.

### **10.3- Traitement chirurgical 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 [22].

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 [23].

#### **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 Freud (1889), de Heut, de Chirodkar (1954), c'est à Ameline et Huguet que revient le mérite d'avoir décrit le principe d'une intervention réalisant une suspension postérieure de l'utérus, des complications liées au passage des fils dans le disque lombosacré. L'utilisation des grands hamacs synthétiques tendus depuis la symphyse pubienne jusqu'à la paroi postérieure du bassin a amené l'école de Broca avec Huguier, Carbonnet, 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 [1].

Les matériaux utilisés pour amarrer la filière génitale ont également évolué.

Après utilisation des matériaux organiques (peau dégraissée, fascia lata, dure mère) c'est actuellement aux matériaux synthétiques que l'on fait appel, notamment le Ter gal tressé (Mersuture®) ou le GoreTex.

#### **Objectifs opératoires :**

Nombreux et pour certains spécifiques de la voie haute, ils sont destinés à corriger tous les désordres anatomiques responsables des ptoses 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 associées et notamment urinaires;
4. de traiter toutes les lésions utéro-annexielles éventuellement associées ;
5. de préserver l'intégrité de la cavité vaginale.

La reconstruction 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 suspensions 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 post opératoires 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'anesthésie 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 : [24]**

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

L'asepsie est assurée par la désinfection du champ opératoire et du vagin par un antiseptique chirurgical ; une antibioprophylaxie est recommandée. Elle assure une excellente prévention des complications infectieuses.

#### **- Position de la malade :**

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

#### **- Laparotomie :**

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

**- Procédé de soutènement-suspension [24]** Le montage actuel comporte les temps suivants :

#### **• Mise en place d'une prothèse de Tergal Tressé (Mersuture®) sur la base vésicale.**

Elle nécessite un décollement de l'espace intervésico-vaginal assez loin jusqu'au voisinage du col vésical et plus limité latéralement pour éviter l'urètre. Le décollement est généralement exsangue quand il se fait dans le plan de clivage soit à l'aide des ciseaux mousses, soit à l'aide d'un tampon monté. Ainsi se trouve définie une surface vaginale de 3 à 5cm de large sur 3 à 6cm de haut sur laquelle sera appliquée puis fixée par des points séparés de fils non résorbables très fins, une prothèse découpée de façon triangulaire à pointe inférieure ou plutôt losangique à petite base inférieure prolongée à ses angles supérieurs par deux

bandelettes qui serviront à la fixation en arrière après passage, si l'utérus est présent, à travers les zones avasculaires du ligament large.

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

• **Mise en place d'une prothèse vaginale postérieure** Initialement, la contention de la paroi vaginale postérieure et de l'isthme utérin quand l'utérus est en place était assurée par de simple fils transfixant l'isthme. Le risque de section secondaire rend préférable l'utilisation d'une prothèse postérieure appuyée sur la face postérieure du vagin sur une hauteur de 3 à 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 dougласsectomie, ce temps se trouve considérablement simplifié. Pour notre part, nous pratiquons presque systématiquement ce geste complémentaire.

• **Promontofixation : [9]**

Passage du point sur le promontoire à l'aide d'une aiguillée de fil non résorbable N°0 triangulaire et fixation avec une légère traction de la bandelette postérieure puis de la bandelette antérieure. Ce point est réalisé par un nœud extracorporel (nœud de Roeder) bloqué par un nœud intracorporel.

Cette promontofixation sera réalisée alors que la valve vaginale a été retirée afin de bien corriger la cystocèle, la rectocèle et l'hysteroptose. Il convient de fixer avec une « légère » traction ces bandelettes pour faire contre pression à l'hyperpression intra abdominale créée par le pneumopéritoine car si l'on pose les bandelettes comme on le faisait en chirurgie classique par laparotomie on obtient une mauvaise réduction du prolapsus.

• **Péritonisation [9]**

Il est important de péritoniser parfaitement les bandelettes afin d'éviter toute adhérence intestinale et d'incarcération qui pourrait être source d'une occlusion. La péritonisation doit être soigneuse et réalisée au fil non résorbable ou à résorption

lente pour empêcher les lâchages, surtout à gauche ; plusieurs artifices permettent de faciliter ce temps parfois délicat mais important. Les bandelettes peuvent être ramenées jusqu'au promontoire après tunnelisation 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 peritonisation :

- L'utilisation du sigmoïde par un accollement 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 simple surjet.

#### • **Soutènement de la jonction uréthro-vésicale**

Il est destiné à compléter la correction des troubles de statiques notamment en assurant la suspension du segment utéro-vésical du vagin, à traiter l'incontinence urinaire existante ou potentielle pour 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 retentionnels, il faut préférer l'un des procédés de suspension par voie retropubienne 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-perineorrhaphie 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 [25]**

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. 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 transfixant 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 peritonisation.

### • **Prolapsus avec hystérectomie [25]**

L'ablation de l'utérus 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.

### **Les complications :[25]**

Les complications de la promontofixation, par laparotomie sont d'une part les complications inhérentes à la laparotomie et à la chirurgie pelvienne, nous n'y reviendrons pas, et d'autre part ses complications spécifiques, c'est-à-dire essentiellement les expositions et les infections de prothèse.

### **11-Indication opératoire [25]**

La chirurgie n'est pas le traitement unique et obligatoire du prolapsus pelvigénital, 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 par contre indiquée dès le stade 2 de la cystocèle, et inefficace lorsque les releveurs sont inexistantes.

Au contraire elle permet d'améliorer la valeur fonctionnelle des releveurs de moyenne ou bonne qualité, avec l'espoir de retarder l'intervention chez la femme jeune présentant un prolapsus au stade 1 ; ou lorsque l'incontinence urinaire est le trouble fonctionnel prédominant. Dix à vingt 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.



# MÉTHODOLOGIE

## **IV- Méthodologie :**

### **1- Cadre de l'étude :**

Ce travail a été réalisé dans le service de chirurgie générale au Centre de Santé de Référence de la commune I (CSRéf CI).

### **2-Situation Géographique :**

Le CSRéf CI est situé à Korofina Nord, près de la mairie de la CI. Dans l'enceinte de cet établissement le service de chirurgie est situé à deux niveaux :

- Le bureau des médecins ; et la salle d'hospitalisation à l'angle sud-ouest du centre.
- La petite chirurgie à l'entrée du centre au sud.

### **3-Les Locaux :**

La salle d'hospitalisation a une capacité de 8 lits.

- Trois (3) bureaux des médecins,
- Une salle de permanence en petite chirurgie,
- Le bloc opératoire situé au côté nord du centre en face du service de gynécologie-obstétrique, comprend deux (2) salles d'opérations (nommées salle septique et aseptique), une salle de stérilisation, une salle de réveil ou d'attente et deux (2) bureaux pour les anesthésistes et un bureau pour les aides de bloc. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CSRéf.

### **4-Le Personnel :**

Le personnel permanent :

- Trois (3) chirurgiens,
- Quatre (4) techniciens de santé et un technicien supérieur de santé dont deux (2) majors un en hospitalisation et un en petite chirurgie
- Deux (2) aides-soignants.

Les activités : Les consultations externes se font tous les jours de même que les hospitalisations ainsi que les interventions en urgence. Les interventions à froid sont programmées pour les Lundi, Mardi et Jeudi. Les visites dirigées par un chirurgien sont également quotidiennes. Les théâtres aux nombres de sept (7) sont

répartis de telle sorte qu'ils font la rotation entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe et l'hospitalisation.

## **5-Type et Période d'Etude :**

### **5.1. Type d'Etude :**

Il s'agit d'une étude prospective. Elle a porté sur 30 cas de cystocèle.

### **5.2. Période et lieu d'Etude :**

Cette étude s'est déroulée sur une période de 18mois de Janvier 2018 au Juin 2019 dans le service de chirurgie générale au Centre de Santé de Référence de la commun I (CSRéf CI).

## **6-Echantillonnage :**

Nous avons procédé à un recrutement systématique de toutes les patientes répondant à nos critères d'inclusion.

**6.1. Critères d'Inclusion :** Toute patiente admise pour cystocèle et pris en charge dans le service durant la période d'étude.

**6.2. Critères de non Inclusion :** Toute patiente admise dans le service pour autres pathologies que la cystocèle durant la période d'étude.

### **6.3 Critère de Jugement :**

- Les résultats du traitement chirurgical ;

- \* Résultats anatomiques

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

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

- Mauvais = récurrence à la cystocèle

- \* 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 satisfaite = aucune plainte
- Moyennement satisfaite = plainte fonctionnelle,
- Non satisfaite = aucun soulagement des troubles après l'intervention.

- Définition de la multiparité

- Pauci pare = 1 à 3 accouchements
- Multipare = 4 à 6 accouchements
- Grande multipare = 7 accouchements ou plus.

## **8. Méthodes :** L'étude a comporté :

Une phase de recherche bibliographique

Une phase d'élaboration de la fiche d'enquête

Une phase de collecte des données

Une phase de suivi

Une phase de saisie et d'analyse des données

Toutes les malades recrutées ont bénéficié d'un examen clinique soigneux à savoir

- Un interrogatoire à la recherche des signes fonctionnels de l'histoire de la maladie, des antécédents médicaux et chirurgicaux ;

- phase d'élaboration de la fiche d'enquête

- Un examen physique complet à la recherche de signes physiques, généraux.

- Le bilan para clinique était constitué de : Groupage – Rhésus, l'hémogramme (étaient considérés comme anémique les patients dont le taux d'hémoglobine était inférieur à 10g/dl. L'hyperleucocytose a été définie par un taux de leucocyte supérieur à 104/mm<sup>3</sup>), la créatininémie, la glycémie, la vitesse de sédimentation, une sérologie VIH, TP, TCA, ECBU plus Antibiogramme, PV plus Antibiogramme, une échographie pelvienne, UIV Uroscanner. Certains examens complémentaires n'ont pas été réalisés par toutes les patientes par faute de moyens financiers.

### **7.1. Fiche d'Enquête :** Elle comportait des variables réparties en :

- Données administratives : Age, nationalité, adresse, ethnie et durée d'hospitalisation.

- Paramètres cliniques et para cliniques (signes fonctionnels, signes généraux, signes physiques, les examens complémentaires).
- Suites opératoires à court et moyen terme.
- Coût de la prise en charge (il englobait les frais de consultation, d'hospitalisation, le kit opératoire, les examens complémentaires et les frais d'ordonnance).

**7.2. L'Analyse des Données :** Les données ont été saisies sur le logiciel world 2019, analysées sur IBM SPSS et le test de CHI2 a été utilisé avec un seuil de signification  $p < 0.05$ .

# RESULTAT

**V-RESULTATS :****A-Fréquence :****Tableau III:** fréquence de la cystocèle dans le service

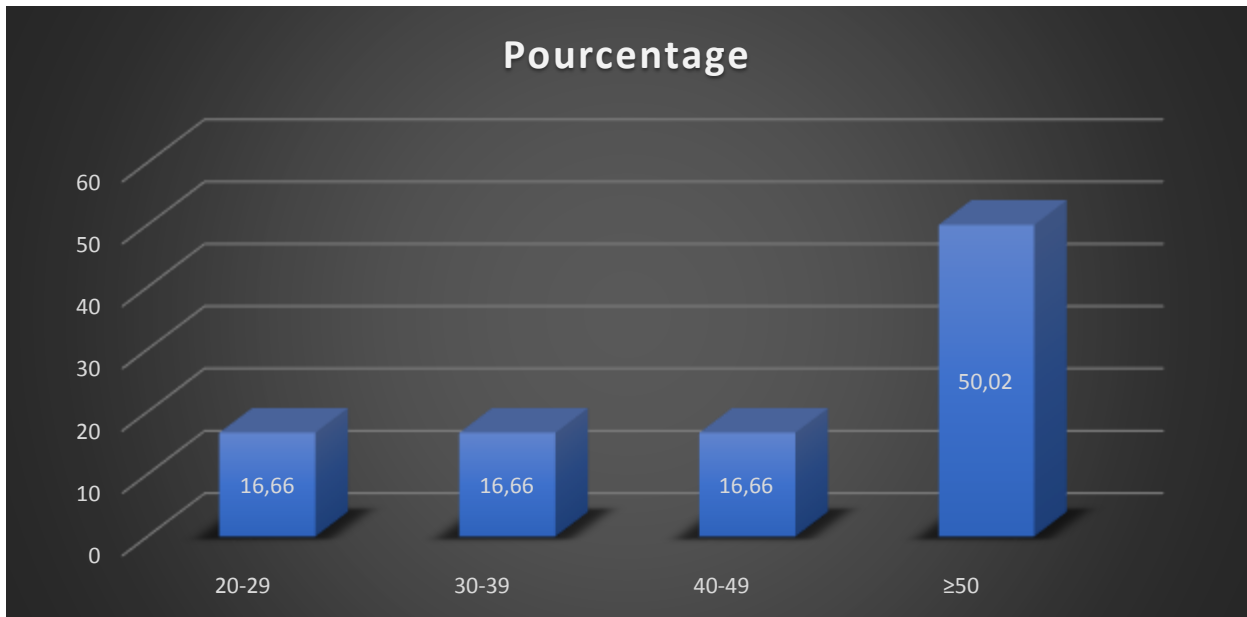
Pathologies	Effectifs	Pourcentage
Hernies	276	36,13
Appendicite	212	27,75
Péritonite	62	8,12
Hypertrophie		5,76
Prostatique	44	
Maladie Hémorroïdaire	34	4,45
<b>Cystocèle</b>	<b>30</b>	<b>3,93</b>
Occlusion Intestinale	24	3,14
Kyste	19	2,48
Fissure Anale	12	1,57
Autres	51	6,67
Total	764	100

La cystocèle avait représenté 3,93% des activités chirurgicales du service.

Autres : fistule anale - fibrome utérin – bride cicatricielle – lithiase vésicale.

## B- Données sociodémographiques :

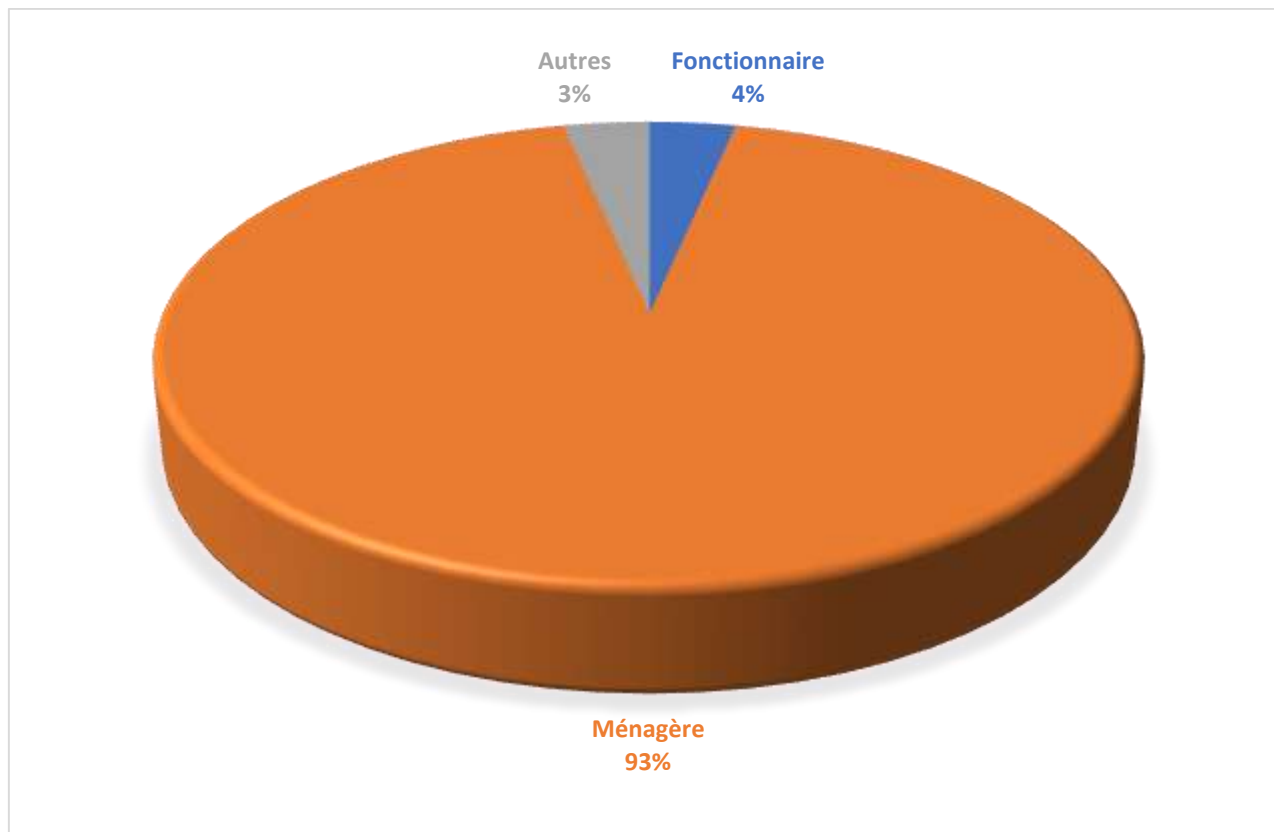
### B1- Age :



**Figure 12** : répartition des patientes en fonction de l'âge.

La tranche d'âge supérieur ou égal à 50 ans était la plus représentée soit 50.02% avec une moyenne d'âge de 50,5 ans et les extrêmes étaient de 21 à 80 ans.



**B2- Profession :****Figure 13 :** Répartition des patientes en fonction de la profession.

La profession ménagère était la plus représentée soit 93%.

**B3- Statut matrimonial :****Tableau IV:** Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial

Statut Matrimonial	Effectifs	Pourcentage
<b>Mariée</b>	<b>24</b>	<b>80</b>
Veuve	6	20
Total	30	100

Les femmes mariées étaient les plus représentées soit 80%.

**B4- Provenance :****Tableau V:** Répartition des patientes en fonction de la provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage
<b>Bamako</b>	<b>19</b>	<b>63,3</b>
Hors Bamako	11	36,7
Total	30	100

63.3% de nos patientes résidaient à Bamako.

**B5-Ethnie :****Tableau VI:** Répartition des patientes en fonction de l'ethnie.

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
<b>Bambara</b>	<b>14</b>	<b>46,7</b>
Soninké	2	6,7
Peulh	4	13,3
Malinké	3	10
Dogon	2	6,7
Senoufo	1	3,3
Autres	4	13,3
Total	30	100

L'ethnie Bambara était la plus représentée soit 46.7%

**C-Antécédents :****C1- Parité****Tableau VII :** Répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectifs	Pourcentage
Pauci pare	1	3,3
<b>Multipare</b>	<b>16</b>	<b>53,4</b>
Grande- multipare	13	43,3
Total	30	100

Les multipares étaient les plus représentées soit 53.4%

**C2-ATCD Médicaux****Tableau VIII:** Répartition des patientes en fonction des facteurs favorisants.

ATCD médicaux	Effectifs	Pourcentage
Constipation chronique	5	16,66
<b>Accouchement difficile</b>	<b>16</b>	<b>53,33</b>
Macrosomie	6	20
Sans facteurs favorisants reconnus	9	30

L'accouchement difficile était le facteur favorisant le plus représenté soit 53.33%

**C3- ATCD Chirurgicaux****Tableau IX:** Répartition des patientes en fonction de leur ATCD chirurgical

ATCD chirurgical	Effectifs	Pourcentage
Cure de prolapsus	1	3,3
Césarienne	3	10
<b>Aucun</b>	<b>24</b>	<b>80</b>
GEU	1	3,3
Appendicectomie	1	3,3
Total	30	100

80% de nos patientes étaient sans ATCD chirurgical.

**D-Signes cliniques :****D1- Motif de Consultation****Tableau X :** Répartition des patientes en fonction de leur motif de consultation

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
<b>Tuméfaction de la vulve</b>	<b>28</b>	<b>93,33</b>
Pesanteur pelvienne	6	20
Dysurie	11	36,66
Impression de perte d'organe	8	26,7
Pollakiurie	20	66,66
Dyspareunie	10	33,33

La tuméfaction de la vulve était le motif de consultation le plus représenté soit 93,33%.

**D2-IMC****Tableau XI: Répartition des patientes en fonction de leur indice de masse corporel**

Indice de masse corporel	Effectifs	Pourcentage
Sous poids	1	3,3
<b>Poids idéal</b>	<b>28</b>	<b>93,4</b>
Surpoids	1	3,3
Total	30	100

93.4% de nos patientes avaient un poids idéal.

**Tableau XII: Répartition des patientes en fonction de leur signe clinique**

Manœuvre de Bonney	Effectifs	Pourcentage
Positive	3	10
<b>Négative</b>	<b>27</b>	<b>90</b>
Total	30	100

La manœuvre de Bonney était négative dans 90% des cas.

**D3- Signes Physiques****Tableau XII : Répartition des patientes en fonction de leurs signes physiques**

Toucher vaginal	Effectifs	Pourcentage
<b>Masse vaginale</b>	<b>21</b>	<b>70</b>
Masse vulvaire	9	30
TOTAL	30	100

La sensation de la masse vaginale à l'examen physique était présente dans 70%.

**Tableau XIII** : Répartition des patientes en fonction de l'aspect de la muqueuse vaginale

Aspects	Effectifs	Pourcentage
<b>Souple</b>	<b>29</b>	<b>96,7</b>
Ulcérée	1	3,3
Total	30	100

La masse était souple dans 96.7%.

#### **D4- Classification**

**Tableau XIV**: Répartition des patientes en fonction de la classification selon ICS

Classification	Effectifs	Pourcentage
1 <sup>er</sup> degré	2	6,67
<b>2<sup>ème</sup> degré</b>	<b>17</b>	<b>56,67</b>
3 <sup>ème</sup> degré	11	36,66
TOTAL	30	100

56.67% de nos patientes étaient classées 2eme degré.

**D5- Pathologies Associées****Tableau XV:** Répartition des patientes en fonction des pathologies associées

Affections associées	Effectifs	Pourcentage
Hystérocèle	7	23,3
Rectocèle	6	20
Hernie inguinale	1	3,3
Hystérocèle- rectocèle	2	6,7
Hystérocèle- élytrocèle- rectocèle	2	6,7
Incontinence urinaire d'effort	3	10
<b>Aucun</b>	<b>9</b>	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

L'hystérocèle était associée à la cystocèle dans 23.3%.

**E-Examens complémentaires :****Tableau XVI :** Répartition des patientes en fonction des différents examens complémentaires réalisés (BPO).

Examens complémentaires	Effectifs	Pourcentage
<b>Créatininémie</b>	<b>25</b>	<b>83,33</b>
ECBU + antibiogramme	16	53,33
Echographie Pelvienne	19	63,33
UIV	7	23,33

La créatininémie et l'échographie ont été les examens complémentaires les plus réalisés ; soient 83,33% et 63,33%

**F-Traitements :****Tableau XVII:** Répartition des patientes en fonction du traitement chirurgical

Chirurgie par voie basse	Effectifs	Pourcentage
<b>Colporraphie antérieure</b>	<b>19</b>	<b>63,33</b>
Colporraphie antérieure et postérieure	11	36,67
Total	30	100

La colporraphie antérieure était le traitement chirurgical le plus pratiqué soit 63.33%.

**G-Complications :****Tableau XVIII:** Répartition des patientes en fonction des complications post opératoire.

Complications	Effectifs	Pourcentage
Complications	6	20
<b>Sans complications</b>	<b>24</b>	<b>80</b>
Total	6	100

20% de nos patientes ont présenté des complications post-opératoires.

**H-Hospitalisation :****Tableau XIX:** Répartition des patientes en fonction de la durée d'hospitalisation

Durée en jour	Effectifs	Pourcentage
<b>1</b>	<b>25</b>	<b>83,33</b>
2	4	13,33
3	1	3,33
Total	30	100

83.33% de nos patientes n'ont séjourné qu'un jour à l'hôpital.



**Tableau XX:** Répartition des patientes en fonction de la durée de la sonde urinaire

Durée en jour	Effectifs	Pourcentage
1	28	93,34
2	1	3,33
3	1	3,33
Total	30	100

93,34% de nos patientes ont fait qu'un jour avec leur sonde urinaire

**I-Résultats du traitement :****Tableau XXI :** Répartition des patientes opérées selon les résultats à 1 mois.

Ils ont été analysés chez 22 patientes opérées soit 73,33%.

Résultat à 1 mois	Effectifs	Pourcentage
<b>Résultat anatomique</b>		
Bon	20	66,66
Moyen	2	6,67
Perdue de vue	8	26,67
<b>Résultat fonctionnel</b>		
Bon	18	60
Moyen	4	13,33
Perdue de vue	8	26,67
<b>Degré de satisfaction de la patiente</b>		
Très satisfaisant	14	46,66
Moyennement satisfaisant	8	26,67
Non satisfaisant	0	0
Perdue de vue	8	26,67

**Tableau XXII:** Répartition des patientes opérées selon les résultats à 6 mois.

Ils ont été appréciés chez 12 patientes opérées soit 40%

Résultat à 6 mois	Effectifs	Pourcentage
<b>Résultat anatomique</b>		
Bon	11	36,67
Moyen	1	3,33
Perdue de vue	18	60
<b>Résultat fonctionnel</b>		
Bon	10	33,33
Moyen	2	6,67
Perdue de vue	18	60
<b>Degré de satisfaction de la patiente</b>		
Très satisfaisant	9	30
Moyennement satisfaisant	3	10
Non satisfaisant	0	0
Perdue de vue	18	60

**J-Résultats analytiques :****Tableau XXIII:** Relation entre le type de chirurgie et la classe de cystocèle.

Type de chirurgie Classe de cystocèle	Colporraphie antérieure	Colporraphies Antérieure et Postérieure	Pourcentage	
			Ant	Ant - Post
1 <sup>er</sup> degré	2	0	6,67	0
2 <sup>ème</sup> degré	15	2	50	6,67
3 <sup>ème</sup> degré	0	11	0	36,66
<b>Total</b>		<b>30</b>		<b>100</b>

**Tableau XXIV:** Relation entre la parité et les différents stades de cystocèle.

Stade Parité	1 <sup>er</sup> degré	2 <sup>ème</sup> degré	3 <sup>ème</sup> degré	Total	Pourcentage
Pauci pare	2	4	0	6	20
<b>Multipare</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>50</b>
Grande multipare	0	0	9	9	30
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Tableau XXV:** Relation entre l'âge et les différents stades de cystocèle.

Stade Age (Année)	1 <sup>er</sup> degré	2 <sup>ème</sup> degré	3 <sup>ème</sup> degré	Total	Pourcentage
20-29	2	3	0	5	16,66
30-39	0	4	1	5	16,67
40-49	0	2	3	5	16,67
<b>≥50</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>50</b>
Total	2	17	11	30	100

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

## VI- Commentaire et discussions

### A- FREQUENCE :

**Tableau XXVI:** fréquence selon les auteurs

<b>Auteurs</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Test statistique</b>
Baye M Cameroun (1996) [6]	10,6%	0,6523
Jérémy Brunello France (2017) [26]	60%	0,0000
<b>Notre étude (2019)</b>	<b>3,93%</b>	

Le prolapsus génital est une affection dont la fréquence varie d'un pays à l'autre.

Notre résultat est inférieur à ceux de BAYE M et de JEREMY BRUNELLO qui ont respectivement trouvé 10,6% et 60% avec ( $p=0,6523$  ;  $p=0,0000$ ). Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon et la durée d'étude.

### B -AGE

**Tableau XXVII:** âge moyen selon les auteurs

<b>AUTEURS</b>	<b>Effectif</b>	<b>Age moyen</b>	<b>Test statistique</b>
A Diarra (2013) [7]	20	49,5	1
Hassan Bendimrad (2017) [27]	80	61,69	0,2867
<b>Notre étude (2019)</b>	<b>30</b>	<b>50,5</b>	

La femme peut être concernée à tous les âges par le prolapsus génital. Néanmoins le vieillissement physiologique est considéré par la plupart des auteurs comme un des facteurs majeurs associé aux prolapsus pelviens.

L'âge moyen de notre étude était de 50.5, ce résultat est comparable à celui de A DIARRA [7] mais statistiquement inférieur à celui de HASSAN BENDIMRAD [27] qui ont trouvé respectivement 49.5 et 61.69 avec ( $p=1$  ;  $p=0,2867$ ).

Cette différence pourrait s'expliquer par les facteurs sociodémographiques de notre pays (accouchement non assisté et dystocique, procréation précoce et la grande multiparité).

**C- PARITE** : selon les auteurs

Les multipares et grandes multipares assemblaient 96,7% de l'ensemble de nos cas. Nos résultats sont supérieurs à ceux observés par B COULIBALY [28] et de HASSAN BENDIMRAD [27] qui ont respectivement trouvé 63,50% et 83,56% avec ( $p=0,0009$  ;  $p=0,1591$ ). La parité constitue en soi un des facteurs de risque prouvés des prolapsus génitaux [28]. Ce qui n'est pas étonnant que nous puissions avoir en majorité des multipares et des grandes multipares dans les rangs de nos cas. Nous pensons qu'à l'accouchement, avec le passage du mobile fœtal, qu'il y ait des lésions périnéales à type d'arrachement musculaire ou de neuropathies d'étirement pouvant entraîner un dysfonctionnement ultérieur.

**D- Facteurs favorisants** : selon les auteurs

Dans notre étude, ont été retrouvés 53,3% d'accouchement dystociques et 20% d'antécédents de macrosomies fœtales. Notre résultat d'accouchement dystocique est supérieur à celui de A. DIARRA [7] et de M. SANOGO [6] qui ont respectivement trouvé 32,6% et 43,75% avec ( $p=0,2000$  ;  $p=0,8902$ ) ; par contre celui d'antécédents de macrosomies fœtales est inférieur à ceux de A. DIARRA [7] et de M. SANOGO [6] qui ont respectivement trouvé 30,4% et 43,75% avec ( $p=1$  ;  $p=0,6764$ ). Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon.

Notre taux d'antécédent de macrosomie fœtale s'est établi difficilement : ceci s'explique par la non ou faible scolarisation de nos patientes, qui portent peu d'intérêt au poids de naissance de leurs enfants.

Dans notre étude la ménopause représente une fréquence de 50% de cas. Ce résultat est supérieur à ceux de A. DIARRA [7] et de M. SANOGO [6]. Qui avaient respectivement trouvé 23,9% et 25% avec ( $p=0,3538$  ;  $p=0,6564$ ). Par contre cette fréquence est élevée dans les études de EULALIE K en RCI [29] et de Rodriguez - Colorados [31] au Mexique qui avaient trouvé 80% ( $p=0,1540$ ) de femmes ménopausées. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon et la durée d'étude.

La place des antécédents chirurgicaux au niveau de la sphère génitale est négligeable 3,3% dans notre étude. Ce résultat est nettement inférieur à celui retrouvé en France dans le pavillon PAUL Gellé à Roubaix Querleu D [20] avec une fréquence de 27,2%. Mais inférieur à celui de A. DIARRA [7] avec une fréquence de 2,2%.

#### D- Signes cliniques :

Les symptômes motivant les consultations sont très divers : l'évaluation de la gêne fonctionnelle montre que les principaux motifs de consultations sont :

La tuméfaction de la vulve 93,3% avec impression de perte d'organe 26,7%, suivie de la Pesanteur pelvienne 20% et de la dyspareunie 33,33%, plusieurs motifs sont possibles chez la même patiente.

**Tableau XXVIII:** Motifs de consultations : selon les auteurs

Auteurs	D. Sidibé (1998) [11]		M. Sanogo (2008) [6]		Notre étude (2019)
	Fréquences	P	Fréquences	P	
Symptômes					
Tuméfaction de la vulve	96%	P=0,8603	81,25%	P=0,7932	93,3%
Impression de perte d'organe	19,53%	P=0,8448	56,25%	P=0,4330	26,7%
Dyspareunie	14,8%)	P=0,6776	50%	P=0,7051	33,33%

Tous nos résultats se rapprochaient à ceux de SIDIBE D [11] et de SANOGO M [6]. Ceci pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon et la durée d'étude.



### **-Classification :**

Dans notre étude le deuxième degré de cystocèle était le plus fréquent avec 56,67%. Ce résultat ne diffère pas de celui de SANOGO M [6] qui avait trouvé 56,25% ( $p=0,7973$ ), mais différent de celui de DIARRA A [7] qui avait trouvé le premier degré de cystocèle avec une fréquence de 70% par contre 20% de deuxième degré ( $p=0,5077$ ). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ses patientes ont consulté tôt à l'hôpital pour un dépistage précoce.

### **E- Aspect thérapeutique :**

Vu la consultation tardive, le degré de gêne fonctionnelle et la présence de complication, toutes les patientes ont subi une intervention chirurgicale.

La difficulté du traitement chirurgical du prolapsus génital réside souvent 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.

Dans notre étude nous n'avons pratiqué que la plastie antérieure et postérieure comme technique chirurgicale : la Plastie antérieure seule 63,33% ; elle était toujours complétée par une Plastie postérieure dans les cystocèles du 3ème degré 36,67%. Ce résultat se rapproche à ceux de SANOGO M [6] qui avait trouvé respectivement 68,75% ( $p=0,8934$ ) et 31,25% ( $p=0,6761$ ). Par contre Dian SIDIBE [11] a eu 50% de myorrhaphie des releveurs de la vessie.

Dans notre étude, nous n'avons pas eu à pratiquer une hystérectomie par voie basse.

### **F- Complications :**

Les interventions par voie basses font courir le risque d'accidents chirurgicaux et infectieux. Dans notre étude nous avons trouvé 6,6% de RAU et 13,33% de complications infectieuses.

Ces résultats sont comparables à ceux de SANOGO M [6] qui a respectivement trouvé 6,25% et 18,75%. Ces complications infectieuses pourraient s'expliquer par l'insuffisance des conditions d'hygiène du bloc et des patientes.

Ainsi en post opératoire, aucune complication hémorragique n'a été retrouvée dans notre étude par contre DIARRA A [7] avait trouvé 15%. Cette différence pourrait s'expliquer par l'amélioration des conditions de travail du bloc opératoire.

Le taux de mortalité opératoire était nul dans notre étude comme dans les séries de (SIDIBE D ; SANOGO M ; DIARRA A) [11] [6] [7].

### **G- Hospitalisation :**

Dans notre étude la durée moyenne d'hospitalisation était 1jour qui est largement inférieure à celle de DIARRA A [7] ; SANOGO M [6] et de WETREL [30] en France qui ont respectivement trouve 3 et 8,9 jours.

Dans notre étude la durée du sondage urinaire était 1jour.ce résultat est nettement inférieur à celui de DIARRA A [7] ; SANOGO M [6] qui avaient trouvé 3 à 4 jours et 2 à 4 jours.

Ainsi l'abord chirurgical par voie basse permet une durée d'hospitalisation plus courte.

### **H- Réponse au traitement :**

**Tableau XXIX: Suivi à 1 mois**

Auteurs	M. Sanogo (2008) [6]		Notre étude (2019)
Suivie à 1 mois	Fréquences	P	Fréquences
Résultat anatomique	43,75	p= 0,5535	66,66
Résultat fonctionnel	37,50	p=0,5154)	60

Dans le 1er mois qui a suivi l'intervention, 22 patientes sur 30 ont été revues pour un contrôle soit 73,33%. Nos résultats sont supérieurs à ceux de M. SANOGO. Ce qui témoigne l'amélioration de la prise en charge de cette pathologie.

Nos patientes étaient très satisfaites dans 46,66%, moyennement satisfaites dans 26,67% ; Contre très satisfaites dans 31,25%(p=0,8908), moyennement satisfaites dans 37,50%(p=0,7978) dans l'étude de M. SANOGO [6].

**Tableau XXX:** Suivie à 6 mois

Auteurs	M. Sanogo (2008) [6]		Notre étude (2019)
Suivie à 6 mois	Fréquences	P	Fréquences
Résultat anatomique	43,75	p= 0,5601	36,67
Résultat fonctionnel	18,75	p=0,5601	33,33

A long terme, 6 mois ou plus, 12 patientes ont été revues ce qui représente 40%. Notre résultat anatomique est nettement inférieur à celui de M. SANOGO, par contre notre résultat fonctionnel est supérieur. Ceux-ci s'expliquent par l'amélioration de la prise en charge de cette pathologie et la difficulté du suivie à long terme.

18,75% des patientes étaient très satisfaites et une patiente était non satisfaite soit 6,25%.

Nous avons enregistré 18 cas de perdu de vue dont 60% et aucun cas de décès.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATION**

## **VII- Conclusion et Recommandations :**

### **1) Conclusion :**

Dans cette étude prospective qui a porté sur 30 cas de cystocèle, du 1er Janvier 2018 au 30 Juin 2019 dans le service de chirurgie générale du CSRéf de la commune I, nous avons noté les faits suivants :

- Quelle attitude à avoir devant une jeune femme présentant une cystocèle et désirant faire des maternités ?
- Il ressort de cette étude que la cystocèle est fréquente au Mali chez la femme jeune. L'âge moyen est de 50,5 ans et les femmes en âge de procréer étaient les plus représentées.
- Ce sont en général des prolapsus acquis non pas de dystrophie d'involution sénile, mais par des séquelles traumatiques obstétricales. La parité, l'accouchement laborieux et de gros fœtus constituaient les facteurs favorisants.
- L'étage antérieur du vagin est le plus souvent intéressé avec ses conséquences sur la sphère urinaire : l'IUE ; la dysurie et la miction impérieuse étaient les signes urinaires les plus représentés.
- Le traitement chirurgical a été pratiqué dans tous les cas. L'intervention par voie basse a été l'unique voie d'abord chirurgicale. Par cette méthode, on a obtenu en général de très bons résultats immédiats. Mais le problème se pose quant au suivi à long terme.

## **2) Recommandations :**

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

\* Aux patientes :

- Eviter les grossesses très rapprochées
- Eviter le port de charges très lourdes (poids excédant 20-25 kg) ;
- Consulter dès l'apparition d'un signe quelconque ;
- Ne pas cacher les pathologies urogénitales.
- Accoucher en milieu hospitalier.

\* Aux personnels soignants :

- Sensibiliser les patientes à consulter dès l'apparition des premiers signes ;
- 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.
- Pour le chirurgien, il est conseillé de pratiquer en cas d'hystérectomie la technique intra-fasciale suivie de la solidarisation du fond vaginal aux ligaments suspenseurs.
- Aux urologues de bien évaluer les patientes avant l'intervention.
- Une amélioration des conditions d'hygiène surtout au bloc opératoire afin de limiter les infections post opératoires.

\* Aux autorités administratives :

- Former les praticiens gynécologues, obstétriciens, sages-femmes, matrones et des médecins urologues répondant aux attentes de la population.

- Fournir au service de chirurgie générale du CSRéf communelle matériel de chirurgie par voie basse et endoscopique.
- Augmenter la capacité d'accueil du service de chirurgie générale du CSRéf communel.
- Organiser des débats radio télévisés sur la prophylaxie du prolapsus.

# **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**



## **VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

### **1-J. Lansac, P. Lecomte :**

Gynécologie pour le praticien. Paris : SIMEP ; 1989 :510 p

### **2- Pr. P. Bernard :**

Prolapsus génital et incontinence urinaire chez la femme corpus médical- Faculté de médecine de Grenoble septembre 2002 J. Gynécologie Générale (Tome 1et 2)

### **3- E. Husaunnde, M. Rousseau, M. Deleflie :**

Traitement chirurgical des prolapsus génitaux par une nouvelle technique d'hystéropexie latérale prothétique combinant voie vaginale et coelioscopique.

J. Gynecolobst et Bioreprod, 2003,320 :24- 7.

### **4. G. Crépin, M. Cosson, J-P. Lucot, Collinet, P. Hillemand :**

Le prolapsus chez la femme jeune, une question d'actualité Bull.

Acad, Natle Med, 2007,191; 827-837.

### **5-Y. Lukman:**

Utero-vaginal prolapse: a rural disability of the young East.

African medical Journal 1995; 72 N°1:2-9

### **6- M. Sanogo:**

Cystocèle aspects cliniques et thérapeutiques dans le service d'urologie du CHU Gabriel TOURE de Bamako ; thèse de médecine ,100P N° 08-M-157

### **7- A. Diarra :**

Cystocèle aspects cliniques et thérapeutiques dans le service d'urologie du CHU Gabriel TOURE de Bamako ; thèse de médecine, 117P N° 13-M-282

### **8- Combeau. P, Hodonou. R, Paulhac. P :**

Cystocèle : maladie de la vessie, Service de chirurgie urologique et d'andrologie hôpital universitaire Dupuytren 87042 Limoges, France Copy right 2006 INSIT-CNRS, All right reserved.

**9- E. Mandron, P-E. Bryckaert :**

Prolapsus et colprocèle antérieure. Double promontofixation coelioscopique Technique. Annales d'urologie 39 (2005), 247–256.

**10- F. Sergent, G. Gay-Crosier, L. Marpeau :**

Bandelettes sous-urétrales et incontinence urinaire d'effort. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 37 (2009) 353–357.

**11-D. Sidibé :**

Le prolapsus génital dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital National du Point G à propos de 128 cas. Thèse de médecine : Mali 98- M- 47.

**12-D. Thimoté :**

Contribution à l'étude des prolapsus génitaux : Bases anatomiques, étiopathologiques et indications thérapeutiques à l'HGT (Mali) à propos de 63 cas. Thèse de Médecine Bamako N°47, 1987

**13-V- M. Joshi :**

A new technique of uterine suspension to pectinéal ligament in the management of utero vaginal prolapse obstetries et gynecology : 1993 :81 (Pt 1) ; 790-3

**14- P. Scali :**

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

**15-P. Kamina, J P. Chansigaup :**

Soutènement et suspensions 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.

**16-Z. Al- Rawzi, T. Al-Rawiz:**

Joint. Hypermobility in women with genital prolapse lancet: 1982; 1 :1439-1441

**17-Publisher :**

Prolapsus génitaux uni-Paris5. Fr./campus gynéco obst/ cyclo2 /poly /0600frac .htm

**18- R. Contamin :**

Gynécologie générale, physiothérapie chirurgicale.

Vigot (Paris) ; 1977 ; 1 : 741P.

**19- <http://spiral.univ-lyon1.fr/polycops/histologiefonctionnelleorganes/urinaire/urin1rd.htm>**

**20- D. Querleu, G. Crépin, B. Blanc :**

Prolapsus génitaux : éditions techniques - Encyclopédie médico-chirurgicale (Paris France) gynécologie 290 A 10 ; 1991 :14P.

**21- AL Milani; PK Flu; ME Viermout; GAC Walen Brun:**

Results and complication of vaginal correction of vaginal and uterine prolapse with or without urinary incontinence; a prospective study. Nederlands Tidschrift voor Geneeskunde; 30 1993: 137 (5) 250-5.

**22-Y. Ansquer, A. Marcollet, Alvesk, V. Frain, C. Poncelet, A. Thoury et Al:**

Cystocèle repair by a synthetic vaginal mesh anteriorly through the obturator foramen. Eurj obstet gynecol reprod boil 2004, 115 :90-4

**23- M. Hapella, J. Gana, K. Safai, A. Vincelot, Y. Aubard :**

Gynécologie obstétrique et fertilité 33 (2005) 857-860.

Of médical journal du Comité International de Rédacteur des journaux médicaux.

**24- JP. Lefranc, Y. Benhaim, B. Lauratethuguenin, T. Nguyen, S. Fournet :**

La promontofixation par laparotomie. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2006, 5 (1) : 14-18

**25-F. Rozet, E. Manchon, C. Arroyo, H. Andrews, X. Cathelineau, A. Mimbet et Al :**

Laparoscopie sacral colpopexie approach for genito urinary prolapse: experience with 363 cases. Eur URol 2005 ; 47 :230-6

**26- J. Brunello :**

Revue des pratiques en midi-pyrénées et état des lieux vis-a-vis de la chirurgie du prolapsus 2017 tou3 1649

**27- M. H. Bendimrad :**

Prise en charge chirurgicale des prolapsus génitaux : Expérience du service de gynécologie obstétrique CHU Mohammed VI Marrakech THESE N°130-17

**28-B. Coulibaly :**

Prolapsus génital à l'hôpital somine dolo de Mopti ; traitement chirurgical et pronostic thèse de médecine, 117p N°10-M-262

**29- 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.

**30- HK. Weitel, Jaluvkav, Oprif :**

Colpohysterectomy, A contribution to gynecologie geriatric surgery gebrurtshilfe und frauenheil kund 2005 55 (2) 73-6.

**31- LM. Peacock, AK. Wiskind, LL. wall:**

Clinical features of urinary incontinence and urogenital prolapse in a black inner. City population.

American journal of obstetrics & gynecology 2004 171 (6) 1464 71

**32- L. Le Normand:**

Prise en charge du prolapsus génito-urinaire.

Progrès en urologie (2014) 24,925—928

**33- RC. Bump, A. Mattiasson, K Bo, et Al :**

The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction.

Am J Obstet Gynecol (1996), 175(1): 10-7

**34- J. Amblard, B. Fatton, D. Savary, B. Jacquetin:**

Examen clinique et classification du prolapsus génital. Pelv Perineol (2008) 3 : 155–165

**35- B. Fatton :**

Pour ou contre le POP-Q dans le traitement des prolapsus pelviens. Gynecol Obstet Fertil (2006), 34(6) : 533

**36- D. Salet-Lizee :**

Contre le POP-Q dans le traitement des prolapsus pelviens. Gynecol Obstet Fertil (2006) 34(6) : 536-8.

**37. B. Deval, C. Joguet :**

Plaidoyer pour le POP-Q. Gynecol Obstet Fertil (2006) 34(6) : 534-5.

# ANNEXES

## **IX. ANNEXES**

### **FICHE SIGNALÉTIQUE :**

**Nom :** FOFANA

**Prénom :** KONIBA

**Tire de la thèse :** Cystocèle Aspects cliniques et thérapeutiques

**Année :** 2018-2019

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

**Secteur d'intérêt :** Chirurgie Générale

#### **Résumé :**

Il s'agit d'une étude prospective portant sur 30 cas de cystocèle diagnostiqués du 1er janvier 2018 au 30 juin 2019 dans le Service de chirurgie générale du CSRéf de la commune I.

Il ressort de cette étude que 50% des patientes étaient en âge de procréer. Les femmes ménopausées représentaient 50% des cas. L'âge moyen était de 50,5ans, 80% de nos patientes étaient mariées et 93% étaient des ménagères. La parité moyenne était de 4 à 5, 43,5% étaient des grandes multipares (plus de 7 accouchements) et 3,3% étaient des nullipares. La tuméfaction de la vulve et l'impression de perte d'organe constituaient les principaux motifs de consultation 66,7%. Sur le plan clinique l'IUE était associée dans 10% des cas. L'étape antérieure du vagin était le plus souvent intéressée.

L'intervention par voie basse a été l'unique voie d'abord chirurgical.

Des complications ont été recensées : une RAU et quelques cas d'infections urinaires.

Les résultats à court terme retrouvaient 66,66% de bons résultats anatomiques, 60% de bon résultat fonctionnel et les patientes étaient très satisfaites dans 46,66%.

A long terme les résultats ne furent déterminés que chez 12 patientes 40% dont 36,67% présentaient un bon résultat anatomique, et 30% des patientes étaient très satisfaites. Mots clés : Cystocèle ; Infections Urinaires ; Plastique

### FICHE D'ENQUETE

**Numéro :**

**A/Données Sociodémographiques :**

1/Nom : .....2/ prénoms : ..... 3- Age .....ans

4- Profession :

A /Fonctionnaire ..... B/ ménagère .....

C/ Autres à préciser.....

5- Statut matrimonial :

a/Mariée.....b/célibataire.....c/veuve.....d/divorcée .....

6 /Adresse :

a/ Bamako..... b/ Hors Bamako.....

7/ Ethnie :

a/Bambara.....b/Soninke.....c/Peulh.....d/Malinke.....e/Sonrhai.....

f/Dogon.....g/Mianka.....h/ Bozo.....g/Senoufo.....i/ Maure.....j/

Bobo.....k/Autres à

préciser.....

8/ contact.....

9/Nationalité.....

### **B/ MOTIF DE CONSULTATION**

a/ Tuméfaction de la vulve.....b/ Pesanteur pelvienne .....c/

Dysurie.....

d/Impression de perte d'organe ..... e/ Incontinence urinaire .....

f/ Pollakiurie.....g/ Mictions

impérieuses.....h/RAU.....

i/Dyspareunie.....j/ Constipation ou gêne à la défécation..... k/ Autres à

préciser .....



**C/ ANTECEDENTS :**

**10 Personnels :**

- Obstétricaux : a/ Nullipare : .....b/ Pauci pare : .....c/ Multipare.....  
d/ Grande Multipare..... e/ Notion de macrosomie fœtale .....  
f/Dystocie.....g /Manœuvre instrumentales..... ....h/ ATCD de Déchirure  
Périnéale .....

-Médicaux : a/- Diabète..... b/HTA .....c/Asthme.....d/Drépanocytose.....  
e/Hémophilies.....f/Toux chronique..... g /Autres à préciser .....

-Chirurgicaux : a/ Cure de prolapsus..... b/hystérectomie c/  
césarienne..... d/ Autres à préciser.....

**11/Familiaux :**

-Médicaux : a/- Diabète..... b/HTA .....c/Asthme.....d/Drépanocytose.....  
e/ Hémophilies..... f/Autres à préciser .....

-Chirurgicaux : a/ Cure de prolapsus..... b/Hystérectomie .....  
c/ Césarienne.....d/ Autres à préciser.....

**D/EXAMENS :**

**- Signes généraux :**

12. INDICE DE KARNOFSKY (IK) :

1=<70  2=IK>70

13. Conjonctives :

1=Pâles 2=Colorées 3=Ictère 99= Autres à préciser :  100  
=Indéterminées

14. Température en degré :

1=Inférieur à 36°C 2=36°C à 38°C  3=Supérieur à 38°C

15. Pouls en battements/mn :

1=Inferieur à 60bts/min 2=60 à 120bts/min 3=Supérieur à  
120bts/min

16. Poids en Kg :

1=Inferieur à 60Kg  2= 60 à 100Kg 3=Supérieur à 100Kg.

17. IMC :

1 - Sous poids       2- poids idéal       3- Surpoids       4- Obésité

18. PA en mm de HG :

1=Inferieur à la norme       2=Normale       3=Supérieur à la norme .

19. Rythme respiratoire en mouvements/mn :

1=Inferieur à la norme       2=Normale       3=Supérieur à la Norme .

- **Signes fonctionnels :**

A/ Incontinence urinaire d'effort.....b/ sensation de boule dans le vagin.....c/gêne lors de la marche.....d/pesanteur dans le pelvis.....  
e/Dyspareunie.....f/ Dysurie.....g/ Pollakiurie.....

-**Signes physiques :**

TV :

1- Masse Endovaginale : 1 : Oui  2 : Non

2- Masse Vaginale : 1 : Oui  2 : Non

3- Masse Vulvaire : 1 : Oui  2 : Non

4-Aspects :

A -Souple : 1 : Oui  2 : Non

B - Dure : 1 : Oui  2 : Non

5-Manœuvre de Bonney : 1 : Positive       2 Négative

20/**Classification :**

- Premier degré :

- Deuxième degré :

- Troisième degré :

21/**Affections associées :**

a/ Hystérocèle - Rectocèle: 1 : Oui  2 : Non

b/ Elytrocèle - Rectocèle : 1 : Oui  2 : Non

c/ Rectocèle : 1 : Oui  2 : Non

- d/ Hystérocèle -Rectocèle- Elytrocèle : 1 : Oui  2 : Non
- e/ Néo du col : 1 : Oui  2 : Non
- f/ Hernie inguinale : 1 : Oui  2 : Non
- f/ Fibrome utérin : 1 : Oui  2 : Non
- g/ Tumeur annexielle : 1 : Oui  2 : Non
- h/ Déchirure ancienne du périnée : 1 : Oui  2 : Non
- i/ Hystérocèle : 1 : Oui  2 : Non

**- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**

**22-Biologie :**

- a- Frottis cervicovaginal : 1- Oui  2 : Non

Résultat :

- b- Prélèvement vaginal : 1- Oui  2- Non

Résultat :

- c- ECBU + ANTIBIOGRAMME : 1 : Oui  2 : Non

Résultat :

- d- Groupage /Rhésus : 1 : Oui  2 : Non

Résultat :

- e- Glycémie à jeun : 1 : Oui  2 : Non

Résultat :

- f- Créatinémie : 1 : Oui  2 : Non

Résultat :

- g- Urée : 1 : Oui  2 : Non

Résultat :

- h- TP /TCK : 1 : Oui  2 : Non

Résultat :

- i-TX HB : 1 : Oui  2 : Non

- j- Sérologie HIV: 1 : Oui  2 : Non

Résultat :

**23- Imagerie :**

a- Echographie pelvienne : 1 : Oui  2 : Non

-Résultat :

b- **U I V** : 1 : Oui  2 : Non

Résultat :

c- **U C R** : 1 : Oui  2 : Non

-Résultat :

d- Colpocystogramme : 1 : Oui  2 : Non

-Résultat :

e- Exploration urodynamique : 1 : Oui  2 : Non

-Résultat :

f- **H S G** : 1 : Oui  2 : Non

-Résultat :

## **E/ TRAITEMENTS :**

### **24/Médical :**

#### **Non médicamenteux :**

##### **-Les mesures hygiéno-diététiques :**

- Lutte contre le surpoids : 1 : Oui  2 : Non

- Lutte contre la constipation : 1 : Oui  2 : Non

-Lutte contre les troubles urinaires : 1 : Oui  2 : Non

- **Pose de pessaire** : 1 : Oui  2 : Non

- **Kinésithérapie périnéale** : 1 : Oui  2 : Non

#### **Médicamenteux :**

**Hormonothérapie** : 1 : Oui  2 : Non

-Si oui quelle hormone :

### **25/CHIRURGICAL :**

- **Par voie basse** : 1 : Oui  2 : Non

-**Colporraphie antérieure** : 1 : Oui  2 : Non

-**Colporraphie antérieure et postérieure** : 1 : Oui  2 : Non

-**La cœlioscopie** : 1 : Oui  2 : Non

-par voie haute : 1 : Oui  2 : Non

**F- COMPLICATIONS :**

**26/Complications peropératoires :**

- Lésions urinaires :

Vésicales : 1 : Oui  2 : Non

- Urétrales : 1 : Oui  2 : Non

- Lésions rectales : 1 : Oui  2 : Non

- Hémorragie : 1 : Oui  2 : Non

**27/Complications post-opératoires :**

- Rétention urinaire après ablation de la sonde : 1 : Oui  2 : Non

- Hémorragie post-opératoire : 1 : Oui  2 : Non

-Septicémie : 1 : Oui  2 : Non

- Œdème périnéal important plus lâchage de fil : 1 : Oui  2 : Non

**VIII- HOSPITALISATION :**

28- Durée du séjour : .....

29- Durée de la sonde urinaire : .....

30- Evolution à court terme :

Exeat :

Transfert :

Décès :

**G- RESULTAT DU TRAITEMENT :**

31- A un mois 1 : Oui  2 : Non

**A- Résultat anatomique :**

bon

moyen

mauvais

**B- Résultat fonctionnel :**

Bon

Moyen

Mauvais

**C- degré de satisfaction de la patiente :**

très satisfaite

moyennement satisfaite

non satisfaite

32- A six mois :

**A- Résultat anatomique :**

Bon

Moyen

Mauvais

**B- Résultat fonctionnel :**

Bon

Moyen

Mauvais

**C- degré de satisfaction de la patiente :**

Très satisfaite

Moyennement satisfaite

Non satisfaite

**33- coût moyen de la prise en charge :**

1-frais de consultation .....

2- frais du kit opératoire.....

3- frais d'hospitalisation.....

4-Frais des examens complémentaires.....

Frais d'ordonnance.....

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

**Je le jure**