

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

=0=0=0=0=0=0=



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FMOS

Année universitaire 2020 -2021 *Mémoire N° :/...../*

MEMOIRE

**PROLAPSUS GENITAUX OPERES AU CHU GABRIEL TOURE :
EPIDEMIOLOGIE- TECHNIQUE CHIRURGICALE ET PRONOSTIC**

Présenté et Soutenu publiquement le 07/02/2022 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. Younoussa CAMARA

Pour l'obtention du Diplôme d'Etude Spécialisée en Gynéco-Obstétrique
(Diplôme d'Etat)

Président du jury : Professeur MOUNKORO Niani.

Membre du jury : Professeur TEGUETE Ibrahim.

Membre du jury : Professeur TRAORE Youssouf.

Membre du jury : Professeur THERA Augustin Tionkani.

**PROLAPSUS GENITAUX OPERES AU CHU GABRIEL TOURE : EPIDEMIOLOGIE- TECHNIQUE
CHIRURGICALE ET PRONOSTIC**

**PROLAPSUS GENITAUX OPERES AU CHU GABRIEL TOURE :
EPIDEMIOLOGIE- TECHNIQUE CHIRURGICALE ET PRONOSTIC**

DEDICACES

A mon cher père Moriba :

A celui qui m'a aidé à découvrir le « savoir » trésor inépuisable.

De tous les pères, tu as été le meilleur, tu as su m'entourer d'attention, m'inculquer les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité.

Tu as été et seras toujours un exemple à suivre pour tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme.

Que Dieu te préserve des malheurs de la vie afin que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin.

Ce travail est ton œuvre, toi qui m'as donné tant de choses et tu continues à le faire sans jamais te plaindre. J'aimerais pouvoir te rendre tout l'amour et la dévotion que tu nous as offerts, mais une vie entière n'y suffirait pas. J'espère au moins que ce mémoire y contribuera en partie.

A ma très chère mère Tagadi Traoré :

A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans.

A la personne qui m'a tout donné sans compter.

Aucun hommage ne saurait transmettre à sa juste valeur ; l'amour, le dévouement et le respect que je porte pour toi.

Sans toi je ne suis rien, mais grâce à toi je deviens médecin.

Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour.

Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements.

Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.

J'espère que tu trouveras dans ce modeste travail, le témoignage de ma gratitude, ma profonde affection et mon profond respect.

Puisse Dieu le Tout Puissant te protéger du mal et te procurer une longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

Je t'aime maman.

A ma femme Mariam Diallo :

Je vous aime à mourir,

Puisse dieu bénir notre union et nous permet d'aller encore loin ensemble.

Je vous aime.

A mes frères et sœurs :

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement.

Puisse nos fraternels liens se pérenniser et se consolider encore.

A mes adorables cousins et cousines :

Je vous dédie cette thèse tout en vous souhaitant une longue vie, pleine de réussite de santé et de bonheur.

A mes amis et collègues Cheick Oumar Sissoko, Sékou Oumar Guindo:

En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent.

Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide.

J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et de mes secrets.

Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur autant dans votre vie professionnelle que privée.

Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles.

A mes honorables maîtres

A notre Maître :

Professeur Niani MOUNKORO

- ❖ *Professeur Titulaire de Gynécologie Obstétrique à la FMOS ;*
- ❖ *Chef de département de Gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré ;*
- ❖ *Coordinateur du DES de Gynécologie Obstétrique à la FMOS*
- ❖ *Formateur national en soins après avortement ;*
- ❖ *Point focal national de l'initiative Francophone de réduction de la mortalité maternelle par avortement à risque ;*
- ❖ *Officier de l'Ordre du Mérite de la Santé du Mali ;*
- ❖ *Chevalier de l'Ordre National du Mali.*

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

L'assiduité, la ponctualité, et la rigueur scientifique qui vous caractérisent ont forcé notre admiration. La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous. Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait. Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité afin de rendre meilleure l'école malienne de gynécologie obstétrique qui vient de voir le jour sous votre impulsion.

A notre Maître :

Professeur Youssouf TRAORE

- ❖ *Professeur titulaire de Gynécologie-obstétrique à la FMOS ;*
- ❖ *Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;*
- ❖ *Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO) ;*
- ❖ *Titulaire d'un diplôme universitaire de méthodologie en recherche clinique (Bordeaux II) ;*
- ❖ *Titulaire d'un diplôme universitaire de méthodes et pratiques en épidémiologie (Bordeaux II) ;*
- ❖ *Titulaire d'un certificat de cancer and prévention course de la FIGO ;*
- ❖ *Membres de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;*
- ❖ *Chef de la filière Sage-femme de l'institut National de Formation en Science de Santé (INFSS).*

Cher Maître,

Nous sommes honorés de nous compter parmi tes élèves.

Votre démarche diagnostic et vos connaissances scientifiques font de vous un Maître incontesté. Encadreur, dévoué pour la cause de ses élèves, votre rigueur, votre abord facile, votre grande culture scientifique et surtout votre franchise ont forcés notre admiration. En témoignage de notre reconnaissance nous vous prions cher Maître d'accepter l'expression de notre sincère gratitude.

A notre Maître :

Professeur Ibrahima TEGUETE

- ❖ *Maître de conférences agrégé de Gynécologie-obstétrique à la FMOS ;*
- ❖ *Chef de service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré ;*
- ❖ *Secrétaire Générale de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO) ;*
- ❖ *Coordinateur et actuel point focal du projet de dépistage du cancer du col utérin au Mali.*

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur dans le travail, votre amour du travail bien fait et votre sens élevé de la responsabilité font de vous un Maître modèle.

Tout au long de notre cycle, nous n'avons cessé d'être impressionnés par la rigueur et la facilité avec lesquelles vous transmettez le savoir.

Nous n'oublierons jamais vos précieux conseils. Nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves.

Acceptez ici cher Maître notre sincère remerciement et notre éternelle reconnaissance.

A notre Maître :

Professeur Tioukani Augustin THERA

- ❖ **Professeur agrégé en gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;**
- ❖ **Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G ;**
- ❖ **Ancien chef de service de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre grande qualité scientifique, votre attachement à la formation correcte de vos élèves et votre souci permanent pour l'esprit d'équipe font de vous une référence. Un maître doté d'une pédagogie et d'un sens social inestimable, c'est aujourd'hui une fierté pour nous, d'avoir appris à vos côtés.

A mes maîtres gynécologues obstétriciens

Docteurs : Bocoum Amadou, Traoré S Oumar, Sanogo Siaka, Sissoko Hamady, Fané Seydou, Keïta Mamadou, Sima Mamadou, Kanté Mamadou, Traoré Mamadou, Dicko Albachar, Traoré Oumar, TallSaoudatou, Saleck Doumbia, Niakalé Sylla, Cheickna Sylla, Adane Adiawiakoye Abdoulaye Sissoko...

Je ne vous remercierai jamais assez pour votre patience, votre simplicité, votre abord facile et tout le respect que vous avez témoigné envers ma personne.

A mes collègues DES et promotionnaires

Docteurs : Konaré Abel P, Seko Dembelé, Oumar Singaré, Oumar N Diakité, Tidiani Diarra, Seydou Camara Yves D.

Ensemble nous avons bravé tant de choses parfois bonnes, parfois difficile, je vous présente mes excuses pour tout. Je sais qu'il y a des beaux jours qui nous attendent.

Je tiens à présenter mes reconnaissances et mes remerciements à :

- tous les personnels des différents CSRéf de la Commune V ;
- tout le personnel du CHU Gabriel Touré.

C'est l'occasion pour moi de vous rendre hommage pour le soutien et les conseils. Merci du fond du cœur.

Au corps professoral de la F.M.O.S pour la qualité de l'enseignement.

A tous ceux de loin ou de près qui ont contribué à ma formation, qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	II
LISTE DES TABLEAUX	X
LISTE DES FIGURES.....	XII
LISTE DES ABREVIATIONS	XIII
1. INTRODUCTION.....	2
2. GENERALITES.....	5
3. METHODOLOGIE	32
4. RESULTATS.....	36
5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	50
6. CONCLUSION.....	58
7. RECOMMANDATIONS	60
8. REFERENCES.....	62
9. ANNEXES.....	69

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition selon le motif de consultation.	38
Tableau II : Répartition selon les signes urinaires.....	39
Tableau III : Répartition selon l'existence des troubles sexuels.....	39
Tableau IV : Répartition selon la nature des troubles sexuels.	40
Tableau V : Répartition selon les différents facteurs favorisants.	40
Tableau VI : Répartition selon le type de prolapsus.....	41
Tableau VII : Répartition selon l'existence du prolapsus multicompartmental.	41
Tableau VIII : Répartition selon l'existence de l'elytrocèle au toucher bi digital.	41
Tableau IX : Répartition des patientes selon la classification opératoire. ..	41
Tableau X : Corrélation entre troubles urinaires et degré de prolapsus. ...	42
Tableau XI : Corrélation entre degré de prolapsus et troubles urinaire à type d'urgenterie.....	42
Tableau XII : Corrélation entre troubles sexuels et degré de prolapsus.....	42
Tableau XIII : Répartition des patientes selon les résultats de l'échographie et IVA-IVL.	43
Tableau XIV : Répartition selon le type d'intervention réalisée.	44
Tableau XV : Répartition des patientes selon le type de voie.	44
Tableau XVI : Répartition selon la durée d'hospitalisation.	45
Tableau XVII : Rééducation périnéale après accouchement.....	45
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon les complications per opératoires.....	45
Tableau XIX : Répartition des patientes l'évolution des suites au court terme.	46
Tableau XX : Répartition des patientes selon l'impact de l'intervention sur les troubles urinaires.....	46

Tableau XXI : Répartition des patientes selon l’impact de l’intervention sur les troubles sexuels.	47
Tableau XXII : Répartition des patientes selon la satisfaction anatomique et fonctionnelle globale après l’intervention.....	47
Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la récurrence du prolapsus.	47
Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la récurrence en fonction de la technique chirurgicale.....	48
Tableau XXV : Répartition selon la fréquence annuelle.....	50

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : muscle élévateur de l'anus (vue supéromédiale).	7
Figure 2 : muscle élévateur de l'anus (vue inf.) [3].	8
Figure 3 : fascia pelvien : vue schématique end pelvienne (d'après ANSON).	10
Figure 4 : le fascia pelvien viscéral (d'après Netter) (coupe sagittale).	11
Figure 5 : Articulation sacrococcygienne (vue Antérieure).	12
Figure 6 : Articulation sacro-coccygien ; vue postérieure.....	13
Figure 7 : Mobilité durant une cystocèle (a), un rectocèle (b), une hystérocele (c)[12]......	17
Figure 8 : classification de POP Q [14].	21
Figure 9 : Différents temps opératoires de l'opération de Manchester.	23
Figure 10 : Promontofixation Source : Urologie Davody, 7 août 2015.	29
Figure 11 : Répartition des prolapsus selon l'année.....	36
Figure 12 : Répartition selon la tranche d'âge.	37
Figure 13 : Répartition selon la résidence.....	37
Figure 14 : Répartition des patientes selon la parité.	38
Figure 15 : Répartition selon l'existence de la dyspareunie.....	39
Figure 16 : Répartition des patientes selon le résultat ECBU.	43

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD :	Antécédent
ATFP :	Arc Tendineux du Fascia Pelvien
ATLA :	Arc Tendineux l'élévateur de Anus
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
COLL :	Collaborateur
ECBU :	Examen Cytobactériologique des Urines
IC :	Intervalle de Confiance
IRM :	Imagerie par Résonance Magnétique
IU :	Incontinence Urinaire
IUE :	Incontinence Urinaire d'Effort
IVA :	Inspection Visuelle après application de l'acide acétique
IVL :	Inspection Visuelle après application du lugol
LRT :	Ligature Résection des Trompes
OR :	Odds Ratio
PF :	Planning Familial
POPQ :	Pelvic Organ Prolapse Quantification
RR :	Risque Relatif
SAA :	Soins Après Avortement
SAERM :	Société Algérienne d'Etude et de Recherche sur la Ménopause
SPSS:	Statistical Package Of the Social Sciences
TDM :	Tomodensitométrie
TOP :	Triple Opération Périnéale
TOT :	Trans Obturator Tape
TVL :	Longueur Vaginale Totale
UIV :	Urographie Intra Veineuse
USA :	Etats-Unis

d'Amérique

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

Le prolapsus uro-génital est défini par toute saillie, permanente ou à l'effort dans la lumière vaginale, à l'orifice vulvaire ou hors de celui-ci, de tout ou partie des parois vaginales plus ou moins doublées de la vessie, du rectum et des cul-de-sac péritonéaux adjacents, ainsi que du fond vaginal solidaire du col utérin [1].

Le prolapsus uro-génital est une ptose pouvant intéresser les trois systèmes viscéraux pelviens : urinaire, génital, et digestif. Les femmes ont un risque de 11 à 19 % d'être opérées au cours de leur vie en raison d'un prolapsus ou d'une incontinence. Des études épidémiologiques ont rapporté des taux de ré opérations élevés, de l'ordre de 30 %, sans toutefois préciser si ces ré opérations portaient sur le même compartiment et/ou sur le même problème [1, 4]. Bien que ce soit une affection bénigne, le prolapsus génital peut devenir handicapante surtout lorsqu'elle est associée à une incontinence urinaire. L'étiopathogénie de prolapsus génital reste controversée il serait dû à une défaillance à divers degrés des structures pelvi-périnéales de soutènement et de suspension mais plusieurs facteurs de risque ont été décrits: l'âge ; l'accouchements multiples, macrosomie fœtale, ménopause, antécédent de prolapsus urogénital ; les troubles des tissus conjonctifs ou musculaires et toutes les causes d'hyperpression abdominale comme la toux ou la constipation chronique, l'asthme ;port des charges lourds [5-6]. «Le prolapsus génital est une pathologie fréquente dont la prévalence est estimée entre 30 et 50 % des femmes, tous stades confondus.» (HAS) [6]. Il est estimé qu'environ 50 % des femmes développeront un prolapsus, mais seulement un tiers se feront évaluer et demanderont un traitement. « L'incidence cumulée de la chirurgie atteint 11 % au-delà de 70 ans » considéré comme une option thérapeutique à un stade sévère.

La prise en charge consistera en une restauration anatomique et fonctionnelle des éléments concernés. Les traitements varient selon la gêne occasionnée,

l'importance du prolapsus, l'âge, le souhait d'une future grossesse et le désir ou non de conserver une activité sexuelle [5]. Le traitement des prolapsus génitaux reste essentiellement chirurgical. Ce pendant les interventions conservatrices sont alors les plus les plus pratiquées bien qu'elles ne soient pas indemnes de complications. L'intervention de Manchester se complique dans 10 à 15 % des cas environ d'une sténose isthmique secondaire, une fertilité diminuée avec un taux de fausses couches augmenté (21 % de fausses couches au premier trimestre et 8% au second) et le taux d'accouchements prématurés est également augmenté par incompétence cervicale [5,6].

Le taux de récurrence après intervention de Richardson varie de 6,5 % à 26% selon les études avec un recul de seulement 13 à 57 mois [9,10].

C'est dans ce cadre que nous avons réalisé cette étude au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré ayant pour objectif de déterminer le pronostic fonctionnel et anatomique après réduction chirurgicale des prolapsus génital chez la femme.

1.1. Objectifs

1.1.1. Objectif général

Etudier la chirurgie du prolapsus urogénital chez la femme.

1.1.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence du prolapsus chez la femme,
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant été opérées pour prolapsus urogénital,
- Préciser le type d'intervention pratiqué,
- Etablir le pronostic fonctionnel et anatomique après réduction chirurgicale du prolapsus urogénital chez la femme.

GENERALITES

2. GENERALITES

2.1. Définition : Prolapsus

Le prolapsus est défini par toute saillie, (ptose), permanente ou à l'effort dans la lumière vaginale, à l'orifice vulvaire ou hors de celui-ci, de tout ou partie des parois vaginales plus ou moins doublées de la vessie, du rectum et des cul-de-sac péritonéaux adjacents, ainsi que du fond vaginal solidaire du col utérin.

2.2. Mécanismes de résistance

On peut classiquement admettre que l'anatomie pelvi-périnéale de la femme est gérée par un triple système dont l'intégrité est essentielle pour assurer un équilibre correct : [3]

- Un système de soutènement, musculaire, formé essentiellement du muscle élévateur de l'anus [3] ;
- Un système suspensif constitué de structures ligamentaires ;
- Un système cohésif composé des fascias.

Ces systèmes doivent être suffisamment souples pour permettre l'adaptation à la grossesse et à l'accouchement, être suffisamment résistants pour maintenir une statique pelvienne efficace notamment en toute circonstance d'hyperpression et enfin avoir une mémoire pour rendre possible une réversibilité aussi complète que possible [3].

2.2.1. Un système de soutènement : le plancher pelvien

Les structures de soutien des viscères pelviens comprennent le plancher pelvien proprement dit, le muscle élévateur de l'anus avec ses deux faisceaux et le muscle coccygien solidaire du ligament sacro épineux [3].

L'action de ces deux muscles s'ajoute et forme ainsi un plan de soutien valable pour les organes pelviens.

Le plancher pelvien forme un véritable **diaphragme musculaire** sur lequel reposent les viscères pelviens.

□ **Le muscle élévateur de l'anus ou levatorani :**

- **Un faisceau pubo-coccygien** antéro-interne, épais, puissant, issu du pubis formant une sangle qui contourne l'angle ano-rectal et s'unit à son homologue délimitant le hiatus urogénital. On lui décrit un faisceau pubo-vaginal.

Action physiologique : élévatrice

Le faisceau pubo-coccygien, puissant et épais, relève le rectum, le vagin et l'urètre en accentuant les angulations des viscères donc la continence.

Pathologie : son affaiblissement a donc les effets inverses.

- **Un faisceau ilio-coccygien** plus mince, latéral, tendu de l'ATLA à l'épine sciatique en arrière au sacrum.

Action physiologique : sphinctérienne

Pathologie : son affaiblissement entraîne une verticalisation du plateau lévatorien, élargit la fente uro-génitale et favorise la survenue d'un prolapsus pelvien.

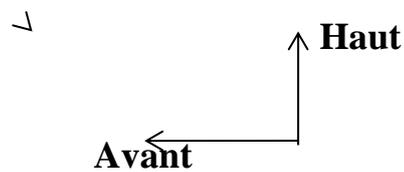
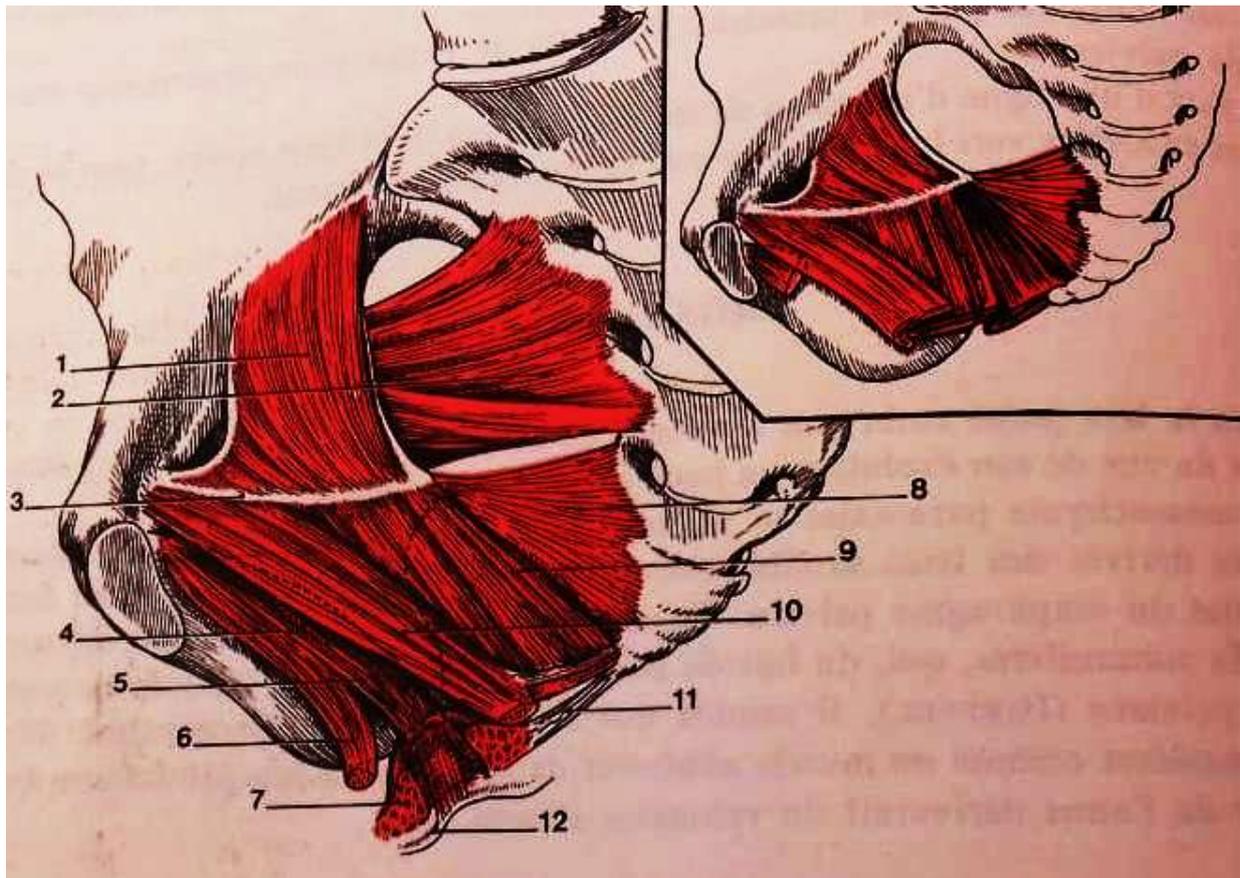
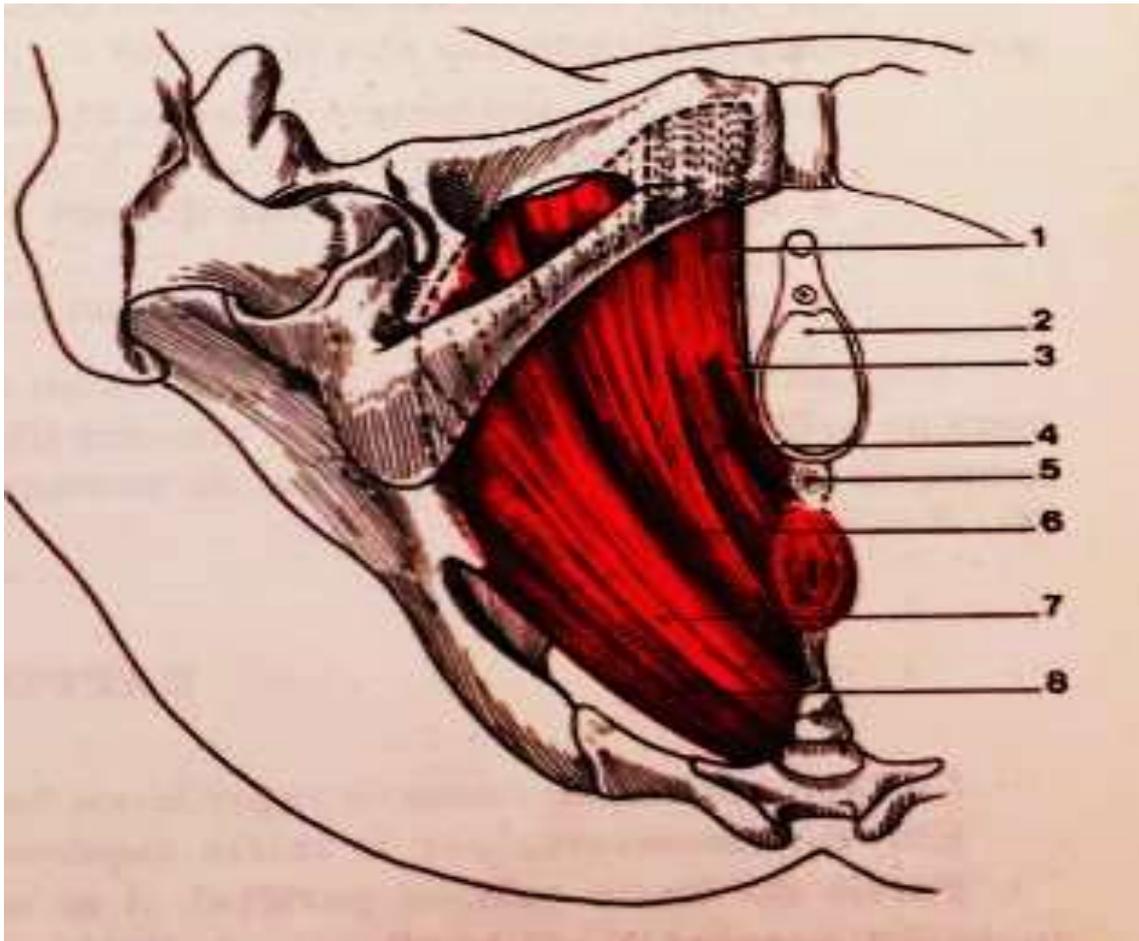


Figure 1 : muscle élévateur de l’anus (vue supéromédiale).

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1/ Muscle obturateur interne | 7/ M. Sphincter externe de l’anus |
| 2/ Muscle piriforme | 8/ M. coccygien |
| 3/ Arcade tendineuse du M Élévateur de l’anus | 9/ M. ilio coccygien |
| 4/ Partie interne | 10/ M. pub coccygien |
| 5/ M.Pubo rectal | 11/ Ligament Ano coccygien |
| 6/ M. pubo vaginal | 12/ Anus. |



Haut



Arrière

Figure 2 : muscle élévateur de l'anus (vue inf.) [3].

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1 / Partie interne | 5 / Centre tendineux |
| 2 / Vagin | 6 / Muscle pubo coccygien |
| 3 / Muscle pubo vaginal | 7 / Muscle ilio coccygien |
| 4 / Muscle pubo rectal | 8 / Muscle coccygien. |

2.2.2. Un système de cohésion : Fascia pelvien et les arcs tendineux

Les fascias sont les couches conjonctives enveloppant viscères et muscles. Le terme exact est celui d'adventis pour les viscères et d'épimysium pour les muscles, la dénomination d'aponévrose étant, au sens strict, réservée aux lames fibreuses d'insertion musculaire.

Ce tissu conjonctif se présente comme un feutrage de densité variable avec des **renforcements pariétaux et viscéraux** qui incluent également la gaine des pédicules vasculo-nerveux. Quand il s'attache à l'utérus il forme le paramètre, quand il s'attache au vagin il forme le paravagin ou paracolpos.

L'ensemble forme une structure solide amarrée au bassin et aux pédicules vasculaires et qui **engaine les viscères pelviens**.

Ce fascia est irrégulier et présente un certain nombre d'épaississements.

Du côté pariétal :

- **L'arc tendineux de l'élevateur de l'anus(ATLA)** est une structure originale car il constitue une ligne d'insertion d'un muscle (élevateur de l'anus) sur l'aponévrose d'un autre muscle (obturateur interne).
- **L'arc tendineux du fascia pelvien(ATFP)** est constitué de fibres qui viennent en bas du fascia de l'élevateur de l'anus, en haut pour son tiers postérieur, de fibres venant de l'arc tendineux de l'élevateur et sur toute sa longueur en haut et, latéralement, de fibres venant du fascia du muscle obturateur interne et, en bas et latéralement, de fibres venant du fascia supérieur du diaphragme pelvien. Les fascias viscéraux et pelviens échangent des fibres au niveau de plusieurs zones.

Ces zones constituantes :

- Des lieux de rapport anatomiques étroits nécessitant une dissection chirurgicale impliquant un risque d'effraction viscérale.

- Des lieux de connexion dynamiques entre le diaphragme pelvien et les viscères : aux points où chaque viscère traverse le fascia pelvien, entre vagin, urètre et col vésical ; entre vagin et cap anal.

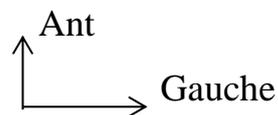
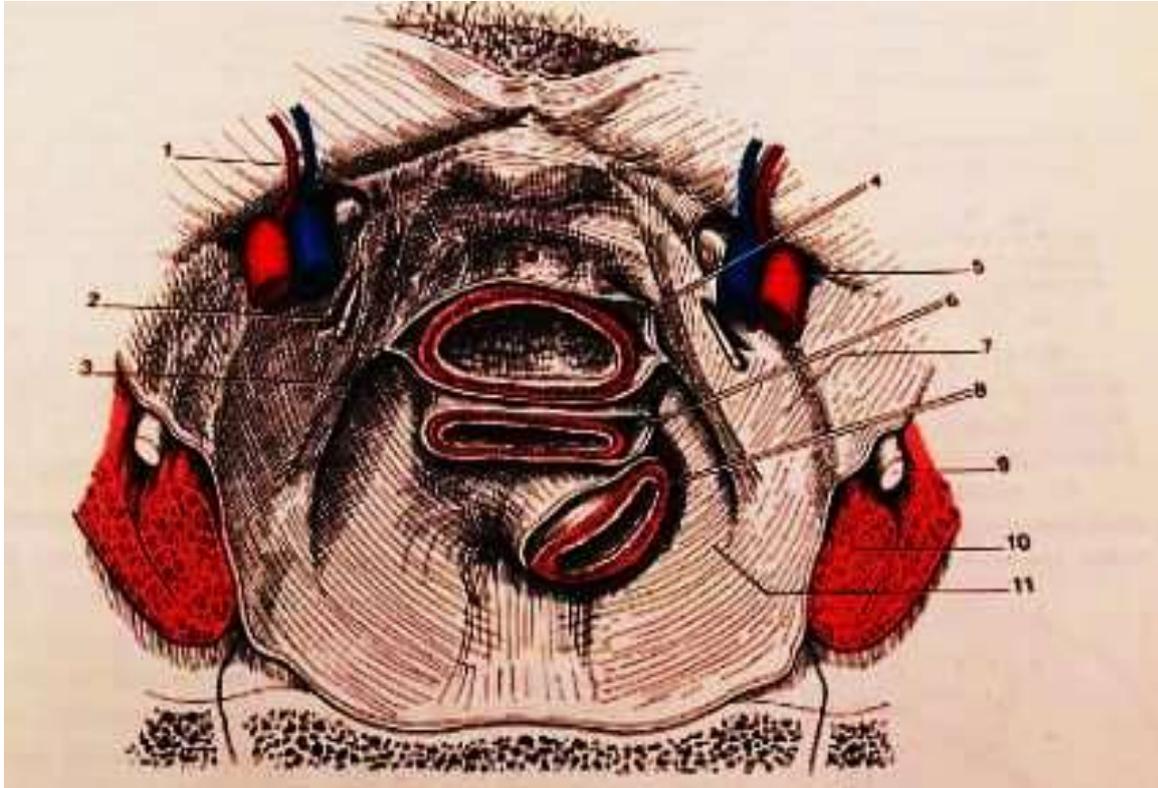


Figure 3 : fascia pelvien : vue schématique end pelvienne (d'après ANSON).

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1/ av. épigastriques inférieures | 6/ Fascia vaginal |
| 2/ n. obturateur | 7/ Fascia iliaca |
| 3 /Arcade tendineuse du m. élévateur de l'an | 8/ Fascia rectal |
| 4/ Fascia vésical | 9/ n. fémoral |
| 5/ av. iliaques externes | 10/ m. ilio psoas |
| | 11/ Fascia pelvien pariétal |

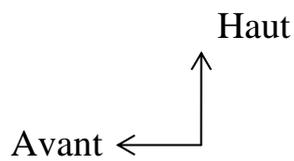
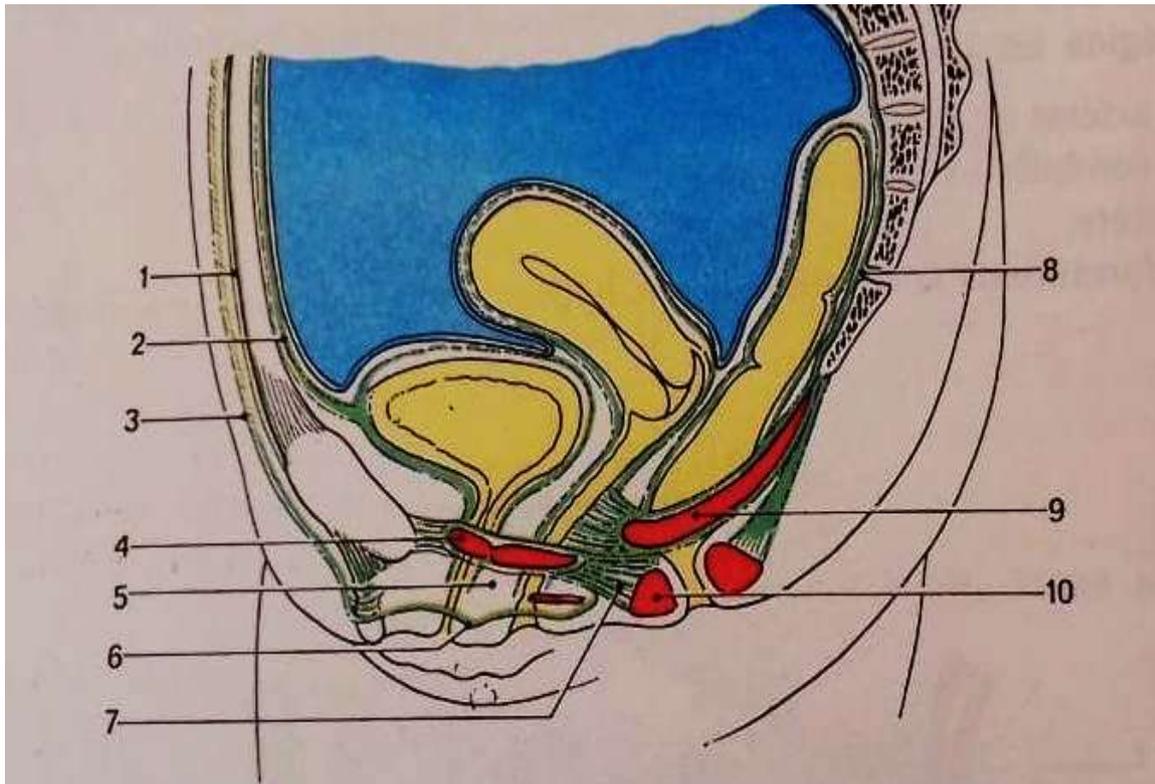


Figure 4 : le fascia pelvien viscéral (d'après Netter) (coupe sagittale).

1. Gaine du muscle droit de l'abdomen
2. Ouraque
3. Fascia superficiel de l'abdomen
4. Espace profond du périnée
5. Espace superficiel du périnée
6. Fascia superficiel du périnée
7. Centre tendineux du périnée
8. Fascia retro rectal
9. M. élévateur de l'anus
10. M. sphincter externe de l'anus

2.2.3. Un système de suspension : structures ligamentaires

➤ **Le ligament longitudinal antérieur (ou ligament vertébral commun antérieur)**

Au niveau du promontoire (bord antérieur arrondi et mousse de la face ventrale de la première vertèbre sacrée) descend sur la face antérieure du rachis et se fixe jusqu'à la face antérieure de la deuxième vertèbre sacrée.

➤ **Le ligament sacro-épineux ou petit ligament sacro-sciatique**

Il se dirige en arrière et médialement pour s'insérer sur les deux dernières vertèbres sacrées et sur les deux premières coccygiennes. Il a la forme d'un triangle à sommet latéral, sa limite podalique est constituée par le muscle iliococcygien et sa limite céphalique par le muscle piriforme.

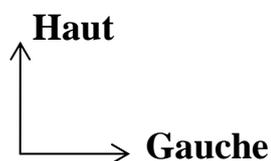
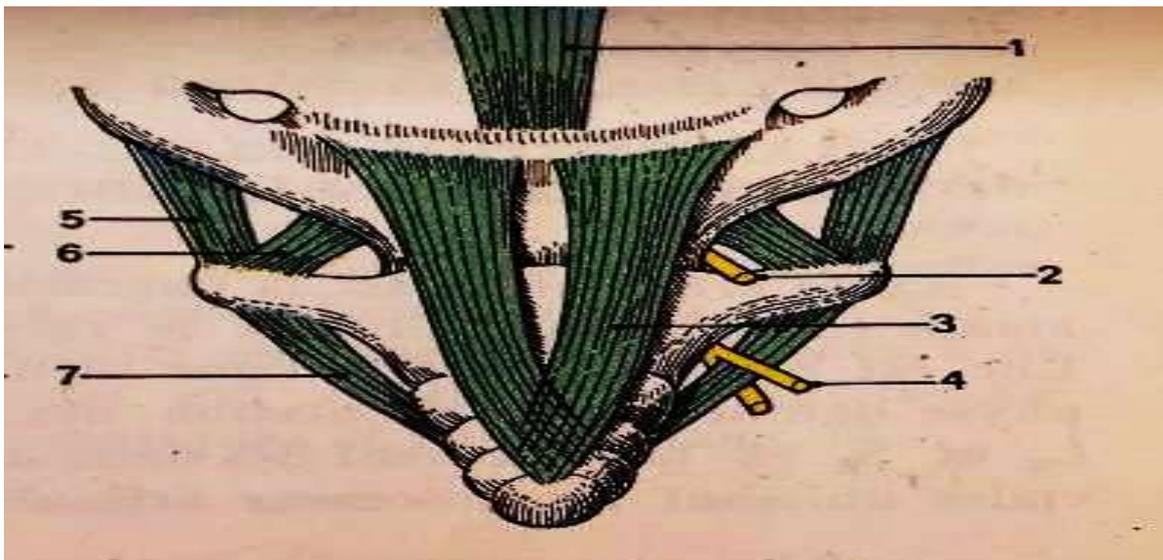


Figure 5 : Articulation sacrococcygienne (vue Antérieure).

1/ Ligament longitudinal antérieur

2/ 5^{ème} nerf sacral

3/ Ligament sacro- coccygien ventral

4/ Nerf coccygien

5/ Ligament sacro-coccygien latéral (faisceau latéral)

6/ Ligament sacro-coccygien latéral (faisceau moyen)

7/ Ligament coccygien latéral.

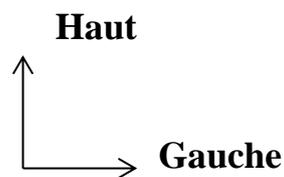
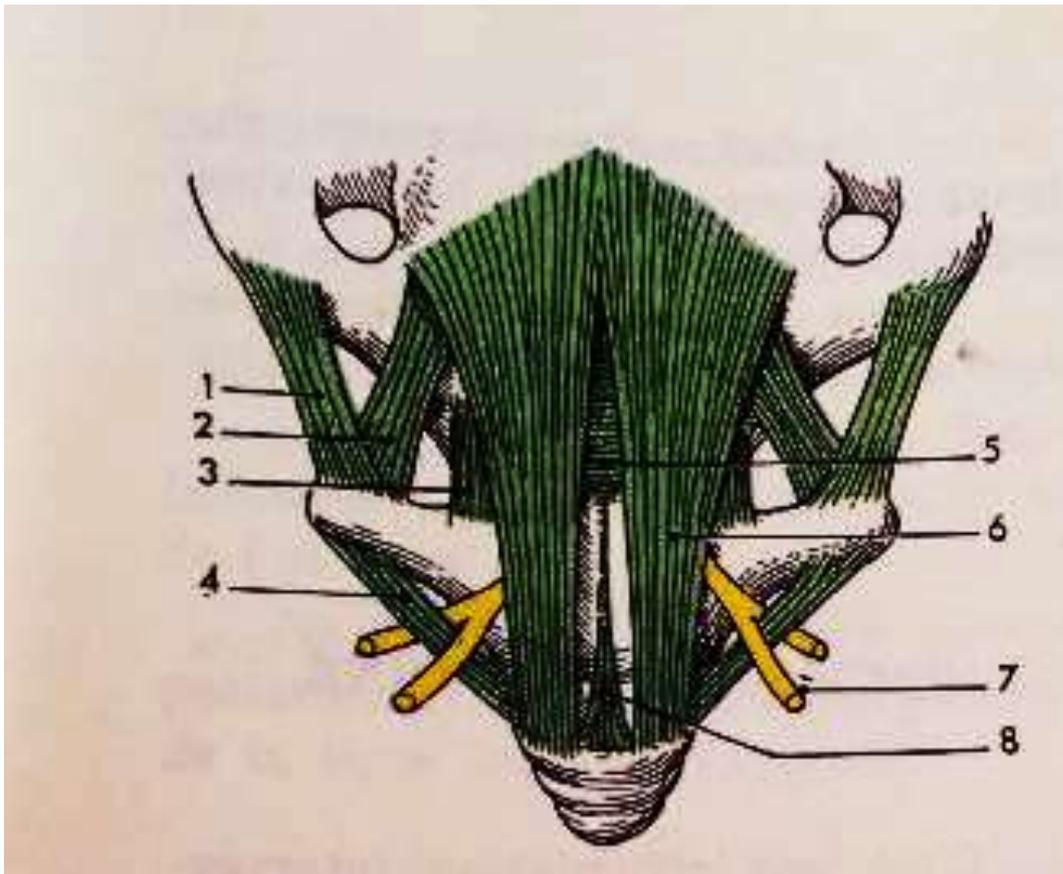


Figure 6 : Articulation sacro-coccygien ; vue postérieure.

1/ Ligament sacro-coccygien latéral (faisceau latéral)

2/ Ligament sacro – coccygien latéral (faisceau moyen)

3/ Ligament sacro – coccygien latéral (faisceau médial)

4/ Ligament coccygien latéral

5/ Membranatectoria

6/ Ligament sacro – coccygien dorsal

7/ Nerf coccygien

8/ Ligament coccygien médian.

2.3. Etiopathogénie générale des prolapsus

2.3.1. Facteurs congénitaux

2.3.1.1. Anomalies du tissu conjonctif

Elles pourraient expliquer le prolapsus chez la femme jeune et même chez la vierge [2].

Des anomalies histologiques du tissu conjonctif sont retrouvées trois fois plus fréquemment chez les femmes présentant un prolapsus [5].

Jackson [18] retrouve en 1992, indépendamment de l'âge des patientes étudiées, une corrélation entre la survenue du prolapsus et la réduction du taux de collagène.

2.3.1.2. Anomalies du bassin osseux

Dans certaines configurations du bassin (inclinaison réduite de détroit supérieur, augmentation de la flèche sacrée, horizontalisation de la symphyse, ouverture de l'ogive pubienne, effacement du coccyx), les contraintes s'exercent davantage sur le périnée antérieur et dans l'axe de la fente uro-génitale favorisent l'apparition des prolapsus.

Pour Lazarevski, les femmes présentant un prolapsus ont un élargissement du détroit inférieur et une horizontalisation du bassin [2].

2.3.1.3. Facteurs raciaux et familiaux

La race blanche paraît plus exposée au prolapsus et à l'incontinence urinaire d'effort [17]. Un antécédent de prolapsus familial a été retrouvé par Jacquetin chez 25,3% des patientes opérées de prolapsus [18].

2.3.1.4. Facteurs traumatiques

Il faut souligner le rôle important du traumatisme obstétrical.

La dystocie est retrouvée dans les antécédents obstétricaux d'environ 60% des femmes présentant un prolapsus urogénital [19].

La parité avec accouchement par voie naturelles est un facteur favorisant :

- **Dans le prolapsus** : le risque augmente avec le nombre d'accouchement par voies naturelles ;
- **Dans l'incontinence urinaire d'effort** : pour la même tranche d'âge, la fréquence de l'incontinence est multipliée par 2 entre les nullipares et les femmes qui ont eu plus de trois enfants par voie naturelles [20] ;
- **Dans l'incontinence anale** : Benifla et Madelenat rapportait en 2000 un taux d'incontinence anale de novo de 9% après un accouchement par voie basse. Les facteurs de risque retrouvés sont l'utilisation de forceps (OR 4,5) les déchirures périnéales (OR 3,9) et le travail prolongé (OR 3,4) [21], [22].

La macrosomie fœtale pouvant induire un accouchement dystocique est aussi un facteur de risque de prolapsus et d'incontinence sphinctérienne [19].

2.3.1.5. L'Age

Au cours de sa vie, le risque pour une femme de subir une intervention pour prolapsus ou incontinence urinaire est de 10% [21].

Les estimations de la prévalence des prolapsus par Samuelson par rapport aux différents groupes d'âge sont de : 06% chez les femmes de 20 à 29 ans, 20% chez les femmes de 30 à 39 ans et 45% pour la tranche des 40 à 49 ans. Ainsi la prévalence dans le groupe des moins de 50ans est de 23%. Le taux est de 55% chez la femme entre 50 à 59 ans.

Chez la femme âgée, le relâchement de la paroi abdominale associée aux modifications de la colonne vertébrale (accentuation de la cyphose et de la lordose lombaire, antéversion du bassin) aboutit à une verticalisation de la résultante des forces abdomino-pelviennes, qui se dirige vers le hiatus urogénital favorise ainsi l'amorce du prolapsus.

Chez la femme jeune, d'autres mécanismes sont impliqués dans la genèse du prolapsus.

2.3.1.6. Facteurs médicaux

Les principales affections répertoriées sont le syndrome de la queue de cheval, traumatismes médullaires, la poliomyélite, le syndrome de Guillain-barré et la myasthénie. Ces affections touchent plus particulièrement la femme jeune.

2.3.1.7. Facteurs d'hyperpression pelvienne

- Activité professionnelle

La levée quotidienne de charges peut être un facteur aggravant en cas de musculature périnéale pathologique (congénitale ou acquise). Jorgensen [22] a montré qu'il existe un risque accru de 60% de prolapsus génitaux urinaire chez des employées soulevant des charges par rapport à la population générale.

- Constipation chronique

La constipation terminale par les augmentations de pression abdominale qu'elle entraîne suite aux poussées répétées au moments de la défécation et qui ont un retentissement sur plancher pelvien, est considérée comme un facteur prédisposant au prolapsus génito-urinaire.

2.4. Classification des prolapsus

2.4.1. Classification « française »

Elle consiste en une stadification par rapport à la vulve pour chacun des éléments anatomiques :

- **stade 1** intravaginal ;
- **stade 2** avec atteinte de la vulve ;
- **stade 3** la dépassant.

Malheureusement, cette classification, simple et reproductible, reste trop imprécise. Actuellement, lui sont préférées deux classifications internationales : Half-Way System de Baden et Walker et surtout maintenant le POPQ.

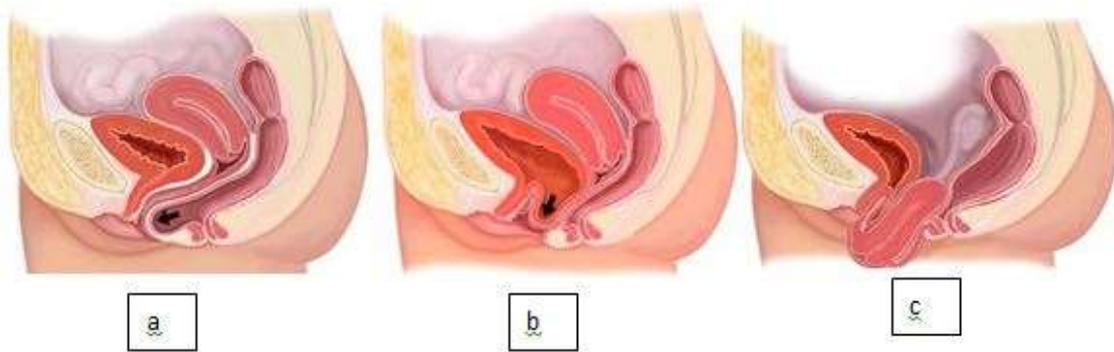


Figure 7 : Mobilité durant une cystocèle (a), un rectocèle (b), une hystéroccèle (c)[12].

2.4.2. Classification de Baden et Walker [25]

Le prolapsus est alors 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), élytroccèle 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.

2.4.3. « POPQ » (PelvicOrganProlapse Quantification) [26] :

L'examen peut être réalisé chez une patiente en décubitus dorsal en position gynécologique. Il nécessite un spéculum dont les deux valves sont désolidarisées afin de refouler la paroi vaginale opposée.

La descente des organes génitaux est évaluée au travers de la réalisation de mesures en centimètres 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 en deçà de l'hymen (dans le vagin) ont une valeur négative, les points distaux au-delà de l'hymen auront une valeur positive ; le niveau hyménéal ayant par définition la valeur 0.

2.4.3.1. 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. Sa position peut varier entre - 3 et + 3 cm par rapport à l'hymen ; - 3 est en fait la position normale de la paroi vaginale antérieure et + 3 correspond au degré maximal en cas de cystocèle largement extériorisée.
- **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** (longueur vaginale totale) dans le cas d'une éversion complète.

2.4.3.2. 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** : point qui 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.

2.4.3.3. 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 en fait la position normale de la paroi vaginale postérieure et + 3 correspond au degré maximal du 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).

2.4.3.4. Autres repères

Ils ont toujours une valeur positive.

- **gh** : diamètre du diaphragme génital, distance entre le méat urinaire et la fourchette vulvaire.
- **tvl** : longueur vaginale totale du fond vagin (ou cul-de-sac postérieur) à l'hymen.

- **pb** : épaisseur du périnée, 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 situé 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.

Cette classification est objective et rigoureuse mais elle n'est pas aisée, peu reproductible et rébarbative. Schussler met en évidence, chez 17 patientes une différence de significative de plus de 30% entre les examinateurs.

Nous avons choisi d'utiliser, dans notre étude, la classification de Baden et Walker qui plus simple dans sa compréhension, la plus rapide dans son exécution et la plus reproductible.

Il faudra choisir parmi les techniques avec conservation utérine puisque les possibilités de procréation doivent être conservées chez la femme jeune.

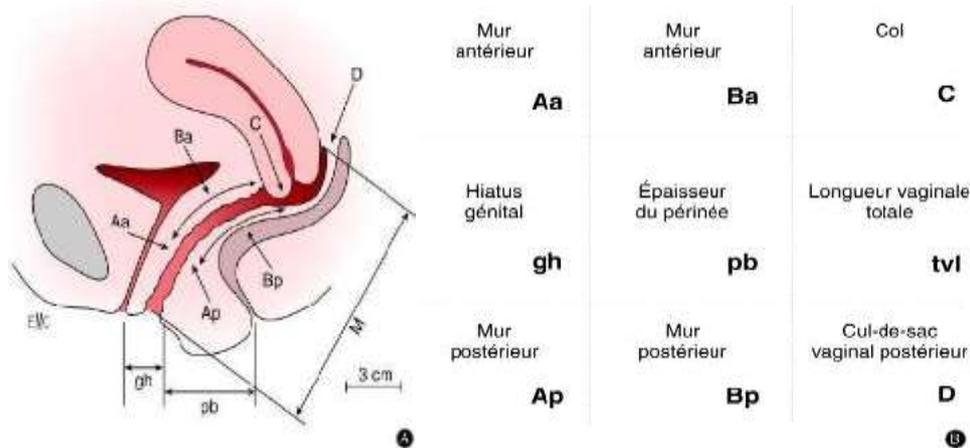


Figure 8 : classification de POP Q [14].

2.5. Prise en charge

2.5.1. Traitement médical

2.5.1.1. Kinésithérapie

La défaillance des muscles du plancher pelvien joue un rôle primordial dans la genèse des prolapsus [24-27].

La revue de Cochrane publiée en 2006 indiquait que les données disponibles étaient insuffisantes pour recommander la rééducation périnéale dans le traitement des prolapsus, et que des études randomisées étaient nécessaires [26].

Une étude prospective randomisée récente a montré une amélioration du prolapsus et des symptômes après rééducation chez des patientes présentant un prolapsus de stade 1 à 2 selon la classification POP-Q et qu'il n'y avait pas d'amélioration significative du prolapsus chez les patientes présentant un prolapsus en dessous de l'hymen [29]. L'effectif de cet essai était cependant limité.

En cas de prolapsus modéré de stade 1 ou 2, ce qui est souvent le cas chez la femme jeune, la kinésithérapie peut améliorer le stade du prolapsus et les symptômes des patientes. En cas d'efficacité, la rééducation peut donc retarder le recours à une intervention chirurgicale.

2.5.1.2. Pessaire

Le pessaire est un des traitements du prolapsus et doit être proposé aux patientes comme alternative à la chirurgie.

Aucune étude n'a été réalisée spécifiquement chez la femme jeune et la plupart des données disponibles concernent la femme ménopausée.

L'utilisation d'un pessaire peut parfois altérer l'image de la féminité et entraîner un inconfort dans la vie sexuelle, ce qui est déjà le cas des patientes souffrant d'un prolapsus. Le traitement par pessaire est mieux accepté par les femmes âgées [30].

Il pourra parfois permettre de retarder l'intervention chirurgicale et être « une solution d'attente » avant l'obtention d'une grossesse. Son utilisation est également un bon test thérapeutique avant chirurgie.

2.5.2. Traitement chirurgical

La prise en charge chirurgicale du prolapsus de la femme jeune est complexe du fait de la nécessité d'obtenir un bon résultat anatomique avec le moins de récurrences possible, tout en conservant ses possibilités de procréation et en préservant sa qualité de vie sexuelle.

2.5.2.1. Chirurgie par voie basse sans prothèse

Il faudra choisir parmi les techniques avec conservation utérine puisque les possibilités de procréation doivent être conservées chez la femme jeune.

2.5.2.2. Intervention de Manchester

L'intervention de Manchester consiste à réaliser une incision péri-cervicale avec une incision en T antérieure. L'espace vésico-utérin est disséqué afin de dégager l'isthme. Le Douglas est disséqué sans être ouvert afin d'individualiser les deux ligaments utéro-sacrés qui sont libérés sur quelques centimètres puis sectionnés au ras de l'utérus. Les deux utéro-sacrés sont croisés et fixés en antérieur sur

l'isthme utérin par un ou deux points de fil non résorbable monofilament. Le col est ensuite sectionné et le vagin suturé à l'isthme. Cet artifice permet de remettre en tension les utéro-sacrés.

Cette intervention se complique dans 10 à 15 % des cas environ d'une sténose isthmique secondaire avec hématométrie, dysménorrhées et douleurs pelviennes [5,6].

Si on fait le parallèle avec les trachélectomies réalisées pour cancer du col utérin, on retrouve une fertilité diminuée avec un taux de fausses couches augmenté (21 % de fausses couches au premier trimestre et 8% au second) [6]. Le taux d'accouchements prématurés est également augmenté par incompétence cervicale [6]. Chez ces patientes, la surveillance par frottis est difficile. L'intervention de Manchester ne semble donc pas être la technique de choix pour le traitement du prolapsus de la femme jeune.

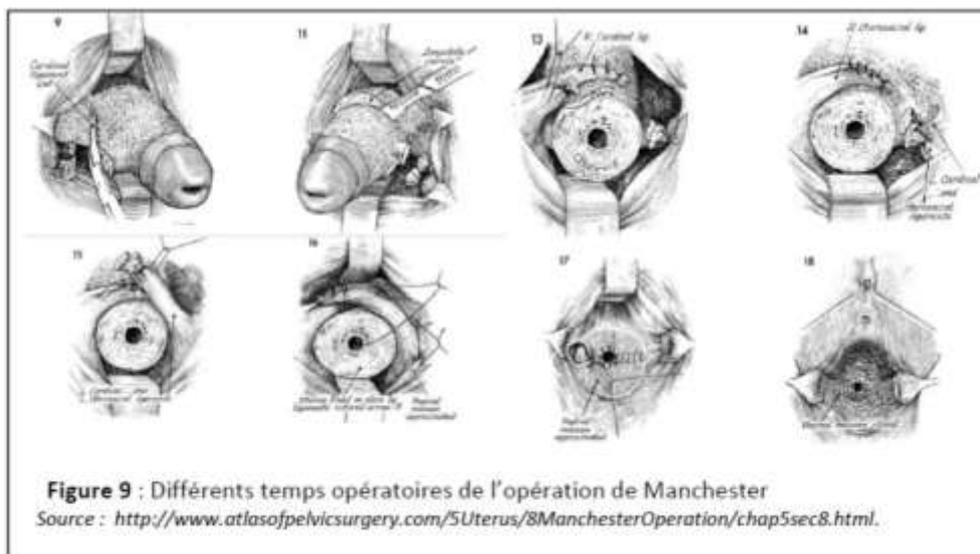


Figure 9 : Différents temps opératoires de l'opération de Manchester.

2.5.2.3. Intervention de Richardson

La sacro-spinofixation est le traitement de référence de la chirurgie par voie basse sans prothèse. L'intervention de Richardson ou hystérosacrocolpopexie

consiste à fixer l'isthme utérin et les ligaments utéro-sacrés au ligament sacro-épineux par du fil non résorbable.

On réalise une colpotomie longitudinale postérieure permettant de disséquer la fosse para-rectale d'un côté (choisi selon les habitudes de l'opérateur) et de dégager le ligament sacro-épineux. Ce ligament est aiguillé par deux points de fil non résorbable monobrin. La solidité de la prise est vérifiée avant d'aiguiller un ligament utéro-sacré puis l'autre. La fermeture vaginale est amorcée par un surjet avant de serrer les deux points sans tension en prenant garde de ne pas coller le col au ligament sacro-épineux, ce qui pourrait provoquer des douleurs et dyspareunies. Le taux de récurrence après hystérosacrocolpopexie varie de 6,5 % à 26% selon les études avec un recul de seulement 13 à 57 mois [7,8].

2.5.2.4. Triple opération périnéale avec hystérectomie

La triple opération périnéale se base sur 3 temps : le premier temps consiste à une hystérectomie vaginale, suivi par le temps antérieur qui consiste en la remise en place et le maintien de la vessie par la dissection et la suture de fascia de Halban. Et on termine par le temps postérieur en réparant la composante rectale du prolapsus.

1^{er} temps : temps antérieur « Hystérectomie »

- On commence par une colpotomie antérieure et décollement vésico-utérin ;
- On enchaine avec une colpotomie postérieure et ouverture du Douglas ;
- Puis les incisions vaginales latérales : Entre les incisions des colpotomies antérieure et postérieure, on trace au bistouri deux sillons de quelques millimètres dans lesquels viendront s'appliquer les fils des futures ligatures. Ces incisions doivent être assez loin du col (un travers et demi de doigt) pour que le moignon des ligaments utéro-sacrés sectionnés soit suffisamment long pour éviter le « dérapage » des fils de ligature ;

- On enchaîne avec le traitement des ligaments utéro-sacrés et des artères utérines droite et gauche à travers une ligature-section ;
- Ensuite on procède à l'extraction de l'utérus ;
- Puis on fait la section et ligature des ligaments utéro-ovariens droit et gauche ;
- Après on vérifie l'hémostase des ligaments utéro-sacrés et des artères utérines ;
- On procède ensuite au godronnage de la tranche vaginale postérieure.

L'intervention se termine par la péritonisation qui consiste à fermer le péritoine par deux hémi-bourses en extériorisant les pédicules utéro-sacrés, utérins et utéro-ovariens [29].

2^{ème} temps : La plastie antérieure

On conduit une colpotomie antérieure transversale à la jonction de la muqueuse vaginale et cervicale prolongée par incision médiane jusqu'à 1 cm de l'orifice urétral, (incision de Crossen). « Au cours de ce temps, il faut éviter de commettre l'erreur de faire le clivage vésico-vaginal trop près du vagin par crainte de blesser la vessie, et de cheminer ainsi entre le fascia de Halban et le vagin. Le plan de clivage à ce niveau est artificiel et, par la suite, la dissection vésico-vaginal elle-même devient plus difficile [30] ».

On enchaîne avec une dissection vésico-vaginale réalisée avec plicature. Au cours de ce temps, les difficultés peuvent être dues à une impossibilité de trouver d'emblée le bon plan de dissection entre vessie et vagin : dans ces cas, il convient de passer de l'autre côté avant de reprendre la dissection du côté où l'on a eu des difficultés, la libération de la vessie d'un côté facilite la dissection controlatérale. Il faut éviter, au cours de ce temps, de faire une dissection avec un tampon monté qui dilacère les tissus ; Ensuite on procède à une colpectomie antérieure et suture vaginale antérieure, notant que la dimension des lambeaux à réséquer dépend de l'importance de la colpocèle [30].

Troisième temps : La plastie postérieure

On commence par un tracé du triangle de la colpectomie postérieure, avec une pince à disséquer à griffes, on évalue l'importance de la colpocèle par des tractions sur la paroi vaginale postérieure et on repère ainsi la dimension exacte que doit avoir la colpectomie dont le triangle est déterminé par trois pinces de Kocher repères.

Ensuite on procède à la colpectomie postérieure, qui est réalisée de haut en bas au bistouri à froid.

Après on réalise le repérage des muscles releveurs et myorrhaphie.

Et on pratique une suture de la colpectomie et serrage des fils de myorrhaphie.

La périnéorrhaphie termine la plastie postérieure.

Au cours de ce temps vaginal postérieur, les difficultés peuvent être dues à l'état scléreux des tissus souvent difficiles à identifier et c'est par des points en X de Vicryl® placés sur la face interne du vagin que leur hémostase est réalisée, le complément d'hémostase étant fait au moment où l'on serre les deux points de Vicryl® de la myorrhaphie [30].

On termine l'intervention par une vérification de l'hémostase du dôme vaginal et par la mise en place d'une ou deux mèches à prostate selon l'importance des colpectomies antérieure et postérieure.

Une sonde à demeure est également mise en place. On demande à la fin un examen anatomopathologique de la pièce opératoire qui a été ouverte lors de l'intervention [30].

La durée de cette intervention varie de 60 à 90 minutes [30].

2.5.2.5. Chirurgie avec renforcement prothétique

Le traitement du prolapsus avec renfort prothétique s'est développé ces dernières années avec l'apparition de nouveaux matériaux.

Une revue de la Cochrane, qui a analysé 40 essais randomisés avec un total de 3 773 patientes, retrouve moins de récurrences chez les patientes opérées par promontofixation que par sacro-spinofixation par voie vaginale (RR 0,23, 0,95 % IC 0,07 à 0,77) [31]. Il est également retrouvé moins de récurrences lorsqu'une cystocèle est traitée par un renfort prothétique comparé à une réparation antérieure classique [31]. Le taux estimé de récurrence après chirurgie classique à un an est d'environ 37 % alors qu'il n'est que de 11 % en cas de renforcement prothétique [32]. Cependant, peu d'études ont été réalisées chez la femme jeune qui présente un risque de récurrence augmenté et chez laquelle il faudra alors pouvoir proposer un nouveau traitement.

2.5.2.6. Promontofixation avec conservation utérine

La promontofixation est souvent considérée comme le traitement de choix du prolapsus de la femme jeune. L'intervention consiste à interposer une prothèse dans l'espace vésico- et recto vaginal par voie cœlioscopie. Ces prothèses seront solidarisées au ligament prévertébral par un fil aiguillé non résorbable. La promontofixation a fait ses preuves en termes de résultat anatomique.

Ganatra retrouve dans une revue de littérature un taux de récurrence de 10 % avec 6,2 % de réinterventions à 24 mois [31].

Barranger retrouvait chez 20 patientes jeunes (âge moyen de 35,7 ans) opérées d'un prolapsus par promontofixation une récurrence dans 6,6 % (délai moyen de 44 mois), avec un taux de réintervention de 3,3 % [36].

De nombreux auteurs associent systématiquement la mise en place de deux prothèses [34,35]. L'argument avancé par certains contre la mise en place d'une prothèse postérieure de façon systématique est le risque d'apparition d'une constipation de novo en postopératoire et l'augmentation des risques opératoires [36]. Ceci s'expliquerait par un changement d'axe du rectum en raison de la

traction exercée en direction du promontoire et une éventuelle dénervation effectuée lors de la dissection latérale.

Antiphon a comparé un groupe de 33 patientes traitées par simple promontofixation à 71 patientes traitées par double promontofixation.

Le taux de constipation de novo ou aggravée par l'intervention (65 %) est statistiquement augmenté dans le groupe double promontofixation mais cette constipation disparaît chez 19 patientes sur 21 dans le mois suivant l'intervention. La morbidité est très peu augmentée par la mise en place d'une prothèse postérieure. Le risque de récurrence est diminué par cette association systématique. Ganatra retrouve 2,7 % d'érosions prothétique par voie haute [33].

Le taux d'érosion est plus élevé dans les séries où le suivi est plus long. Il a été rapporté à 9 % à 5 ans [37, 38]. Le taux de dyspareunies de novo est inférieur à celui observé après chirurgie conventionnelle [31].

La promontofixation présente donc de nombreux avantages sur la chirurgie voie basse sans prothèses en termes de récurrences et de dyspareunies. Cependant, le risque de récurrence est augmenté chez la femme jeune et la promontofixation pourrait être un traitement de deuxième ligne effectué en cas d'échec de la chirurgie classique.

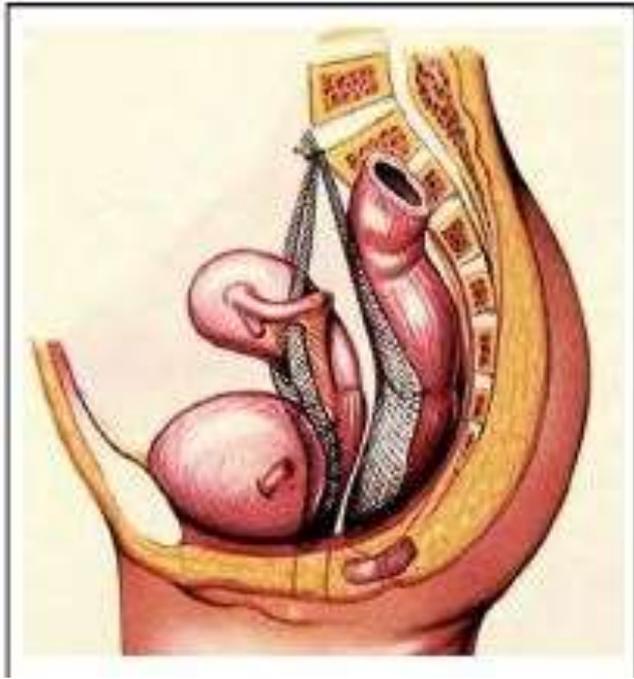


Figure 10 : Promontofixation Source : Urologie Davody, 7 août 2015.

2.5.2.7. Cure de prolapsus avec renforcement prothétique voie basse

La mise en place de prothèses par voie basse est classiquement contre-indiquée chez la femme jeune en raison du risque de récurrence et des complications qui peuvent survenir à type d'exposition prothétique et de dyspareunies de novo.

Pourtant, ses avantages sont nombreux avec un temps opératoire et une durée de convalescence diminués par rapport à la voie haute [31]. Le taux de récurrence est d'environ 20 % à 5 ans avec un taux de ré-intervention de 2 à 5 % [32]. Le taux de récurrence semble donc supérieur à celui observé après promontofixation mais le taux de ré-intervention paraît similaire. Ces résultats sont à interpréter avec prudence et des études prospectives randomisées sont nécessaires à cette évaluation.

Benhaim retrouve 10 % d'exposition prothétique et 26 % de dégradation de la vie sexuelle chez 20 patientes âgées de moins de 50 ans (âge moyen de 42,8 ans) après chirurgie prothétique voie basse [39]. Le taux moyen de dyspareunie de novo (13,8 %) après chirurgie prothétique voie basse est similaire à celui observé après chirurgie conventionnelle [32].

En raison du risque de récurrence et de dyspareunies de novo, la chirurgie prothétique voie basse n'est actuellement pas le traitement de choix chez la femme jeune.

METHODOLOGIE

3. METHODOLOGIE

3.1. Cadre de l'étude

Notre étude a été réalisée dans le département de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré. Il s'agit d'un hôpital de 3^{ème} niveau de la pyramide sanitaire du Mali.

3.2. Type et lieu d'étude

Il s'agit d'une étude transversale réalisée dans le département de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré.

3.3. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée sur une période de 10 ans du 01 janvier 2011 au 31 Décembre 2020.

3.4. Population d'étude

Les patientes ayant été opérées dans le service de gynécologie-obstétrique pendant la période d'étude.

3.5. Echantillonnage

3.5.1. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans cette étude toutes les patientes ayant été opérées pour un prolapsus urogénital dans service.

3.5.2. Critères de non inclusion

- Opérée ailleurs
- L'absence de CRO
- Les dossiers non exploitables.

3.6. Collecte des données et variables

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête remplie à partir :

- Des dossiers des patientes ;
- Du registre de comptes rendus opératoires ;
- Des interviews par appels téléphoniques.

3.7. Traitement et analyses des données

Les données recueillies sur les fiches d'enquête ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 12.0. Le test de χ^2 de Pearson a été utilisé pour comparer les données. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significatif.

3.8. Déroulement pratique de l'étude

Nous avons établi une fiche d'enquête individuelle complétée à l'aide des différents supports utilisés pour l'étude. Les interviews par appels téléphoniques nous ont permis d'obtenir des informations complémentaires.

3.9. Définitions opératoires

- **Parité** : nombre d'accouchement.
- **Nullipare** : c'est une femme qui n'a jamais accouché.
- **Primipare** : c'est une femme qui a accouché une seule fois.
- **Pauci pare** : c'est une femme qui a accouché 2-3 fois.
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouché 4-5 fois.
- **Grande multipare** : c'est une femme qui a accouché au moins 6 fois.
- **Prolapsus uro-génital** : c'est une hernie des organes pelviens à travers le vagin ; il peut concerner la vessie (cystocèle), l'utérus (hystéroptose), le cul-de-sac de Douglas (élytrocèle), le rectum (rectocèle).

- **Prolapsus multi-compartmental** : prolapsus atteignant au moins deux étages.
- **Femme jeune** : c'est une femme âgée de moins de 45 ans, limite d'âge que nous avons arbitrairement fixé.

RESULTATS

4. RESULTATS

4.1. Fréquence

- Fréquence globale

La chirurgie du prolapsus urogénital a représenté **237 cas** sur les **1865** interventions gynécologiques réalisées durant la période d'étude, soit une fréquence de **12.7%**.

- Evolution annuelle de la fréquence

En graphique

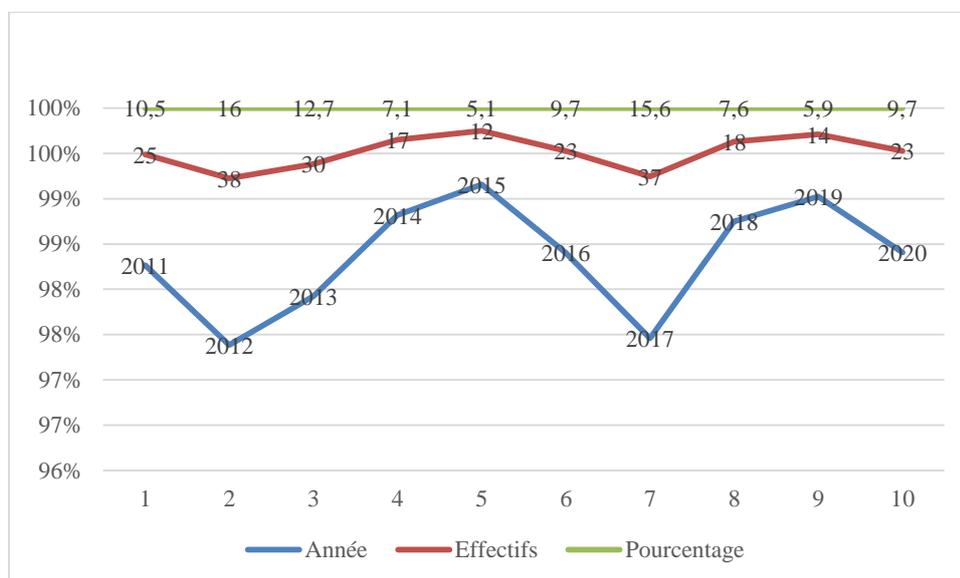


Figure 11 : Fréquence des prolapsus selon l'année.

4.2. Caractéristiques sociodémographiques

4.2.1. Âge

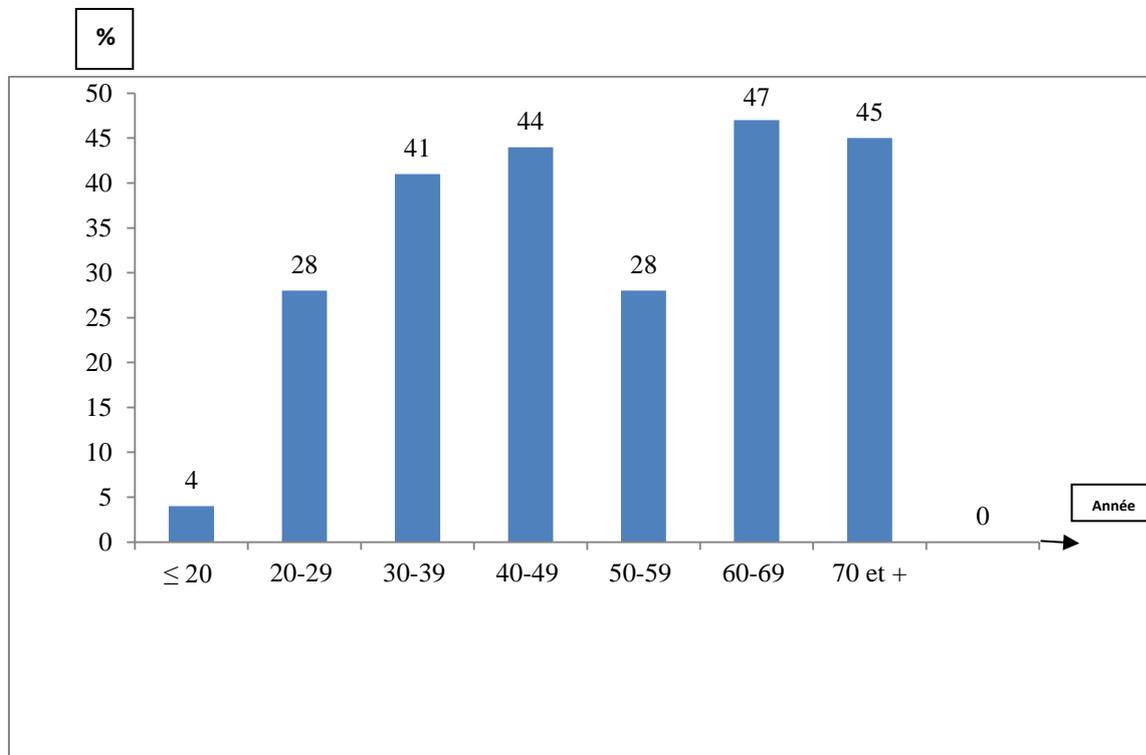


Figure 12 : Répartition selon la tranche d'âge.

L'âge moyen était de $50 \pm 0,80$ les extrêmes de 15 et 98 ans.

4.2.2. Type rural ou urbain de la résidence

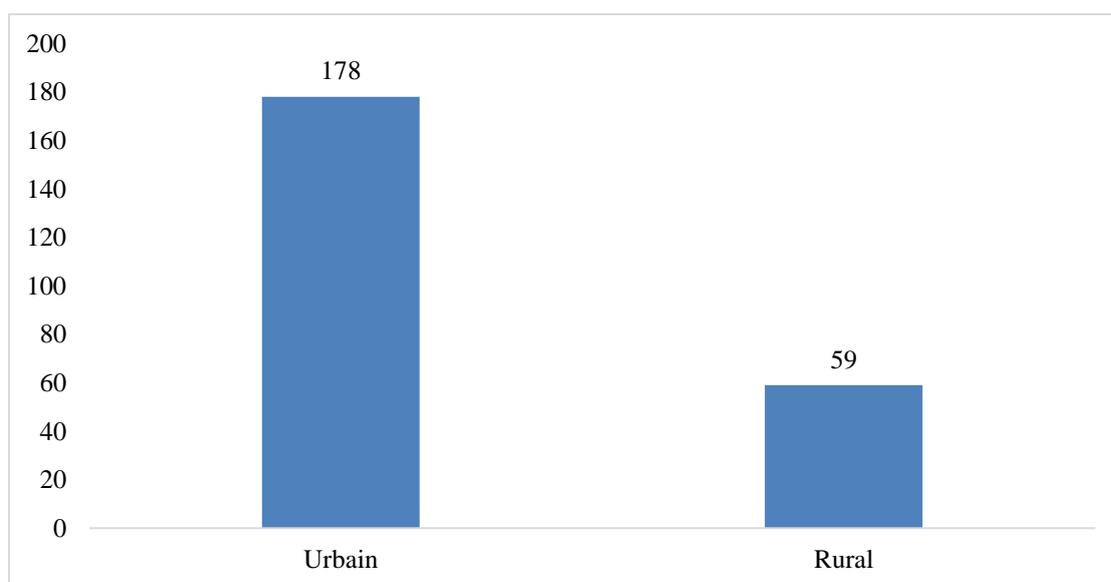


Figure 13 : Répartition selon la résidence.

4.2.3. Parité

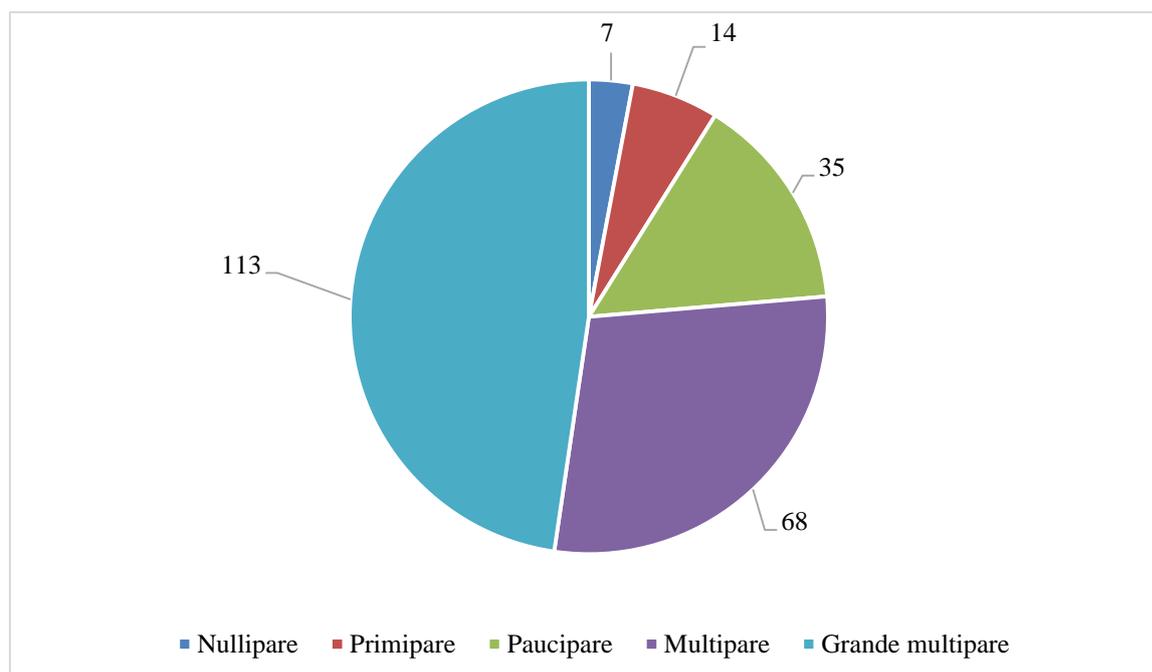


Figure 14 : Répartition des patientes selon la parité.

4.3. Données cliniques

4.3.1. Motifs de consultation

Tableau I : Répartition selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
Sensation de pesanteur	Oui 44	18,6
	Non 193	81,4
Algie pelvienne	Oui 79	33,3
	Non 158	66,7
Dyspareunie	Oui 20	8,4
	Non 217	91,6
Incontinence urinaire	Oui 88	33,3
	Non 151	63,7
Sensation de boule	Oui 224	94,5
	Non 13	5,5

4.3.2. Troubles associés aux motifs de consultation

4.3.2.1. Troubles urinaires

Tableau II : Répartition selon les signes urinaires.

Signes urinaires	Effectif	Pourcentage
Dysurie	Oui 209	88,2
	Non 28	11,8
Urgenturie	Oui 212	89,5
	Non 25	10,5
IU par urgenturie	Oui 22	9,3
	Non 215	90,7
IU par effort	Oui 158	66,7
	Non 79	33,3

4.3.2.2. Troubles sexuels

Tableau III : Répartition selon l'existence des troubles sexuels.

Troubles sexuels	Effectifs	Pourcentage
Présent	152	64,1
Absent	14	5,9
Non précisé	71	30,0
Total	237	100,0

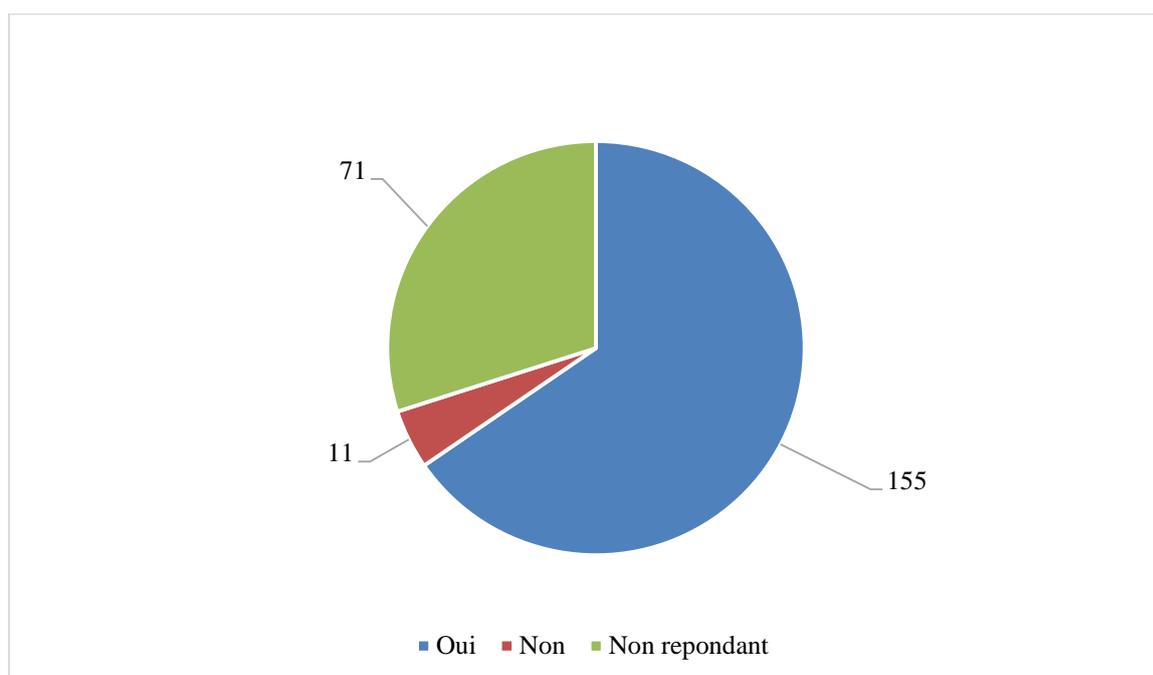


Figure 15 : Répartition selon l'existence de la dyspareunie.

Tableau IV : Répartition selon la nature des troubles sexuels.

Type de troubles sexuels		Effectifs	Pourcentage
Troubles de libido	Oui	151	63,7
	Non	14	6,3
Satisfaction globale	Oui	14	9,5
	Non	152	64,1
Sensation des émotions négatives	Oui	147	62
	Non	19	8
Incontinence urinaire lors des rapports sexuels	Oui	10	4,2
	Non	156	65,8
Restriction sexuelle à cause du prolapsus	Oui	138	58,2
	Non	28	11,8

4.4. Facteurs favorisants

Tableau V : Répartition selon les différents facteurs favorisants.

Facteurs favorisants		Effectifs	Pourcentage
Constipation	Oui	40	16,9
	Non	197	83,1
Macrosomie rapporte	Oui	127	53,6
	Non	110	46,4
Accouchement non assiste par voie basse	Oui	51	21,5
	Non	186	78,5
Expression abdominale	Oui	73	30,8
	Non	164	69,2
Accouchement dystocique	Oui	220	92,8
	Non	17	7,2

4.5. Examen physique

Tableau VI : Répartition selon le type de prolapsus.

Types de prolapsus	Effectifs	Pourcentage
Cystocèle	Oui 228	96,2
	Non 9	3,8
Hystérocèle	Oui 212	89,5
	Non 25	10,5
Rectocèle	Oui 154	65
	Non 83	35

Tableau VII : Répartition selon l'existence du prolapsus multicompartimental.

Multicompartimental	Effectifs	Pourcentage
Oui	25	10,5
Non	212	89,5
Total	237	100

Tableau VIII : Répartition selon l'existence de l'elytrocèle au toucher bi digital.

L'elytrocèle	Effectifs	Pourcentage
Oui	57	24,1
Non	180	75,9
Total	237	100,0

Tableau IX : Répartition des patientes selon la classification opératoire.

Classification	Effectifs	Pourcentage
2^{ème} degré	27	11,4
3^{ème} degré	210	88,6
Total	237	100,0

Tableau X : Corrélacion entre troubles urinaires et degré de prolapsus.

Degré de prolapsus	Dysurie		Effectif
	Oui	Non	
2 ^{ème} Degré	23	4	27
3 ^{ème} Degré	186	24	210
Effectif	209	28	237
Khi2=0,16	P=0,40		

Tableau XI : Corrélacion entre degré de prolapsus et troubles urinaire à type d'urgenturie.

Degré de prolapsus	Urgenturie		Effectif
	Oui	Non	
2 ^{ème} Degré	24	3	27
3 ^{ème} Degré	188	22	210
Effectif	212	25	237
Khi2=0,15	P=0,37		

Tableau XII : Corrélacion entre troubles sexuels et degré de prolapsus.

Degré de prolapsus	Dysparunie			Effectif
	Oui	Non	Néant	
2 ^{ème} Degré	18	4	5	27
3 ^{ème} Degré	137	7	66	210
Effectif	155	11	71	237
Khi2=0,074	P=0,17			

4.6. Examens complémentaires réalisés

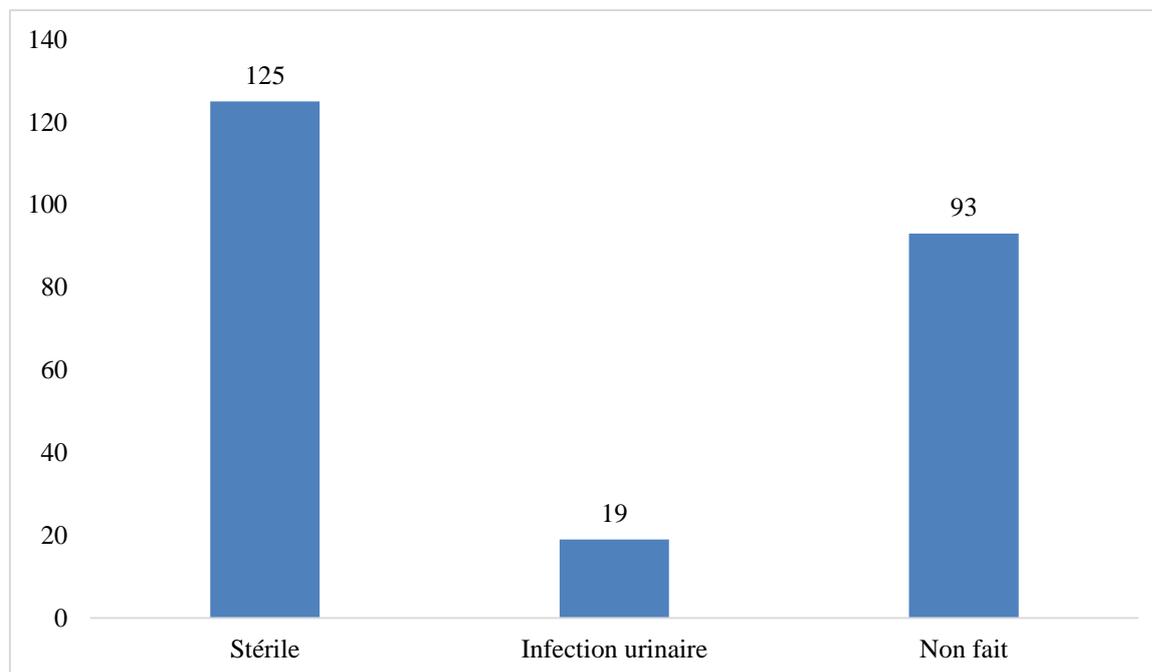


Figure 16 : Répartition des patientes selon le résultat ECBU.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les résultats de l'échographie et IVA-IVL.

Type d'examen complémentaire	Résultat	Effectif	Pourcentage
Echographie	Normale	140	59,1
	Anormale	16	6,8
	Non faite	81	34,2
IVA-IVL	Positive	3	1,3
	Négative	128	54,0
	Non fait	106	44,7
PV	Stérile	131	55,3
	Positif	13	5,5
	Non fait	93	39,2

NB : 3 cas Infection urinaire traité par l'antibiothérapie

4 cas Adénomyose, 8 cas utérus myomateux – 1cas syndrome de Rokitanski Küster Hauser

- Le bilan urodynamique n'a pas été réaliser.

4.7. Prise en charge

Toutes nos patientes ont été opérée sous anesthésie locorégionale, 13 cas ont été converti en anesthésie générale.

Tableau XIV : Répartition selon le type d'intervention réalisée.

Type d'intervention	Effectif	Pourcentage
Manchester	45	19,0
Richardson	7	3,0
TOP sans hystérectomie	18	7,6
TOP avec hystérectomie	167	70,4
Total	237	100

Tableau XV : Répartition des patientes selon le type de voie.

Voie	Effectifs	Pourcentage
Voie Vaginale	227	95,8
Voie Mixte	10	4,2
Total	237	100,0

NB : mixte=voie basse+voie haute (3 cas de TOP avec promontofixation par voie haute et 7 cas de TOP avec hystérectomie chez des patientes ayant un ATCD de cure de prolapsus par voie haute).

Voie vaginale (Manchester, Richardson, TOP avec ou sans hystérectomie).

Tableau XVI : Répartition selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisations en jours	Effectif	Pourcentage
2	1	0,4
3	16	6,8
4	134	56,5
5	71	30
6	9	3,8
7 et plus	6	2,5
Total	237	100

La durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours.

Tableau XVII : Rééducation périnéale après accouchement.

Rééducation	Effectifs	Pourcentage
Oui	5	2,1
Non	232	97,9
Total	237	100,0

4.8. Pronostic

4.8.1. Complications per opératoires

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon les complications per opératoires.

Complications per opératoires	Effectifs	Pourcentage
Lésion vésicale	4	1,7
Lésion rectale	3	1,3
Pas de complication	230	97
Total	237	100

NB :3 cas lésion rectale et 4 cas de fistules vésicales qui ont été suturées.

4.8.2. Complication post opératoire

Tableau XIX : Répartition des patientes l'évolution des suites au court terme.

L'évolution	Effectifs	Pourcentage
Infection du site opératoire	1	0,4
Rétention aigue d'urine	1	0,4
Pas de complication	235	99,2
Total	237	100

NB : 1cas d'infection site oper traitée par ATB, 1 cas de rétention aigue d'urine traitée par le maintien de la sonde vésicale a demeure pendant une semaine et la rééducation vésicale avant l'ablation de la sonde.

4.8.3. Résultat anatomique et fonctionnel post opératoire

Tableau XX : Répartition des patientes selon l'impact de l'intervention sur les troubles urinaires.

Troubles urinaires	Effectifs	Pourcentage
Disparition	152	64,1
Amélioration	5	2,1
Non précisé	80	33,8
Total	237	100

Tableau XXI : Répartition des patientes selon l'impact de l'intervention sur les troubles sexuels.

Troubles sexuels	Effectifs	Pourcentage
Disparition	150	62,1
Amélioration	4	1,65
Troubles sexuels de novo	4	1,65
Non précisé	80	33,8
Total	237	100

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la satisfaction anatomique et fonctionnelle globale après l'intervention.

Anatomique	Effectifs	Pourcentage
Très satisfait	155	65,4
Peu satisfait	2	0,8
Non précisé	80	33,8
Total	237	100

Fonctionnelle :

Très satisfaite	155	65,4
Peu satisfaite	1	0,4
Non satisfaite	1	0,4
Non précisé	80	33,8
Total	237	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la récurrence du prolapsus.

Récurrence		
Oui	11	4,6
Non	146	61,6
Non précisé	80	33,8
Total	237	100

NB : Il y a un cas de Cystocèle et 10 cas de prolapsus du dôme vaginal.

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon la récurrence en fonction de la technique chirurgicale.

Technique	Effectifs	Pourcentage
TOP avec hystérectomie	10	4,2
TOP sans hystérectomie	1	0,4
Non précisé	226	95,4
Total	237	100

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. Approche méthodologique et difficultés

Nous avons réalisé une étude transversale sur 10 ans pour évaluer le pronostic anatomique et fonctionnel chez les femmes opérées pour prolapsus génital.

Dans la quête de l'information nous avons été confrontés aux difficultés suivantes :

- Le mauvais archivage des dossiers,
- Certaines de nos patientes résidaient dans les zones rurales et de contact téléphonique n'était possible.
- Certaines patientes n'étaient pas coopérantes au téléphone pour donner des renseignements malgré la sensibilisation,
- Certains dossiers étaient mal renseignés.

5.2. Fréquence

Tableau XXV : Répartition selon la fréquence annuelle.

Auteur	Fréquence	Année
Gako A	13,10%	Hôpital du Mali 2019
Baye M	10,6%	Douala 2016
Tayrac	5,2%	France 2013

Le prolapsus uro-génital de la femme représentait **12,71%** des interventions gynécologiques durant la période d'étude.

Gakou A avait trouvé à l'Hôpital du Mali une fréquence de 13,10% en 2019, Baye M au Cameroun à (Douala) a eu 10,6%. Par contre De Tayrac [48] rapportait en 2013 en France une fréquence de **5,2%**. Le prolapsus génital est une affection dont la fréquence varie d'un pays à l'autre.

Cette différence s'explique par la prédominance des facteurs traumatiques obstétricaux dans nos pays africains où l'accès aux soins obstétricaux d'urgence reste limité.

5.3. Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude, la moyenne d'âge était de **50.80** ans avec des extrêmes de 15 et 98 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de **60 à 69 ans** avec **19,83%**. Diop MD [22] et à la retrouver un âge moyen de 58,1 ans avec des extrêmes de 30 et 80 ans. La tranche d'âge 60 à 69 ans était majoritaire à 34,2%.

Nos résultats sont inférieurs de ceux d'Olsen et al qui ont retrouvé une moyenne d'âge à 61,8 ans et Wetzel O et al au Mexique qui à retrouver 55ans. Cela pourrait s'expliquer d'une part, par le milieu d'étude par rapport au nôtres un milieu défavorable ou la plus des femmes n'arrivent pas à l'hôpital suite à la pauvreté qui rend parfois la consultation inaccessible et la survenue de la multiparité à l'âge jeune. Différence d'âge pourrait s'expliquer par le fait que dans les pays développés, l'étiologie prédominante du prolapsus est la carence hormonale et l'atrophie sénile des tissus.

La majorité des patientes de notre étude étaient des femmes rurales soit **75,1%**, ce qui se rapproche du constat de Coulibaly B [43] qui avait trouvé **73%** de femmes rurales.

Dans notre étude, 62,4% de nos patientes étaient des femmes au foyer. Cette prédominance des ménagères dans notre étude était proche de celui de Gakou A avec 82,86% cela pourrait s'expliquer par les multiples travaux pénibles (champêtre le port de fardeaux très lourds.....) auxquels s'adonnent quotidiennement nos femmes Africaines.

Dans notre étude la parité moyenne était de **4,12** avec un extrême de **0 et 13** enfants.

Les antécédents d'accouchements dystociques avec un taux de **92,8%**, et non assistés à domicile avec un taux de **21,5%** étaient des facteurs importants de prédisposition au prolapsus génito-urinaire.

Coulibaly B [44] avait noté **63,5%** de multipare avec des notions d'accouchement non assisté dans **69,8%**.

Les données de la littérature rapportent que la parité avec l'accouchement par les voies naturelles est un facteur favorisant le prolapsus uro-génital [22,23, 25]

5.4. Facteurs favorisants retrouvés

La parité moyenne était 4,12 avec un extrême de et accouchement dans nôtres étude. Les grandes multipares ont représenté (113 /237) ce qui rejoint celui de Gakou A qui à rapporter 65,71% avec une parité moyenne 5,22. En effet la multiparité serait à l'origine d'une hyper laxité ligamentaire. Plusieurs études dans la littérature ont retrouvé la parité comme le principal facteur de risque.

Dans notre échantillon **26** patientes sur **237(11%)**, avait un antécédent familial de prolapsus chez un parent de 1^{er} degré.

Notre taux est proche de celui de Jaafar Y [43] qui a rapporté **16%**d'antécédent familial de prolapsus.

Ces chiffres sont très probablement sous-estimés, les patientes ne connaissant pas obligatoirement tous les antécédents chirurgicaux de leur famille.

5.5. Données cliniques

Toutes les patientes présentaient des symptômes liés au prolapsus.

Le principal motif de consultation était la sensation de boule dans le vagin, retrouvé chez **94,5%** des patientes de notre série, associé quelques rares fois à des algies pelviennes.

La majorité des patientes, soit **65,4%** présentait au moins un trouble de la sexualité.

Une patiente n'a pas voulu répondre à des questions ponctuelles sur la sexualité. Parmi les patientes ayant répondu aux questions **20** n'avaient plus de relation sexuelle en raison des gênes occasionnées par le prolapsus.

Le prolapsus a engendré un manque de confiance en soi chez **62%** des patientes. En effet ces femmes ressentait des émotions négatives (peur, honte...) à l'origine des troubles de la sexualité.

Jelvsek JE et Barber MD [49], au cours d'une étude Cas-Témoins comparant la qualité de vie chez les femmes avec ou sans prolapsus génital, révélait chez les femmes souffrant de prolapsus, 4 fois plus de manque de confiance en soi, 11 fois plus de sentiment de non attractivité physique et sexuelle.

Bien qu'exprimés du bout des lèvres, les troubles de la sexualité liés au prolapsus sont un problème réel. Ceci reflète les tabous sur la sexualité dans nos sociétés traditionnelles africaines au sud du Sahara.

Il appartient alors au médecin de savoir comment aborder ce sujet souvent hautement sensible.

Dans notre étude, les troubles urinaires, comme l'urgenterie était présent dans **(89,5%)**, l'incontinence urinaire **(88,6%)**.

Nos résultat son similaire à celle de Juma S [46] aux USA et Neri-Mendez C et Coll [50] au Mexique l'IUE a été retrouve dans 100% des cas.

La différence pourrait s'expliquer par le fait que nous ne disposions pas de d'examens spécialisés qui permettent le diagnostic de l'IUE potentielle ou masquées.

Dans nôtres étude on notait une nette prédominance du **3^{ème}** degré, soit dans **88,6%**, ce résultat est similaire à celui de Coulibaly A **81,1%** des cas, et de Gakou A **65,71%** des cas.

La fréquence des troubles sexuels et urinaires associés était proportionnelle à la gravité du prolapsus. Dans 10,55% des cas était des prolapsus multi-compartimental.

Gakou A. a eu 80% et Bohoussou E[42]a rapporté un taux **62,8%** de prolapsus multi-compartimental.

Notre étude s'est déroulée dans une structure sanitaire de niveau **3**, qui reçoit surtout les cas les plus compliqués.

En plus du bilan hématologique préopératoire systématique, certains bilans orientés par les données de l'examen clinique ont été demandés.

Ainsi sur **125** examens cyto bactériologiques urinaires réalisés, **19** cas d'infections urinaires confirmées ont nécessité une antibiothérapie préopératoire.

L'échographie pelvienne réalisée chez **156** patientes a permis d'objectiver (16) cas d'anomalies : 4 cas d'adénomyose 8 cas d'utérus myomateux, 3 cas d'infection urinaire et un cas de syndrome de Rokitanski Küster Hauser.

Le bilan urodynamique recommandé dès lors qu'il existe un prolapsus des étages moyens et antérieurs et/ou des symptômes urinaires préopératoires [48] n'a été réalisé chez aucune patiente de notre échantillon. En effet nous ne disposons pas d'infrastructure pour réaliser ce bilan.

5.6. Prise en charge

Dans notre étude, **100%** ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale. La voie la plus utilisée a été la voie vaginale soit dans **97%** des cas.

Nous réalisé 70,5% de TOP avec hystérectomie, 19% d'intervention de Manchester et 7,6% de TOP sans hystérectomie, Richardson de 3%. Nos résultats sont proche à ceux de Gakou A qui a eu respectivement TOP avec Hystérectomie, Manchester 40% et 42,86%. La voie vaginale est la plus utilisée dans la littérature car elle permet de traiter les trois composantes habituelles du

prolapsus et à pour avantages la possibilité de réalisation sous anesthésie locorégionale, des suites post-opératoires plus simples, une durée d'hospitalisation plus courte et la possibilité de traiter d'autres lésions associées.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours avec des extrêmes de 2 et 10 jours ceux qui est similaire à celui de Gakou A 2,5 jours.

Le taux de prise en charge chirurgicale était de **41,9%** dans l'étude de Bohoussou E [42].

Ce taux inférieur au nôtre confirme la gravité des cas que nous recevons, et lesquels la seule option thérapeutique restant est la chirurgie.

Dans notre étude le taux de mortalité opératoire était nul comme dans les séries de Coulibaly B[44] et Diop MB [51].

Les interventions par voie vaginale font courir le risque d'accidents chirurgicaux. C'est ainsi qu'en peropératoire nous avons enregistré 3 cas lésion rectale et 4 cas de fistule vésicale qui ont été suturées soit **3%** des cas, ce taux est similaire à celui Coulibaly A qui a retrouvé 3% contre **1,6%** pour Coulibaly B [44].

Deux cas de complication post-opératoire ont été enregistré, à savoir, un cas d'infection site opératoire qui a été traité l'antibiotique et une rétention aiguë d'urine survenue après l'ablation de sonde urinaire à J1 post-opératoire et dont la prise en charge a nécessité le maintien de la sonde vésicale à demeure pendant une semaine et la rééducation vésicale avant l'ablation.

Coulibaly B [44] et Bohoussou E[42] n'ont rapporté aucune complication post-opératoire.

Bien que des complications soient possibles, la mortalité liée à la chirurgie du prolapsus uro-génital reste rare.

Les critères d'appréciation de la sexualité post-opératoire dans notre étude reposaient sur l'évaluation de l'évolution des troubles préexistant à l'intervention.

En effet, **62,9%** des patientes qui avaient des troubles sexuels préexistant et ayant bénéficié d'une prise en charge chirurgicale ont vu leurs troubles disparaître.

Huit cas de dyspareunie soit 3,3% de novo en rapport avec une diminution de la longueur du vagin ont été notifiés.

Dans notre étude sur **157** patientes présentant des troubles urinaires ayant été opérées, **152** ont vu leurs symptômes disparaître, soit un taux de succès de **96,8%**.

Nous n'avons pas pu joindre certaines patientes au moment de l'enquête (injoignable).

Parmi les patientes jointes par téléphone **66,24%**, le taux de satisfaction était de **98,72%**.

Coulibaly B[44] et Sidibé D[47] ont rapporté respectivement un taux de bon résultat anatomique de fonctionnel de 96.8% et 93.1%.

Le taux de récurrence dans notre étude était de **4,6%** avec un recul de 10 ans.

Dans notre étude les cas de récurrence relevés, concernaient seulement les femmes qui avaient un prolapsus uro-génital du 3^e degré. Aussi le plus grand nombre de récurrence a été constatés chez les femmes qui avaient bénéficié d'un chirurgien on conservatrice, **90,91%** de récurrence pour la technique de TOP avec hystérectomie Manchester et **9,09%** pour la technique de Manchester.

CONCLUSION

6. CONCLUSION

Le prolapsus urogénital chez la femme est fréquent dans notre service.

La prise en charge était chirurgicale avec un taux de récurrence à 4,6%.

Le pronostic anatomique et fonctionnel en termes de qualité de vie était satisfaisant.

RECOMMANDATIONS

7. RECOMMANDATIONS

7.1. Aux autorités sanitaires

- Assurer une bonne répartition du personnel sanitaire sur le territoire,
- Rendre accessible les établissements de santé maternelle.

7.2. Aux praticiens

- Améliorer la qualité et l'archivage des dossiers médicaux,
- Suivre sur le long terme et accompagner les femmes après cure de prolapsus uro-génital,
- Assurer une bonne pratique des soins obstétricaux d'urgence.

7.3. A la communauté

- Eviter l'accouchement non assisté à domicile,

REFERENCES

8. REFERENCES

1. **Anthony, S., et al.**, Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacérations. Br J Obstetgynaecol, 1994. 101(12): p. 1064-7.
2. **Antiphon P, Elard S, Benyoussef A, Fofana M, Yiou R, Gettman M, Hoznek A, Vordos D, Chopin DK, Abbou CC.** Laparoscopic promontory sacral colpopexy: is the posterior, recto-vaginal, mesh mandatory? Eur Urol 2004; 45:655-61.
3. **Ashton-Miller JA, DeLancey JO.** Functional anatomy of the female pelvic floor. Ann N Y Acad Sci 2007; 1101:266-96.
4. **Ayhan A, Esin S, Guven S, Salman C, Ozyuncu O.** The Manchester operation for uterine prolapse. Int J GynaecolObstet 2006; 92:228-33.
5. **Baden WF, Walker TA.** Genesis of the vaginal profile: a correlated classification of vaginal relaxation. Clin ObstetGyne col1 972; 15(4):1048-54.
6. **Barranger E, Fritel X, Pigne A.** Abdominal sacrohysteropexy in young women with uterovaginal prolapse: long-term follow-up. Am J ObstetGynecol 2003; 189:1245-50.
7. Baye M. Prévalence and clinical présentation of génital prolapse in « Maternité principale » Yaoundé.
Thèse Médecine ; Yaoundé ; thèse N°024/16
8. **Blanc, B.**, Les technique de suspension des viscères pelviens dans la cure de prolapsus, in Congrès de la société internationale francophone de chirurgie pelvienne. 1999 : Lille.
9. **Bohoussou E, Okon G,Nguele M L, Diallo AB, Guie P.** Prolapsus uro-génital de la femme jeune : analyse d'une série de 43 cas.6^econgres de la SOMAGO. 2018 ; Bamako.

- 10.Boss EA, van Golde RJ, Beerendonk CC, Massuger LF.** Pregnancy after radical trachelectomy: a real option? *Gynecol Oncol* 2005;99: S152-6.
- 11.Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bø K.** Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am J ObstetGynecol* 2010; 203:170. e1-7.
- 12.Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bø K.** Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am J ObstetGynecol* 2010; 203:170. 1-7.
- 13.Bump RC, Mattiasson A, Bo K et al.** The standardization of terminology of female pelvicorgan prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J ObstetGynecol* 1996; 175(1):10-7
- 14.Bump RC, Mattiasson A, Bo K et al.** The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J ObstetGynecol*1996; 175(1):10-7.
- 15.Chen L, Ashton-Miller JA, Hsu Y, DeLancey JO.** Interaction among apical support, levator ani impairment, and anterior vaginal wall prolapse. *ObstetGynecol* 2006; 108:324-32.
- 16.Clemons JL, Aguilar VC, Sokol ER, Jackson ND, Myers DL.** Patient characteristics that are associated with continued pessary use versus surgery after 1 year. *Am J Obst et Gynecol* 2004; 191:159-64.
- 17.Coulibaly A.** Chirurgie du prolapsus uro-génital de jeune femme [Mémoire de Med]. Mali 2019.
- 18.Coulibaly B.** prolapsus génital à l'hôpital Somine Dolo de Mopti : traitement chirurgical et pronostic [Thèse de Med]. Bamako : 2010.

- 19.De Tayrac R, Letouzed V, Marès P.** Evaluation objective des symptômes et information des patientes. *J Med Liban* 2013; 61(1) : 23-35.
- 20.Deval B, Rafii A, Poilpot S, Aflack N, Levardon M.** Prolapse in the young woman: study of risk factors. *GynecolObstetFertil* 2002; 30:673-6.
- 21. Dietz V, Huisman M, de Jong JM, Heintz PM, van der Vaart CH.** Functional outcome after sacrospinous hysteropexy for uterine descensus. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19:747-52.
- 22.Diop MB.** Les prolapsus génitaux (bilan de 104 cas colligés à la clinique chirurgicale du CHU de Dakar) [Thèse de Med]. Dakar; n°7; 1990.
- 23.G. Magnin.** Chirurgie des prolapsus par voie basse. La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique (3e édition), 2011, Pages 301-328.
- 24.G. Magnin.** Hystérectomie et myomectomie par voie vaginale. La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique (3e édition), 2011, Pages 107-128.
- 25.Gakou A.** Prolapsus génital à l'hôpital du Mali, aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques 2021 Thèse Med.
- 26.Ganatra AM, Rozet F, Sanchez-Salas R, Barret E, Galiano M, Cathelineau X et al.** The current status of laparoscopic sacrocolpopexy: à review. *Eur Urol* 2009; 55 :1089-103.
- 27.Graham, C.A. and V.T. Mallett,** Race as a predictor of urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Am J ObsetGynecol*, 2001.185(1): p 116-20.
- 28.Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E.** Conservative management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane DatabaseSystRev* 2006 Oct 18 ;(4):CD003882.

- 29.Hefni MA, El-Toukhy TA.** Long-term outcome of vaginal sacrospinous colpopexy for marked uterovaginal and vault prolapse. Eur J ObstetGynecolReprod Biol 2006; 127:257-63.
- 30.Higgs PJ, Chua HL, Smith AR.** Long term review of laparoscopic sacrocolpopexy. BJOG 2005; 112 :1134-8.
- 31.Jaafar Y.** Prolapsus génital de la femme de moins de 50ans : A propos de 56 patientes. Paris ; Thèse Méd Créteil 2005 :115.
- 32.Jackson, S.R., et al.,** changes in metabolism of collagen in genitourinary prolapse. Lancet, 1996. 347(9016): p. 1658-61.
- 33.Jelvsek JE, barber MD.** Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. Am J ObstetGynecol2006; 194:1455-61.
- 34.Jorgensen, S., H.O. Hein, and F. Gyntelberg,** Heavy lifting at work and risk of genital prolapse and herniated lumbar disc in assistant nurses. Occup Med (Lond), 1994.44(1): p. 47-9.
- 35.Juma S.**Anterior suspension for vagina vault prolapse. Techniques in urology;1995; 1(3): 150-6.
- 36.Lansac J, Lecomte P, Marret H.** Gynécologie pour le praticien (8^e édition), 2012, 131P.
- 37.Lucot JP, Bot-Robin V, Giraudet G, Rubod C, Boulanger L, Dedet B, Vinatier D, Collinet P, Cosson M.** Vaginal mesh for pelvic organ prolapse repair. GynecolObstetFertil 2011; 39:232-44.
- 38.Lukmany.** Utero-vaginal prolapse: a rural distability of the young. East African Medical Journal; 1995; 72; n°1:29.

- 39. Maher C, Feiner B, Baessler K, Adams EJ, Hagen S, Glazener CM.** Surgical management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev 2010 Apr 14 ;(4):CD004014.
- 40. Makinen, J., et al.,** Histological changes in the vaginal connective tissue of patients with and without uterine prolapse. Arch Gynecol, 1986.239(1): p 17-20.
- 41. Milsom, I., et al.,** The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women J Urol, 1993. 149(6): p. 1459-62.
- 42. Neri-mendez C. Salas-gonzales F. Rodriguez-colorado S. villagran-cervantes R. Kunhardt-rasch J.** Incidence of pelvic-génital static disorders in patients with urinary incontinence. GynecologiaYobstetricia de Mexico ;1996;64: 193-7.
- 43. Nichols DH, Randall CL.** Vaginal surgery. Baltimore: William sand Wilkins,1989.
- 44. Norton,** Abdominal collagen ratios in women with genitourinary prolppse, in Neurourol. Urodyn.1992.
- 45. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL.** Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. ObstetGynecol 1997; 89:501-6.
- 46. Olsen, A.L., et al.,** Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. ObstetGynecol, 1997. 90(4): p. 33-6.
- 47. Samuelsson EC, Victor FT, Tibblin G, Svärdsudd KF.** Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. Am J ObstetGynecol 1999; 180:299-305.

- 48.Samuelsson EC, Victor FT, Tibblin G, Svärdsudd KF.** Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J ObstetGynecol* 1999; 180:299-305.
- 49.Sankaranaya R, NeNe BM. Din A, al.;** early detection of cervical cancer with visuql inspection methods: a summary of completed and on –Studies in India.*Salud Publica de mexico*; vol 45; Suplemento 3 de 2003.
- 50.Sergent F, Resch B, Loisel C, Bisson V, Schaal JP, Marpeau L.** Mid-term outcome of laparoscopic sacrocolpopexy with anterior and posterior polyester mesh for treatment of genitourinary prolapse. *Eur J ObstetGynecolReprod Biol* 2011 Jun;156(2):217-22. Epub 2011 Feb 26.
- 51.Sidibé D.**Etude de 128 cas de prolapsus dans un service de gynécologieobstétrique à Bamako (Mali). Thèse de médecine n°47 1998.
- 52.Söderberg MW, Falconer C, Byström B, Malmström A, Ekman G.** **Young** women with genital prolapse have a low collagen concentration. *Acta ObstetGynecolScand* 2004; 83:1193-8.

ANNEXES

9. ANNEXES

Fiche d'enquête

Fiche numéro/Année :

Téléphone :

I- Identité de la patiente :

A- Age :

B- Ethnie :

C- Profession :

1 : femme au foyer 2 : fonctionnaire 3 : commerçante 4 : sportive

Autres : Si oui a préciser

D- Résidence : 1 : Rural 2 : Urbain

E- Statut matrimonial :

1 : Célibataire 2 : mariée 3 : divorcée 4 : veuve

F- Désir de grossesse : 1 : Oui 2 : Non

II- Motif de consultation :

a- Sensation de pesanteur pelvienne : 1 : Oui 2 : Non

b- Sensation de boule vaginale : 1 : Oui 2 : Non

c- Algie pelvienne : 1 : Oui 2 : Non

d- Incontinence urinaire : 1 : Oui 2 : Non

e- Dyspareunie et ou difficulté sexuelle 1 : Oui 2 : Non

f- Constipation ou gêne a la défécation 1 : Oui 2 : Non

Autres : Si oui à préciser

III- Antécédents

A –Antécédents obstétricaux :

a- Parité : 1 : Nullipare 2 : Primipare 3 : Pauci pare (2-3)

3 : Multipare (4-6) 4 : Grande multipare (7 et plus)

B - Déroulement de l'accouchement antérieur :

a- Accouchement non assisté par voie basse : 1 : Oui 2 : Non

b- Accouchement dystocique : 1 : Oui 2 : Non

c- Poids de naissance >4kg : 1 : Oui 2 : Non

d- Extraction instrumental : 1 : Oui 2 : Non

e- Expression abdominale : 1 : Oui 2 : Non

f- Episiotomie : 1 : Oui 2 : Non

g- Déchirure périnéale : 1 : Oui 2 : Non

h- Rééducation périnéale après accouchement : 1 : Oui 2 : Non

C-Antécédents médicaux :

a- Traitement corticoïdes au long court : 1 : Oui 2 : Non

Si oui, pour quelle maladie :

b- Constipation chronique : 1 : Oui 2 : Non

c- Toux chronique : 1 : Oui 2 : Non

d- Port de charges lourdes : 1 : Oui 2 : Non

e- Autres :

D-Antécédents chirurgicaux :

a- Chirurgie du prolapsus génital : 1 : Oui 2 : Non

b- Hystérectomie : 1 : Oui 2 : Non

c- Césarienne : 1 : Oui 2 : Non

d- Autres interventions : 1 : Oui 2 : Non

E- Antécédents familiaux :

a- Prolapsus familial : 1 : Oui 2 : Non

b- Diabète parental 1 : Oui 2 : Non

C- Sexuelle :

a- Fréquence de relations sexuelles ? :

1 : Tous les jours 2 : 1-3 fois par semaine 3 : 1-3 fois par mois 4 :
Moins d'une fois par mois

b- Ressentez-vous une excitation sexuelle lorsque vous avez une relation
sexuelle ? : 1 : Oui 2 : Non

c- Douleur lors des relations sexuelles ? :

1 : Oui 2 : Non

d- Eviter vous les relations sexuelles à cause de l'existence d'une boule dans le
vagin ? : 1 : Oui 2 : Non

e- Avez-vous une fuite d'urine ou des selles au moment des relations
sexuelles ? : 1 : Oui 2 : Non

f- Est-ce que la peur d'être gênée à cause des fuites d'urines ou de selles,
restreint votre activité sexuelle ? :

1 : Oui 2 : Non

g- Lorsque vous avez des relations sexuelles avec votre partenaire, ressentez-
vous des émotions négatives comme la peur, la honte, la culpabilité ? :

1 : Oui 2 : Non

h- Globalement êtes-vous satisfaite des relations sexuelles que vous avez avec
votre partenaire ? :

1 : Oui Non

V- Examen clinique :

A- Au repos :

a- Cicatrice périnéale : 1 : Oui 2 : Non

b- Béance vulvaire : 1 : Oui 2 : Non

c- Extériorisation des organes pelviens :

1 : Oui 2 : Non

d- Ulcération du col : 1 : Oui 2 : Non

IX- Satisfaction :

Etes-vous globalement satisfaite après intervention :

Sur le plan anatomique :

1 : très satisfaite 2 : peu satisfaite 3 : non satisfaite

Sur le plan fonctionnel :

1 : très satisfaite 2 : peu satisfaite 3 : non satisfaite

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : CAMARA

Prénom : Younoussa

**Titre : PROLAPSUS GENITAUX OPERES AU CHU GABRIEL TOURE : EPIDEMIOLOGIE-
TECHNIQUE CHIRURGICALE ET PRONOSTIC.**

Année universitaire :2020-2021

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Faculté de Médecine et d'odonto-Stomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt : Gynécologie,

Résumé :

Le prolapsus génital est une pathologie peu étudiée en Afrique, particulièrement au Mali. Il est bénigne et souvent handicapant.

L'objectif de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques des prolapsus génitaux, les techniques chirurgicales et le pronostic au service de gynécologie du CHU GABRIEL TOURE.

Il s'agissait d'une étude transversale, prospective concernant les femmes opérées dans notre service pour prolapsus génital. N'étaient pas incluses les femmes opérées hors du service, les dossiers non exploitables

La fréquence du prolapsus était de 12,71%.

L'âge moyen était de 50,80 ans avec un extrême de 15 et 98 ans,

La parité moyenne était de 4, 12 % avec 47,7 % des grandes multipares.

La masse vulvaire et la masse vulvaire était le principal motif de consultation soit 94,5% et 25,71%. La cystocèle associée à hysteroçèle était le type de prolapsus majoritaire avec 89,5%.

L'intervention par voie basse a été pratiquée dans 95,8%, elle a été associée à la voie haute dans 4,2% ; la TOP avec hystérectomie était la plus pratiquée avec 70,5%.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours.

Les complications infectieuses ont été retrouvées dans 0,42% des cas et 3% complication en peropératoire a été observé. Notre étude retrouvait un bon résultat anatomique soit 96,8% de bon résultat fonctionnel et les patientes étaient très satisfaites dans 98,62%.

Dans notre étude il existait une corrélation entre la classe (stade) du prolapsus génital et le type de chirurgie.

Le prolapsus génital est souvent diagnostiqué au stade avancé au Mali. Chez les femmes âgées, la voie basse avec cure de chaque compartiment prolapsé reste une bonne indication. Le taux de récurrence était de 4,6%.

Mots clés : Prolapsus uro-génital, technique chirurgicale, pronostic, récurrence, qualité de vie.