

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI



Un peuple Un but -Une foi



UNIVERSITE  
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire 2009 - 2010

Thèse N°.....

**TITRE**

**PROLAPSUS GENITAL A L'HOPITAL  
SOMINE DOLO DE MOPTI; TRAITEMENT  
CHIRURGICAL ET PRONOSTIC**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le .....2010  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'OdontoStomatologie  
par :

**Monsieur COULIBALY BAKARY**  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)

**JURY**

**Président:** Pr. SY Aida SOW

**Membre:** Dr Traore Soumana Oumar

**Co-directeur de thèse:** Dr. KANE Famakan

**Directeur de thèse:** Pr. DIAKITE Salif

## DEDICACES :

### **Je dédie ce travail :**

- **A Allah** le Tout Puissant et miséricordieux et son prophète, paix et salut sur lui pour m'avoir donné le courage et la santé de mener à bien ce travail, et de m'avoir donné l'énergie nécessaire pour franchir les différentes étapes de mes études. Je prie Allah de me guider toujours vers le droit chemin.

- **A mon père Sadibou COULIBALY:**

Vous me direz certainement que l'éducation et l'affection paternelle que vous m'avez réservées ne relèvent que de votre droit de père, oui je sais, mais vous avez bien compris la nécessité de m'envoyer à l'école et de me soutenir durant tout ce long temps. Vous m'avez prodigué de sages conseils.

Aujourd'hui votre fierté est sans limite.

Puisse ALLAH le tout miséricordieux vous gardez encore longtemps parmi nous afin que vous puissiez continuer à guider nos pas.

- **A Ma mère Binta Diarra :** les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance et mon admiration. Vous avez consenti beaucoup d'efforts pour la réussite de mes études. vos conseils m'ont toujours servi de guide. Recevez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon affection. Ce travail est le vôtre.

- **A mes tantes et Oncles:**

Recevez à travers ce modeste travail la récompense des sacrifices tant consentis et le témoignage de notre attachement. Que Dieu vous assiste. Amen!

- **A mes neveux, nièces, cousins et cousines:** Je me garde de citer des noms. L'amour familial que vous avez entretenu à mon égard a été un atout favorable pour l'accomplissement de ce travail.

Trouvez ici l'expression de mes sentiments respectueux.

## REMERCIEMENTS :

### Je remercie :

- **Ma tante Kadiatou Boré :**

Plus qu'une tante, vous avez été pour moi une mère, une confidente, une guide constante pour ma formation. Ton souci constant a toujours été la bonne réalisation de ce travail pour lequel ta contribution été d'une importance capitale. Que Dieu vous récompense et vous donne longue vie !

- **Mes frères et sœurs, et tous mes beaux frères et belles**

**sœurs:** depuis Mopti, Bamako, Ntjilla, Bougouni pour le soutien moral et matériel que vous m'avez toujours accordés.

- **Mes amis de Bamako :**

**Sinaly Konaté, Ladji Gariko, Aboubacar Sidibé, Drissa Couliby, Sidy Traoré** je vous dis merci pour le sentiment amical qu'on a partagé. Notre amitié a été un exemple à Mopti. Ce travail est le votre.

- **Mes amis de la FMPOS :**

**Checkné S Diarra, Sina Dembélé, Abdrahamane Goita, Abdoul Karim Sissoko** Vous avez été plus que des amis pour moi, mais des frères. Merci pour vos conseils et soutiens.

- **Mes encadreurs :**

**Dr Kané Famakan, Dr Coulibaly Pierre M, Dr Mayda et Dr Elvis.** Vous m'avez donné l'amour de la fonction médicale. Je suis très fier de l'encadrement que j'ai reçu de vous. Merci pour vos conseils et la qualité de l'encadrement.

- **Mes aînés du service :**  
**Dr Guirou Boukary ;**  
**Dr Coulibaly Adama,**  
**Dr Cissé Sékou A,**  
**Dr Kané Chebou,**  
**Dr Cissouma Souleymane,**  
**Dr Konaré Fousseyni,**  
**Dr Dolo Kounindiou,**  
**Dr Berthé Clément.**

Pour vos soutiens et votre bonne collaboration.

- Tout le personnel du service de **Gynécologie** et **d'obstétrique : Mme Togo Fatoumata Tolo, Badji Dicko, Mme Maïga Bintou, Mme Boiré, Mme Touré Assetou Sissoko Mme Dolo** pour votre bonne collaboration, le service a été pour moi une famille.
- Mes collègues **Faisant Fonction d'Internes de l'hôpital Sominé Dolo :**  
**Mme Maïga Ramata Maïga,**  
**Mme Keïta Assaïta Sougoulé,**  
**Mme Konipo Oulématou Kankou Sow,**  
**Aboubacar Karembé,**  
**Youssouf Haidara,**  
**Modibo Kane Keïta,**  
**Mountaga TALL**

Pour vos conseils, écoutes, soutiens et surtout votre bonne collaboration.

- Mes cadets **Faisant Fonction d'Internes** :

**Moïse Djerma,**

**Boureïma Dembélé,**

**Ibrahim Cissé.**

**Mohamed Traoré**

**Djénéba Diawara**

Pour le respect et la considération, je vous souhaite courage et abnégation.

Tous les médecins de **l'hôpital Sominé Dolo** de **Mopti** : pour vos conseils et l'enseignement de qualité que j'ai bénéficié de vous dans la joie et dans le respect mutuel.

- La direction de l'hôpital **Sominé Dolo**.

- Tous les autres personnels de **l'hôpital Sominé Dolo** de **Mopti** : pour votre bonne collaboration pendant ce temps qu'on a passé ensemble, particulièrement **Dr Touré Ousmane** les mots me manquent pour vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour ma formation. Ce travail n'aurait pu être à terme sans votre apport. Que Dieu vous récompense et vous donne longue vie !

- Tout en m'excusant d'éventuelles omissions, je vous prie de bien vouloir vous identifier à ce travail qui n'aurait pu être sans votre apport.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**ATCD** : Antécédent

**CAP** : Colporraphie antérieure et postérieure

**COLL** : Collaborateur

**ECBU** : Examen Cytobactériologique des Urines

**HGT** : Hôpital Gabriel Touré

**HPG** : Hôpital da Point-G

**HSD** : Hôpital Sominé Dolo

**IUE** : Incontinence Urinaire d'Effort

**TOP** : Triple Opération Périnéale

**UIV** : Urographie Intra Veineuse

**USA** : Etats-Unis d'Amérique

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

### **Professeur SY Aissata SOW**

- **Professeur titulaire de Gynéco-Obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).**
- **Chef de service de Gynéco-Obstétrique au centre de santé de référence de la commune II.**
- **Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO).**
- **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé**

**Cher maître,**

vous nous faites un grand honneur en acceptant la présidence de ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

La clarté de votre enseignement, votre dextérité, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines exceptionnelles font de vous une praticienne hors pair. Votre disponibilité et votre souci du travail bien fait méritent l'admiration.

Veillez accepter, cher Maître l'expression de notre profonde gratitude. Que Dieu vous garde longtemps encore auprès de nous.

**AMEN !!!**

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Dr. TRAORE Soumana Oumar**

- **Gynécologue Obstétricien au CSRéf CV du district de Bamako.**

**Cher maître,**

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous est allée droit au cœur.

Votre courage, votre grande amitié pour vos collaborateurs et vos étudiants, vos qualités d'homme de science et votre enthousiasme à transmettre votre savoir ont forgé l'admiration de tous.

Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude.

## **A NOTRE CO-DIRECTEUR DE THESE**

### **Dr. KANE Famakan**

- **Gynécologue obstétricien**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé DOLO**
- **Chargé de cours de gynécologie et d'obstétrique dans les structures socio-sanitaires de la ville de Mopti**

### **Cher maître,**

Vous nous avez fait un réel plaisir en nous acceptant parmi vos élèves.

Vous avez veillé au déroulement correct de notre enquête jour et nuit.

Cher Maître sachez que nous ne regretterons jamais d'avoir été votre élève car la formation et l'éducation que vous nous avez donnés vont au-delà de tout cadre médical. Soyez rassuré de notre reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Professeur Salif DIAKITE**

- **Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako ;**
- **Gynécologue Obstétricien au CHU Gabriel Touré.**

### **Cher Maître,**

C'est un grand honneur et réel plaisir pour nous de vous compter parmi nos maîtres.

C'est avec abnégation que vous avez décidé de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons admiré votre sens élevé de la transmission du savoir et surtout votre détermination pour la formation des étudiants.

Votre dynamisme, votre amour pour le prochain, votre abord facile et votre disponibilité ont forgé en nous l'estime et admiration.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profond respect.

<b>Sommaire</b>	<b>Page</b>
Introduction <i>et Objectifs</i> .....	1
Généralités.....	4
Méthodologie.....	.60
Résultats .....	67
Commentaires et discussion ;.....	86
Conclusion et recommandation.....	93
Références .....	95
Annexes.....	100

## INTRODUCTION

Le prolapsus génital se définit comme toute saillie, permanente ou à l'effort dans la lumière vaginale, à l'orifice vulvaire ou hors de celui-ci, de tout ou en partie des parois vaginales plus ou moins doublés de la vessie, du rectum et des culs de sac péritonéaux adjacents, ainsi que du fond vaginal solidaire du col utérin [18].

C'est une affection relativement fréquente. Avec l'incontinence urinaire, ils constituent un des motifs de consultation les plus fréquents en chirurgie gynécologique [26]. Selon une étude de MUSSET et POITOUT P. à Paris en 1970 il représenterait 3% de l'ensemble des consultations gynécologiques [24]. D'après une étude Ethiopienne publiée en 1995 dans un journal médical de l'Afrique de l'Est, le prolapsus génital a représenté 19,9 % de l'ensemble des opérations gynécologiques [20].

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 [8]. Au Mali THIMOTE D. en 1989 a rapporté une fréquence de 1% à l'hôpital Gabriel Touré [33]. En 1995 il a constitué 1,72 % des motifs de consultation dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital du Point « G ».

La physiopathologie des prolapsus fait intervenir différents facteurs :

- le premier est le délabrement du plancher pelvien : muscles releveurs de l'anus et diaphragme urogénital.
- le deuxième est la dégradation des moyens de suspension : les ligaments et fascias pelviens, les modifications sont la conséquence du traumatisme obstétrical.

Au traumatisme obstétrical s'ajoute l'atrophie post-ménopausique qui intéresse les formations musculaires mais aussi ligamentaires.

Diagnostiquer un prolapsus ne nécessite pas d'examen complémentaire, un bon examen clinique suffit ; mais la fréquence des troubles urinaires liés ou associés aux prolapsus, les cas de récurrences après une cure chirurgicale imposent souvent des examens complémentaires. Malheureusement, non seulement certains de ces examens ne sont pas possibles dans nos structures hospitalières à cause d'insuffisance du plateau technique mais aussi la situation financière précaire de nos patientes limite les investigations [29].

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

Au Mali rares sont les auteurs qui ont abordé le prolapsus génital.

Aucune étude traitant la question ne s'est réalisée dans la région de Mopti c'est pour cela que nous avons initié ce travail pour une contribution régionale.

## **OBJECTIFS**

### **1. OBJECTIF GENERAL :**

Contribuer à l'étude du prolapsus à l'HSD de Mopti.

### **2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- . Déterminer la fréquence du prolapsus dans le service de gynécologie obstétrique
- . Déterminer les facteurs favorisants,
- . Déterminer les caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des patientes opérées pour prolapsus dans le service.
- . Décrire les conduites thérapeutiques appliquées.

## **GENERALITES**

### **I. RAPPELS ANATOMIQUES :**

La fréquence et l'aspect spécifique des prolapsus pélvi-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 [28]. 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 [17] sont nécessaires avant d'envisager de leur organisation fonctionnelle.

#### **1. Diaphragme pelvien et périnée : (figure 1)**

Le diaphragme pelvien est constitué des muscles releveurs (élevateurs) de l'anus, des muscles ischio-coccygiens et du fascia (aponévrose) pelvien qui les recouvre. Les muscles élevateurs sont formés de plusieurs faisceaux fonctionnellement différents :

-La partie externe pelvi-coccygienne statique, se fixe sur le ligament ano-coccygien ;

-La partie interne pubo-rectale, dynamique (elle élève et ferme le canal anal), naît de la face postérieure du corps du pubis, se dirige en bas et en arrière puis 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 (noyaux 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 particulièrement 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 moyenne circonscrivant l'orifice vaginal est la plus fragile, le maintien de la statistique pelvienne dépend à ce niveau de l'intégrité du centre tendineux du périnée, situé entre le vagin et le canal anal, solidaire du faisceau élévateur par continuité des structures conjonctives.

## **2. Structures conjonctives pelviennes : (figures 2)**

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

Les fascias viscéraux ; couches conjonctives superficielles, recouvrent tous les organes pelviens. Le plus dense est le fascia vaginal, renforcé par des fibres élastiques : cet adventice vaginal forme, par dissection chirurgicale, avec la couche extrême 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 (anciennes 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 [23]. Ils sont en continuité avec des formations antéropostérieures (ligaments pubo-vésicaux, vésico-utérins, utero-sacrés) constituant, selon la dénomination ancienne, la lame sacro-recto-gényto-pubienne de Farabeuf.

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

Les paramètres et surtout les paracervix (anciennement dénommés paravagin ou aileron sous-urétral 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 utero-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 la hauteur de S2 à S4. Ils contiennent des nerfs, des vaisseaux, des fibres musculaires lisses et du tissu conjonctif.

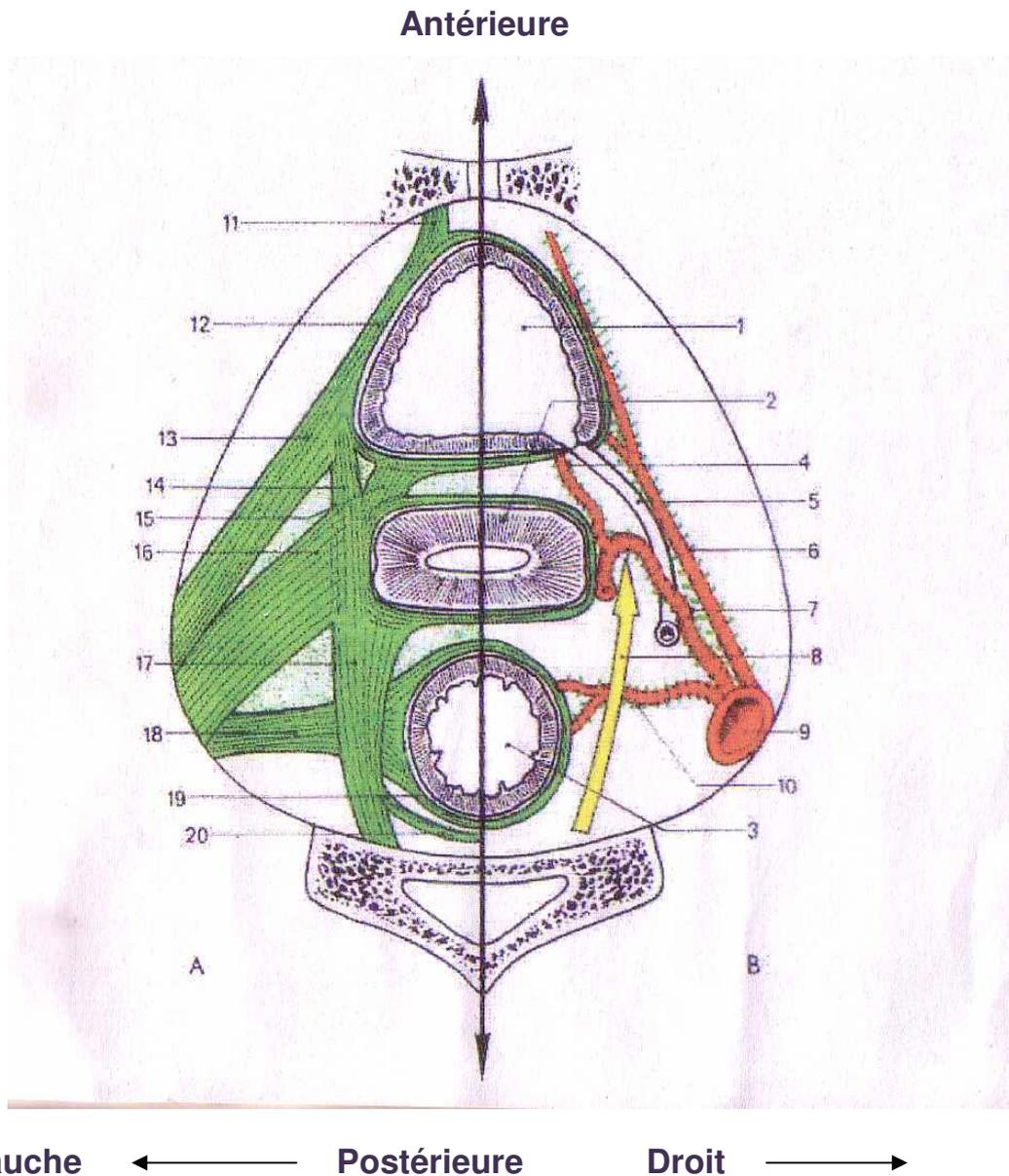
Les surfaces d'accolement viscéral sont représentées par le septum recto-vaginal, le septum vésico-utérin, l'espace retro pubien et l'espace rétro rectal. Elles assurent une liaison élastique par collage conjonctif.

### **3. Fonction du plancher pelvien :**

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

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

Lorsque la paroi abdominale et le plancher pelvien sont de bonnes qualités, 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 (multipliés par dix au cours de la toux). Le relâchement des muscles du rachis et de la paroi abdominale, lié à l'âge et à l'obésité, entraîne une antéversion du bassin ; les pressions sont alors dirigées vers la fente uro-génitale. L'effort de retenue peut être volontaire, avec mise en jeu synergique du muscle élévateur et du sphincter externe de l'anus. Il peut être réflexe, grâce à l'innervation proprioceptive du plancher pelvien. Il conduit à la fermeture des angles viscéraux ouverts en arrière : les angles utéro-vaginal et ano-rectal, jusqu'à une clôture de la fente uro-génitale.



**Figure 1 : les paramètres [36]**

Formations fibro-conjonctives des paramètres 1 vessie – 2 utérus – 3 rectum – 4 artère cervico-vésicale – 5 uretère – 6 artère ombilicale – 7 artère utérine – 8 plexus hypogastrique inférieur – 9 artère iliaque interne – 10 rectale moyenne – 11 ligament vésico- pubien – 12 gaine vésicale – 13 ligament vésical latéral 14 et 15 ligaments vésico-utérins – 16 paramètre - 17 ligament utéro-sacral – 18 ligament rectal latéral – 19 fascia rectal – 20 fascia retro-rectal - **A** lames conjonctives - **B** les axes vasculo-nerveux et les gaines viscérales.



## **II. PHYSIOPATHOLOGIE ET ETIOLOGIE :**

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

### **1. Facteurs congénitaux :**

Ils sont toujours difficiles à démontrer, ils restent cependant les seules explications aux prolapsus des nullipares et font intervenir deux paramètres :

- Un paramètre tissulaire : en effet, il existe un risque familial de prolapsus et d'incontinence.
- Un paramètre anatomique : l'axe du rachis, l'inclinaison du détroit supérieur, la morphologie du bassin sont en effet des facteurs qui interviennent dans la constitution du prolapsus.

Il est à signaler qu'un prolapsus découlant de ces facteurs est rare chez la femme de race noire, dont le bassin est étroit, le plan du détroit supérieur très vertical et l'hyper lordose fréquente.

### **2. Facteurs traumatiques :**

Leur rôle est largement prédominant, et ils relèvent, dans l'immense majorité des cas, du traumatisme obstétrical, où interviennent le poids du premier enfant, les manœuvres

obstétricales, les déchirures, les accouchements ultérieurs d'enfants de poids élevé, les efforts expulsifs importants et prolongés, l'expression utérine.

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

L'accouchement est souvent déterminant. Il provoque des élongations ligamentaires, déchirures musculaires, laminage du centre tendineux du périnée, désolidarisation des septums et des continuités faciales et ligamentaire, d'énervations des muscles pelviens [30] élongations et d'énervation des sphincters. Les remusculassions abdominales intempestives du post-partum aggravent les conséquences de ces lésions diversement associées.

### **3. Modifications ménopausiques :**

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

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

### **4. Facteurs iatrogènes :**

La chirurgie ne crée pas de toutes pièces un prolapsus génital. L'hystérectomie peut être suivie, après un délai variable, de l'apparition d'un prolapsus ou d'une incontinence :

on évoque alors l'existence de lésions traumatiques préexistantes, souvent repérées par un examen clinique préopératoire rigoureux. Un volumineux fibromyome utérin peut maintenir artificiellement l'utérus en position abdominale et favoriser l'élongation ligamentaire.

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

### **III. FORMES ANATOMIQUES DES PROLAPSUS : [2]**

Pour ne pas nous perdre dans le dédale des innombrables éventualités, nous nous limiterons à un exposé schématique s'adressant aux formes les plus caractéristiques et les plus habituellement rencontrées, auxquelles s'ajouteront les formes exceptionnelles ayant évolué indépendamment de toute gestation

#### **1. Les formes gravidiques :**

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

##### **1-1 .Premier degré (figure3) :**

le vagin est nettement dilaté et sa partie antérieure bombé déjà d'une façon apparente sous l'effet de la hernie de la vessie, s'infiltrant progressivement à travers le fascia d'Halban aminci qu'elle rejette sur les côtés où il sera opératoirement retrouvé .L'utérus, souvent déjà retenu par le frein de la sclérose inflammatoire des paramètres et des ligaments utéro-sacrés,

ne descend que faiblement. La paroi vaginale est encore acceptable, mais l'éperon musculaire périnéal est déjà éculé, rendant la vulve béante.

### **1-2. Deuxième degré (figure 4) :**

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

L'action frénatrices 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.

### **1-3. Troisième degré (figure 5) :**

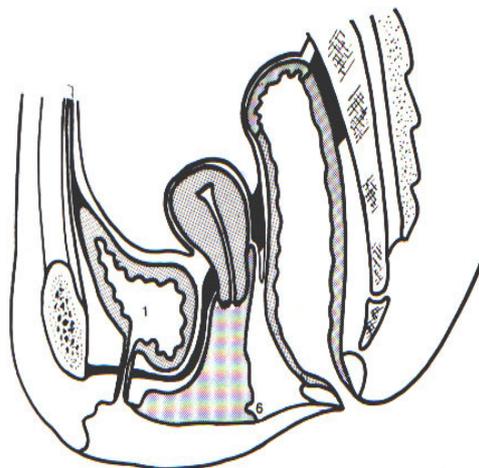
Le col utérin a franchi largement la frontière vulvaire, entraînant parfois le retournement du cylindre vaginal. Ayant subi un allongement hypertrophique, le col présente des ulcérations de contact visibles également sur la muqueuse vaginale très épaïci et parfois kératinisée.

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 et complexe.

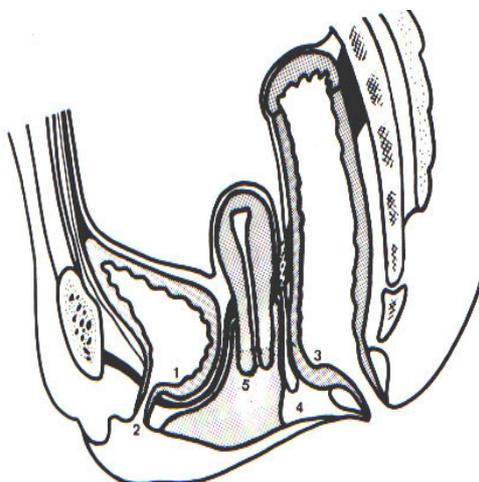
## **2. Les formes non gravidiques :**

Le prolapsus non gravidique présente un aspect tout particulier, car il s'agit uniquement du glissement de l'utérus dont le col subit une hypertrophie très marquée, à l'intérieur du cylindre vaginal qui ne manifeste aucune déficience antérieure

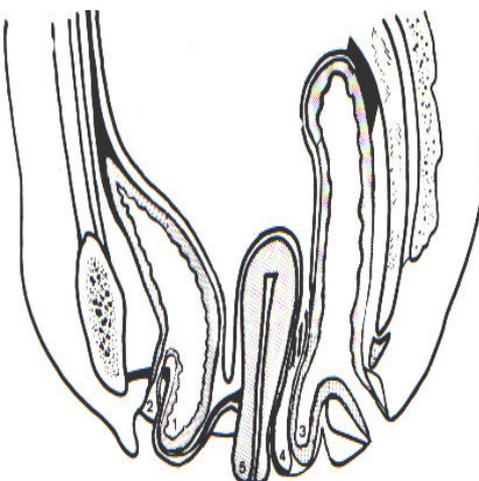
Prolapsus génital à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti, traitement chirurgical et pronostic ou postérieure. La matrice arrive à s'extérioriser en repoussant l'hymen chez la vierge.



**FIGURE 3 :** Coupe sagittale d'un prolapsus du premier degré  
1: cystocèle, 6 : éperon périnéal  
Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble



**FIGURE 4 :** Coupe sagittale d'un prolapsus du deuxième degré  
1 : cystocèle, 2 : urétrocèle, 3: rectocèle, 4 : élytrocèle, 5 : allongement hypertrophique du col  
Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble



**FIGURE 5 :** Coupe sagittale d'un prolapsus du troisième degré  
1 : cystocèle, 2 : urétrocèle, 3: rectocèle, 4 : élytrocèle, 5 : allongement hypertrophique du col  
Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble

#### **IV- CLINIQUE :**

##### **1. Interrogatoire :**

##### **1.1. Arguments étiologiques :**

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

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

- Le passé chirurgical permet de distinguer le prolapsus de première manifestation, le plus souvent traumatique, rarement congénital, favorisé par la carence oestrogénique postménopausique, de la récurrence après traitement chirurgical.

Après une cure de prolapsus, trois facteurs de récurrence pourront être distingués : l'altération tissulaire progressive conduisant à des récurrences tardives, les corrections fautives ou incomplètes conduisant à des récurrences précoces, les prolapsus provoqués dont le type caricatural est l'élytrocèle après ventrofixation.

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

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

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

## **1.2. Evaluation de la gêne fonctionnelle :**

Parmi les symptômes observés 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.

### **1.2.1. Signes spécifiques :**

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

- L'incontinence urinaire n'est un signe spécifique de troubles de la statique pelvienne que lorsque l'interrogatoire repère son caractère strictement contemporain à l'effort abdominal en dehors de tout besoin mictionnel. Son importance peut aller de la perte épisodique d'urines, lors d'efforts importants ou éternuement, à la perte d'urines au moindre effort. Elle est alors classée en trois

Prolapsus génital à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti, traitement chirurgical et pronostic 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 interrogatoire orienté, elle a alors été masquée par pudeur, ou se retrouve réellement être « minimal » et fonctionnellement bien tolérée

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

**Tableau I : les stades de l'incontinence urinaire d'effort.**

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

### **1.2.2. Signes trompeurs :**

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

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

- De nombreux troubles mictionnels, en dehors de l'incontinence urinaire d'effort et de la dysurie spécifique, sont observés : pollakiurie, urgences mictionnelles, mictions impérieuses, incontinence non strictement contemporaine de l'effort. C'est troubles mictionnels urinaire, cystopathie endocrine, dysfonction vésico-urétrale. Ils ne seront que très inconstamment guéris par la cure chirurgicale du prolapsus.

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

### **2. Examen clinique : [18]**

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

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

### **2.1. L'inspection de la vulve au repos :**

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

### **2.2. L'inspection vulvo-périneale 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 ;
- Le déroulement progressif de la paroi postérieure du vagin, avec un sillon plus ou moins profond séparant cette colpocèle postérieure de la fourchette vulvaire ;
- Le col peut apparaître à la vulve (hystérocèle) ou s'extérioriser, il peut être normal ou présenter un aspect « tapiroïde » avec un allongement de la lèvre antérieure qui paraît plus importante que la lèvre postérieure ;
- La fuite urinaire par le méat sera recherchée à l'effort de poussée à la toux. On notera son importance (goutte à goutte, en jet). Parfois elle n'apparaît que chez une patiente en position semi-assise.

### **2.3. L'examen au spéculum :**

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

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

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

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 applique contre la paroi vaginale antérieure, refoule la cystocèle et expose la paroi postérieure du vagin, démasquant un bombement douglassien ou rectal (ou les deux),
- La manœuvre de la valve postérieure qui, appliquée contre la paroi postérieure du vagin, permet de juger du bombement du segment vésical du vagin et de mettre en évidence une fuite urinaire masquée,
- La manœuvre de la valve postérieure accrochant le col utérin. A l'aide de cette même valve, toujours appuyée vers l'arrière, mais cette fois poussée au fond du cul-de-sac cervicovaginal antérieur, on va refouler le col en haut et en arrière. Cette manœuvre met en tension la paroi antérieure du vagin et à l'épreuve les connexions fibreuses vésico-génitales.

Si celles-ci sont détériorées, un bombement vésical va persister : on a l'association cystocèle- 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 recherche un éventuel orifice fistuleux.

#### **2.4. Le toucher vaginal :**

Combiné au palper abdominal, il permet :

- De repérer le col utérin, sa longueur, sa position,
- D'apprécier le volume de l'utérus, sa consistance, sa situation, sa mobilité de contrôler l'état des annexes et des paramètres,
- D'explorer la musculature des releveurs :
  - Les faisceaux dits « sphinctériens » sont palpés des deux cotés par les doigts vaginaux dirigées 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 lorsqu'on glisse deux doigts dans le vagin, de part et d'autre de l'urètre, en les rapprochant du pubis.

## **2.5. Le toucher rectal :**

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

- **Combiné au toucher vaginal**, il permet d'apprécier l'épaisseur et la consistance du noyau fibreux central du périnée et de compléter le bilan musculaire, mais surtout d'explorer la cloison recto-vaginale. Si l'on perçoit à l'effort, entre le doigt vaginal appliqué contre la poche et le doigt rectal, l'impression d'épiploon grenu ou d'une anse grêle, on peut affirmer l'élytrocèle.
- **La manœuvre de Bethoux** complétera l'examen. Elle consiste à introduire dans le vagin les deux branches habillées d'un clamp courbe et à les placer dans les culs-de-sac latéraux du vagin 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, recto colique, vésiculaire, pariétale,

- Un trouble de la statique pelvienne plus ou moins accompagné d'arthrose, a traité 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 suspecte, jusqu'à preuve du contraire, de la tumeur maligne (ou bénigne) du vagin, du col, du corps utérin ou des annexes.

Un frottis, une hystérogographie seront nécessaires avant l'intervention,

- Des troubles de la miction : cystalgie, pollakiurie, dysurie, rétention à analyser et explorer par l'examen cytobactériologiques 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 uréetrotrigone ou d'origine neuropsychiatrique. L'incontinence urinaire d'effort sera recherchée de parti pris sur vessie pleine, en faisant tousser, pousser, changé de position.

L'instabilité vésicale est spontanée, non liée à l'effort et réalise un besoin urgent intense et douloureux que l'on ne peut retenir.

**Considérer le terrain dont l'appréciation est capitale :**

- Recherche d'un diabète, d'une hypertension artérielle, d'une obésité,
- Age civil et surtout physiologique ;
- Aspect général, musculaire générale, abdominale,
- Psychisme.

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

### **3. LES FORMES CLINIQUES PARTICULIERES :**

#### **3.1. Prolapsus de la gravidopuerpéralité :**

Le prolapsus génital peut s'observer au cours même de la grossesse. Il s'agit toujours d'une hystérocèle en apparence pure avec un allongement hypertrophique de la portion 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 l'ordre. L'accouchement, évidemment, ne pose aucun problème. Et sous condition d'une rééducation dans le post-partum, la statique pelvienne redevient le plus souvent normale (il ne semble pas que le risque de prolapsus à la cinquantaine soit plus grand chez les femmes qui ont, pendant leur grossesse, fait un prolapsus du col).

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

#### **3.2. Prolapsus de la nullipare et de la vierge :**

Dans ce cas on a :

- Absence de cystocèle, de rectocèle et de béance vulvaire.
- Une hystérocèle isolée avec hypertrophie du col.

#### **3.3. Prolapsus de la femme âgée, post-ménopausique :**

Ici s'intriquent les antécédants traumatiques et l'atrophie sénile.

#### **5.4. Prolapsus symptomatiques :**

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

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

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

#### **3.5. Prolapsus avec lésions associées**

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

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

- Les affections respiratoires chroniques (asthmes, bronchectasies...) sont également fréquentes et doivent être prises en compte dans l'indication thérapeutique (risque anesthésique,

Prolapsus génital à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti, traitement chirurgical et pronostic  
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.

### **3.6. Prolapsus après hystérectomie :**

L'hystérectomie qui, pour beaucoup de spécialistes, doit être associée aux 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.

### **3.7. Prolapsus récidivés :**

On lira plus loin que le traitement chirurgical du prolapsus génital permet de guérir toutes les patientes. Les échecs, en fait, sont relativement nombreux. Tous les praticiens le savent...de même que les patientes qui bien souvent préfèrent l'abstention à la chirurgie pour cette raison. Les prolapsus récidives peuvent être classés en plusieurs catégories. Pour le chirurgien, il est important de savoir si l'échec reconnaît une cause technique (la composante traitée a été traitée mais mal traitée) ou tactique (on a négligé à tort l'un des composantes).

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

### **V. EXPLORATIONS PARACLINIQUES :**

L'apport des explorations paracliniques et des examens urodynamiques doivent être donc défini de façon très rigoureuse. Les examens radiologiques, urologiques et le colpocystogramme nous ont permis de comprendre les troubles de la statique pelvienne, mais ils sont actuellement fortement concurrencés par l'échographie et les examens urodynamiques. Que reste-t-il de leurs indications actuelles ? Les bilans urodynamiques ont permis, à leur tour, de mieux comprendre la physiopathologie des troubles urinaires mictionnels et des fuites d'urine liées ou non au prolapsus. Peut-on se passer de ces bilans en cas d'absence de troubles urinaires cliniques patents ?

## **1. Examens de routine :**

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

## **2. Urétrocystoscopie :**

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

## **3. Examen radiologiques :**

### **3.1. Urographie intraveineuse :**

Cet examen a perdu de ces indications. Devant un grand prolapsus il faut ce pendant penser à faire une urographie intraveineuse pour mettre en évidence un gêne du péristaltisme urétérale lors de la bascule du trigone vésicale.

### **3.2. Cystographie mictionnelle en fin d'UIV :**

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

### **3.3. Colpocystogramme :**

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

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

### **3.4. Echographie pelvienne :**

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

### **3.5. Hystérogaphie ou hystéroscopie**

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

## **4. Bilan urodynamiques :**

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

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 habilement mené), mais aussi en cas de prolapsus apparemment isolé sans

IUE, car il peut révéler ou confirmer une IUE potentielle dont il faudra tenir compte lors de la cure chirurgicale du prolapsus.

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

#### **4.1. Cystomanométrie :**

La cystomanométrie réalise un enregistrement de la pression intra vésicale pendant la réplétion.

##### **4.1.1. Technique :**

Le remplissage vésical peut être assuré par différentes méthodes. La plus employée est la voie transurétrale rétrograde : elle permet une mesure continue de la pression intra vésicale tout au long de la période de remplissage, grâce à une sonde à double canal ; les autres méthodes sont peu utilisées, qu'il s'agisse de la voie antérograde, la plus physiologique mais lente, ou du cathétérisme sus-pubien, douloureux ; le fluide utilisé peut être liquide (essentiellement sérum physiologique) ou gazeux (air ou CO<sub>2</sub>).

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

#### **4.1.2. Résultats :**

- Etudes de volumes : Les volumes sont mesurés deux fois, lors du premier besoin de miction, normalement vers 150-200 ml en principe sans augmentation de la pression, lors du besoin impérieux de miction, voisin de la capacité vésicale maximale.

- Etudes des pressions: A partir d'une pression de base de 10 à 12 cm d'eau (vessie vide), la courbe comporte normalement trois parties :

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

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

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

#### **4.1.3. Pathologie :**

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

- de grandes variations de pressions (supérieure à 15 cm 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 précoce, mais sans les grandes oscillations de pression de l'instabilité.

L'atonie vésicale réalise le phénomène inverse avec :

- un tonus de base peu élevé;

- un premier besoin mictionnel très tardif ;

- une pression très basse lors du remplissage ;

- une capacité vésicale très augmentée (supérieure à 600 ml).

#### **4.2. Sphinctérométrie ou profil urétral :**

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

### **VI. TRAITEMENT :**

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

#### **1. Traitement non chirurgical :**

##### **1.1. Pessaire :**

Il s'agit d'un anneau en caoutchouc que l'on place sous les organes génitaux dans le vagin entre la face postérieure de la symphyse pubienne et la concavité sacrée. Il est introduit dans le plan sagittal, ovalisé par la pression des doigts, puis placé dans le cul-de-sac postérieur du vagin, et enfin relevé vers la symphyse. Il impose un changement tous les deux à trois mois, des injections vaginales régulières, une surveillance du col. Il réduit la gêne fonctionnelle des prolapsus aux stades 2 à 3, mais se réveille en cas inefficace en cas d'effondrement total du périnée et médiocrement toléré à long terme.

## **1.2. Rééducation périnéale :**

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

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

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

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

miroir ou, en cas d'échec, à l'aide d'une caméra vidéo ou par travail sur tube.

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

- par une contraction sur les doigts lors du « testing » des releveurs, il est possible d'obtenir une amélioration de la tonicité du muscle et une contraction musculaires efficace de verrouillage vulvaire ; cet exercice, particulièrement important, permet de corriger une mauvaise commande périnéale et de supprimer les effets d'inversions 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 ré entrainer 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 a l'aide d'une sonde endovaginale et d'électrode placés sur les faisceaux des releveurs. Le courant utilisé est biphasique, les fréquences de 50 à 100 hertz. Le temps de travail du muscle est de 1 à 2 secondes et le temps de repos de 2 à 4 secondes.

Les résultats objectifs de la rééducation périnéale sont observés au niveau de la musculature périnéale de la vulve et de sa fermeture.

Sur le plan fonctionnel, on observe une diminution et parfois une suppression de la gêne fonctionnelle du prolapsus. Si les lésions sont peu importantes, la rééducation peut être proposée comme traitement. Elle doit cependant être régulièrement entretenue pour obtenir un résultat durable.

Elle a surtout pour but de préparer la patiente à l'acte chirurgical et de consolider le résultat d'une intervention chirurgicale.

### **1.3. Traitement médical :**

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

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**

<b>Instabilité du détrusor</b>
anticholinergiques spasmolytique antidépresseurs tricycliques bêta-sympathicomimétiques antiprostaglandines inhibiteurs calciques thérapie comportementale
<b>Insuffisance sphinctérienne</b>
alpha-adrénergiques bêtabloquants antidépresseurs tricycliques œstrogènes

**2. Traitement chirurgical :**

**2.1. Chirurgie par voie basse :**

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

### **2.1.1. Temps élémentaires :**

#### **2.1.1.1. Rétablir le soutènement postérieur :**

La reconstitution du coin fibreux périnéal nécessite une dissection recto-vaginale étendue à la totalité de la paroi vaginale postérieure, un rapprochement inter-recto vaginal des structures fibreuses et musculaires latérales (myorrhaphie des releveurs), une colpectomie limitée afin d'éviter la dyspareunie. L'ensemble peut être réalisé par la classique incision périnéovaginale losangique ou par abord vaginal exclusif [25]. La myorrhaphie peut également être réalisé par voie rétro-rectale.

#### **2.1.1.2. Rétablir le soutènement antérieur :**

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

#### **2.1.1.3. Rétablir la suspension de la région du dôme vaginal :**

Cela nécessite l'utilisation des ligaments ronds (rapprochés sur la ligne médiane après hystérectomie : artifice de Crossen) ou des ligaments suspenseurs du col. Ces derniers sont placés en avant de l'isthme en cas de conservation utérine (Shirodkar) ou fixés aux tissus fibreux sous-symphysaires en cas d'hystérectomie (Campell). Lorsque ces structures sont inexistantes ou insuffisantes, en particulier en cas de prolapsus post-hystérectomie, la suspension du dôme peut être assurée par la spino-fixation (Richter) qui l'arrime au petit ligament sacro-sciatique.

#### **2.1.1.4. Rétablir la continence urinaire :**

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

#### **2.1.1.5. Fermer l'orifice vulvaire :**

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

## **2.1.2. Technique :**

### **2.1.2.1. Triple opération périnéale avec ou sans hystérectomie :**

La triple opération périnéale (TOP) est l'opération de choix du prolapsus génital, car elle traite les trois composantes habituelles du prolapsus génital. Le temps antérieur est la remise en place et le maintien de la vessie par la dissection et la suture du fascia de Halban.

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

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

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

La triple opération périnéale avec hystérectomie est l'opération de base dans le prolapsus de première main chez les femmes ménopausée ou en préménopause.

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

- ❖ Traction prudente de la paroi antérieure du vagin par une pince de Museux après avoir repéré le sillon de la vessie.
- ❖ Incision en « gueule de requin » sur la paroi antérieure du vagin au dessous du sillon de la vessie, c'est au niveau du relief qui dessine le pôle inférieur de la vessie. Cette incision peut être basse, près de l'orifice extrême en cas de cystocèle marquée.
- ❖ Après dissection de la paroi antérieure du vagin, section de la cloison supravaginale qui dégage la face antérieure de l'utérus et éloigne la vessie.
- ❖ Après ouverture de l'espace vésico-vaginal, mise en place d'une valve qui poursuit le décollement vésical jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin.
- ❖ Désinsertion de la paroi vaginale postérieure en poursuivant l'incision antérieure au niveau des prolongements latéraux.
- ❖ Ouverture du cul-de-sac de Douglas
- ❖ Repérage, aiguillage et section des ligaments suspenseurs après avoir vérifié prudemment la position de l'urètre que l'on fait glisser entre les deux index. La préhension peut se faire à l'aiguille de Deschamps ou 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 lombo-ovariens.

- **Cloisonnement du Douglas :**

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

- **Plastie antérieure**

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

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

- **Temps moyen**

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

- **Plastie postérieure** (figure 10, 11)

Elle se réalise à deux niveaux :

- à la partie haute du vagin résection triangulaire (la base supérieure correspond à la tranche vaginale postérieure) suivie d'une suture longitudinale. Cette plastie a pour but de réduire l'amplitude du fond du vagin et de rapprocher les ligaments suspenseurs sur la ligne médiane. Cet artifice est destiné à prévenir une élytrocèle ;

- à la partie inférieure du vagin, la colpo-périnéorrhaphie consiste en une réfection du centre tendineux du périnée après séparation recto-vaginale. La dissection peut se faire de bas en haut ou, mieux, de haut en bas. L'abord des muscles releveurs se fait après avoir décollé le vagin du rectum et pénétré dans les fosses pararectales.

La myorrhaphie des releveurs peut se faire à l'aiguille de Reverdin ou à l'aiguille sertie, qui permet de saisir très largement le muscle.

Elle se fait de dehors en dedans, deux points sont en général suffisants. La colporraphie postérieure réalisée après colpectomie limitée doit être effectuée avant le serrage de la myorrhaphie pour mieux adapter la paroi vaginale au plan musculaire profond. La périnéorrhaphie termine la plastie postérieure.

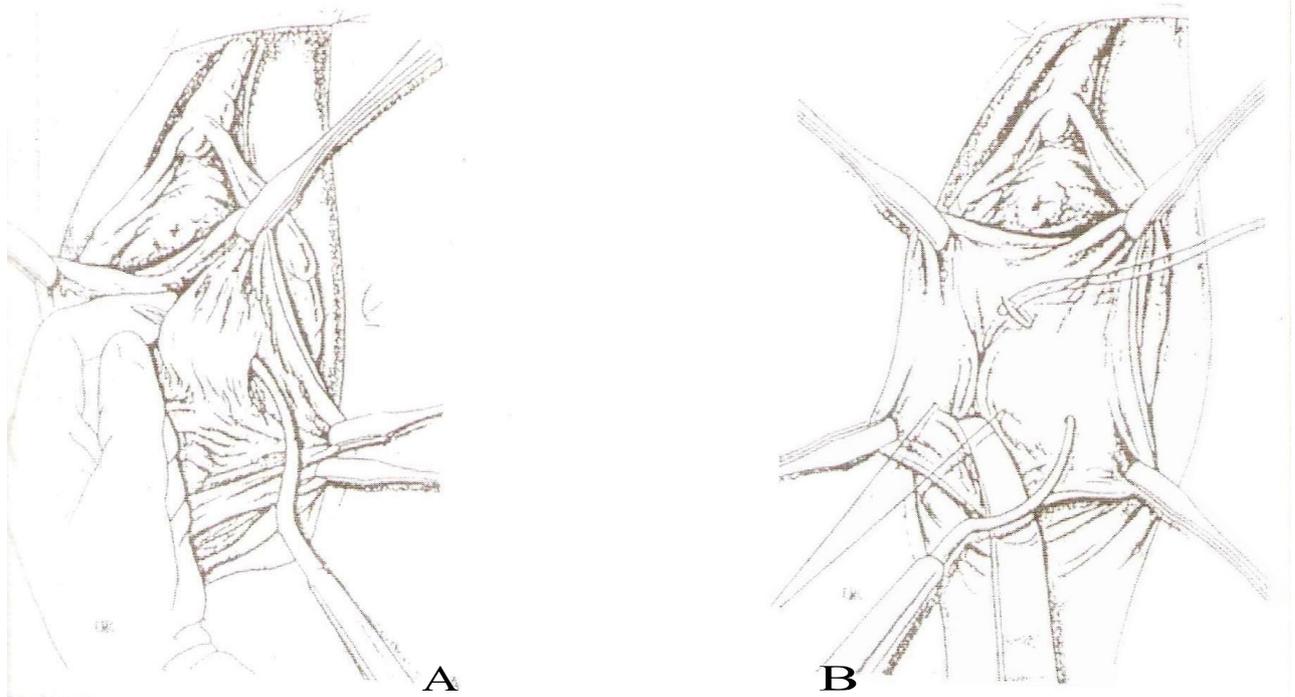
Les suites opératoires sont presque aussi simples que pour l'hystérectomie vaginale standard : lever précoce, sonde urinaire pendant 24 heures en l'absence de geste urinaire spécifique.

La morbidité est de plusieurs ordres :

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

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

La dyspareunie secondaire est liée à une résection cutanée très importante. La myorrhaphie des releveurs n'est pas source de dyspareunie



**Figure 6 : plastie postérieure**

Myrraphie des releveurs.

Le 1<sup>er</sup> aiguillage (A) est fait en profondeur et à proximité du rectum ; Le 2<sup>e</sup> aiguillage (B) est plus superficiel et plus proche du vagin.



**Figure 7 : plastie postérieure :**

Périnéorrhaphie : le premier point de la suture périnéale est appuyé sur le sphincter externe de l'anus

### **2-1-2-2. opération de Manchester :**

Elle est réservée aux femmes désirant conserver leur utérus.

Elle comprend trois temps : Antérieur, moyen et postérieur.

Le temps moyen comprend un temps d'exérèse et de reconstruction, précède 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 utero-sacrés et les ligaments cardinaux (le repérage des ligaments utero-sacrés et des ligaments cardinaux se fait par traction vers le haut du col par la pince de Museux ; il forme une saillie postérieure et latérale qui est facilement saisie par une pince de Faure), amputer le col par deux hémisections antérieure et postérieure, suturer les ligaments d'amarrage du col sur la face antérieure de l'isthme. L'amputation du col peut être réduite ou supprimée en cas de désir de grossesse.

Le temps de reconstruction consiste à reconstituer un plan antérieur sous vésical par suture du fascia de Halban, colporraphie à points séparés et reconstruction du vagin dans la lumière du canal cervical.

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

### **2-1-2-3. Colpo-hystérectomie vaginale** (Figure 12,13 et 14) :

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

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

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

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

- ***Abord antérieur du cul-de-sac vésico-utérin***

Après avoir exposé le col et le vagin par une traction sur le col entre deux pinces de Museux, le vagin est incisé à la façon de Rouhier à 2 cm au-dessus de l'orifice urétral. Deux incisions verticales sont branchées sur les côtés du col. La paroi antérieure du vagin est alors disséquée de manière à dégager la face antérieure de la vessie. Une incision identique est réalisée sur la paroi postérieure et le lambeau postérieur du vagin est retiré. La vessie libérée après section des piliers est refoulée vers le haut jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin.

- ***Ouverture du cul-de-sac de Douglas***

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

- ***Hystérectomie***

L'utérus n'est alors retenu que par des éléments ligamentaires et vasculaires qui sont successivement reconnus et ligaturés : ligament utéro-sacré, pédicules cervico-vaginaux, artère utérine. Ainsi libéré, l'utérus n'est plus retenu que par les annexes et le

ligament rond qui sont sectionnées au ras de la corne après avoir basculé le fond utérin à l'extérieur.

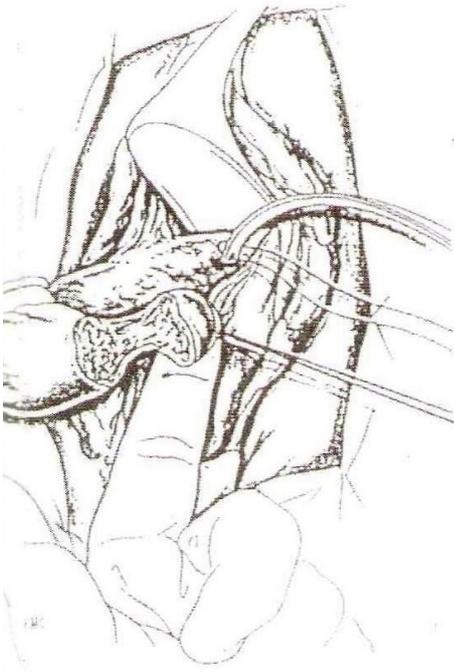
- ***Péritonisation et reconstitution du soutien pelvien***

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

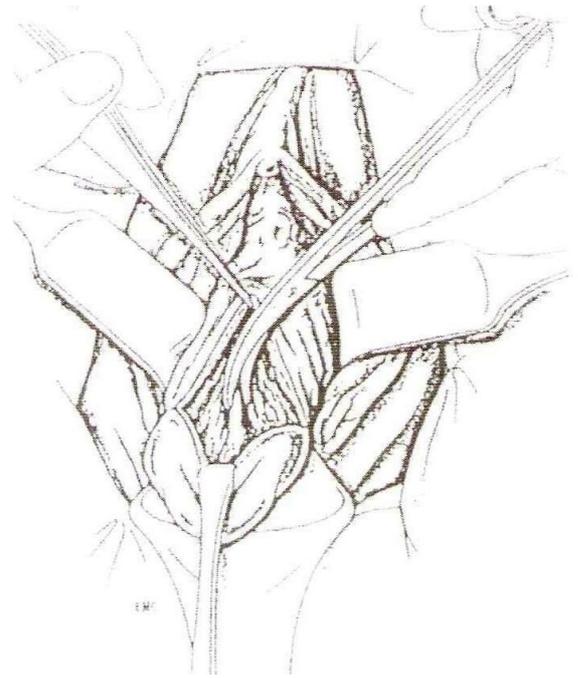
Plusieurs techniques peuvent être utilisées :

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

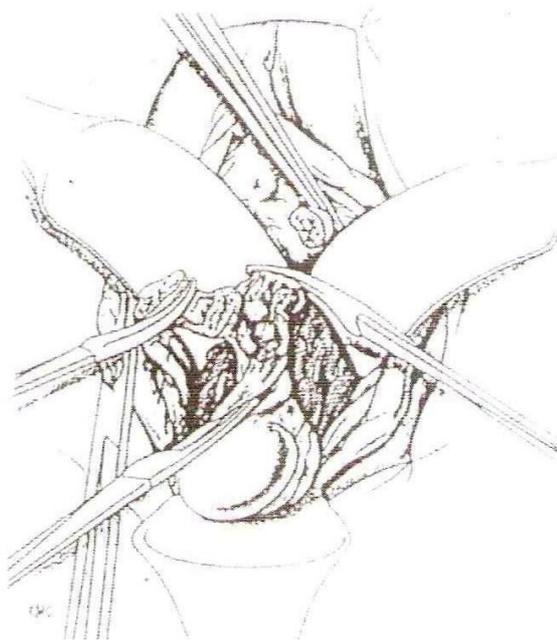
L'intervention se termine toujours par une colpo-périnéorrhaphie postérieure. Les soins postopératoires sont simples : prévention thromboembolique (lever précoce, Calciparine®), reprise du transit rapide, pas de risque d'éventration postopératoire.



**Figure 8 :** hystérectomie vaginale.  
Alguillage de l'artère utérine en appui  
entre le moignon des ligaments  
Suspenseur dans les connexions avec le  
dôme vaginal ont été respectées



**Figure 9:** hystérectomie vaginale.  
Mobilisation du pôle intérieur de la  
vessie la cloison supra vaginal est  
sectionnée  
Sur la ligne médiane



**Figure 10:** hystérectomie vaginale.  
Annexectomie, le ligament rond a été  
sectionné le ligament infundibulo-  
Pelvien à été individualise avant d'être  
clampé.

## **2-2.Traitement chirurgical des prolapsus par voie haute :**

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

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

### **2.2.1. Rappel historique :**

Si l'on fait abstraction de toutes les néfastes interventions visant à fixer la filière génitale à la paroi abdominale antérieure, qu'il faut toutes condamner et définitivement oublier, si l'on excepte les quelques tentatives de Freund (1889), de Huet, de Shirodkar (1954). C'est à Ameline et Huguier que revient le mérite d'avoir décrit le principe d'une intervention réalisant une suspension postérieure de l'utérus, des difficultés et des complications liées au passage des fils dans le disque lombo-sacré, puis à l'utilisation des grands hamacs synthétiques tendus depuis la symphyse pubienne jusqu'à la paroi postérieure du bassin ont amené l'école de Broca avec Huguier, Cerbonnet, Scali et Blondon à proposer une technique simplifiée mais fidèle au principe initial qui réalise une pexie postérieure par remplacement ou suppléance des ligaments utéro-sacrés.

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

### **2.2.2. Objectifs opératoires :**

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

L'intervention se propose :

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

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

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

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

### **2.2.3. Bilan préopératoire :**

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

### **2.2.4. Protocole opératoire :**

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

#### ***-Préparation :***

Comme pour les procédés par voie basse, la voie haute ne requiert aucune désinfection vaginale dans les jours 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, ci 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 colpopérinéorrhaphie postérieure.

### **-Laparotomie :**

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

### **-Procédé de soutènement-suspension :**

Le montage actuel comporte les temps suivants.

- *Mise en place d'une prothèse de tergal tressé (Merseture®) sur la base vésicale.*

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

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

- *Mise en place d'une prothèse vaginale postérieure*

Initialement, la contention de la paroi vaginale postérieure et de l'isthme utérin quand l'utérus est en place était assurée par de simple fils transfixiant l'isthme. Le risque de section secondaire rend préférable l'utilisation d'une prothèse postérieure appuyée sur la face postérieure du vagin sur une hauteur de 3 à 5 cm et sur l'isthme utérin s'il est présent.

L'abord de la face postérieure du vagin nécessite un décollement du péritoine plus délicat et parfois un peu moins exsangue qu'en avant. Lorsqu'est réalisée une douglasectomie, ce temps se trouve considérablement simplifié, ce qui pour notre part, nous fait pratiquer presque systématiquement ce geste complémentaire.

° *Amarrage postérieur*

La suspension est réalisée non plus au disque lombo-sacré lui-même, qu'il faut au contraire à tout prix éviter en raison des complications infectieuses locales, mais par l'intermédiaire du très puissant ligament vertébral antérieur dont les fibres verticales cheminent devant la dernière vertèbre et le disque L5-S1.

Cette région est abordée par une incision verticale du péritoine en regard du promontoire, par une découverte progressive et prudente du ligament facilement reconnaissable à son aspect brillant nacré et la direction verticale de ses fibres. Les petits vaisseaux présacrés sont en général facilement escamotés par la dissection au tampon ou seront cravatés lors du passage des fils.

Il est impératif d'avoir le contrôle parfait du ligament, sur 1,5 à 2 cm de large, et des structures vasculaires dangereuses de voisinage et notamment de la veine iliaque primitive gauche.

Le passage des deux fils étagés se fait transversalement sur 5 à 10 mm environ en restant à 2 mm de la surface pour éviter de toucher le disque.

Les deux fils serviront à amarrer les prothèses antérieure et postérieure, la filière génitale restant toujours au moins à 2 cm du promontoire. L'adossement du vagin ou de l'utérus au squelette n'est pas indispensable. En restant à distance et par une tension assez souple, le fond du vagin disposera ainsi en fin d'intervention d'une orientation plus physiologique vers S1 ou S2 que vers le promontoire. Autour des fils ainsi tendus, un tissu fibreux se formera rapidement, réalisant un véritable néoligament.

- *Périodisation :*

La pexie médiane laisse en place deux fosses au niveau du cul-de-sac de Douglas qu'il convient de refermer soigneusement tant à droite qu'à gauche pour prévenir le risque d'incarcération et d'occlusion intestinale.

La peritonisation doit être soignée et réalisée au fil non résorbable ou à résorption lente pour empêcher des lâchages, surtout à gauche.

Plusieurs artifices permettent de faciliter ce temps parfois délicat mais important. Les bandelettes peuvent être ramenées jusqu'au promontoire après tunnellation sous-périnéale droite. Le cul-de-sac de Douglas est préservé mais l'axe de la filière génitale est fortement dévié à droite et la tension n'est pas toujours correctement assurée.

En fait, trois procédés faciliteront cette Péritonisation :

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

#### *°Soutènement de la jonction utéro-vésicale*

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

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

- *Colpo-périnéorrhaphie postérieure :*

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

## **Variantes**

- *Prolapsus après hystérectomie :*

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

Après hystérectomie totale le fond du vagin sera facilement refoulé dans le pelvis par une grande bougie de Hegar maintenue dans le vagin pendant le temps de dissection antérieure et postérieure. La dissection peut être délicate au niveau du fond mais redevient facile après découverte de l'espace de clivage indemne.

La fixation du fond vaginal ainsi disséqué par de simples fils non résorbables est tentante, mais dans notre expérience, voué à la récurrence dans près d'un tiers des cas. Il faut donc lui préférer une double prothèse vaginale antérieure et postérieure comme décrite précédemment, fixée par deux fils au promontoire.

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

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

- *Prolapsus avec hystérectomie :*

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

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

- soit en raison d'une lésion organique de l'utérus ou des annexes.

L'hystérectomie subtotale reste préférable pour éviter le risque septique

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

- *Prolapsus avec élytrocèle :*

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

- *Prolapsus rectal associé :*

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

Prolapsus génital à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti, traitement chirurgical et pronostic  
regard de L5-S1 en passant de part et d'autre du sigmoïde pour éviter son étranglement.

- *Procédé de Kapandji :*

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

## **VII. INDICATION OPERATOIRE :**

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

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

. La kinésithérapie est contre-indiquée dès le stade 2 du prolapsus, et inefficace lorsque les releveurs sont inexistantes. Au contraire, elle permet d'améliorer la valeur fonctionnelle des releveurs de moyenne ou bonne qualité (testing de 3 à 5), avec l'espoir de retarder l'intervention chez la femme jeune présentant un prolapsus au stade 1 ; ou lorsque

. L'incontinence urinaire est le trouble prédominant. Dix à vingt séances seront indiqués, 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.

## **I. Cadre d'étude :**

### **1. Caractéristiques générales de la région de Mopti**

La région de Mopti située au centre du pays avec une superficie de 79017 km<sup>2</sup> est la 5<sup>ème</sup> région du pays. Elle est limitée au Nord par la région de Tombouctou (cercle de Rharous et de Niafunké), au Sud par le Burkina- Faso (sous préfecture de Djibo, Ouahigouya et Tougan) et la région de Ségou (cercle de Tominian, San et Macina), à l'Ouest par la région de Ségou (cercle de Niono et Macina), à l'Est par le Burkina- Faso (sous-préfecture de Djibo) et la région de Tombouctou (cercle de Rharous). La majorité du territoire de cette région est située en zone sahélienne.

Elle est divisée en deux grandes zones agro écologiques, qui sont :

- La zone exondée située en grande partie à l'Est et comprend les cercles de Bankass, Bandiagara et Koro et une partie des cercles de Djenné, Mopti, et Douentza. Cette zone est divisée en deux parties : la zone montagneuse et la plaine.
- La zone inondée ou delta intérieur du Niger est une vaste zone marécageuse pendant la saison de la crue annuelle du fleuve Niger et son affluent le Bani. Cette zone comprend les cercles de Youwarou, Tenenkou et une partie importante des cercles de Douentza, Mopti et Djenné.

La population s'élève à 1865297 habitants.

La plupart des ethnies du Mali y sont représentées : Bambara 26% ; Peulh et Rimaïbé 23% ; Sonrhaï 18% ; Bozo 11% ; Dogon 9%.

Prolapsus génital à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti, traitement chirurgical et pronostic

Le taux d'accroissement de la population entre 1998 et 1999 est de 2,2%. Près de 50% de la population de cette région à moins de quinze ans et la majorité vit en zone rurale.

Les familles de la région de Mopti vivent de la pêche, de l'agriculture et de l'élevage.

L'agriculture est dominée par la culture des céréales dont la production dépend de la pluviométrie et de la crue du fleuve Niger.

Le cheptel de la région est le plus important du Mali.

Le secteur tertiaire de l'économie de la région est en croissance grâce au tourisme. La région dispose en effet les sites touristiques les plus visités au Mali qui sont : Djenné (la grande mosquée), le pays dogon et la ville de Mopti.

## **2. L'hôpital de Mopti :**

Il a été créé en 1956 pendant la période coloniale et se composait d'un seul bâtiment (actuelle pavillon de médecine et pédiatrie).

Après l'indépendance, il passa par diverses appellations notamment l'hôpital secondaire, puis l'hôpital régional à partir de 1969 et bénéficia de nouvelles constructions.

En 1995, il fut baptisé « l'hôpital Sominé Dolo ». Il porta ainsi le nom d'un ancien ministre de la santé, natif de la région.

L'hôpital Sominé Dolo est une structure de 2<sup>ème</sup> référence pour toute la région. Il a une capacité d'accueil de 84 lits. Il est devenu en 2002 un établissement public hospitalier (EPH) avec une autonomie de gestion.

➤ **Le service de Gynécologie et d'Obstétrique :**

Comporte deux bureaux servant en même temps de box de consultation, une salle de garde des Sages Femmes, une salle d'hospitalisation ventilée à 5 lits, une salle d'hospitalisation à 6 lits et deux salles d'hospitalisation climatisées à deux lits. La salle d'accouchement est annexée au bâtiment du bloc opératoire. Le bloc opératoire comprend deux salles opératoires et le service de gynécologie et d'obstétrique partage ces salles opératoires avec le service de chirurgie.

➤ **Le personnel du service :**

- Trois (3) gynécologues obstétriciens dont un cubain.
- Deux (2) sages femmes titulaires.
- Deux (2) infirmières obstétriciennes.
- Treize (13) faisant fonction d'Internes

➤ **Les activités du service :**

- Quatre (4) jours de consultation externe.
- Des séances d'échographies.
- Une journée d'activité chirurgicale programmée.
- Une séance d'audite des décès maternelles par mois.
- La visite des malades hospitalisés tous les jours ouvrables après le Staff.

La garde est assurée par un gynécologue, deux faisant fonction d'internes, une Sage Femme, une infirmière obstétricienne et le manœuvre.

**II .TYPE D'ETUDE :**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique.

**III. PERIODE D'ETUDE :**

Elle s'étend de janvier 2005 à décembre 2008. Cette période a été suffisante pour avoir la taille minimum de l'échantillon.

#### **IV .POPULATION D'ETUDE :**

L'étude a porté sur un échantillon de patientes admises dans le service pour prolapsus.

#### **V. ECHANTILLONNAGE :**

##### **1. Critères d'inclusion :**

Toute patiente admise dans le service pour prolapsus génital durant la période d'étude.

##### **2. Critères de non inclusion :**

- Toutes patientes reçues en consultation pour d'autres motifs mais présentant un prolapsus génital.
- Toutes patientes admises dans le service avec prolapsus génital et opérées pour d'autres pathologies.

##### **3. Critères de jugement :**

- les résultats du traitement chirurgical.
- Résultat anatomique :

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

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

Mauvais : récurrence de tous les éléments du prolapsus.

- Résultat fonctionnel :

Bon : aucune plainte fonctionnelle.

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

Mauvais : pas d'amélioration de la plainte.

- Degré de satisfaction de la patiente :

Très satisfaisante : aucune plainte.

Moyennement satisfaisante : plainte fonctionnelle

Non satisfaisante : aucun soulagement des troubles par l'intervention.

#### **4 Echantillon :**

##### **4.1 La taille minimum de l'échantillon :**

La taille minimum de l'échantillon est de 25,96 d'après la formule :

$$n = (z_{\alpha})^2 pq / i^2$$

**n** : taille minimum de l'échantillon

$\Sigma$  : écart réduit de la loi normale = 1,96

$\alpha$  = 5%

p = fréquence relative d'un événement sur la question, nous choisissons p = 1,72%

q : complémentaire de la probabilité = 1-P

i : précision = 0,05

#### **5 Supports:**

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

#### **6. Variables étudiées :**

Caractéristiques socio-démographiques, antécédents, interrogatoire, examen clinique, traitement chirurgical et pronostic.

#### **7. Définitions opératoires**

Les définitions ne sont pas toutes universelles et ne sont valables que pour l'étude en tenant compte du cadre opérationnel de celle-ci. Dans cette étude, nous avons adopté les définitions suivantes :

**Parité :** C'est le nombre d'accouchements chez une femme.

- nullipare : zéro accouchement ;
- primipare : un accouchement ;
- Paucipare : 2 à 3 accouchements
- Multipare : 4 à 5 accouchements
- Grande multipare :  $\geq 6$  accouchements

Dysurie : difficulté à émettre les urines, caractérisée par des mictions lentes et fréquentes, nécessitant un effort.

Pollakiurie : trouble d'émission des urines ou le sujet urine souvent et très peu.

Incontinence urinaire d'effort : perte involontaire des urines à l'effort.

Colporraphie : Suture des parois du vagin.

Prolapsus 1<sup>er</sup> degré : prolapsus ne dépassant pas la vulve

Prolapsus 2<sup>er</sup> degré: prolapsus à hauteur de la vulve.

Prolapsus 3<sup>er</sup> degré: prolapsus extériorisé.

Hystérectomie : ablation de l'utérus.

Myorrhaphie : intervention chirurgicale consistant à suturer deux muscle l'un à l'autre.

TOP : association d'une colporraphie antérieure, amputation cervicale, colpomyorrhaphie postérieure.

## **8. Déroulement du processus de prise en charge du prolapsus**

La patiente est d'abord vue en consultation dans le service, lorsque le diagnostic du prolapsus génital est posé, un bilan pré-opératoire est délivré et après le résultat de ce bilan une fiche de consultation pré-anesthésique est donnée. La patiente est programmée en fonction du résultat de la consultation pré-anesthésique, après l'intervention la patiente est transférée à

Prolapsus génital à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti, traitement chirurgical et pronostic  
l'hospitalisation jusqu'à la sortie. Les patientes sont revues 40  
jours après l'intervention et 3 mois après l'intervention

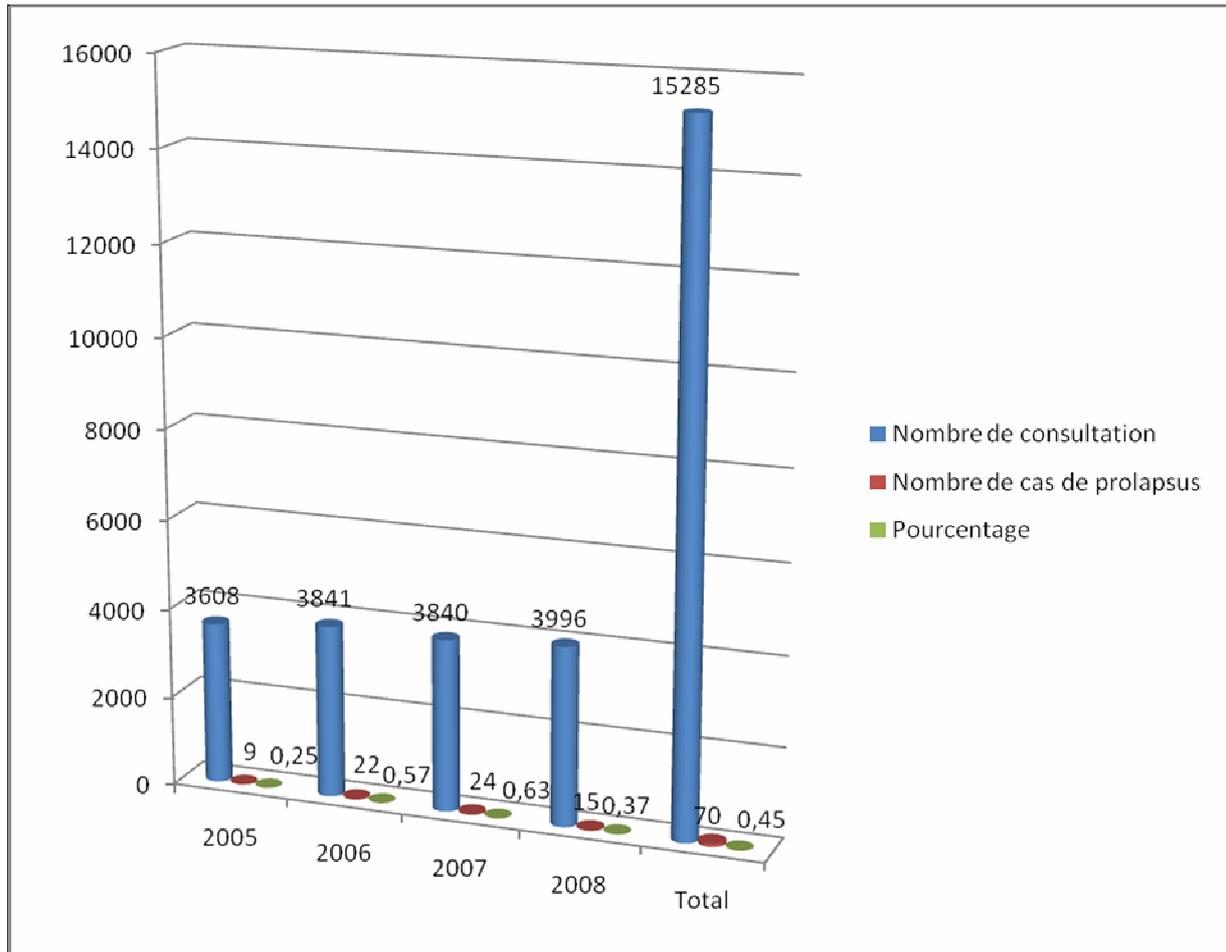
#### **V. PLAN DE TRAITEMENT ET L'ANALYSE DES DONNÉES :**

Le traitement et l'analyse des données se feront sur le logiciel Epi  
Info. Version 3.3.2.

Le test utilisé était le chi carré de Pearson. Le seuil de  
significativité retenue de P est de 5%

## I. Fréquence :

Pendant la période d'étude de Janvier 2005 en Décembre 2008 nous avons enregistré 70 cas de prolapsus au cours de 15285 consultations, seulement 63 cas ont bénéficié un traitement chirurgical soit 0,46%.



**Figure** 11 : Répartition des patientes au cours des 4 dernières années.

## II. Caractéristiques socio - démographiques :

**Tableau III :** Répartition des patientes selon les tranches d'âge :

<b>TRANCHE D'AGE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>Pourcentage</b>
≤ 19	2	3,17
20 - 34	19	30,16
35 - 54	<b>26</b>	<b>41,27</b>
≥ 55	16	25,40
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Les âges extrêmes = 16 – 80 ans

Médiane = 40

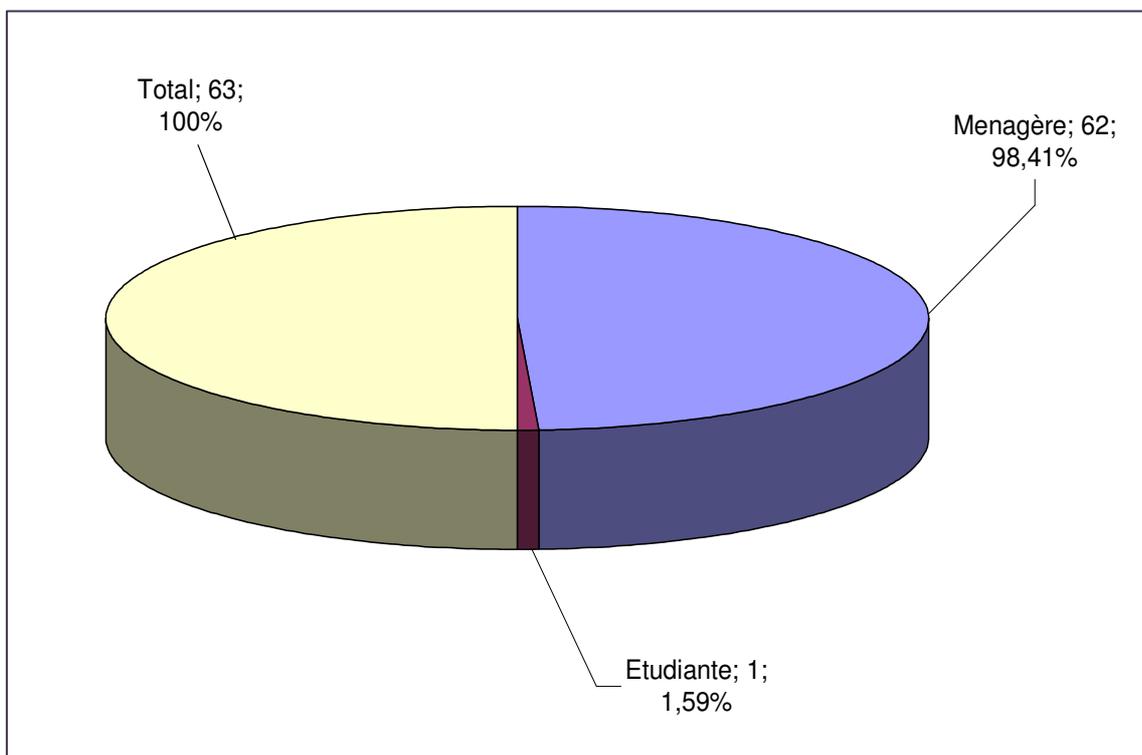
Age moyen = 41 ans ±14,55

**TABLEAU IV :** Répartition des patientes selon l'ethnie.

<b>ETHNIE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>Pourcentage</b>
PEULH	<b>22</b>	<b>34,90</b>
Dogon	21	33,30
BOZO	11	17,50
SONRHAI	3	4,80
BAMBARA	2	3,20
BELLA	2	3,20
Dafing	2	3,20
Total	<b>63</b>	<b>100,00</b>

Chi2 = 64,81

P = 0,000000



**Figure 12** : Répartition des patientes selon la profession

**TABLEAU V** : Répartition des patientes selon la résidence

<b>RESIDENCE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>Pourcentage</b>
AUTRES CERCLE DE MOPTI	<b>24</b>	<b>38,10</b>
MEDINACOURA	1	1,60
SEVARE	4	6,30
VILLE DE MOPTI	12	19,00
ZONE RUALE DE MOPTI	22	34,90
Total	<b>63</b>	<b>100,00</b>

### STATUT MATRIMONIAL

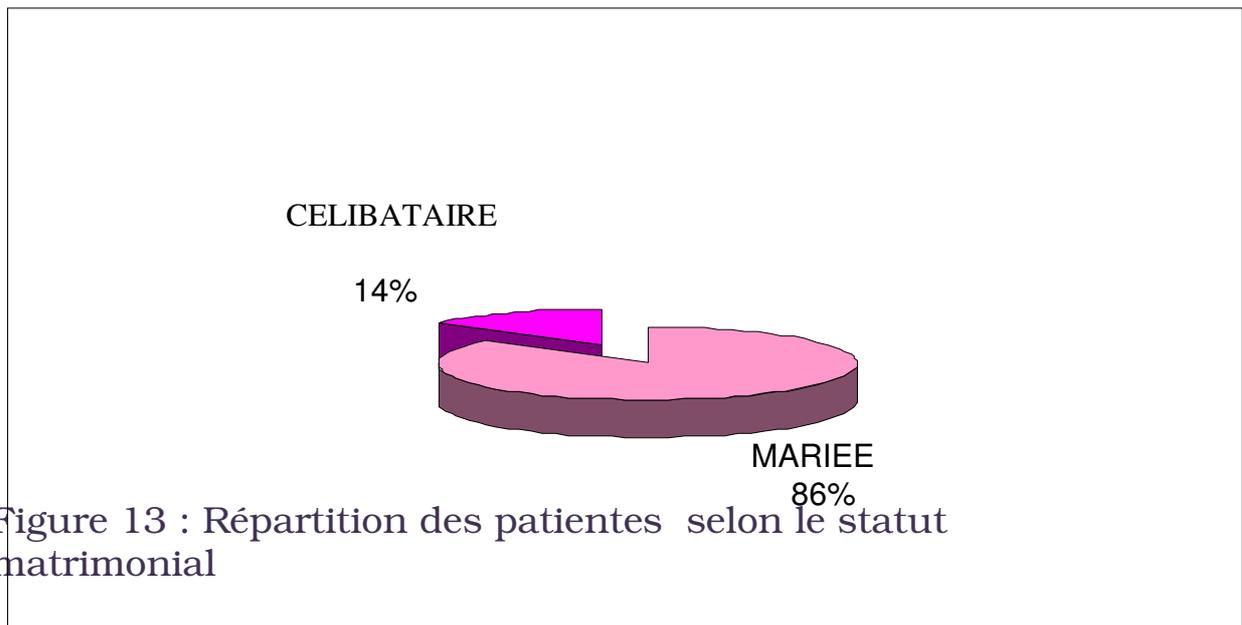
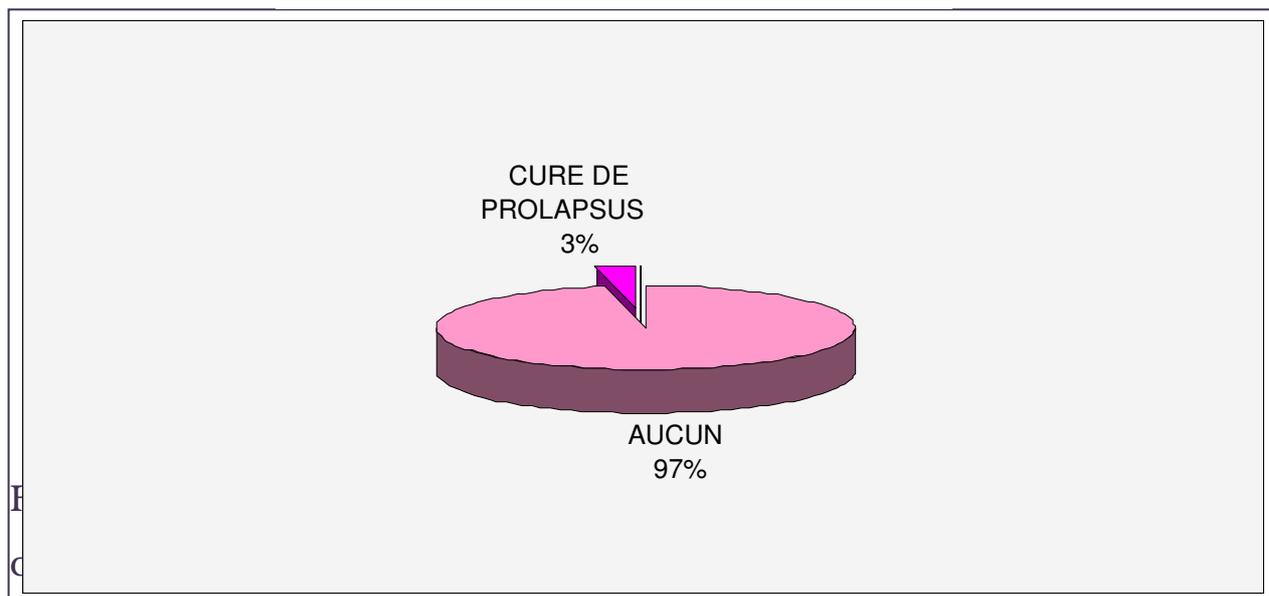


Figure 13 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

### ANTECEDANTS CHIRURGICAUX



**Tableau VI** : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

ATCD MEDICAUX	EFFECTIF	Pourcentage
HTA	7	11,10
AUCUN	56	88,90
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100,00</b>

**Chi2 = 76,22**

**P = 0,000000**

**TABLEAU VII** : Répartition des patientes selon la Parité

<b>PARITE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>Pourcentage</b>
NULLIPARE	2	3,20
PRIMIPARE	5	7,90
PAUCIPARE	16	25,40
MULTIPARE	<b>40</b>	<b>63,50</b>
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,00%</b>

Chi2 = 75,58

P = 0,000000

**TABLEAU VIII:** Répartition des patientes selon la notion d'antécédent d'accouchement dystocique.

<b>ATCD D'ACC DYSTOCIQUE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>Pourcentage</b>
ATCD D'ACC NON ASSISTE	<b>44</b>	<b>69,80</b>
ATCD DE GROS FOETUS	16	25,40
AUCUN	2	3,20
ATCD DE DECHIRURE		
PERINEALE	1	1,60
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100,00</b>

**Chi2 = 101.99**

**P = 0.0001**

**TABLEAU IX:** Répartition des patientes selon la période de la vie génitale

<b>PERIODE</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>Pourcentage</b>
Période d'activité génitale	<b>43</b>	<b>68,30</b>
Ménopausée	20	31,70
Avant la puberté	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100 ,00</b>

#### **IV Les signes cliniques :**

**TABLEAU X:** Répartition des patientes selon le motif de consultation

<b>MOTIFS DE CONSULTATION</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>Pourcentage</b>
TUMEFACTION A LA VULVE + PESANTEUR PELVIENNE	10	15,90
PESANTEUR PELVIENNE	12	19,00
<b>TUMEFACTION A LA VULVE</b>	<b>31</b>	<b>49,20</b>
INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT	7	11,10
TUMEFACTION A LA VULVE+INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT	3	4,80
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100,00</b>

**Tableau XI** : répartition des patientes selon la présence de signes urinaires

<b>SIGNES URINAIRES</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>Pourcentage</b>
POLLAKIURIE+ DYSURIE	<b>24</b>	<b>38,10</b>
DYSURIE	11	17,50
POLLAKIURIE	10	15,90
INCONTINENCE URINAIRE	10	15,90
AUCUN	8	12,70
TOTAL	63	100,00

**Chi2 = 16.59**

**P = 0.002**

**Tableau XII** : répartition des patientes selon la classification.

<b>CLASSIFICATION</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>Pourcentage</b>
3ème DEGRE	<b>46</b>	<b>73,00</b>
2ème DEGRE	16	25,40
1er DEGRE	1	1,60
TOTAL	63	100,00

**Chi2 = 75**

**P = 0.0000**

**Tableau XIII:** répartition des patientes selon les organes participant au prolapsus génital

<b>LOCA LISATION</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>Pourcentage</b>
Vessie, Utérus, Rectum	<b>48</b>	<b>76,20</b>
Vessie, Rectum	7	11,10
Vessie	6	9,50
Vessie, Utérus	1	1,60
Rectum	1	1,60
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100,00</b>

**Chi2 = 158,45**

**P = 0,000001**

**V. Les examens complémentaires :**

**Tableau XIV :** Répartition des patientes selon le type d'examen complémentaire demandé.

<b>SI EXAMEMS COMPLEMETAIRES LESQUELS</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>Pourcentage</b>
ECBU	<b>16</b>	<b>66,70</b>
UIV	6	25,00
ECHOGRAPHIE	2	8,30
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>

## **VI. Traitement :**

**Tableau XV:** Répartition des patientes selon le type d'intervention.

<b>TYPE D'INTERVENTION</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>Pourcentage</b>
CONSERVATEUR	<b>39</b>	<b>61,90</b>
NON CONSERVATEUR	24	38,10
Total	<b>63</b>	<b>100,00</b>

**Tableau XVI:** répartition des patientes selon la technique chirurgicale utilisée.

<b>TECHNIQUES</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>Pourcentage</b>
TOP + HYSTRECTOMIE	<b>24</b>	<b>38,10</b>
MANCHESTER	24	<b>38,10</b>
COLP ANT +POST + MYORRAPHIE DES RELEVEURS DE L'ANUS	8	12,69
COLP ANT ET POST	6	9,52
COLP POST + MYORRAPHIE DES RELEVEURS DE L'ANUS	1	1,60
TOTAL	<b>63</b>	<b>100,00</b>

## **VII. Complication :**

**Tableau XVII** : répartition des patientes selon l'existence de complications per opératoires.

<b>COMPLICATIONS</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>Pourcentage</b>
AUCUNE	<b>62</b>	<b>98,40</b>
LESION VESICALE	1	1,60
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100,00</b>

**Tableau XVIII** : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

<b>DUREE D'HOSPITALISATION EN JOURS</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>3</b>	<b>40</b>	<b>63,49</b>
4	22	34,90
15	1	1,61
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100,00</b>

La durée moyenne d'hospitalisation est de 3,5 jours

**NB** : une seule patiente a séjourné pendant 15 jours pour lésion vésicale en per- opératoire

## **VIII. Hospitalisation :**

**Tableau XIX:** répartition des patientes selon la durée de la sonde urinaire

<b>DUREE DE LA SONDE URINAIRE EN JOURS</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>Pourcentage</b>
2	<b>53</b>	<b>84,10</b>
3	9	14,29
12	1	1,61
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100,00</b>

La durée moyenne de la sonde urinaire est de 2,3 jours

NB : une seule patiente a fait 12 jours avec la sonde urinaire pour lésion vésicale en per-opératoire

## **IX. Résultats du traitement :**

**Tableau XX :** Répartition des patientes selon l'évolution à 3 trois mois.

<b>RESULTAT</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>POURCENTAGE</b>
<b><u>RESULTAT ANATOMIQUE</u></b>		
Bon	61	96,80
Moyen	0	0
Mauvais	2	3,20
<b><u>RESULTAT FONCTIONNEL</u></b>		
Bon	61	96,80
Moyen	0	0
Mauvais	2	3,20
<b><u>DEGRE DE SATISFACTION DE LA PATIENTE</u></b>		
Très satisfaisant	61	96,80
Moyennement satisfaisant	0	0
Non satisfaisant	2	3,20

**Tableau XXI :** Relation entre la parité et l'âge des patientes.

Parité	Mullipare	Nullipare	Paucipare	Primipare	Total
<b>Tranche d'âge</b>					
≤ 19	1	1	0	1	3
20 - 34	5	1	10	4	20
35 - 54	20	0	5	0	25
≥ 55	14	0	1	0	15
<b>TOTAL</b>	40	2	16	5	<b>63</b>

**TABLEAU XXII:** relation entre l'âge, TOP avec l'Hystérectomie

Technique opératoire	Tranche d'âge									
	≤19		20-34		35-54		≥ 55		Total	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
TOP +	0	0	1	4,2	7	29,2	16	66,7	24	100
Hystérectomie										

**Tableau XXIII:** Relation entre l'âge et la technique de Manchester

Technique opératoire	Tranche d'âge									
	≤19		20-34		35-54		≥ 55		Total	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
MANCHESTER	2	8,33	15	62,7	5	29,17	0	0	24	100

**Tableau XXIV:** Relation entre l'âge et le degré de prolapsus

CLASSIFICATION	Tranche d'âge				TOTAL
	≤19	20- 34	35 - 54	≥ 55	
1 <sup>er</sup> degré	0	1	0	0	1
2 <sup>ème</sup> degré	1	4	9	2	16
3 <sup>ème</sup> degré	2	14	16	14	46
TOTAL	3	19	25	16	63

**TABLEAU XXV:** Relation entre la parité et le 2<sup>ème</sup> degré du prolapsus.

<b>2<sup>ème</sup> DEGRE</b>	<b>OUI</b>		<b>NON</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>E</b>	<b>%</b>	<b>E</b>	<b>%</b>	<b>E</b>	<b>%</b>
<b>PARITE</b>						
Nullipare	2	3,17	0	0	2	3,17
Primipare	1	1,59	4	6,35	5	7,95
Paucipare	4	6,35	12	19,05	16	25,85
Multipare	9	14,29	31	49,20	40	63,4
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>25,4</b>	<b>47</b>	<b>74,60</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Chi 2=12,39**

**P = 0,0004**

Il existe une différence statistiquement significative entre le 2eme degré et la parité.

**TABLEAU XXVI** : Relation entre la parité et le 3<sup>ème</sup> degré du prolapsus.

<b>3<sup>ème</sup> DEGRE</b>	<b>OUI</b>		<b>NON</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>E</b>	<b>%</b>	<b>E</b>	<b>%</b>	<b>E</b>	<b>%</b>
<b>PARITE</b>						
Nullipare	0	0	2	3,17	2	3,17
Primipare	4	6,35	1	1,59	5	7,94
Paucipare	11	17,46	5	7,94	16	25,4
Multipare	31	49,20	9	14,29	40	63,4
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>73,01</b>	<b>17</b>	<b>26,99</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Chi 2 =10,42**  
**P =0,001**

**TABLEAU XXVII:** Relation entre le 2<sup>ème</sup> degré du prolapsus et le Manchester.

<b>MANCHESTER 2<sup>ème</sup> Degré</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>TOTAL</b>
OUI	5	11	16
NON	19	28	47
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>39</b>	<b>63</b>

**Chi 2= 3,44**

**P = 0.063**

**TABLEAU XXVIII:** Relation entre le 2<sup>ème</sup> degré du prolapsus et le TOP avec hystérectomie

<b>TOP avec HYSTERECTOMIE 2<sup>ème</sup> Degré</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>TOTAL</b>
OUI	0	16	16
NON	24	23	47
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>39</b>	<b>63</b>

**Chi 2= 2,55**

**P =0,11**

**TABLEAU XXIX:** Relation entre Manchester et 3<sup>ème</sup> degré du prolapsus génital.

<b>MANCHESTER 3<sup>ème</sup> Degré</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>TOTAL</b>
OUI	18	28	46
NON	6	11	17
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>39</b>	<b>63</b>

**Chi 2=3,44**  
**P =0,063**

**TABLEAU XXX :** Relation entre TOP avec HYSTERECTOMIE et 3<sup>ème</sup> degré.

<b>TOP avec HYSTERECTOMIE 3<sup>ème</sup> Degré</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>TOTAL</b>
OUI	24	22	46
NON	0	17	17
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>39</b>	<b>63</b>

**Chi 2= 2,55**  
**P =0,1**

### **COMMENTAIRE ET DISCUSSION :**

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

## **I.FREQUENCE :**

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

C'est ainsi que durant notre période d'étude de Janvier 2005 à Décembre 2008 (4 ans), nous avons colligé 70 cas de prolapsus génital sur 15 285 consultations gynécologiques dans le service soit une fréquence de 0,46%. Ce qui se rapproche de celles de THIMOTE D qui a trouvé 1% à l'Hôpital Gabriel TOURE [33 ] et de SIDIBE D qui a trouvé 1 ,4% à l'Hôpital de Point G [29].

Par contre cette fréquence est nettement inférieure aux taux rapportés par BAYE .M au Cameroun qui a trouvé 10,6% [2] et par MAIGA et COLL (12,5%) [21].

Ce grand écart avec l'étude de MAIGA et COLL, pourrait s'expliquer par le fait que l'étude de Maiga était une enquête épidémiologique qui a été menée au sein de la population nomade dans le gourma Malien où les femmes se marient à bas âge et sont pour la plupart des multipares.

## **II.CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :**

### **1. Ethnie :**

L'ethnie la plus représentée dans notre étude était l'ethnie Peulh avec une fréquence de 34,90% suivie des Dogons avec 33,30%. La prédominance de ces deux ethnies s'expliquait par le fait qu'elles sont les plus nombreuses dans la région de Mopti.

## **2. Statut Socio Professionnel :**

86% de nos patientes étaient mariées et 98,41% des cas étaient des ménagères. Cette prédominance des ménagères dans notre étude était également retrouvée dans celle de SIDIBE D à l'Hôpital du Point G au Mali soit 89% [29] et de LUKMANY en Ethiopie (92,2%) [20] ; Cela pourrait s'expliquer par les multiples travaux pénibles (champêtre le port de fardeaux très lourds...) auxquels s'adonnent quotidiennement nos femmes africaines sont des facteurs provoquant de fortes pressions abdominales qui, si elles sont supérieures à celles de la statique pelvienne entraîneraient le prolapsus génital.

## **3. Provenance :**

73% de nos patientes provenaient de la campagne (zone rurale de Mopti, autres cercles de Mopti).

La provenance de la campagne et le bas niveau économique des patientes jouent un rôle non négligeable dans la survenue des prolapsus par le fait d'un accès limité aux soins obstétricaux d'urgence de qualité [10 ; 12 ; 20].

## **4. AGES :**

L'âge est un facteur très influençant quant à la prise en charge d'une femme présentant un prolapsus génital.

C'est une affection qui se voit à tout âge.

Ainsi l'âge moyen dans notre étude était de 41 ans, ce qui se rapproche de celui de DIOP MB au Sénégal 38 ans [10].

L'âge moyen des patientes de notre étude comparé à ceux de WETZEL O et COLL [34] et de RODRIGUIZ –COLORADOS et COLL [27] qui ont trouvé respectivement 55 ans et 60 ans nous montre que l'âge de survenue du prolapsus génital dans leurs études se situe au moment de la ménopause.

Le tableau 9 montre que les femmes en âge de procréer sont les plus touchées par cette affection avec un taux de 68,30%, ce taux se rapproche de ceux de THIMOTE D. (73 ,01%) [33], de SIDIBE D (64 ,8%) [29], de DIOP MB au Sénégal (62%) [10].

La proportion élevée de femmes jeunes [notre étude ; 33 ; 29 ; 10] pourrait s'expliquer par le fait que dans nos pays en voie de développement, les prolapsus génitaux sont plutôt dus aux lésions obstétricales dans les suites de couches immédiates occasionnées par les accouchements répétés et dystociques. Par contre dans les pays développés les prolapsus sont surtout dus à la carence hormonale et à l'atrophie sénile des tissus [34 ; 27].Ce qui explique le faible taux des femmes ménopausées dans notre étude soit 31,70% des cas.

La femme la plus jeune dans notre étude avait 16 ans par contre WETZEL et COLL ont trouvé 59 ans [34], cela pourrait s'expliquer par le mariage précoce dans les pays en voie de développement.

### **III. Facteurs étiologiques :**

Le prolapsus résulte de la défaillance à divers degrés des structures pelvis périnéales de maintien et de soutien, les facteurs constitutionnels peuvent être :

#### **1- Facteurs congénitaux :**

-plus rarement : anomalies congénitales (profondeur anormale du douglas) rendant compte des rares prolapsus des vierges et des nullipares. Ainsi dans notre étude, deux patientes nullipares de 16ans présentaient un prolapsus génital 3<sup>ème</sup> degré soit 3,2%

ce qui se rapproche des études réalisées dans le pavillon de Paul Gellé à Roubaix en France [26] et par MEEKS et COLL aux USA [22] qui ont trouvé respectivement 3,4%, 4,5% contre 0,8% d'une étude réalisée par SIDIBE D à l'Hôpital du Point G au Mali.

## **2- Facteurs traumatiques :**

Leur rôle est largement prédominant et il relève dans l'imminence majorité des cas du traumatisme obstétrical. C'est ainsi que durant notre période d'étude la multiparité était notée dans 63,50% des cas avec une notion d'accouchement non assisté dans 69,8% des cas contre 82,5% de multiparité et de 77,7% d'accouchement non assistée d'une étude réalisée par Chennoufi -MB et COLL dans le service de gynéco obstétrique au centre de Maternité et de néonatalogie de Tunis (CMNT) [6].

25,40% d'antécédent de gros fœtus ont été trouvés dans notre étude contre 32% de LECURU et COLL et 42,9% de QUERLEU D et COLL dans le pavillon Paul Gellé à Roubaix en France.

Notre taux d'antécédent de gros fœtus était faible par rapport à ceux des études françaises ceci pourrait s'expliquer par le bas niveau scolaire ou inexistant de nos patientes qui n'ont pas de notion du poids de leurs enfants.

## **3-Facteurs iatrogènes :**

3,2% de nos patientes avaient un antécédent de cure de prolapsus ; 11,10% avaient un antécédent d'hypertension artérielle.

## **IV.LES SIGNES CLINIQUES :**

Les symptômes motivant la consultation sont très divers : l'évaluation de la gêne fonctionnelle montre que le principal motif de consultation était la tuméfaction à la vulve 49,20% suivie de pesanteur pelvienne 19%.

L'association de pollakiurie et dysurie a été retrouvée dans la plupart des cas soit 38,10%.

L'IUE a été trouvée dans la plupart des études, mais sa fréquence varie d'un auteur à un autre, dans notre étude nous avons trouvé 11,10%, fréquence qui est proche de celles des auteurs africains notamment DIOP MB [10], EULALIE K [12] qui ont trouvé respectivement 11,7% ; 14%, par contre elle était de 38% pour LECURU-E et COLL [19] en France, 22,2% pour FRUSCELLA L et COLL en Italie [13].

Quant à JUMAS aux l'USA [16] et NERI-MENDEZ C et COLL au Mexique [25] IUE a été retrouvée dans 100% des cas.

Ce faible taux d'IUE dans notre continent pourrait s'expliquer par le fait que nous ne disposons pas d'examen spécialisés (colpocystogramme et épreuves urodinamiques) qui permettent de diagnostiquer des IUE potentielles ou masquées.

Le 3<sup>ème</sup> degré a été prédominant dans notre étude (73%), cela a été retrouvé également par SIDIBE D [29] et de THIMOTE D. [33] qui ont eu respectivement 36%, 58,7%. Par contre DUTTA D K en Inde [11], QUERLEU D et coll. [26] retrouvent le 2<sup>ème</sup> degré comme prédominant, ceci peut s'expliquer par le fait que nos patientes ne consultent que lorsque le prolapsus devient très gênant car très important.

Le Prolapsus intéressait les trois segments dans 76,2% des cas dans notre étude qui se rapproche de celle de CHENNOUFI MB et COLL qui ont retrouvé 93,65% des cas dans le centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.

Dans notre étude on note une relation étroite entre la gravité du prolapsus et la parité, par contre le choix des techniques Manchester et TOP + Hystérectomie ne sont pas liés au degré du prolapsus.

#### **V. Traitement :**

Les prolapsus génito-urinaires sont le plus souvent traités chirurgicalement : c'est ainsi qu'une indication de chirurgie par voie basse fut posée et réalisée chez 63 patientes dans notre échantillon. La conservation ou non de l'utérus était dépendante de l'âge et de la parité pour préserver une vie sexuelle normale et le désir de grossesse ultérieure.

Durant la période d'étude, 61,90% d'utérus ont été conservés contre 38,10% cela pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des femmes en pleine activité génitale dans notre échantillon.

Parmi les techniques chirurgicales que nous avons pratiquées : la TOP avec Hystérectomie et Manchester ont été les plus pratiquées avec pour chacune 38,10%, taux qui est supérieur à celui de SIDIBE D qui a trouvé 21,7% et 23,3% [29].

Le taux de TOP avec Hystérectomie dans notre série était inférieur à celui d'une étude réalisée au CHU de Yopougon où il était de 53,33% cela est dû à la population d'étude [12].

La durée moyenne d'hospitalisation était 3,5 jours qui est inférieur à celles des études Ivoiriennes [12], et de SIDIBE D [29] qui ont trouvé respectivement 8 jours et 8,7 jours. Elle était nettement supérieure à celle de JUMA S qui a trouvé 2,5 jours [16].

La durée moyenne de la sonde urinaire dans notre série était de 2,3 Jours.

## **VI.COMPLICATIONS :**

Le taux de mortalité opératoire était nul comme dans les séries de SIDIBE D [29], DIOP MB [10] et d'EULALIE K [12].

Les interventions par voie basse font courir le risque d'accident chirurgicaux : c'est ainsi qu'en per opératoire une lésion vésicale fut trouvée dans 1,6% des cas, contre 6,7% pour SIDIBE D [29], 20% pour EULALIE K [12] et 18,8% pour WETZEL O et COLL [34].

En post opératoire aucune complication n'a été signalée durant notre période d'étude.

## **IV.RESULTAT DU TRAITEMENT :**

Dans les 3 mois qui suivirent l'intervention les 63 patientes furent revues pour un contrôle : ainsi on a trouvé 96,8% de bon résultat anatomique et fonctionnel, taux qui se rapproche de celui de SIDIBE D (93,1%) [29], LECURUE et coll (94,2%)[19], de WETZEL O et coll (96,4%) [34] et de BOULANGER L et coll (92%) [5]. Deux cas de récurrences ont été trouvés après un accouchement par voie basse.

### **CONCLUSION :**

Cette étude rétrospective sur les prolapsus génitaux que nous avons initiés dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Sominé DOLO pose le problème de l'attitude thérapeutique et l'avenir obstétrical ultérieur d'une femme jeune présentant un prolapsus génital.

Il ressort de cette étude que le prolapsus génital est fréquent au Mali plus particulièrement dans la région de Mopti chez la femme jeune.

Ainsi de Janvier 2005 à Décembre 2008 nous avons colligé 70 cas de prolapsus génitaux. L'âge moyen était de 41 ans et les femmes en âge de procréer représentaient une fréquence de 68,30%.

Ce sont en général des prolapsus acquis non pas par dystrophie d'involution sénile, mais par des séquelles de traumatismes obstétricales et les efforts physiques multiples .

La multiparité représentait 63,50%. L'association des trois segments( vessie, utérus et rectum) a été le plus souvent retrouvée (76,20%).

Le traitement chirurgical pratiqué a été l'intervention par voie basse. Par cette méthode on a obtenu en général de très bons résultats immédiats mais le problème se pose quant au suivi à long terme de nos patientes opérées (3,4%).

Plus de la moitié des interventions étaient conservatrices avec 61,90%.

### **RECOMMANDATIONS :**

La fréquence du prolapsus et l'infirmité qu'ils occasionnent chez la femme jeune en période d'activité génitale justifient de mettre un accent sur la prophylaxie du prolapsus.

Nous pensons que les recommandations suivantes sont utiles :

#### **1- Aux praticiens :**

- Faire les épisiotomies à bon escient
- Réparer correctement les épisiotomies
- protéger bien le périnée lors de l'expulsion
- Exécuter correctement les manœuvres obstétricales
- Préconiser la césarienne programmée après cure de prolapsus pour ne pas perdre le gain de l'intervention
- Proscrire des expressions abdominales lors de l'accouchement,

#### **2- A la communauté :**

- De sensibiliser les femmes en âge de procréer d'éviter à tout prix l'accouchement à domicile.

## References

- 1. Al-Rawzi Z.S. Al-Rawi Z.T.** Joint hypermobility in women with genital prolapse. *Lancet*; 1982; 1: 1439-1441.
- 2. Baye M.** Prévalence and clinical presentation of genital prolapse in « Maternité principale » Yaoundé.  
Thèse Médecine; Yaoundé; 1983
- 3. Belot F. Collinet P. Bodinance P. Ha Duc E. Lucot J.P. Cosson M.** Facteurs de risque des expositions prothétiques après cure de prolapsus génital par voie vaginale. *Gynécologie Obstétrique et fertilité* 2005 ; 33 ; 970-974
- 4. Brieger G.M. Yip S.K. Fling Y.M. Chung T.** Genital prolapse: a legacy of the west?  
*Australian & New Zealand journal of obstetrics & Gynecology*; 1996; 36 (1): 52 -4
- 5. Boulanger L. Lucot J-P. Boukerrou M. Collinet P. Cosson M :** Traitement chirurgical du prolapsus génital chez les femmes âgées de plus de 80ans à propos de 48 patientes opérées par voie vaginale. *J. Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006; 35; 685-690
- 6. Chennoufi M.B et Al.**  
Place de la spinofixation de Richter dans le traitement du prolapsus génital (à propos de 63 cas). *La lettre du gynécologue* Sep.2006 ; 314 : 6-9
- 7. Contamin R :**  
Gynécologie générale, physiothérapie chirurgicale.  
*Vigot(Paris)* ; 1977 ; 1 :741p
- 8. Crepin G. Cosson M. Lucot J-P. Collinet P. Hillemand:**  
Le prolapsus chez la femme jeune, une question d'actualité *Bull. Acad. Natle Méd*, 2007,191 ; 827-837.

**9. Debodinance Ph.** Comparaison de la technique de Bologna et D'Ingelm-Sandberg dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort associée au prolapsus génital. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 2000 ; 29 :148-153

**10. Diop M.B** Les prolapsus génitaux (bilan de 104 cas colligés à la clinique chirurgicale du C.H.U. de Dakar).

Thèse de médecine ; Dakar ; n° 7 ; 1990.

**11. Dutta D.K. Dutta B.** Surgical managment of genital prolapse in an industrial hospital.

Journal of India Médical Association ; 1994 ; 92 (11) : 366-7.

**12. Eulalie K.A.** Les prolapsus génitaux à des stades opérables : étude de 31 cas au C.H.U. de Yopougon

Thèse de médecine ; république de Côte d'Ivoire ; n° 1746 ; 1996.

**13. Fruscella L. Fiumara D. Danti M.** A new surgical technique to reduce genital urinary prolapse *Minerva Ginecologica*: 1994; 46 (9); 473-9

**14. Heinonen P.K.** Transvaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault and complete genital prolapse in aged woumen.

*Acat Obstetricia & gynecologica Scandinavica*; 1992; 71 (5): 377-81

**15. Joshi V.M.** A new technique of uterine suspension to pectineal ligaments in management of uterovaginal prolapse.

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

**16. Juma S.** Anterior vaginal suspension for vaginal vault prolapse. *Techniques in urology*; 1995; 1(3): 150-6.

**17. Kamina P. Chansigaud J.P.**

Soutènement et suspension des viscères pelviens chez la femme, anatomie fonctionnelle et chirurgicale. *Journal de gynécologie, d'obstétrique et de biologie de la reproduction* ; 1988 ; 17 : 835-848

**18. Lansac J. Lecomte P.** Gynécologie pour le praticien. Paris : SIMEP ; 1989 :510 p.

**19. Lecuru E. Taurelle R. Clouard C. Attal J.P. Crepin G :**

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

*Annales de chirurgie* : (Paris) ; 1994; 48 ; n°11 : 1013-1019.

**20. Lukmany.** Utero-vaginal prolapse : a rural distability of the young. *East African Medical Journal*; 1995;72; n°1: 2-9.

**21. Maiga M.A. Sy A.S.** Enquête épidémiologique des affections gynécologiques au Gourma Malien. *Médecine Afrique Noire*; 1989; tome XXXVI; 3: 224

**22. Meeks G.R. Wasburne J.F. Mcgehee. Wiser W.L. Addison W.A. Baden W.E.** Repair of the vagina to iliococcygeus (prespinous ) fascia . Discussion.

*American journal of obstetrics & Gynecology*; 1994; 171; n°6:1444-1454.

**23. Mellier G.** Le prolapsus génital anatomie physiopathologie et troubles fonctionnels. *Kinésithérapie scientifique* déc.1997; 373:41-43

**24. Musset R Et Poitou P.** Les prolapsus génitaux. *Encyclopédie Médico-chirurgicale ; Gyn 290 A10 ; Paris 1970 :1-1*

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

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

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

**26. Querleu D. Crepin G Et Blanc B.** Prolapsus génitaux : Editions Techniques Encyclopédie Médico-chirurgicale (Paris-France) ; Gynécologie 290 A10 ; 1991 : 14p.

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

Clinical characteristics of women with genital prolapse.

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

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

**29. Sidibe D.** Etude de 128 cas de prolapsus dans un service de gynécologie obstétrique à Bamako(Mali). *Thèse de Médecine n°47 1998*

**30. Smith A.R. Hosker G.L. Warrel D.W.** Therole of partial denervation of the pelvic floor in the etiology of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine.

A neurophysiological study-Br. *J. Obstet. Gynecol.*; 1989; 96: 24-28

**31. Tayrac R. Fernandez H.** Traitement chirurgical du prolapsus génital technique de la prothèse sous vésicale libre. *La lettre du gynécologue 2004 ; 288 : 25-28*

**32. Therby D. Viala F. Cosson M. Querleu D. Crepin G.**

Valeur du bilan urodynamique post opératoire. *J. Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1998 ; 27: 77-82

**33. Thimote D.**

Contribution à l'étude des prolapsus génitaux : bases anatomiques étiopathologiques et indicateurs thérapeutiques à l'hôpital Gabriel Touré (Mali) à propos de 63 cas. *Thèse de Médecine Bamako, 1989, n°47.*

**34. Wetzel O. Katmeh S. Plougastel Lucas M.L. Bourdon J.**

Traitement des prolapsus génito-urinaires par promontofixation à l'aide d'un matériel prothétique associé à une hystérectomie totale: complications et résultats à propos d'une série de 55 observations.

**35. Zafiropulo M. Buzelin J-M.** Les examens complémentaires dans les prolapsus vaginaux.

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

**36. Roovers JP. Hientz AP.** A randomized comparison of postoperative pain, quality of life, and physical performance during the first 6 weeks after abdominale or vaginal surgical correction of descensus uteri. *Neurourol Urodyn.* 2005; 24(4): 334-40.

## **FICHE SIGNALÉTIQUE:**

**Nom :** COULIBALY

**Prénom :** BAKARY

**Nationalité :** Malienne

**Titre de thèse :** Etude du prolapsus à l'hôpital Sominé Dolo de la région de Mopti.

**Année de soutenance :** 2010

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie.

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie.

### **1. Résumé :**

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective portant sur 70 cas de prolapsus génitaux dont 63 opérés dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti de janvier 2005 à décembre 2008 avec une fréquence de 0,46%.

Il ressort de cette étude que 68,30% des patientes étaient en âge de procréer, les femmes ménopausées représentaient 31,70% des cas.

L'âge moyen des patientes était de 41 ans. 98,41% des patientes étaient des ménagères. 63,50% des patientes étaient des multipares et 25,40% avaient un antécédent d'accouchement de gros fœtus. La tuméfaction à la vulve constituait le principal motif de consultation (49,20%).

Sur le plan clinique, les trois étages étaient le plus souvent intéressés avec 44,5%, le 3<sup>ème</sup> étage représentait 73% des cas.

IUE était associée dans 11,10% des cas.

L'intervention par voie basse a été utilisée dans tous les cas.

Prolapsus génital à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti, traitement chirurgical et pronostic

Le Manchester (38 ,10%), la Top avec hystérectomie (3970%).

Il y a eu 1 ,60% de complications en per et post opératoire. Le résultat à court terme a été bon sur le plan anatomique, fonctionnel et les patientes étaient très satisfaisantes dans tous les cas.

Pour le résultat à long terme deux cas de récurrences ont été retrouvés (3 ,20%).

Mots clés : Prolapsus génital, cystocèle, hystérocèle, rectocèle, Manchester, Top avec hystérectomie.

## FICHE D'ENQUETE

### 1 IDENTIFICATION DE LA PATIENTTE

{Q1} Nom=

{Q2} Prénom=

{Q3} Age=

{Q4} Profession =

1=Ménagère 2= Elève /Etudiante 3= Fonctionnaire 4= Autres

{Q5} Statut matrimonial =

1=Célibataire 2= Marié 3= Divorcé 4= Veuve

{Q6} Résidence=

1= Mopti Ville 2= Sevaré 3= Medinacoura 4=Zone rurale de Mopti 5= Autres cercles de Mopti

{Q7} Ethnie=

1= Bambara 2= Peuhl 3= Bozo 4= Sonrhäï 5= Dogon 6= Tamashek 7= Bêlas 8= Autres

### 2 SIGNES FONCTIONNELS

{Q8} Motif de consultation=

1=Tuméfaction à la vulve 2= Pesanteur pelvienne 3= Incontinence urinaire d'effort 4= Autres 5 = (1+2) 6= (1+3) 7= (2+3)

### 3 ANTECEDENTS

{Q9} ATCD obstétricaux

Gestité= parité= ménopause

**{Q10} ATCD d'accouchement dystocique =**

1= Accouchement par aide instrumentale 2= Accouchement avec expression abdominale 3= ATCD de gros fœtus 4= ATCD de déchirure périnéale 5= ATCD d'accouchement à domicile.

**{Q11} ATCD chirurgicaux =**

1=oui =non si oui à préciser

**{Q12} ATCD médicaux =**

1=oui =non si oui à préciser

#### 4 EXAMEN PHYSIQUE

**{Q13} SIGNES URINAIRES**

1 = Incontinence urinaire d'effort 2=pollakiurie 3= dysurie 4=(1+2) 5= (1+3) 6= (2+3)

**{Q14} CLASSIFICATION=**

1= Premier degré 2= deuxième degré 3= troisième degré

**{Q15} LOCALISATION (Etage)=**

1= Etage antérieur seul 2= Etage moyen seul 3= Etage postérieur seul 4= (1+2) 5= (1+3) 6=Tous les Etages

**{Q16} AFFECTIONS ASSOCIEES=**

1=Oui 2= Non Si oui à préciser

**{Q17} EXAMENS COMPLEMENTAIRES=**

1=Oui 2= Non Si oui à préciser

#### 5 TRAITEMENTS

**5.1. TRAITEMENT MEDICAL=**

**1=** Pose du pessaire **2=** Hormonothérapie **3=** Aucun **4=** Autres  
Si autres à préciser

## **5.2. TRAITEMENT CHIRURGICAL**

**{Q18} VOIE D'INTERVENTION =**

1= haute 2= basse

**{Q19} TYPE D'INTERVENTION =**

1= Conservateur 2= Non conservateur

**{Q20} COMPLICATIONS=**

1= Lésions urinaires 2= Lésion rectale 3= Hémorragie 4=  
Infection 5= Aucune 6= autres  
Si autres à préciser

## **6 HOSPIATISATION**

**1** Durée du séjour =

**2** Durée de la sonde urinaire =

**{Q21} EVOLUTION A COURTE TERME**

1= Exeat 2= Transfert 3= Décès 4= évadé

**{Q22} EVOLUTION A TROIS MOIS =**

1= Suites simples 2= Récidive

## **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 sa 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.**