

Ecole Nationale de Médecine et  
de Pharmacie du Mali

République du Mali

-----  
Un Peuple - Un But - Une Foi

Année 1990

# CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PROLAPSUS GENITAUX

(Bases Anatomiques, Etiopathologiques, cliniques et  
Indications Thérapeutiques)

A l'Hôpital Gabriel Touré (Mali) à propos de 63 cas.

## T H E S E

Présentée et soutenue publiquement le \_\_\_\_\_ 1990 devant

L'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali par

Timothée DAO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

### EXAMINATEURS:

Président : Professeur Mamadou Lamine TRAORE.

Membres : Docteur Aliou Badara MACALOU  
Docteur Almahadi DICKO  
Docteur Salif DIAKITE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

Année Universitaire 1989-1990.

Professeur Sambou Soumane	Directeur Général
Professeur Moussa Traoré	Directeur Général Adjoint
Docteur Hubert Baliqne	Conseiller Technique
Monsieur Demba Doucouré	Sécretaire Général
Monsieur Hama Boubacar Traoré	Econome

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITE CHIRURGICALE

1. Professeur Agrégés:

Pr Mamadou Lamine Traoré	Chef de DER Chirurgie Générale et Médecine Légale.
Pr Aliou Ba	Ophtalmologie
Pr Bocar Sall	Orthopédie-Traumatologie/Secourisme
Pr Mamadou Dembélé	Chirurgie Générale
Pr Abdou Alassane Touré	Orthopédie-Traumatisme
Pr Abdel Karim Koumaré	Chirurgie Générale/Anatomie
Pr Sambou Soumaré	Chirurgie Générale.

2. Assistants - Chefs de Clinique:

Dr Bénitiéni Fofana	Gynécologie-obstétrique
Dr Mme Sy Aida Sow	-"- -"
Dr Kalilou Ouattara	Urologie
Dr Mamadou Lamine Dolo	Gynécologie-obstétrique
Dr Mamadou Lamine Diombana	Odonto-stomatologie
Dr Djibril Sangaré	Chirurgie Générale, Soins Infirmiers.
Dr Salif Diakité	Gynécologie-obstétrique
Dr Massaoulé Samaké	-"- -"
Dr Fanta Samou	-"- -"

3. Assistants:

Dr Abdoul Kader Traoré dit Diop	Chirurgie Générale
Dr Lassana Koita	-"- -"
Dr Sékou Sidibé	Orthopédie-Traumatologie

4. Chargés de Cours:

Dr Gérard Truschel	Chirurgie - Anatomie
Dr Mme Fanta Coulibaly	TP Soins Infirmiers

## DER DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### 1. Professeurs:

Pr Souleymane Sangaré	Chef DER Pneumo-Phtisiologie
Pr Abdoulaye Ag Rhaly	Médecine Interne
Pr Aly Guindo	Gastro-entérologie
Mamadou Koureissi Touré	Cardiologie
Mahamane Kalil Maiga	Néphrologie
Ali Nouhoum Diallo	Médecine Interne
Baba Koumaré	Psychiatrie
Moussa Traoré	Neurologie
Issa Traoré	Radiologie
Mamadou Marouf Keita	Pédiatrie
Eric Pichard	Médecine Interne

### 2. Assistants Chefs de Clinique:

Dr Balla Coulibaly	Pédiatrie
Sidi Yaya Touré	Réanimation
Toumani Sidibé	Pédiatrie
Boubacar Diallo	Cardiologie
Somita Keita	Dermatologie

### 3. Assistants:

Dr Moussa Maiga	Gastro-entérologie
Dr Bah Keita	Pneumo-phtisiologie
Hamar Alassane Traoré	Médecine Interne
Kader Traoré	Médecine Interne

### 4. Chargés de Cours:

Dr Jean Pierre Coudray	Psychiatrie
Dr Pierre Leroy	Anesthésie-Réanimation
Mr Fernand Kanouté	Psychologie Médicale

## DER DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. Professeurs Agrégés:

Pr Bréhima Koumaré	Chef DER Microbiologie
Pr Siné Bayo	Anatomie Pathologie
	Histo-Embryologie

2. Assistants Chefs de Clinique:

Dr Ogobara Doumbo	Parasitologie
Dr Yéya Maiga	Immunologie
Dr Abderhamane Sideye Maiga	Parasitologie

3. Maitres Assistants:

Dr Gaoussou Kanouté	Chimie Analytique
Hama Cissé	Chimie Générale
Amadou Touré	Histo-Embryologie

4. Assistants:

Dr Flabou Bougoudogo	TP Microbiologie
----------------------	------------------

5. Chargés de Cours:

Docteurs D'Etat:

Monsieur Yéya Tiémoko Touré	Biologie
Monsieur Amadou Diallo	Zoologie-Génétique

Docteurs 3e Cycle:

Monsieur Bouba Diarra	Microbiologie
Monsieur Moussa Harama	Chimie Organique Minérale
Monsieur Massa Sanogo	Chimie Analytique
Mr Yénimégué Albert Dembélé	Chimie Organique
Mr Bakary M. Cissé	Biochimie
Mme Thiam Aissata Sow	Biophysique
Mr N'Golo Diarra	Botanique
Mr Niamanto Diarra	Mathématiques
Mr Issa Diarra	Biophysique
Mr Souleymane Traoré	Physiologie Générale
Mr Salikou Sanogo	Physique
Mr Daouda Diallo	Chimie Minérale
Mr Abdoulaye Koumaré	Chimie Générale
Mr Godefroy Coulibaly	TP Parasitologie
Mr Mamadou Koné	Anatomie Physiologie Humaine
Mme Jacqueline Cissé	Biologie Animale
Mr Bakary Sacko	Biochimie
Mr Modibo Diarra	Diététique-Nutrition

## DER DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES:

### 1. Professeurs Agrégés:

Professeur Boubacar Cissé                                    Chef de DER Toxicologie

### 2. Maitres Assistants:

Dr Boulkassoum Haidara                                    Législation de Gestion  
Pharmaceutique  
Dr Elimane Mariko    Pharmacodynamie

### 3. Assistants:

Dr Drissa Diallo    Matière Médicale

### 4. Chargés de Cours:

Dr Boubacar Kanté    Pharmacie Galénique  
Dr Alou Keita    -" -                       -" -  
Dr Mme Cissé Aminata Gakou                                -" -                       -" -

## DER DE SANTE PUBLIQUE

### 1. Professeurs Agrégés:

Pr Sidi Yaya Simaga    Chef de DER Santé Publique

### 2. Assistants Chefs de Clinique:

Dr Sory Ibrahim Kaba                                        Epidémiologie  
Dr Sanoussi Konaté    Santé Publique  
Dr Moussa Maiga    Santé Publique  
Dr Georges Soula     -" -                       -" -

### 3. Assistants:

Dr Pascal Fabre    Santé Publique

### 4. Chargés de Cours:

Mr Cheick Tidiani Tandia                                    Hygiène du Milieu  
(Ingénieur Sanitaire)  
Mme Maiga Fatoumata Sokona                                Hygiène du Milieu  
(Ingénieur Sanitaire)

PROFESSEURS MISSIONNAIRES :

Pr Oummar Sylla	Pharmacie chimique
Pr Humbert Giono-Barber	Pharmacodynamique
Francois Miranda	Biochimie
Alain Gerault	Biochimie
Pierre Jean Reynier	Pharmacie Galérique
Geniaux	C.E.S. Dermatologie
Lagoutte	C.E.S. Ophtalmologie
Philippe Verin	C.E.S. Ophtalmologie
Jean Pierre Bisset	Biophysique
Mme Paulette Giono-Barber	AnatomiePhysiologie-Humaines
Dr Guy Bechis	Biochimie
Dr Marie Hélène Rochat	Pharmacie Galénique
Francois Roux	Biophysique
Alain Laurens	Pharmacie chimique
Mr El Hadji Makltar Wade	Biobibliographie

## SOMMAIRE

Dédicace	.....	v
<b>CHAPITRE I: GENERALITES</b>		
I	Définition	1
II	Historique	4
III	Anatomie Normale	8
	. Mécanismes Normaux de la Statique Viscérale Pelvienne	8
IV	Anatomie Fonctionnelle du Pelvis et son Contenu Viscéral	12
	. Comportement Stato-dynamique des Viscères Périnéaux lors des Contractions Musculaires Pariétales Volontaires	12
	. Modifications Gravido-puerpérales	15
	. Modifications Ménopausiques	15
	. Intérêts Clinique, Physiologiques et Chirurgical des Données Anatomico-fonctionnelles	18
V	Facteurs Etiologiques	24
VI	Anatomie Pathologie	27
VII	Diagnostic et Bilan Clinique	32
VIII	Formes Cliniques et Bilan Paraclinique	39
IX	Prolapsus et Grossesse	46
	. Prolapsus et Fertilité	46
	. Prolapsus, Travail et Accouchement	47
	. Prolapsus Opéré et Accouchement	47
X	Thérapeuthiques :	49
	. Considérations Chirurgicales	49
	. Les Techniques Chirurgicales	51
	. Colpopérinéorrhaphie Postérieure	51
	. Colpopérinéorrhaphie Antérieure	57
	. Temps Moyen: Cervico-utérin	65
	. Traitement du Prolapsus par Voie Haute ..	71
	. La Promonto-fixation	71
	. Les Ventrofixations Utérines	73
	. Cas Particuliers :	81
	. Prolapsus après Hystérectomie	81
	. Elytrocele	84
	. Prolapsus Récidivé	86
	. Traitement Médical	88
	. Soins Pré-per et Post-opératoires	89
	. Indications du Traitement	94

## CHAPITRE II CADRE ET METHODE D'ETUDE

I	Cadre d'Etude .....	100
II	Activités du Service de Gynéco-obstétrique ...	100
III	Méthode d'Etude .....	101
IV	Nos Observations .....	101

## CHAPITRE III NOS RESULTATS

I	La Fréquence .....	102
II	Provenance de nos Patientes .....	102
III	Age de nos Patientes .....	102
IV	Répartition des Cas selon la Parité .....	104
V	La Profession et le Niveau Socio-économique ..	104
VI	Les Antécédents : .....	105
	. Médicaux .....	105
	. Chirurgicaux .....	105
	. Gynéco-obstétricaux .....	106
VII	Clinique .....	106
VIII	Début du Prolapsus .....	109
	. Par rapport à la Parité .....	109
	. Par rapport à la Ménopause .....	110
	. Par rapport à l'Intervention Chirurgicale Gynécologique .....	110
IX	Age des Patientes à leur 1er Accouchement ....	110
X	Les Formes Cliniques .....	111
XI	Le Traitement .....	111
	. Médical .....	111
	. Chirurgical .....	111
	. Evolution .....	112

## CHAPITRE IV COMMENTAIRES ET REVUE DE LA LITTERATURE

I	La Fréquence .....	113
II	Selon l'Age .....	114
III	Selon la Parité .....	114
IV	Age de nos Patientes à leur 1er Accouchement .	115
V	Les Antécédents des Patientes .....	115
	. Antécédents Gynéco-obstétricaux .....	116
	. Antécédents Chirurgicaux .....	116
	. Antécédents Médicaux .....	117



VI	Les Formes Cliniques .....	118
VII	Analyse des Résultats du Traitement .....	120
	. Résultats Immédiats du Traitement .....	120
	. Résultats à Distance ou Eloignés .....	123
CHAPITRE V	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	
I	Conclusion .....	126
II	Recommandations.....	133
CHAPITRE VI	BIBLIOGRAPHIE.....	138
CHAPITRE VII	ANNEXES	
	Fiche d'Enquête.....	157

JE DEDIE CE TRAVAIL

A MON PERE

Vous avez dirigé très tôt mes incertains pas et vous m'avez donné l'amour, le courage du travail bien fait.

Je resterai fidèle à vos conseils très pratiques. Ce travail est le vôtre et nous honore.

A MA MERE ET MES TANTES

Votre affection ne m'a jamais fait défaut. Je ne vous oublierai jamais.

A MES FRERES

Vous m'avez imprimé un courage de fer et m'avez appris à ne compter que sur moi-même. J'en suis aujourd'hui très fier et c'est l'occasion pour moi de vous témoigner mon affection.

A MES LOGEURS DE BAMAKO

Mr Emmanuel Doumbia et Madame  
Mme Tabita Sidibé et Frères  
Mr Bolizié Daou et Madame  
Mr Djomo Fané et Madame

Vous m'avez rendu le séjour à Bamako très agréable. Ce travail est aussi le vôtre et vous honore.

A NOS JUGES

A notre Président de Jury  
Mr le Professeur Mamadou Lamine Traoré  
Chef de DER de Chirurgie Générale  
Médecin-Chef du Service de Chirurgie "C"  
Hôpital Point "G" Bamako

Nous avons eu le privilège de bénéficier de la clarté de votre enseignement durant nos études. Vos qualités pédagogiques, et votre constante disponibilité, nous laisseront le souvenir d'un Maître accompli et nous vous témoignons l'assurance de nos hommages respectés.

A NOTRE MAITRE DE THESE

*Le Docteur Salif Diakité,  
Assistant Chef de Clinique  
Spécialiste en Gynéco-obstétrique,  
Hôpital Gabriel Touré, Bamako*

*En me considérant comme votre frère, vous avez toujours été à mes côtés, pour me fournir des conseils lucides et chaleureux.*

*Votre aide tant morale que matérielle ne m'a jamais fait défaut. Vous êtes en effet, la manifestation vivante du sérieux au travail de du courage , vous m'avez fait la démonstration que se fixer un objectif dans la vie est une chose primordiale.*

*Tous nos remerciements et toute ma reconnaissance.*

*A MONSIEUR LE DOCTEUR MACALOU  
Spécialiste en Gynéco-obstétrique,  
Chef de Service, Hôpital Gabriel Touré  
Bamako.*

*Je vous remercie de l'estime et de l'amitié que vous m'avez toujours témoignées, et aussi de votre disponibilité constante. Vous m'avez donné pendant mon séjour, une grande leçon de Médecine et d'humanisme.*

*Je vous remercie de l'aide si gentiment apporté, tout au long de la réalisation de cette thèse. Je garderai toujours le souvenir de vos connaissances, de votre qualité d'éminent pédagogue.*

*A MONSIEUR LE DOCTEUR DICKO ALMAHADI  
Spécialiste en Gynéco-obstétrique,  
Hôpital Gabriel Touré, Bamako.*

*L'occasion m'a été offerte d'apprécier à sa juste valeur votre compétence clinique et technique. Votre enseignement riche d'expérience. Votre courage, votre endurance dans le travail enrichi par votre sympathie sont exemplaires.*

*Vous nous faites ainsi honneur de siéger dans ce jury.  
Soyez rassuré de notre profonde gratitude, et remercié  
de la confiance que vous avez placée en nous.*

**A MONSIEUR LE DOCTEUR MASSAOULE SAMAKE**  
*Assistant Chef de Clinique,  
Spécialiste en Gynéco-obstétrique,  
Hôpital Gabriel Touré, Bamako.*

*Je vous remercie de m'avoir accueilli avec courtoisie,  
d'avoir accepté de me transmettre vos brillantes  
connaissances. Je vous prie de trouver ici  
l'expression de mon profond respect.*

**A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BAMAKO**

**A Monsieur le Docteur Benitiéni Fofana,**  
*Spécialiste de Gynécologie Médicale et  
Médecine du Travail.*

*Vous nous avez donné le meilleur de vous même et avez  
fait de nous ce que nous sommes. Soyez en remerciés.*

**AUX GYNECOLOGUES DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE**

*Dr Diagne  
Dr Pleah  
Dr Olga  
Dr Traoré*

*Vous m'avez ouvert les portes de l'avenir en  
m'encadrant de plein coeur. Je vous en remercie du fond  
du coeur.*

**A LA FAMILLE OUATTARA**  
**Au Docteur Zanif Ouattara**

*Introduit dans votre famille par le biais de votre  
frère et fils Fousseini Koné. Mieux que mes amis, vous  
êtes pour moi plus que des frères. Je ne pourrais  
jamais oublié l'aide tant matérielle que morale que  
vous m'avez toujours apporté. Recevez ici mes sincères  
remerciements pour votre bonté.*

**A TOUS MES AMIS**

Mamadou Coulibaly  
Adama Daou  
Caleb Dembélé  
Elisé Sidibé  
Moro Cissouma  
Famara Coulibaly  
Diakalidia Kouyaté  
Balla Camara  
Dramane Daou

*Vous m'avez apporté aide morale et matérielle. Ce travail est le vôtre et vous honore.*

**A MES COLLEGUES DU GABRIEL TOURE**

Fousseini Koné  
Boubacar Traoré  
Abdoulaye Diallo  
Mamadou Djilla  
Amadou Traoré

*Qui ont avec moi partagé les risques du métier et les joies du travail bien fait.*

**A TOUTE LA PROMOTION 1989-1990**

*En souvenir des heures de rude labeur passées ensemble. Courage et plein succès dans votre vie professionnelle.*

**AU PERSONNEL DE LA BIBLIOTHEQUE DE L'ECOLE DE MEDECINE**

**A TOUT LE PERSONNEL DE L'ECOLE DE MEDECINE**

**A TOUS CEUX QUI DE PRES OU DE LOIN ONT CONTRIBUE**

*A la réalisation de ce travail. Je vous dis merci.*

**A LA FEMME MALIENNE**

*Pour l'aider à retrouver son état de bien-être, notre modeste contribution.*

CHAPITRE I :

# GENERALITES

## INTRODUCTION

### I Définition

Le prolapsus génital se définit comme la ptose des organes pelviens (vessie, utérus, rectum, péritoine), soulevant les parois du vagin, qui se déroulent et peuvent apparaître à la vulve spontanément ou à l'effort.

Sa reconnaissance en est généralement facile cliniquement, tout au moins dans les formes importantes, au point que la femme fait elle-même le diagnostic sous le terme imagé de "descente d'organes". Il s'agit essentiellement chez la femme jeune, de prolapsus d'organes, acquis, liés au traumatisme obstétrical. Ce chapitre de la pathologie gynécologique apparaît très important en raison :

- de sa fréquence en terrain particulier (environ 3% des femmes qui consultent dans les services de gynécologie en sont atteintes) (62).
- des conditions étiologiques de survenues, dominées par le traumatisme obstétrical.
- de son incidence élevée chez les femmes très jeunes parfois au début de leur vie génitale et dont il faudra préserver la capital de reproduction et de sexualité.
- de l'association fréquente à d'autres lésions: urinaires, génitales ou anorectales, aux conséquences anatomiques ou fonctionnelles parfois sévères.
- Enfin, de la multiplicité des interventions chirurgicales qui ont été proposées pour leur traitement.

C'est ce chapitre thérapeutique qui domine la difficulté des prolapsus génitaux.



Car plus difficile est de bien reconnaître les différentes altérations anatomiques ; et pourtant c'est de l'analyse des divers ptoses et de leur degré que va dépendre le geste thérapeutique le mieux adapté. Démasquer, à côté d'une chute majeure de l'un des viscères une ptose mineure du viscère voisin qui risque de s'aggraver après la cure chirurgicale si on ne la traite pas, est le premier but de l'examen clinique. Rechercher une perturbation de la fonction uréthro-vésicale reste aussi un impératif ; quelques fois patente dans le prolapsus peu important, l'incontinence d'urine à l'effort (IUE) est paradoxalement souvent masquée dans les prolapsus majeurs ; cependant, la négliger aboutit à une déconvenue d'autant plus grave que la fuite urinaire est souvent plus mal tolérée que le prolapsus lui-même. C'est pourquoi, il faut un examen clinique complet méthodique. Cependant, aussi complet soit-il, l'examen clinique ne permettait pas toujours de bien préciser le mécanisme physio-pathologique et les relations existant entre les différents organes ptosés. Ainsi, le colpocystogramme (Alexis Bethoux) a permis cette étude et un meilleur abord de la tactique réparatrice à adopter. Plus récemment, l'exploration urodynamique a permis aussi de mieux comprendre le mécanisme de certaines "fuites" urinaires et les raisons de certains échecs.

Paradoxalement, le problème de l'IU primitive ou secondaire ne s'est pas posé avec acuité dans notre matériel, alors que la ptose est majeure. Cela tient-il peut-être à la jeunesse de nos opérées et aussi de la mentalité des femmes qui préfèrent cacher cette affection. Face à l'importance de toutes ces notions, il existe une multiplicité de techniques chirurgicales.

En effet, de tout temps, chaque auteur essayait de décrire une technique soit originale, soit dérivée d'une précédente selon laquelle on aurait pu traiter, sinon tous, du moins la majorité des prolapsus.

Le problème est donc, dans les conditions de la pratique qui sont les nôtres, de choisir, parmi le grand nombre de techniques chirurgicales correctrices celles qui ont le maximum de chance de donner le minimum d'inconvénients fonctionnels, d'échecs ou de récurrences en sachant que ce qui peut paraître détail

d'indication peut dans les suites du geste chirurgical, devenir réalité capitale. Ainsi, compte tenu de l'importance de la maladie et de ses conséquences sociales, il impose de faire le point sur l'affection afin de la situer dans la pathologie gynécologique dans notre contexte et proposer une conduite thérapeutique servant d'orientation pour le médecin praticien malien tout en tenant compte de nos ressources et de nos réalités.

C'est l'analyse des 63 cas de prolapsus génitaux (P.G) colligés à l'Hôpital Gabriel Touré, qui fait l'objet de cette étude.

Après un rappel sur les généralités et les étapes historiques du P.G., nous nous sommes assignés d'atteindre les objectifs suivants:

- Déterminer la fréquence de l'affection par rapport à l'ensemble des consultations au service de gynécologie de l'Hôpital Gabriel Touré,
- Identifier les facteurs de risque dans notre milieu,
- Dégager les problèmes liés au diagnostic (clinique, examen complémentaire),
- Proposer enfin une conduite thérapeutique adaptée aux différentes formes cliniques rencontrées.

## II HISTORIQUE

Il y a longtemps que les gynécologues et les chirurgiens s'intéressent aux prolapsus en général, et, en particulier chez la femme jeune, à la recherche de techniques thérapeutiques simples et efficaces.

Ainsi, différents auteurs à travers le monde ont tenté des méthodes soit originales, soit variantes d'autres procédés pour la correction d'un ensemble de troubles que constitue le prolapsus génital.

1860 (P.C. Hugier) Publie un mémoire sur les allongements hypertrophiques du col utérin.

1866 Olhausen décrit un procédé d'hystéropexie: la ventrofixation.

1896 Bouilly rapporteur aux Xe Congrès de chirurgie ne fait ni hystéropexie, ni hystérectomie. Il traite à peu près tous les prolapsus par la triple opération vaginale qu'on a appelé le "Complet Bouilly": amputation élevée du col ; colporraphie antérieure, large et haute, colpopérinéorraphie postérieure. Il pense que l'exécution parfaite de cette triple opération garantira presque toujours contre la récurrence, mais il insiste sur la nécessité de la faire très correctement et de faire très large "il faut avoir fait trop pour avoir fait assez". Sa technique sera encore défendue en 1914.

1914 Lenormand et Petit Dutailis.

Bouilly est le véritable précurseur du "procédé-type" des auteurs contemporains résultant également des conceptions de Halban (de Vienne), émises vers 1912, mais, aussi des idées de l'école de Manchester avec Donald et Fothergill surtout vers 1913.

1898 Watkins (de Chicago) décrit l'intervention vésico-vaginale de l'utérus associée à la double périnéorraphie. C'est l'école de Vienne avec Wertheim et Schauta qui la révélera

en Europe.

- 1908 M. Walther préconise au Congrès de chirurgie la triple opération dite "à la Française" (colporraphie antérieure, colpopérinéorrhaphie postérieure, hystéropexie avec ou sans amputation du col et curetage).
- 1912 Halban introduit la dissection et la suture "en plicature", "en bourse" ou "en paletot" d'un fascia sous-vésical très résistant pour renforcer la colporraphie antérieure. Suturé à l'isthme utérin, ce fascia obturera également l'hiatus génitalis. L'ouverture et le cloisonnement du cul-de-sac vésico-utérin supprimera un sac herniaire et corrigera la retroversion utérine fréquemment associée par une vésico-fixation haute.
- 1913 Fothergill préconise la transposition en avant de l'Isthme utérin des ligaments utéro-sacrés et de Mackenrodt, et considère, peut-être le premier l'amputation du col comme valable en l'absence d'allongement hypertrophique. Les inconvénients et les risques éventuels de cette amputation seront mieux connus au fil des temps.
- 1923 Au congrès de chirurgie.  
Gouilloud (de Lyon) publie les résultats éloignés de la "méthode française". G. Cotte (de Lyon) la préconise largement, mais il garde des indications au Lefort bien sûr, mais surtout à l'interposition vésico-vaginale de l'utérus, pratiquée à Lyon depuis une vingtaine d'années.
- 1929 Porges et Zimmer publient 604 cas opérés par Halban. Sur 316 réexaminés, 87% présentaient des résultats impeccables, 1,5% seulement une récurrence de cystocèle. Ils écrivirent: "la méthode de Halban est applicable à tous les cas, quelque soit l'âge de la malade et le degré du prolapsus".
- 1931 G. Cotte (à Lyon) et Koenig (à Genève), après un voyage à Vienne pratiquent de plus en plus la technique de Halban.
- 1937 G. Cotte publie les résultats du Halban à propos de 29 cas.

1944 G. Cotte et J. Mathieu analysent les facteurs de réussite du Halban.

1954 L'Ecole Lyonnaise (Polloson, Mathieu) publie les résultats éloignés de 314 cas de Halban opérés en 11 ans (1941-1952) sur un total de 850 cas de prolapsus opérés pendant la même période.

On doit à la chirurgie Allemande l'idée à peu près contemporaine pour l'utérus (Freund, fin XIXe siècle) d'utiliser le promontoire, plus précisément le pourtour antérieur du disque lombo-sacré, comme solide point fixe d'amarrage d'un viscère pelvien prolapsé.

1957 Paris vit la publication de l'expérience acquise par Ameline et Hugier depuis 1950 pour l'hystéropexie.

1965 G. Cerbonnet et J. Loygue publient un article sur la suspension au promontoire dans la cure des prolapsus. Mais, seuls les prolapsus assortis d'une mobilité anormale avec descente plus ou moins prononcée du segment cervico-vaginal relèvent de cette suspension.

Soient les prolapsus avec hystéro-ptose ou à un degré de plus, hystérocèle. Chez la femme jeune, la sauvegarde du potentiel de maternité ne contre-indique nullement cette technique.

1967 Kapandji M. (de Paris) et collaborateurs traitent 27 cas de prolapsus génito-urinaires par la colpo-isthmo-cystopexie par bandelette transversale associée ou non à la douglassorrhaphie étagée et croisée.

1976 Laffargue F., Gamerre M. et Serment G. (de Marseille) utilisent la "triple intervention périnéale" dans le traitement des prolapsus génitaux. Ils écrivent: "la triple intervention périnéale semble être une intervention logique et suffisamment fiable dans ses résultats anatomiques et

même urinaires. Elle est parfaitement indiquée chez la femme d'âge moyen désirant conserver une activité sexuelle".

Chez la femme jeune, ils pratiquent une intervention de Shirodkar mais, évitent une amputation du col.

**MECANISMES NORMAUX DE LA STATIQUE VISCERALE PELVIENNE**

On peut mieux les concevoir grâce à l'étude des empreintes vaginales, ainsi que par l'évolution dynamique du colpocystogramme normal bien détaillé grâce aux travaux de J. Hugier et son école à partir des recherches originales d'A. Bethoux (10).

**I. EVOLUTION DYNAMIQUE DU COLPOCYSTOGRAMME NORMAL**

On distingue 3 systèmes classiques :

- . Soutènement,
- . Suspension,
- . Orientation.

**A SOUTÈNEMENT**

Contrairement aux quadrupèdes dont l'utérus gravide repose sur la paroi abdominale antérieure, chez la femme, il se déplace en bas et en arrière du fait de la station debout et des connexions postéro-latérales de la matrice.

- L'incurvation du plan sacro-coccygien s'oppose à la poussée abdominale antérieure (peut neutraliser une pression de 10 kg/cm<sup>2</sup> Farabeuf).

- L'utérus évolue dans le pelvis osseux, celui-ci est un élément de tore creux, dont la courbe axiale est parallèle à la concavité sacro-coccygienne. Chez la femme debout, l'utérus garde le contact avec le rectum et vient à l'effort verrouiller le cul de sac de Douglas, c'est-à-dire prenant appui très en arrière au delà du cap anal, sur la butée que forme le coccyx et le raphé musculo-aponévrotique ano-coccygien.

La charnière capitale du point d'appui est "l'universal joint cervix", au sommet de l'angle d'antéflexion utérine. C'est donc la butée coccygo-raphélienne qui est physiologiquement le véritable soutènement du tube génital.

## B SUSPENSION

Quand la poussée viscérale se relâche, l'utérus et les autres viscères pelviens sont soumis à la traction élastique de deux systèmes de suspension:

### + L'amarrage antérieur:

Constitué par la musculature des releveurs mobilisant les différents aponévroses pelviennes et leurs raccords viscéraux:

- .. la jonction uréthro-vésicale,
- .. la face antéro-inférieure de la vessie,
- .. la moitié inférieure des bords latéraux du vagin,
- .. et le canal anal sont rattachés à l'arc osseux pelvien, à la partie basse de la paroi abdominale antérieure.

### + L'amarrage postérieur:

Il est formé par:

- .. les ligaments utéro-sacrés,
- .. les paramètres,
- .. Les ailerons vésicaux et vaginaux.

L'ensemble forme un système qui rattache les bords latéraux du plancher vésical et le col de la vessie, les cornes vésicales, la moitié supérieure des bords latéraux du vagin, l'isthme utérin à la partie postéro-latérale de l'arc osseux pelvien.



Ce système ou retinaculum vésico-génital postérieur est essentiellement passif car il est surtout fibreux donc peu élastique.

En conclusion, ces deux dispositifs conditionnent la mobilisation passive, lors de l'effort des organes pelviens, constituant en un mouvement de translation s'effectuant de haut en bas et d'avant en arrière.

### C L'ORIENTATION

La suspension isthmique place le corps utérin dans l'axe des forces de pulsion dirigées en bas et en arrière et le col utérin dans l'axe des forces dirigées en bas et en avant: ceci assume l'antéflexion utérine. L'antéflexion est conditionnée par la suspension isthmique postérieure et par l'existence du cap vaginal et des ligaments ronds.

Ce dispositif élastique maintient l'antéflexion quand l'utérus se déplace en arrière et quelque soit le degré de répletion vésicale.

Entre les deux systèmes d'amarrage, le plancher vésical est mal étayé: le fascia péri-vaginal (fascia de Halban) est le seul à fermer un hiatus sous lequel les parois du vagin se dérobent à l'effort.

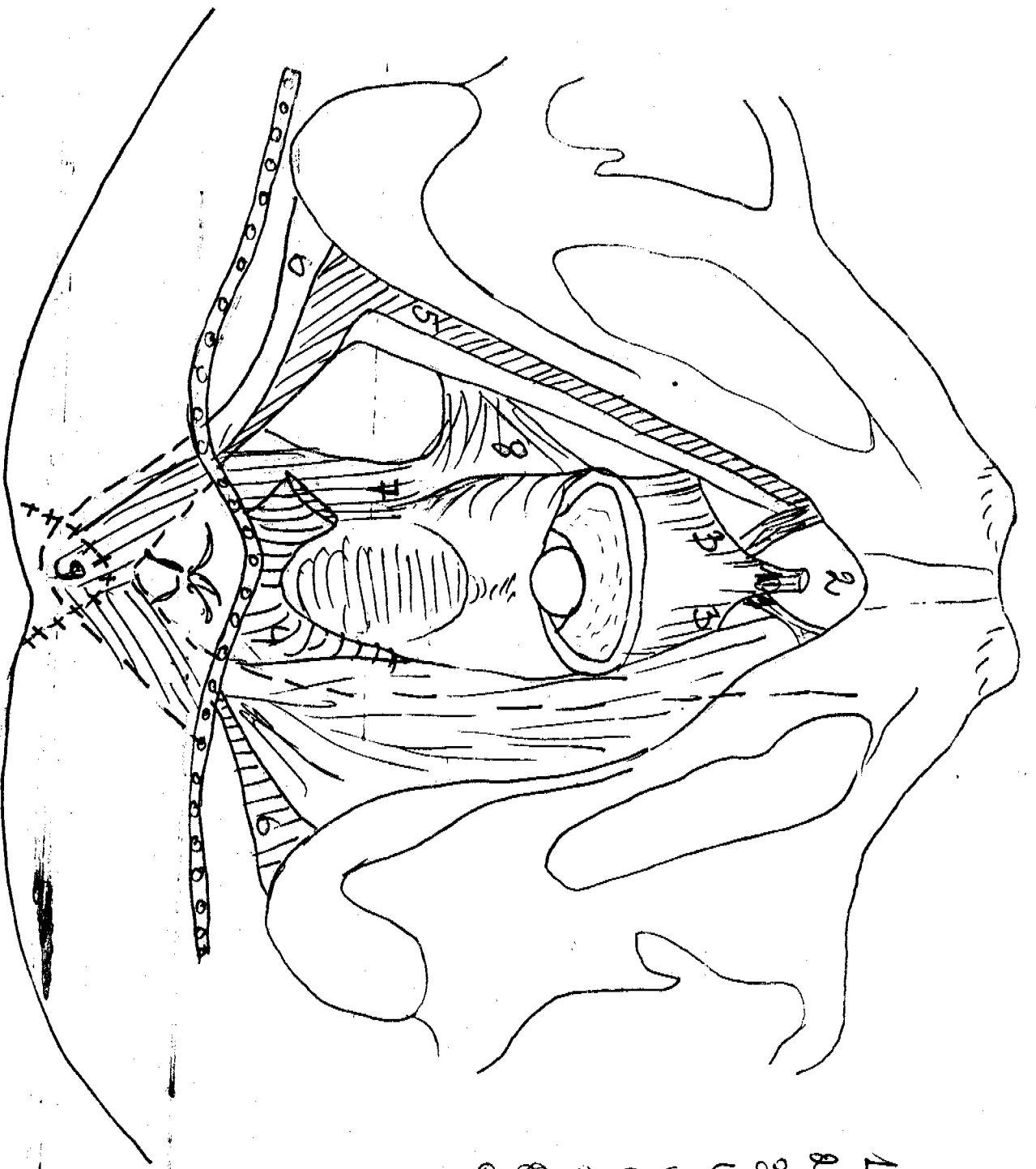
C'est la raison pour laquelle les relachements isolés ou associés des deux systèmes suspensifs sont plus souvent à l'origine des prolapsus vaginaux et ont pour expression clinique la cystocèle: (hernie du plancher vésical à travers la paroi vaginale antérieure en direction de l'orifice vulvaire), on peut aussi l'appeler cystoptose, lorsque la descente de l'organe est accentuée.

## II SUBSTRATUM ANATOMIQUE A L'ORIGINE DE CETTE STATIQUE DES VISCERES PELVIENS

DuFour et Ternon ont souligné la solidarité

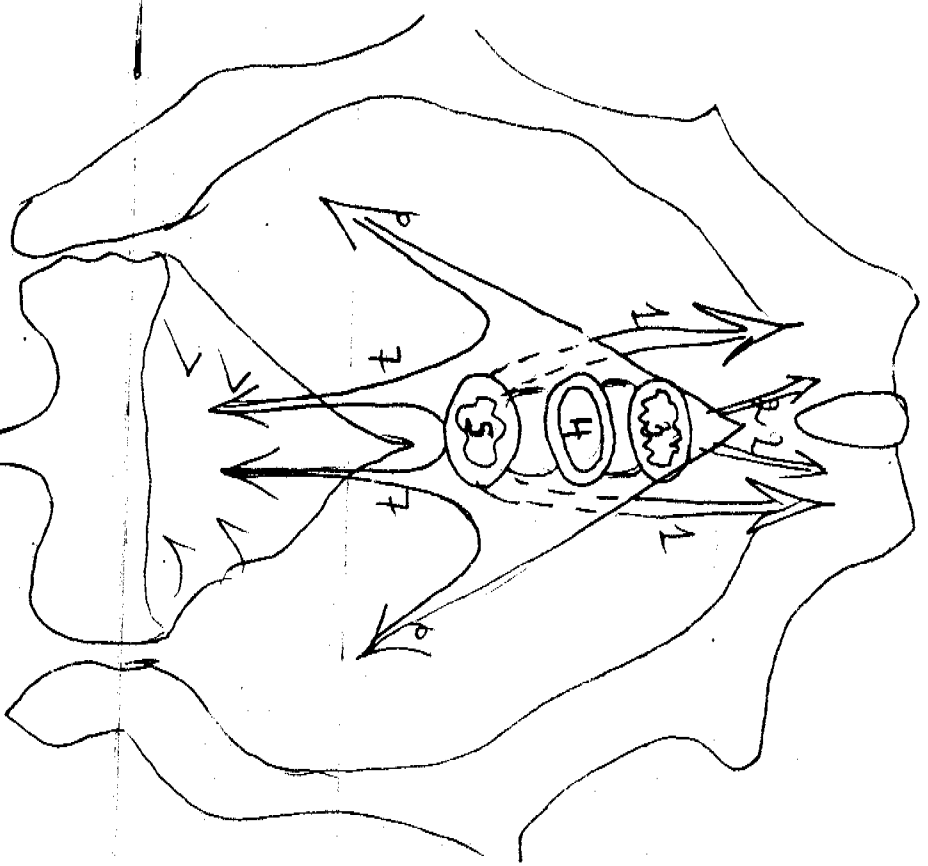
- . anatomique
- . physiologique
- . et même embryologique du système urinaire bas, avec l'utérus et le vagin.

En fait, cette solidarité s'étend à l'ensemble des viscères pelvi-périnéaux. Cela est visible sur une coupe sagittale d'un bassin de femme. Etude que nous ne détaillons pas.



- 1 Ligament utero-pubo-ovis Vesical
- 2 Lambe pube-vaginale
- 3-Lambe Vesico-vaginale
- 4- Faisceau pubo-rectal du releveur
- 5- Faisceau sphincterien du releveur
- 6- Ischio-coccygien
- 7- Lambe perito-sacree
- 8- Aillon visceral commun
- 9- Rafle ano-coccygien

Vue Perineale du Systeme d'ampassage et de soutienent  
 figure 1



- 1- Fourreau du pénis - vaginal du relâchement
- 2- Ligament sous-pénis - sous-urétral
- 3- Vessie
- 4- Tube genital
- 5- Rectum
- 6- Arrière viscéral commun
- 7- Lane vas-génito - base

Figure 2

Une schématique pénétrante du système d'arrangement et de soutien

#### IV ANATOMIE FONCTIONNELLE DU PELVIS ET DE SON CONTENU VISCERAL

##### I COMPORTEMENT STATO-DYNAMIQUE DES VISCERES PELVI-PERINEAUX LORS DES CONTRACTIONS MUSCULAIRES PARIETALES VOLONTAIRES

(...<sup>9</sup> 38 46.)

C'est une étude nécessaire pour comprendre les mécanismes physiopathologiques des troubles résultant des détériorations tissulaires et la valeur réelle sur le plan chirurgical des connexions viscérales et pariétales de l'utérus et du vagin.

##### Conditions d'Exploration

Elles ne doivent pas entraver le jeu viscéral physiologique.  
L'animation doit être étudiée chez la femme debout.

##### A LES CONTRAINTES:

En dehors des contraintes balistiques provoquées au cours des rapports sexuels, les viscères pelviens subissent d'importantes contraintes, de pression.

##### 1. Le poids des viscères:

Il n'intervient qu'en station debout, dans cette posture, le poids des viscères multiplie par trois la pression intra-abdominale dans le pelvis. Cette pression de type hydrostatique est augmentée chez l'obèse et au cours de la grossesse.

##### 2. La pression intra-abdominale-pelvienne:

La pression en dehors de l'effort est d'environ 8 mmHg. Le port d'une charge accroît les contraintes au niveau des viscères pelviens.

- Pendant l'effort de toux spontanée, elle est multipliée par 10;
- Pendant la course et le saut, la pression augmente à chaque pas.

Les travaux de Grillner (38.) ont montré qu'il y a augmentation de la pression intra-abdominale juste avant le contact du pied au sol. A chaque contact, avec le sol, la partie supérieure du corps exerce des contraintes vers le bas sur la cavité abdomino-pelvienne comparée à un "ballon amortisseur" de pression en balance avec la colonne vertébrale.

- \* Si les parois du "ballon abdomino-pelvien" sont en bon état, il y a une augmentation de la pression intra-abdomino-pelvienne d'origine pariétale qui s'oppose aux contraintes verticales.
- \* Par contre, si les parois sont faibles, il n'y a pas d'augmentation de la pression intra-abdomino-pelvienne d'origine pariétale.

Les contraintes verticales seront supportées passivement par les parois abdominales qui se détendent, les muscles éleveurs de l'anus et le périnée, en particulier se distendent et s'affaissent.

Toutes ces réflexions doivent amener les femmes à renforcer leurs parois abdomino-pelviennes avant de porter des charges importantes, ou de pratiquer les sports nécessitant des efforts et des sauts.

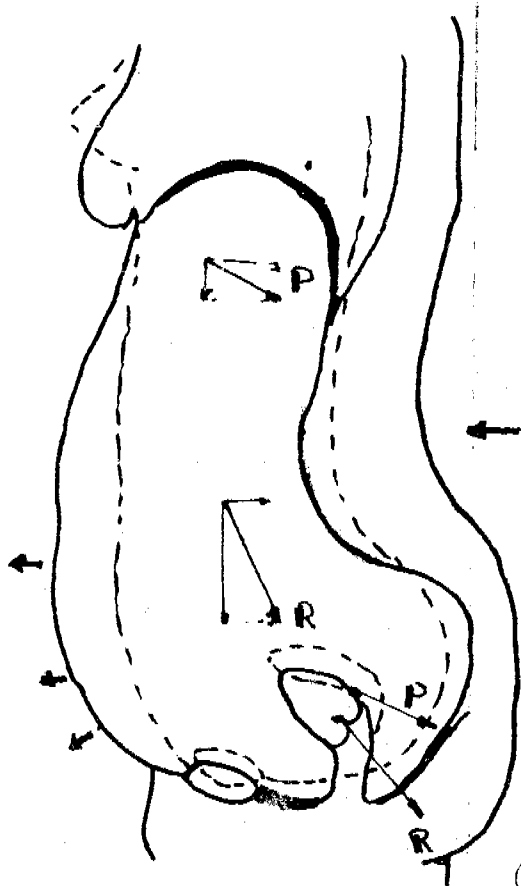
### 3. La direction des forces: (Fig. 3)

Chez une jeune femme, la résultante des forces de pression abdominale se dirige vers le périnée postérieur, sens de la translation des viscères au cours de l'effort.

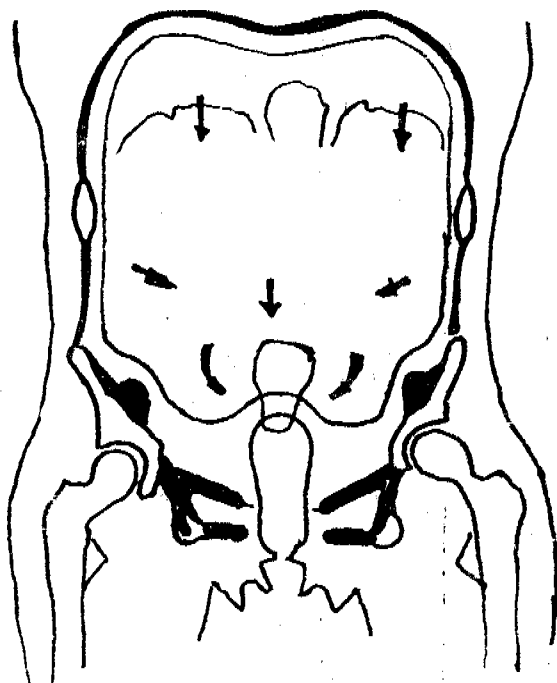
Chez la femme âgée, ménopausique et chez l'obèse, le relâchement des muscles extenseurs du rachis et des muscles de la paroi abdominale entraîne une accentuation de la cyphose thoracique et de la lordose lombaire, le bassin se met en antéversion.

Par ailleurs, la sangle abdominale perd de sa tonicité, tandis que les pressions supérieures augmentent souvent (surchage pondérale).

Figure 3



Direction des forces  
chez la femme jeune (P)  
la femme âgée (R)



Rôle des pressions abdomino-  
thoraciques sur les parois latérales  
du vagin

La résultante des forces se dirige donc vers la fente vulvaire. La sommation des contraintes favorise la descente des cols utérin et vésical.

## **B DYNAMIQUE DES VISCERES PELVIENS:**

Les déplacements des viscères sont objectivés par le colpocystogramme mis au point par A. Bethous (3) en 1961. Cette exploration, dans les conditions physiologiques, visualise les viscères entre l'effort de pousser et l'effort de retenir.

### **1. Au cours de l'effort de retenir:**

C'est-à-dire avec contraction du diaphragme pelvien, on observe la formation ou l'accentuation de trois angles viscéraux à sommet antérieur: les angles uréthro-vésical, vaginal, et ano-rectal.

L'opacification radiologique des muscles éleveurs de l'anus par Berglas et Rubin (8.) a montré que leurs contractions entraînent l'ascension du périnée postérieur et du coccyx avec réduction de la fente urogénitale de 0,5 cm.

### **2. Au cours de l'effort de pousser:**

C'est-à-dire avec la contraction du diaphragme thoracique et de la paroi antéro-latérale de l'abdomen, on observe:

- Un déplacement général des viscères d'avant en arrière et de haut en bas, avec une atténuation ou disparition des angles viscéraux ;
- Une ampliation de la paroi antérieure qui perd sa convexité inférieure. Le col vésical, qui ne s'éloigne pas de la symphyse pubienne, reste au dessus de son bord inférieur ;
- Le col utérin et le col vésical restent sensiblement à la même distance et à la même hauteur, c'est-à-dire au dessus du plan du diaphragme pelvien, donc dans l'enceinte manométrique abdomino-pelvienne ;



- L'occlusion du segment pelvien de l'urètre et du vagin est renforcée par l'augmentation des pressions latérales qu'ils subissent.

## II MODIFICATIONS GRAVIDO-PUERPERALES

Au cours de l'accouchement, on observe de nombreuses modifications des structures de maintien des viscères pelviens. Certaines restent discrètes et inapparentes pour ne se manifester qu'à la périménopause.

- (1) Les ligaments génitaux subissent une élongation due à la traction du col et du fornix vaginal ;
- (2) Les septums peuvent glisser au cours de la descente et de la présentation ou des manoeuvres obstétricales et entraîner la désolidarisation viscérale partielle ;
- (3) La continuité du fascia vaginal et celui du diaphragme pelvien peuvent se réduire sous l'effet d'un phénomène de piston au cours de la descente de la tête ;
- (4) Le diaphragme pelvien peut se détendre avec des déchirures interstitielles de sa partie interne, ou des désinsertions terminales des fibres musculaires au niveau du centre tendineux du périnée ;
- (5) Au niveau du périnée, on note une élongation de l'urètre et de son sphincter.

## III MODIFICATIONS MENOPAUSIQUES

Elles sont à la fois histologique, morphologique et fonctionnelles.

1. Involution des Fascias et ligaments:

En vieillissant, les fibroblastes pelviens présentent:

- Une diminution des mitoses conduisant à la réduction et à l'amincissement des ligaments viscéraux et des fascias,
- Perdent leurs activités sécrétoires et leurs cytoplasmes s'appauvrissent en organites.
- Les lames élastiques sont alors progressivement remplacées par des fibres de collagènes.
- Le tissu conjonctif lui est envahi par du tissu graisseux.
- Les fascias et ligaments se détendent et se rompent facilement.
- Les fibres musculaires lisses des ligaments regressent en liaison avec l'hypoestrogénie

2. Involution des muscles striés pelviens:

- La sclérose de certaines artères réduit la valeur fonctionnelle des éléments musculaires,
- Chez la multipare, les cicatrices fibreuses résultant des lésions musculaires interstitielles obstétricales, se manifestent par un relâchement,
- Après 50 ans, il y a une chute progressive de l'activité tonique et rapide de l'activité phasique des muscles abdomino-pelviens. Ceci pouvant se manifester d'abord par une IUE avant le prolapsus ; le muscle éleveur de l'anus perdant d'abord sa faculté de s'adapter aux contraintes brèves (toux etc.)
- chez l'obèse, les performances musculaires s'effondrent plus rapidement encore. Au total, le diaphragme musculaire pelvien perd très vite sa valeur fonctionnelle après 50 ans d'autant plus que la femme sera obèse.

3. **Le Vagin:**

Il perd de sa tonicité et de sa longueur (2 cm environ). Cette diminution porte sur la région du fornix et entraîne une descente du col qui se rapproche de la vulve. Cette translation est d'autant plus accusée que le fornix est mal amarré par des ligaments distendus.

INTERET CLINIQUE, PHYSIOPATHOLOGIQUE ET CHIRURGICAL  
DE CES DONNEES ANATOMO-FONCTIONNELLES (10-74)

Que faut-il retenir de l'étude précédente.

- (1) Le soutènement de l'axe utéro-vaginal se trouve normalement très en arrière du cap anal dans le périnée postérieur au niveau du tiers postérieur de la cuvette pelvienne.
- (2) Lemaintien de la triple coudure de cet axe (antéversion, antéflexion, cap-vaginal) est assuré par un double système suspensif dont l'antérieur est animé par les muscles releveurs.
- (3) Au sein de l'espace sous-péritonéal, il existe des formations ligamentaires essentiellement fibreuses et aponévrotiques dont le réseau présente de nombreuses variations, congénitales ou acquises.
- (4) Le relâchement, isolé ou associé de ces formations, qui suspendent les viscères aux parois pelviens, explique le polymorphisme clinique des détériorations observables. Il s'agit essentiellement de :
  - Prolapsus vaginaux,
  - Retrodéviation,
  - Allongement du col,
  - Incontinence urinaire,
  - et des colpocèles non habitées.

**A** PROLAPSUS VAGINAUX

Ils traduisent la détérioration de l'un ou l'autre des systèmes suspensifs, le plus souvent des deux.

L'expression clinique la plus fréquente est la cystocèle.

Pour que soit conservée ou reconstituée, la fixation postéro-latérale de l'utérus (ce qui permet son maintien et son évolution dans la partie postérieure de l'excavation), il faut :

- que le situs viscéral assure l'antéflexion et l'antéversion utérine,
- que le verrouillage du Douglas s'effectue par le maintien du contact utéro-rectal,
- que le col utérin ne s'allonge pas grâce à son pilonnage à chaque effort sur la butée coccygo-raphélienne,

Ainsi, toute opération qui amène l'utérus en avant:

- ouvre le Douglas,
- supprime le pilonnage,
- prédispose à l'allongement du col:
  - .. soit intravaginal, s'il repose dans le vide,
  - .. soit supravaginal, si le fond utérin est ventrofixé.

On comprend alors:

- L'amputation du col (qui l'attire en avant) dans l'opération de Manchester,
- La plicature préisthmique des utéro-sacrés (selon Shirodkar ou Musset) qui corrige la tendance de l'utérus à la rétrodéviation, et l'oblige à rester ventroplacé en orientant l'isthme utérin en haut et en arrière.

## B RETRODEVIATION UTERINE

Tout relâchement de la suspension de l'organe va reporter l'isthme utérin en avant et en bas, ce qui donne une plus grande efficacité au bras de levier de la résultante d'expulsion de la poussée d'effort. Ceci détermine la desaxation utérine amorçant la rétrodéviation. Cela donne comme conséquences :

- En rétroversion complète, la face postérieure du fond utérin vient se bloquer contre la butée coccygo-raphélienne, jouant alors le rôle d'un "pessaire", retardant ainsi l'apparition du prolapsus.

- La suspension élastique de l'utérus est sollicitée par une poussée d'effort dont l'action s'exerce selon une direction générale liée à la forme de la cavité pelvienne. Cette élasticité des suspenseurs et leur tonicité étant conservées, la conformation du cadre osseux pelvien joue alors un rôle dans la statique génitale de la femme.

Or chez la femme debout, la courbe axiale du cadre osseux pelvien peut varier. Cela dépend :

- .. de l'angulation de la charnière lombo-sacré,
- .. de la nutation plus ou moins marquée du sacrum,
- .. du degré d'écartement des ischions,
- .. de la profondeur de la concavité sacrée,
- .. de l'avancée de la pointe coccygienne,

Ces notions expliquent que l'on peut observer des rétrodéviations primitives chez la vierge ou la nullipare, et des syndromes d'algies pelviennes orthostatiques. De tous ces éléments, un seul ne changera pas, c'est la profondeur de la concavité du sacrum ; tous les autres vont être modifiés par la grossesse et l'accouchement.

## C L'ALLONGEMENT DU COL

A. Bethoux en 1966 écrivait: Une désaxation de l'utérus peut s'amorcer par le relâchement discret de sa suspension faisant quitter au col son appui à l'effort sur la butée ano-coccygienne:

- \* Si les ailerons vaginaux ont gardé une efficacité relative, on observe un allongement dit hypertrophique de la portion intravaginale du col, car rien ne s'oppose à son accroissement en longueur en direction du vagin dans l'axe duquel il s'est placé grâce également aux efforts de poussée abdominaux. Ainsi, c'est le plus fréquemment que sa lèvre antérieure s'allonge puisqu'elle ne rencontre rien: c'est l'origine de l'allongement tapiroïde.

- \* Si les ailerons vaginaux sont relâchés, on observe l'étirement de la portion supravaginale du col, qui est dit atrophique (fréquent quand l'utérus a subi une ventrofixation).
- \* L'hystérocèle (ou hystéroptose) peut se produire sans allongement cervical quand les ligaments utérins et les ailerons vaginaux ont lâché en même temps.

#### D L'INCONTINENCE URINAIRE

- \* On pourrait penser à priori qu'elle résulte de la détérioration de l'un ou l'autre des systèmes suspensifs du bas appareil, ou des deux réunis.
  - Perte de l'élasticité de la suspension antérieure de la jonction uréthro-vésicale,
  - Relâchement de la fixation supérieure des bords latéraux du plancher vésical.

Le colpocystogramme de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) chez les femmes sans prolapsus vaginal permet d'isoler deux formes anatomo-radiologiques :

##### 1er Type:

L'image vésicale est figée, est plaquée à l'effort contre le pubis. Le col s'ouvre en entonnoir, laissant passer l'urine dans un conduit élargi. C'est la vésicalisation uréthrale de langreder, par dissociation du mouvement de ses 2 berges vers le bas et l'arrière au moment de l'effort, alors que normalement, les 2 berges se déplacent en restant accolés.

Ce type I (antérieur) semble répondre anatomiquement à une perte d'élasticité de la suspension antérieure de la jonction uréthro-vésicale.

## 2e Type:

La base vésicale se déplace considérablement vers le bas au moment de l'effort. Le col vésical vient affleurer le plan vulvaire ou même sortant de l'enceinte manométrique abdominale, alors que la calotte y demeure.

L'urètre ne se vésicalise pas, mais laisse passer un peu d'urine au moment du forcing du col à l'effort. C'est le type II (postérieur) traduisant un relâchement du système suspensif supérieur des bords du plancher vésical. Il s'agit donc d'une cystoptose qui existe isolement sans cystocèle.

Il peut arriver qu'il est une combinaison des deux types d'incontinence.

- \* On peut observer ailleurs que pendant l'accouchement, au niveau du périnée, on a une élongation de l'urètre et son sphincter.

.. l'élongation de l'urètre pendant la grossesse est responsable des modifications de l'angle vésical postérieur et de l'IUE du post-partum.

Pour certains auteurs plus de la moitié des accouchées présentent une IUE regressant rapidement (43)

.. l'élongation du sphincter de l'urètre est constante au cours de l'accouchement. Au moment de l'expulsion, si la dilatation de la partie périnéale du vagin est importante, le sphincter de l'urètre qui est solidaire de la paroi vaginale par ses fibres périphériques est aussi tendu. Le maximum d'élongation vaginale avec lésion sphinctérienne sera vite atteint en présence donc d'un périnée surdistendu. D'où l'intérêt dans ce cas de l'épisiotomie qui constitue un acte préventif de l'IUE se manifestant à la périménopause (45)



- \* Tous les prolapsus ne s'accompagnent pas d'incontinence urinaire d'effort, mais plutôt d'une rétention chronique incomplète avec miction par régorgement.

Cela semble s'expliquer par le fait que l'un des réservoirs viscéraux prolapsés viennent faire pelote à l'effort en avant, sous la jonction uréthro-vésicale, ou sous l'urètre, ce qui masque la vésicalisation ou la cystoptose.

Alors, dans ces conditions, une suppression chirurgicale de l'élément "pessaire" du prolapsus risque de démasquer l'incontinence si un geste complémentaire n'est pas fait pour l'éviter.

#### **E LES COLPOCELES NON HABITEES**

- La béance vulvaire due aux lésions périnéales,
- Le raccourcissement vaginal dû au recul de la commissure vulvaire,
- La verticalisation du vagin due à la bascule du sacrum,
- La non occlusion vaginale à l'effort due au déficit des releveurs,

peuvent entraîner des colpocèles antérieures ou postérieures dites par déroulement et cela en l'absence d'altération des moyens de fixation des viscères. Elles sont dites non "habitées" car ne correspondent pas à une hernie des organes avec lesquels les parois sont en rapport (vessie et urètre en avant rectum en arrière).

Ces colpocèles sont bien objectivées par le colpocystogramme. Il s'agit de véritables hernies des parois vaginales réfoulées à travers la fente génitales béantes, par la pression abdominale augmentée par l'effort. Ces hernies arrivent à dissocier la solidarité vésico-vaginale et même uréthro-vaginale.

C'est donc un prolapsus de "peau" dont la cure de prolapsus chirurgical a des résultats très satisfaisants.

## V FACTEURS ETIOLOGIQUES (11. 5. 10. 33.)

Plusieurs facteurs interviennent dans la génèse des prolapsus. On peut les classer en:

- Facteurs congénitaux,
- Facteurs acquis.

### A LES FACTEURS CONGENITAUX

Ils sont toujours difficiles à démontrer, ils restent cependant les seules explications aux prolapsus des nullipares, (1 cas dans notre étude). Ils 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 d'un 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, l'hyperlordose fréquente.

### B LES FACTEURS ACQUIS

Ces facteurs peuvent être traumatiques ou tissulaires.

#### I FACTEURS TRAUMATIQUES ACQUIS

Ils comprennent :

(1) Le Traumatisme Obstétrical

Des études rétrospectives ont mis en évidence le rôle prépondérant du traumatisme obstétrical. Ces études ont démontré que :

- Les dégâts apparaissaient lors du premier accouchement,
- La déchirure ou l'absence d'épisiotomie avait un rôle néfaste. En effet, habituellement le degré de prolapsus est corrélé à l'âge et à la parité. Or, cette corrélation n'existe plus dès lors qu'il y a eu déchirure. Le tout se passe <sup>comme</sup> si la déchirure représentait un évènement capital dans l'évolution "naturelle du prolapsus", en le rendant indépendant de l'âge et de la parité qui, eux, jouent sur le facteur tissulaire.

Les mécanismes expliquant le prolapsus de cause obstétricale sont de trois types :

- Désolidarisation des organes entre eux par atteinte des fascias,
- Etirement ou affaiblissement des formations musculaires assurant par leur tonus et ou leur contraction une dynamique correcte des éléments du petit bassin.

(2) Le Traumatisme Chirurgical n'est pas à négliger.

a. La chirurgie d'Exérèse:

- L'hystérectomie peut-être accusée de favoriser le prolapsus dans plusieurs circonstances :
- .. Après exérèse d'un utérus volumineux à développement abdominal qui assurait une véritable suspension artificielle des éléments du tube génital du fait même de son volume,

- .. Après hystérectomie totale avec section des éléments de suspension (ligaments utéro-sacrés essentiellement) lorsque ceux-ci ne sont pas réinsérés sur le vagin, lors du temps de suture de la tranche vaginale.
- .. Lors d'exentérations pelviennes soit antérieures, soit surtout postérieures, qui entraînent une bascule des éléments restants.

b. La chirurgie fonctionnelle:

Modifiant les rapports entre différents organes pelviens.  
Citons pour exemples :

- La classique ventrofixation utérine ouvrant le cul-de-sac de Douglas et favorisant l'élytrocèle.
- Les interventions de colpocléisis qui, du fait de l'accolement vésico-rectal, favorise la béance du col vésical.

## II FACTEURS TISSULAIRES ACQUIS

L'atrophie musculaire et aponévrotique, le plus fréquemment post-ménopausique, justifie le traitement hormonal de la ménopause ; elle peut-être aussi secondaire à une carence nutritionnelle, à l'hypo-activité, à un amaigrissement: l'âge en est habituellement le dénominateur commun.

Tous ces facteurs étiologiques peuvent s'associer à des degrés divers, ce qui explique le grand nombre de formes cliniques rencontrées.

Il s'agit dans nos cas, en majorité de prolapsus du 3e degré. La rectocèle vraie est rare, même quand le périnée postérieur est délabré. Dans les retroversions utérines associées, l'hystérocèle est le plus souvent remplacée par un allongement plus souvent hypertrophique qu'atrophique du col. Il y a exceptionnellement des prolapsus partiels. Dans la majorité des cas, l'initiale procidence du vagin à travers la déficience périnéale entraîne à sa suite la chute de l'utérus.

Bien qu'il soit difficile de faire la différence entre "ptose" et "cèle", on peut distinguer parmi les états anotomo-cliniques du prolapsus génital proprement dit:

A LES COLPOCELES

(1) La Colpocèle Antérieure ou procidence de la paroi antérieure du vagin. Elle semble toujours être la première étape d'un prolapsus en voie de réalisation. Elle peut comporter plusieurs aspects:

- l'uréthrocèle: qui existe rarement à l'état isolé,
- la cystocèle: isolée est la lésion la plus courante,
- l'uréthrocystocèle: est un aspect plus rare.

(2) La Colpocèle Postérieure elle n'existe jamais isolément. Si elle existe, elle est toujours associée à la précédente, mais, sans être forcément équivalente. Elle correspond au déroulement des deux tiers supérieurs de la paroi vaginale postérieure qui se déroule.

Elle est mieux appréciée par le toucher rectal (TR) permettant l'extériorisation sur le bout de l'index.

Le tiers inférieur du vagin étant cravaté par la sangle des réleveurs, adhère au noyau fibreux du périnée et reste ainsi en place, donc la colpocèle postérieure s'accompagne rarement de rectocèle vraie.

#### B L'HYSTEROCELE ou PROLAPSUS DE L'UTERUS.

Elle se voit rarement à l'état isolé, plus fréquemment, elle est secondaire à la procidence du vagin. Dans les grands prolapsus, l'utérus est complètement extériorisé entre la descente des deux parois vaginales, il pend en permanence à la vulve en "battant de cloche".

#### C L'ELYTROCELE

Elle correspond à la hernie intra-vaginale à travers le foramen de Meigs du cul-de-sac de Douglas qui est anormalement profond et qui bombe à l'effort sous forme d'une saillie que l'on peut confondre avec une rectocèle.

Elle est mieux explorée par le toucher vaginal (TV) combiné au (TR). Elle peut-être habitée par des anses intestinales reconnues par leur gargouillement, ou par l'épiplon dont l'aspect est grenu au toucher combiné. Elle est d'observation très rare. Ainsi, nous n'en avons pas rencontrée au cours de notre étude.

#### D LES LESIONS ASSOCIEES

Elles sont fréquentes et souvent masquées. Néanmoins, on doit s'efforcer d'apprécier leur polymorphisme et leur retentissement fonctionnel.

##### (1) Etat de la muqueuse vaginale

Elle est toujours de bonne trophicité chez les femmes en pleine période d'activité hormonale. Mais, elle est souvent le siège d'une infection surajoutée (trichomoniose, candidose, germes banaux y compris le gonocoque).

Par contre, chez la femme ménopausique, elle peut-être sèche, prenant un aspect blanc nacré, dû essentiellement à la déficience oestrogénique. Il est rare qu'elle s'ulcère en cas de son extériorisation complète et irréductible dans les grands prolapsus (troisième degré). Signalons qu'on a rencontré cet aspect irréductible du prolapsus.

(2) Etat du col utérin

Le col utérin peut-être le siège de lésions dystrophiques inflammatoires banales.

Les exulcérations, leurs ectopies, les ectropions sont courants, de même que l'adénomatosose et les séquelles de déchirure obstétricale. Des examens complémentaires sont souvent nécessaires dans les cas douteux pour éliminer l'association avec une syphilis, un herpes, une tuberculose, un cancer, une bilharziose. Signalons que nous n'avons pas eu à faire chaque fois ces examens, vus les moyens limités des patientes.

Les modifications portant sur la longueur, l'épaisseur du col doivent être bien diagnostiquées avant toute intervention, en raison de leur incidence thérapeutique. Ainsi, on peut rencontrer :

- Un allongement hypertrophique: la portion intra-vaginale du col démesurément allongé et tronconique, fait saillie en museau de tapir, ou en penis de chien à la vulve.
- Un allongement atrophique: il accompagne la rétrodéviation avec rétroflexion utérine accentuée.

Le corps utérin descend peu, même à l'effort. C'est surtout la portion sus-vaginale du col qui subit un amincissement et un étirement.

Notons qu'il n'est pas rare chez la jeune femme, par contre il n'est pas rare de palper des cols dont le diamètre ne dépasse pas celui d'un auriculaire chez la femme aux

alentours de la ménopause.

- (3) Etat du corps utérin: il peut s'agir de
- métrite associée à une salpingite qui peut-être bilatérale.
  - Fibrome d'observation très rare dans notre échantillon.
  - Retroversion plus fréquente.
  - Adénomyomatose plus rare.
- (4) Etat de la Vessie: on peut observer:
- La cystite qui est plus fréquente dont le diagnostic différentiel avec la bilharziose (antécédant courant) n'est pas facile.
  - Par contre, l'incontinence urinaire d'effort orthostatique (IUE) n'est pas fréquente dans notre étude. Il est exceptionnel qu'elle constitue une infirmité dominante faisant amener la patiente en consultation, celle-ci préférant la cacher.
  - La fuite modérée des urines est banale et n'accompagne pas forcément les grandes cystocèles.
- (5) Le Périnée Postérieur: dont on apprécie.
- L'état cicatriciel,
  - évasé avec une déficience ou non du sphincter anal.
- (6) Etat de l'Urètre: dont on s'efforce à rechercher.
- Une sténose cicatricielle,
  - Une infection,
  - Un Kyste sous-urétral.
- (7) Etat des uretères: grâce à l'interrogatoire, on doit rechercher la notion de lombalgies. En principe, son existence impose la pratique de l'urographie intraveineuse (UIV), que nous n'avons pas systématiquement pratiqué compte



tenu toujours des moyens limités de nos patientes. L'UIV voit sont indication car dans les grands prolapsus (3e degré), le pédicule utérin prolabé peut comprimer ou couder l'uretère.

(8) Lésions gynécologiques surajoutées: elles sont très fréquentes et nécessitent un examen gynécologique minutieux. Ainsi, on pourra déceler:

- un kyste de l'ovaire,
- une annexite ou séquelle, sans ou avec stérilité (rare dans notre étude),
- varicocèles infundibulo-pelviennes,
- syndromes de Masters et d'Allen,
- endométriose.

(9) Etat général et trophique: n'est pas à négliger. On s'efforcera d'apprécier les troubles nutritionnels et les carences.

- un polyparasitisme,
- une drepanocytose,
- un déficit en G6PD,
- une anémie,
- une infection latente.

Signalons que les vagins extériorisés d'aspect sec et kératinisé et les cols exulcérés ont bénéficié d'un traitement local attentif avant l'intervention.

Reconnaitre un prolapsus total extériorisé est facile (5), le classer est également sans difficultés de nos jours. Cependant, la clinique pour évidente qu'elle soit, comporte un certain nombre de pièges qu'il faut dépister.

#### A CIRCONSTANCES DE DIAGNOSTIC

Le plus souvent, les femmes consultent pour une extériorisation progressive du prolapsus, provoquant ainsi une gêne fonctionnelle de plus en plus importante et une sensation de pesanteur pelvienne, augmentée par l'orthostatisme ou l'effort.

Elles peuvent consulter aussi pour une symptomatologie urinaire:

- incontinence urinaire d'effort,
- dysurie,
- mictions impérieuses
- dyspareunie.

Enfin, on peut constater le prolapsus modéré, bien toléré lors d'une consultation gynécologique de routine.

#### B L'INTERROGATOIRE

C'est un temps capital. Il précisera :

- l'âge de la patiente,
- les tares générales (parasitose, drépanocytose, tuberculose etc.)
- les antécédants gynécologiques: activité génitale, et si la femme est ménopausée, l'ancienneté et le

déroulement de la ménopause dont on appréciera l'influence sur le prolapsus.

- les antécédants obstétricaux: les facteurs étiologiques sont à rechercher: dystocie, manoeuvre instrumentale, déchirure périnéale, accouchement rapide. On précisera également le désir de grossesse chez les jeunes femmes.
- les caractères du prolapsus:
  - .. date d'apparition,
  - .. aggravation récente,
  - .. circonstances favorisantes (obésité, amaigrissement, constipation fréquente en Afrique, toux chronique).
- le passé chirurgical: qui est souvent impossible à étayer du fait de l'absence de protocole opératoire.
- les troubles fonctionnels:
  - .. les douleurs: fréquentes, mais souvent mal analysées,
  - .. les métrorragies à bien analyser pour ne pas méconnaître un processus malin du col ou de l'utérus.
  - .. les leucorrhées,
  - .. les dyspareunies,
  - .. les troubles urinaires, ce sont :
    - . dysurie, pollakiurie,
    - . cystite (antécédant de bilharziose),
    - . blûlure mictionnelle,
    - . cystalgies à urines claires,
    - . plus rarement incontinence d'urine au moindre effort.
  - .. les troubles rectaux :

- . la constipation plus fréquente,
- . rarement incontinence aux gaz et ou aux selles liquides, témoin d'une lésion sphinctérienne associée.

- Enfin, la vie sexuelle et le désir de la conserver (surtout chez les ménopausiques).

## C L'EXAMEN CLINIQUE

Il se pratique sur la femme en position gynécologique, puis debout et accroupie, vessie pleine. Il a 3 buts :

- qualifier et quantifier le prolapsus,
- apprécier la valeur des tissus périnéaux et des releveurs,
- faire un bilan gynécologique et un examen général complet.

### L'Inspection

Apprécie la vulve au repos qui peut révéler un prolapsus totalement extériorisé, une fourchette vulvaire béante, des cicatrices de déchirure périnéale, mesurer la distance ano-vulvaire. L'inspection de la vulve pendant les efforts de poussée doit porter sur le prolapsus lui même et l'incontinence urinaire.

### Le Prolapsus

Peut comporter plusieurs éléments:

- le déroulement de la paroi antérieure du vagin: colpocèle antérieure et cystocèle, intéressant ; à la partie haute de la vessie (aspect lisse de la face antérieure du vagin) et, à la partie basse, l'aspect strié transversalement: l'urètre. La mise en place d'une sonde urétrale peut aider

au diagnostic d'urétrocèle en étudiant l'orientation de la sonde au repos et à l'effort.

- le déroulement de la paroi vaginale postérieure: paroi explorée à l'aide d'une valve démontée du spéculum spontanément, puis à l'effort de la poussée.

La colpocèle postérieure comprend le rectum à la partie basse (rectocèle), le cul-de-sac de Douglas à la partie haute (élytrocèle). Cette hernie du cul-de-sac de Douglas peut être pédiculée (développée aux dépens de fossette de Meigs) ou sessile.

- la chute de l'utérus et son col: (hystéroptose et trachélocèle). Il faut apprécier la mobilité de l'utérus spontanément et à l'effort de poussée. Une pince de Pozzi pincant la lèvre antérieure du col, permet, en exerçant une traction vers le bas, de juger aux mieux de la descente de l'utérus et l'allongement du col intravaginale qui est souvent hypertrophique, caractérisé par un col "tapiroïde" avec allongement plus important de la lèvre antérieure que la lèvre postérieure, ou atrophique sus-vaginal par l'hystérocométrie. Ainsi, pour la quantification du prolapsus, en fonction du niveau de "descente" du col. On distingue trois degrés de prolapsus.

1er degré: le col est intravaginal,

2e degré: le col effleure l'orifice vulvaire,

3e degré: le col est extériorisé.

- la fuite urinaire: est appréciée lors des efforts de toux et de poussée chez une femme en position gynécologique, la vessie pleine, ou debout en cas de doute.

#### L'Examen au Spéculum (à valves démontables)

Il permet l'examen du vagin en utilisant une seule valve du spéculum.

- La manoeuvre de la valve antérieure, refoule la cystocèle permettant ainsi d'explorer la paroi vaginale postérieure et d'estimer le niveau (rectocèle ou élytrocèle) et l'importance du déroulement postérieur.
- La manoeuvre de la valve postérieure refoule la paroi vaginale postérieure permettant ainsi l'exploration de l'étage antérieur du périnée (cystocèle, et fuite urinaire).

La persistance d'un bombement vaginal antérieur lors de cette manoeuvre avec accrochage du col utérin refoulé en haut et en arrière, est le signe d'une altération importante des connexions vésico-génitales.

### Les Touchers Pelviens TV et TR

\* Le toucher vaginal: (TV) apprécie:

- .. le col utérin: (position, allongement),
  - .. l'utérus: (volume, consistance, mobilité),
  - .. les annexes et paramètres: on recherche une douleur, un empâtement ou une masse,
  - .. la qualité des ligaments utéro-sacrés par la mobilité du col lors du TV,
  - .. l'état des réleveurs dont on appréciera le tonus.
- Les faisceaux sphinctériens sont testés en palpant en dehors, vers la paroi pelvienne et en demandant à la patiente de pratiquer des efforts de retenue,
  - Les faisceaux éleveurs sont recherchés à la partie antérieure lors de la manoeuvre de Delbet : adduction contrariée des cuisses (l'avant-bras gauche du médecin étant placé horizontalement entre les genoux de la patiente, on demande à la patiente de rapprocher les cuisses pendant qu'avec la main droite, on pratique le toucher vaginal).

- Enfin, on peut pratiquer la manoeuvre de Bonney en cas d'incontinence urinaire à l'effort (les deux doigts vaginaux de part et d'autre de l'urètre dirigés vers le pubis). Cette manoeuvre étant accusée d'écraser l'urètre, on peut faire le test de Béthoux (correction de la fuite urinaire par refoulement du cul-de-sac vaginal antérieur par un clamp courbe recouvert d'un tampon). L'arrêt de la fuite est un meilleur pronostic pour l'opération.

\* Le toucher rectal: (RT) recherche une rectocèle en dirigeant le doigt intrarectal vers la paroi vaginale, ce qui permet de la distinguer d'une élytrocèle. On appréciera également la tonicité du sphincter anal.

\* Les touchers combinés: (TV + TR) explorent le noyau fibreux central du périnée et recherchent une élytrocèle que l'on perçoit sous différentes formes selon l'organe intéressé :

- .. ressaut (il s'agit du péritoine),
- .. masse gargouillante (anse grêle),
- .. masse grenue (épiploon).

Enfin, il faut terminer cet examen minutieux par un examen général (abdomen, coeur et poumon, sein, membres) et apprécier l'état général de la patiente (obésité, maigreur, etc.)

Au terme de cet examen, on pourra dresser une véritable fiche d'identité du prolapsus.

Tout prolapsus, pour être correctement décrit, doit être défini par chacun de ces éléments :

- cystocèle :
- hystéroptose: Tout en précisant leur degré (1 à 3)
- rectocèle :
- urétrocèle (+ ou -)
- Elytrocèle (+ ou -)
- Incontinence urinaire d'effort (+ ou -)
- Etat des réleveurs (avec appréciation de leur tonus).



Nous avons déjà observé que, vue l'importance des facteurs étiologiques, à leurs diversités correspond également un polymorphisme clinique. Ainsi, nous envisagerons les formes cliniques suivantes :

- Selon l'âge,
- Formes associées,
- Prolapsus après hystérectomie,
- Prolapsus après cure chirurgicale qui récidive.

#### A FORMES SELON L'AGE

On a deux éventualités.

- (1) Prolapsus de la vierge et de la nullipare  
(1 cas de notre étude). Dans ce cas, on a :

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

- (2) Prolapsus de la femme âgée, post-ménopausique  
Ici s'intriquent les antécédants traumatiques et l'atrophie sénile.

#### B FORMES ASSOCIEES

- (1) A l'incontinence d'urine

Qui peut être :

- .. tantôt patente,
- .. tantôt latente ; soit masquée par l'effet pessaire d'un des éléments du prolapsus susceptible de se révéler après la cure chirurgicale du prolapsus, elle doit donc être dépistée systématiquement.

(2) A l'incontinence anale

(Après rupture obstétricale du sphincter négligé ou mal réparée).

(3) A un Fibrome

Le fibrome par son volume, peut maintenir en place les organes pelviens, le prolapsus peut alors se révéler après l'hystérectomie.

(4) A une lésion maligne

- .. Du col ou du corps utérin, que l'on recherchera systématiquement.
- .. Du vagin, avec le cas classique du cancer circulaire du vagin après port de pessaire.

C PROLAPSUS APRES HYSTERECTOMIE

Il se manifeste dans les suites d'une hystérectomie par voie haute faite sans recherche préalable d'un prolapsus coexistant, par le déroulement plus ou moins complet des parois vaginales antérieures et postérieures entraînant ainsi la vessie en avant, le rectum en arrière. L'hystérectomie aggrave un prolapsus préexistant en sectionnant les moyens de soutien naturels (déjà distendus). Il est possible de prévenir la survenue d'un tel prolapsus, par quelques gestes simples, reconstituant au cours de l'hystérectomie par voie haute le plancher pelvien. Il s'agit de :

- Suture l'un à l'autre des deux ligaments de Mackenrodt (lame cellule suivant le trajet de l'artère utérine) ;
- raccourcissement et remise en tension des utéro-sacrés suturés l'un à l'autre sur 3 ou 4 cm ;
- fixation des ligaments ronds sur les sangles du vagin.

#### D PROLAPSUS RECIDIVE APRES CURE CHIRURGICALE

- Si la récurrence est précoce, il faut évoquer une faute technique,
- Si elle est tardive, elle correspond à une défaillance des tissus rendant aléatoires le résultat d'une réintervention.

#### PROBLEME DE DIAGNOSTIC

Quelques erreurs sont à éviter.

- Dire prolapsus, quand il s'agit d'un polype fibreux extériorisé ou d'un fibrome d'un des lèvres du col ;
- Dire prolapsus, quand il s'agit seulement d'un allongement hypertrophique du col sans hystéroptose vraie de la tige utérine (Ces trachélocèles peuvent s'extérioriser hors de la vulve en "penis de chien". Ce type de lésion en "piston" du col ne regresse pas, même avec une suspension correcte de l'utérus, une orientation et appui périnéal parfaite) ;
- Confondre un allongement hypertrophique avec un allongement atrophique du col. Il faudra donc savoir bien palper le col directement ou sur une bougie ;
- Confusion entre uréthrocèle et kyste sous urétral ;

- Dire cystocèle quand il s'agit d'une rectocèle ou d'une élytrocèle et vice-versa, faute de repérage par rapport au col utérin.

## BILAN PARACLINIQUE

(5. 23. 80.)

Rappelons que les examens complémentaires ne sont pas indispensables au diagnostic du prolapsus, mais ils permettent de ne pas ignorer une lésion associée qui ferait passer le prolapsus au second plan des préoccupations ou pourrait modifier la tactique opératoire.

### A LES FROTTIS CERVICAUX ET ENDOMETRIAUX

Sont systématiques. S'ils étaient pathologiques, il faudrait compléter par une coloscopie, une hystérogaphie, voire une curetage biopsique afin d'éliminer un cancer du col ou de l'endomètre.

### B L'ECHOGRAPHIE PELVIENNE

Recommandée si à l'examen clinique on suspecte une masse annexielle. Renseigne également sur le volume utérin.

### C LES EXAMENS RADIOLOGIQUES

#### (1) L'hystérogaphie:

Son intérêt est de vérifier l'intégrité de la cavité utérine, renseigner sur l'allongement du col. Permettre de suspecter une élytrocèle lorsque les trompes sont perméables, par l'accumulation du produit de contraste dans

le cul-de-sac de Douglas. Elle n'est non plus systématique, est à proposer surtout dans les techniques opératoires laissant en place l'utérus surtout chez la femme âgée.

(2) L'urographie intraveineuse (UIV)

Il recherchera un retentissement sur le haut appareil :

- apprécie la position du col vésical, la cystoptose,
- permet la mesure de l'angle postérieur uréthro-vésical sur les clichés de cystographie de face et de trois quarts en effort de poussée,
- analyse l'ouverture du col vésical et sa position, visualise l'urètre et recherche une coudure éventuelle de celui-ci sur les clichés per-mictionnels,
- permet enfin, de dépister un résidu post-mictionnel,

L'urétrocystographie rétrograde, donne de meilleures images de l'urètre. Pour certains auteurs, l'UIV n'est pas systématique, est réservée aux cas difficiles, au grand prolapsus total (pour vérifier le retentissement sur les uretères des patientes déjà opérées)

(3) Le colpocystogramme

Son intérêt est de visualiser tous les viscères pelviens et de permettre leur étude dynamique en comparant les clichés en effort de retenue aux clichés en effort de poussée. Il donne des renseignements quant au type d'incontinence urinaire. Permet le diagnostic aisé de l'étyrocèle.

Pour certains auteurs, cet examen ne doit pas être systématique, devant tout prolapsus ou toute incontinence urinaire. Il est à réserver aux récurrences, aux troubles urinaires après cure de prolapsus.

Elles permettent une meilleure compréhension des mécanismes de la continence et de l'incontinence. On distingue.

- (1) La débitmétrie Qui recherche une anomalie de la miction. C'est le calcul du débit maximum par seconde et du temps de miction.
- (2) La cystomanométrie Enregistre simultanément les pressions vésicales, urétrales et abdominales lors du remplissage rapide de la vessie. Elle décèle les troubles du tonus et de l'activité vésicale.
- (3) Le profil statique C'est l'enregistrement du gradient de pression vésico-urétral en chaque point de l'urètre. Elle mesure la pression de clôture maximale de l'urètre et décèle ainsi les insuffisances sphinctériennes.
- (4) Le profil dynamique Réaliser lors du profil urétral, en demandant à la patiente de tousser. Ces efforts de toux s'accompagnent d'une augmentation de la pression vésicale et d'une augmentation concomitante de la pression urétrale. Le rapport pression urétrale transmise sur la pression vésicale inductrice détermine le taux de transmission. Il permet le diagnostic d'un éventuel défaut de transmission vésico-urétrale pathognomonique de l'IUE, donc le diagnostic des incontinenances urinaires masquées et ou potentielles.
- (5) L'électromyographie Elle peut intéresser soit le sphincter urétral, soit le plancher pelvien. Elle donne une idée de la qualité du sphincter anal, de sa réactivité, de sa contractilité.

Comme déjà rappeler, ces examens complémentaires n'étant pas indispensables au diagnostic de prolapsus, et vus nos moyens techniques limités et les ressources financières limitées de nos patientes, on s'est limité à un bilan préopératoire standard.

- 1 Frottis vaginal (F.V)
- 2 Examen cytbactériologique des urines (ECBU)
- 3 Selles POK
- 4 Radiographie pulmonaire
- 5 Numération, Formule sanguine (NFS)
- 6 BW et Test d'Emmel
- 7 Groupage + Rhésus
- 8 Albumine et sucre dans le sang et les urines
- 9 Temps de saignement, et temps de coagulation
- 10 Une consultation cardio-vasculaire
- 11 Une consultation pré-anesthésiologique.

De façon générale, qui disait prolapsus, disait femme âgée. Or, les faits actuels d'après les gynécologues obstétriciens prouvent par expérience que le prolapsus, conséquence de l'accouchement, peut aussi s'observer chez la femme jeune. Le désir de conserver la fertilité d'une part, une grossesse et la conduite à tenir lors de l'accouchement d'autre part, font que le prolapsus n'est pas seulement une entité que l'on doit toujours résoudre par la stérilisation.

#### A PROLAPSUS ET FERTILITE

On ne connaît pas l'influence directe du prolapsus sur la fertilité, sur le plan théorique, il n'y a aucune raison qu'il y en ait une.

Si les femmes atteintes de prolapsus ont moins d'enfants à partir du moment où le prolapsus est connu, c'est qu'elles sont plus âgées et donc moins fertiles (en ne tenant compte que de femmes en âge de procréer) et que, déjà multipares pour la plupart d'entre elles, elles ne désirent plus d'enfants.

On peut concevoir cependant que les grands prolapsus, avec extériorisation complète de l'utérus, puissent entraîner quelques difficultés "d'ordre balistiques" ; limitant rapports et "chances" de fécondation.

Enfin, signalons qu'une amputation très haute du col peut sur le plan théorique, diminuer la fertilité en détruisant une partie des glandes endocervicales, source de la glaire.

En ce qui concerne notre étude, la plupart de nos femmes ont eu un début de prolapsus soit après le premier ou le deuxième accouchement et qui ont continué à avoir des enfants (au moins trois grossesses).



## B PROLAPSUS ET GROSSESSE

Dans la grande majorité des cas, il y a peu d'influence du prolapsus sur la grossesse.

Quant à l'influence de la grossesse sur le prolapsus, on peut constater souvent qu'au début de la grossesse (10 ou 14e semaine d'aménorrhée), il peut y avoir "aggravation" du prolapsus du fait du poids de l'utérus et de la congestion pelvienne. Ce d'autant que l'imbibition gravidique relâche encore les ligaments et moyens de soutien déjà distendus.

Au delà du troisième mois, le développement de l'utérus dans la cavité abdominale, au dessus du détroit supérieur, assure comme le gros fibrome une véritable suspension du tube génital.

## C PROLAPSUS, TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

Il ne semble pas là non plus, qu'il y ait une influence notable.

\* Si l'on peut observer, lors de la dilatation des anomalies, elles sont le plus souvent liées à la multiparité (col se dilatant sans effacement préalable, col en "manche de veste").

\* Quelques fois, surtout lors des efforts expulsifs, on peut voir le col dilaté, apparaître à la vulve et descendre en même temps que la présentation ; mais dans l'ensemble, le déroulement du travail et l'accouchement sont sans particularités.

## D PROLAPSUS OPERÉ ET ACCOUCHEMENT

La survenue d'une grossesse chez des femmes opérées jeune de prolapsus entraîne quelques discussions sur la conduite à tenir.

- Accepter l'accouchement par voie basse ou
- Recourir d'emblée à la voie haute.

Bien que cette question réclame pour sa réponse beaucoup de nuances, nous aurions tendance en pratique à adopter les règles suivantes :

(1) Si les résultats anatomiques et fonctionnels sont bons ou excellents: en particulier en cas de traitement d'une incontinence d'urine, mieux vaut recourir à la voie haute pour protéger le montage qui a bien tenu.

(2) Si les résultats sont incomplets ou mauvais: une réintervention s'imposera après l'accouchement. Il nous semble inutile, ici, d'ajouter en plus, les risques et complications d'une césarienne, pour un bénéfice qui serait nul.

Seule peut conduire à la voie haute une indication purement foetale, qu'il faudra alors respecter rigoureusement, ou une anomalie du travail et surtout de la dilatation du col (scléreux, cicatriciel, après amputation du col par exemple).

Quant à notre étude, signalons qu'on a pas eu de cas de ce genre.

Ces quelques difficultés avaient conduit certains auteurs (R. Musset) à proposer à ces femmes encore jeunes, une stérilisation au cours de l'intervention. Cette attitude ne nous semble actuellement plus justifiée. En effet, l'avenir de ces femmes ne doit pas être sacrifié d'autant que l'on dispose de bons procédés contraceptifs. Il est d'autre part raisonnable de différer la cure chirurgicale d'un prolapsus, ou d'une incontinence urinaire à l'effort chez une femme jeune ; lorsqu'il existe encore un désir de grossesse.

La rééducation musculaire peut, momentanément, améliorer le confort et permettre d'attendre la réalisation d'une intervention plus complète et efficace.

CONSIDERATIONS CHIRURGICALES

Le traitement opératoire de lésions aussi complexes et multiples qu'est le prolapsus dans son ensemble, comporte plusieurs temps distincts, effectués soit par voie basse, soit par voie haute ou mixte dans notre pratique.

La cure opératoire par voie basse comporte :

- La colpopérinéorrhaphie postérieure,
- La voie d'abord vaginale de l'utérus en cas de prolapsus,
- La colpopérinéorrhaphie antérieure.

La cure opératoire par voie haute consiste à une promonto-fixation de l'isthme utérin ou du col, ou une ventrofixation de l'utérus en ce qui concerne notre étude.

(1) La colpopérinéorrhaphie postérieure: est toujours nécessaire dans la majorité des cas. A pour but :

- de retrecir le vagin (mais pas de trop),
- de corriger le délabrement du coin périnéal,
- la reconstitution des planchers périnéal, pelvien postérieur, par la remise en tension plus ou moins soutenue des releveurs en fonction de leur degré d'altération ou de leur relâchement.

(2) La voie d'abord vaginale: c'est le temps commun de la cure des prolapsus lorsqu'on a opté pour la voie basse. Elle permet de réaliser l'hystérectomie aussi bien que l'amputation du col seul en reprenant pratiquement les mêmes éléments pour reconstituer le plancher pelvien.

(3) La colpopérinéorrhaphie antérieure: a pour visée de :

- renforcer la paroi vaginale antérieure,
- corriger la cystocèle,
- supprimer une éventuelle incontinence d'urine.

Etant donné la multitude des procédés décrits dans la littérature, il nous semble évident de faire un choix avec comme objectif :

- la simplicité de la technique,
- son efficacité,
- son adaptation à la majorité des situations.

Bien que de difficultés techniques très différentes, certains procédés ont l'avantage d'être à peu près toujours constamment efficaces, à condition de les réaliser avec le respect des détails techniques.

Il n'y a pas de traitement standardisé, il faut alors adopter une attitude électique, raisonnée et adaptée aux cas ; tout en se méfiant du vieux concept qui dit " *qu'il faut en faire trop pour en faire assez*".

Ainsi, toutes ces interventions peuvent être décomposées en un certain nombre de temps opératoires traitant chaque élément du prolapsus. La combinaison de chacun de ces geste élémentaires permet de s'adapter à chaque variété anatomo-clinique du prolapsus.

## LES TECHNIQUES CHIRURGICALES

### A LA COLPOPERINEORRAPHIE POSTERIEURE

(5.74. 32. 72.)

#### RAPPEL:

La colpopérinéorrhaphie vise à corriger le délabrement du coin périnéal situé entre la paroi vaginale postérieure en avant (rétablit son obliquité en bas et en avant) d'une part ; et le rectum, plus le canal anal en arrière (dont l'axe est dirigé en bas et en arrière) d'autre part.

Il s'associe également une remise en tension des releveurs, en cas d'altération ou de relâchement important.

La colpopérinéorrhaphie peut appartenir à tous les types de traitements de prolapsus, quelle que soit la voie d'abord.

Elle comporte plusieurs temps:

- Incision cutanée du périnée,
- Clivage de la paroi périnéo-vaginale,
- Plicature du fascia pré-rectal,
- Reperage des releveurs,
- Colpectomie postérieure,
- La myorrhaphie des releveurs,
- La reconstitution de la jonction cutané-muqueuse et de la néo-fourchette.

#### (1) L'incision cutanée du périnée (Fig. 4.)

- La classique consiste en une technique qui tend le rebord cutané périnéal entre 2 pinces ou 2 fils à sectionner aux bistouri, transversalement, d'une extrémité à l'autre du pli ainsi formé au niveau de la jonction cutané-muqueuse.

- Une variante inspirée de H.G. Robert et P. Brocq, consiste à reséquer un triangle cutané à pointe inférieure. Ce procédé a 2 avantages :

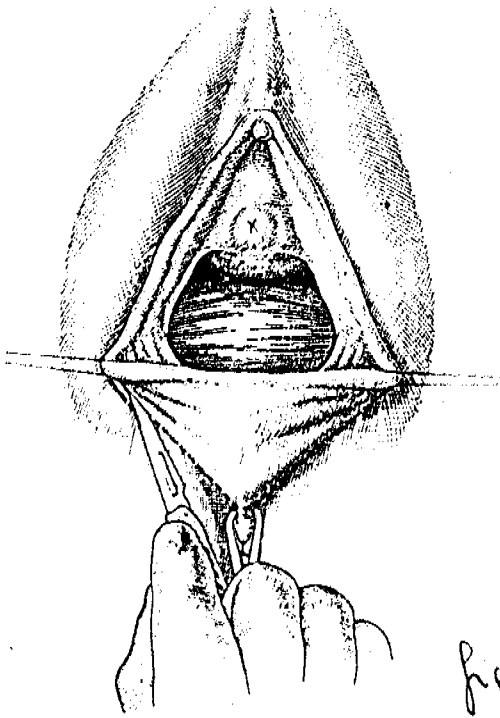


Figure 4

Incision triangulaire à sommet inférieur.

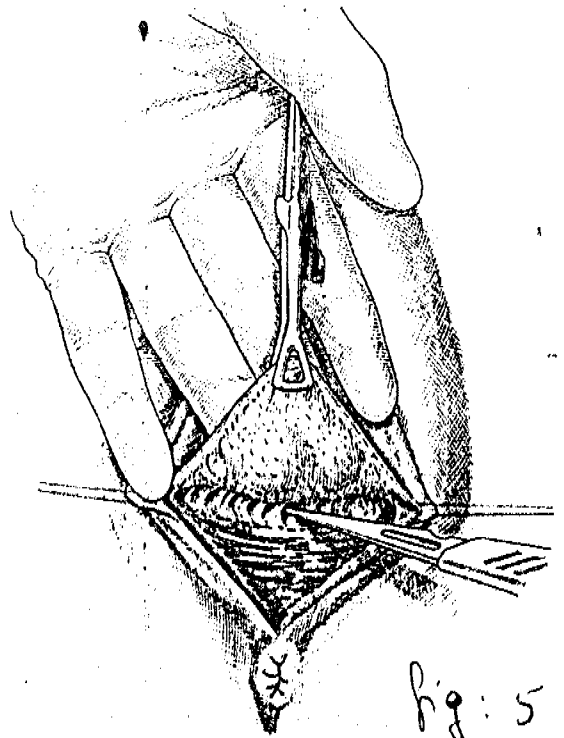


Fig: 5

Clivage de la cloison recto-vaginale (le bas plan est avasculaire)

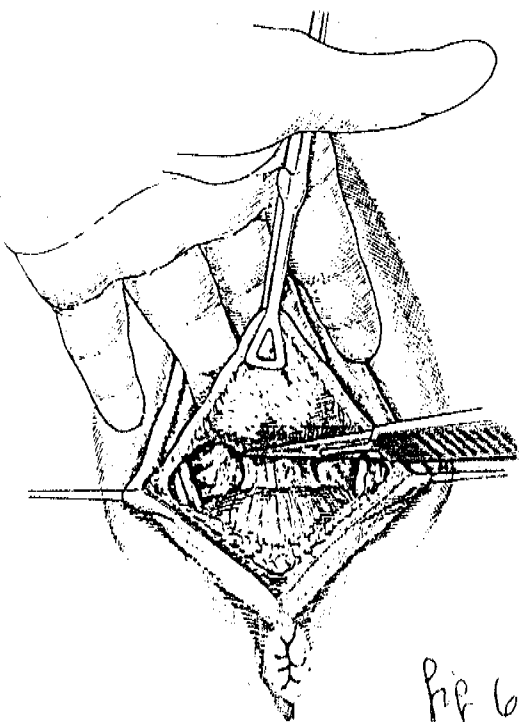


Fig 6

Clivage recto-vaginal :  
incision du muscle recto vaginal.  
(une de ces qu'il en reste)

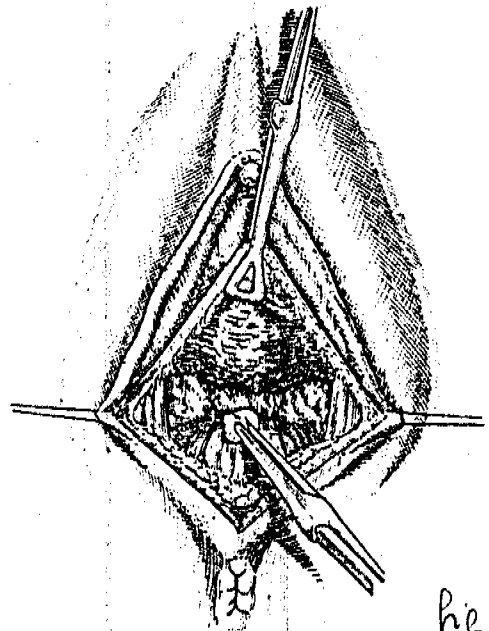


Fig 7

(Clivage recto-vaginal jusqu'au cul-de-sac de Douglas)

- .. Enlever une zone scléreuse cutanée (séquelle de cicatrice périnéale).
- .. Permettre ultérieurement, lors de la fermeture cutanée du périnée, d'abaisser la partie basse de la paroi vaginale postérieure, reconstituant ainsi la fourchette, plus muqueuse que cutanée (car le "rideau" cutané à l'entrée du vagin peut être source de dyspareunie, et peut aussi remonter jusqu'au méat urétral, empêchant ainsi le jet urinaire).

(2) Clivage de la paroi périnéo-vaginale du rectum et section du muscle recto-vaginale (Fig. 5, 6, 7)

- Le bord supérieur cutané-muqueux de l'incision, d'abord maintenu par une pince à disséquer, puis par une pince de De Martel est relevé.
- Les tissus situés entre la zone cutané-muqueuse soulevée et le tissu cicatriciel sous-jacent sont attaqués au bistouri, le plus près possible du vagin maintenu tendu par les doigts de l'opérateur, par une succession d'incisions transversales. Ce temps est difficile car la zone est très mince :
  - .. Une dissection très rapide et trop largement vers le vagin peut entraîner des perforations (sans gravités d'ailleurs).
  - .. A l'inverse, une dissection trop éloignée du vagin ou un bistouri trop orienté en arrière risquent de blesser le canal anal ou le rectum.

Ce premier clivage obtenu, la dissection est poursuivie en enfonceant la pointe mousse des ciseaux courbes latéralement vers l'ischion. Ce geste répété 3 ou 4 fois permet d'ouvrir la fosse pelvi-rectale inférieure et d'aborder la face interne du réleveur.

L'incision du muscle recto-vaginal (ou du tissu cicatriciel qui le remplace souvent) est faite à nouveau au bistouri par une succession d'incisions transversales. Ici, il y a danger aussi pour le rectum, dont on s'apercevra de la trop grande proximité si l'on perd l'aspect blanc nacré de la face profonde de la paroi vaginale (en cas de doute, il faut vérifier par un TR).

Ce temps permet de pénétrer dans la zone décollable recto-vaginale. Le clivage devient facile et peut se poursuivre aisément aux doigts recouverts d'une compresse, en maintenant toujours tendue la paroi vaginale postérieure et en manoeuvrant d'une manière douce et progressive.

- On peut ainsi monter facilement jusqu'au Douglas (dont on repère le fond par l'apparition d'une graisse jaunâtre) et disséquer latéralement jusqu'à la mise en évidence des bords du fascia ou "gaine pré-rectale". Ici, une traction exercée sur le cul-de-sac de Douglas combinée au TR permet de rechercher une élytrocèle.

(3) Plicature du fascia pré-rectal (Fig. 8)

Une série de points transversaux prenant en faufilant successivement le bord (si on le retrouve) de la gaine prérectal déchirée, la paroi rectale et le bord de la gaine du côté opposé reconstitue ce fascia et le solidarise à la paroi rectale (empêchant son glissement). Les points peuvent être passés à l'aiguille sertie de catgut 0 chromé en commençant par le point le plus inférieur et en remontant le plus haut possible.

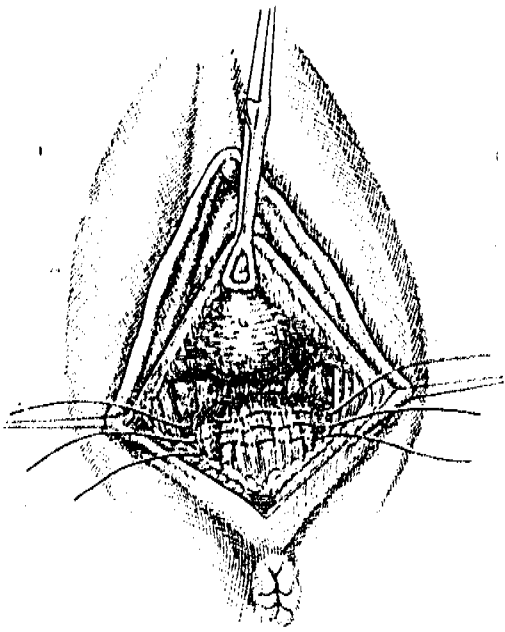
Le faufilage de la paroi antérieure du rectum est suffisant pour corriger une rectocèle associée.

(4) Repérage des releveurs (Fig. 9)

La dissection latérale de la cloison recto-vaginale a permis d'aborder l'espace pelvi-rectal inférieur, le bord et la face des muscles releveurs de l'anus. La myorraphie des releveurs a pour principe de les rapprocher et de les réunir

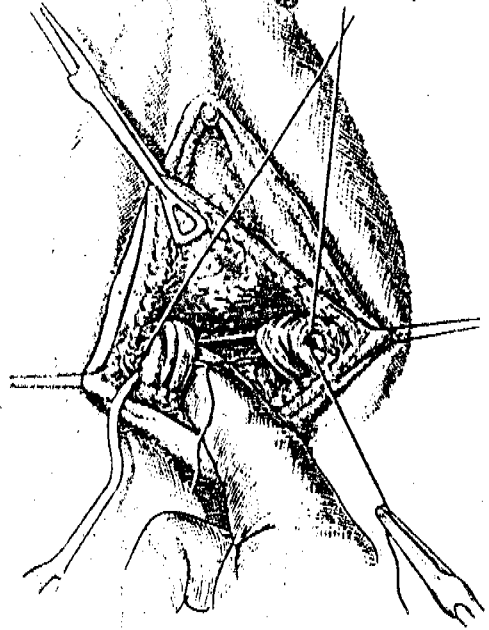


Figure 8 -



Plicature de fascia Pré-rectal

fig 9.



Myorraphie des releveurs

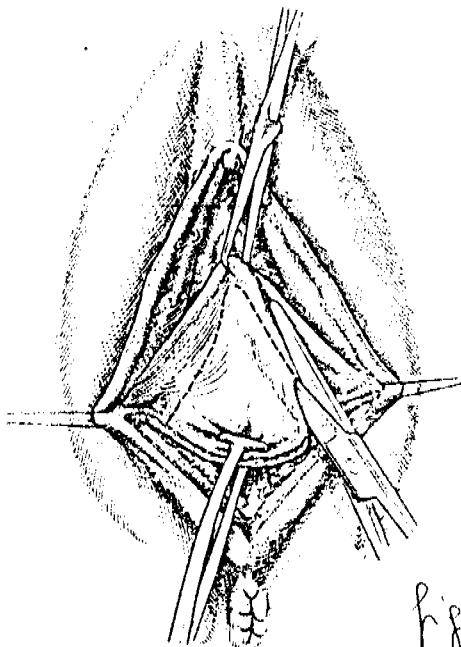


fig 10

Colpocotomie postérieure  
(il faut être d'urgence)

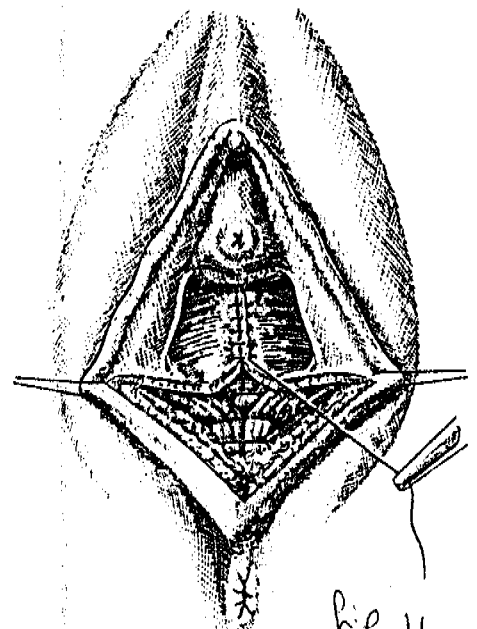


fig 11

les fils de la myorraphie  
sont noués avant de terminer  
le sujet

sur la ligne médiane en avant du rectum et du vagin en arrière. On repère leur bord à la pince ou au doigt (il vaut mieux ne pas les dilacérer et les charger en bloc en introduisant l'aiguille dans l'espace ischio-rectal de dehors en dedans).

Le geste qui est à répéter de façon symétrique de l'autre côté, fait préférer l'aiguille de Reverdin pour faire passer un fil de catgut NO.1 chromé. Ce premier fil, non noué est gardé sur pince et servira de tracteur. On peut faire passer ainsi d'autres fils, suivant la tension des réleveurs, l'effondrement périnéal et le degré de perméabilité vaginale que l'on souhaite conserver. Ces fils sont gardés non noués, en attente pour faciliter la colpectomie.

(5) La colpectomie postérieure (Fig. 10)

Il ne faut pas toujours compter sur elle pour traiter la colpocèle postérieure. Donc, elle sera limitée à la partie moyenne du vagin pour éviter une bride cicatricielle plus ou moins sténosante (source de dyspareunie future). Elle n'est pas toujours obligatoire.

Si elle est jugée nécessaire, une pince de Kocher introduite sous la zone décollée du vagin soulève cette paroi postérieure le plus haut possible. Une autre pince de Kocher saisit au dessus de la première, la paroi postérieure. Elle marque le sommet de la colpectomie en même temps qu'elle assure l'hémostase (en pincant l'artère médiane postérieure du vagin ou azygos vaginale). La colpectomie est alors faite aux ciseaux droits en résséquant un triangle isocèle, à sommet supérieur.

(6) La colpopérinéorrhaphie postérieure et myorrhaphie des réleveurs (Fig. 11)

Le point supérieur de la colporrhaphie est alors passé en X au dessus de la pince de Kocher puis au dessous, de façon à assurer l'hémostase. La colporrhaphie est poursuivie par une succession de points séparés, ou mieux par un surjet (à

condition de bien le tendre vers le bas pour ne pas raccourcir le vagin) qui assure une meilleure hemostase.

Avant de terminer le surjet, les fils des réleveurs sont noués, serrés et coupés. On vérifie une dernière fois que le vagin n'est pas trop resserré à leur niveau ; il faudrait dans le cas contraire supprimer le fil le plus antérieur de la myorrhaphie.

Le surjet est alors terminé et noué. Les muscles superficiels du périnée sont ensuite suturés en 2 ou 3 points.

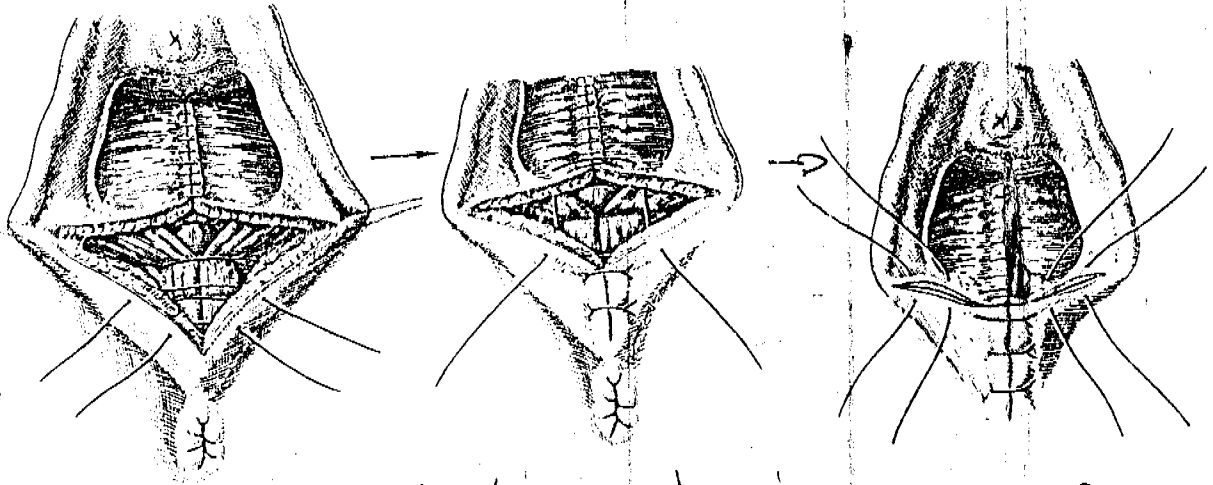
(7) La Reconstitution de la jonction cutanéomuqueuse et de la néo-fourchette (Fig. 12)

- La suture cutanée commence près de l'anus,
- Deux à trois points séparés ferment la peau sur la moitié postérieure,
- Le point suivant est en U qui prend successivement
  - .. la lèvre cutanée gauche du périnée,
  - .. la paroi vaginale gauche près de ligne médiane,
  - .. la paroi vaginale droite symétriquement,
  - .. et la lèvre cutanée droite.

Ce point permet d'éverser la paroi vaginale postérieure, reconstituant une néo-fourchette, évitant ainsi le "rideau" pré-vestibulaire.

- Quelques points supplémentaires complètent la suture latéralement.

Figure: 12.



Reconstitution de la jonction cutané-muqueuse.  
Commencer la suture près de l'anus. Passer ensuite en point en U éversant.

Voie d'abord commune aux interventions: voie basse.

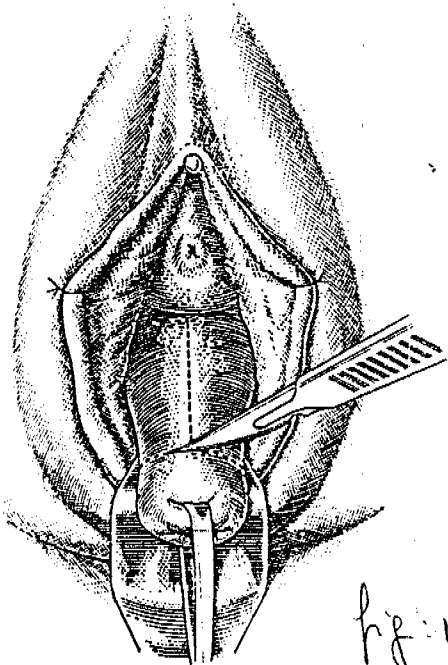


fig: 13

Incision de la paroi vaginale antérieure

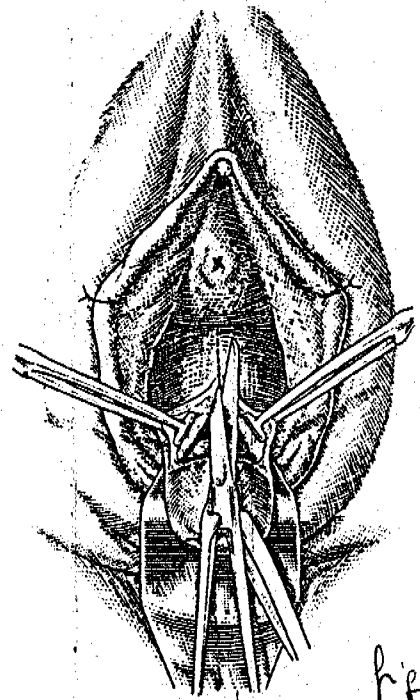


fig 14

L'incision du vagin sur la ligne médiane est pour plus ou moins haut suivant l'intervention pratiquée.

## RECOMMANDATIONS PENDANT LA COLPOPERINEORRAPHIE POSTERIEURE

### 1. La myorrhaphie

"Il ne faut pas vouloir faire trop pour faire assez" comme pensaient certains auteurs ; non plus la myorrhaphie ne doit pas être négligée. L'expérience de certains auteurs montre que la myorrhaphie doit être faite "presque toujours, mais qu'elle doit être juste suffisante" pour reconstituer l'anatomie et corriger la défaillance périnéale mais sans excès.

### 2. La colpectomie postérieure

Il faut se méfier des colpectomies trop importantes à la partie moyenne du vagin avec leur "risque de diaphragme" surtout chez la femme ménopausée où l'adaptation à la fonction est moins grande.

C'est pourquoi, il faut savoir souvent renoncer à elle, si elle ne s'impose pas de façon indiscutable.

### 3. Faut-il des fils resorbables ou non?

Pour la myorrhaphie des réleveurs, il est tentant d'utiliser des fils non resorbables. En fait, il faudrait faire beaucoup attention, car ils peuvent être source d'infection et de fistule recto-vaginale difficile à traiter.

### 4. Le rideau périnéal

L'application du point technique consistant en une petite résection triangulaire cutanée à sommet inférieur, et en un léger abaissement de la zone cutanée-muqueuse, a le triple avantage de :

- .. résequer une zone cicatricielle,
- .. d'éviter les troubles de la miction,
- .. et d'une certaine mesure, éviter la dyspareunie souvent fréquente après cure de prolapsus.

## B CURE DU PROLAPSUS PAR VOIE BASSE

Elle se divise en 3 temps:

- Un temps antérieur : la colporraphie antérieure,
- Un temps moyen : traitant les retroversions associées au prolapsus et à la cystocèle,
- Un temps postérieur: la colpopérinéomyorraphie, déjà décrite.

### I LA COLPORRAPHIE ANTERIEURE (11. 64. 72.)

- BUTS:**
- \* Reduire la colpocèle antérieure,
  - \* Supprimer la cystocèle,
  - \* Traiter l'incontinence urinaire éventuellement associée par des procédés simples.

Cette colporraphie antérieure est susceptible de variations notables dans sa réalisation, son efficacité dépend de la reconstitution d'un périnée postérieur solide.

#### Rappel Anatomique:

La vessie, distendue et amincie, est entourée d'un fascia celluleux périvésical, de qualité variable.

Le vagin est entouré d'un fascia périvaginal, fibreux et résistant. Le plan de clivage avasculaire entre ces 2 fascias est en règle facile à trouver près du col utérin ; par contre, les 2 fascias sont étroitement accolés à partir de 15 mm du col vésical. Il convient donc de les séparer au bistouri.

Sur le plan chirurgical, la colporraphie antérieure est pour nous un temps nécessaire, car le compartiment antérieur est presque toujours prolabé dans notre expérience. Elle doit comporter en principe :

- Une colpectomie suffisante (mais pas plus qu'il n'est nécessaire),
- Un large dégagement de la vessie qu'il faut libérer de ses connexions avec le fascia péri-vaginal et la face antéro-utérine,
- La création par différents artifices d'un plancher sous-vésical aussi épais et résistant que possible (car la fibrose post-opératoire n'assure pas de solidité à long terme).

On peut distinguer 4 groupes de procédés opératoires:

- La colporraphie antérieure "standard",
  - Les variantes destinées à renforcer le hamac sous-vésical,
  - Les procédés de cure directe de la cystocèle,
  - Les techniques visant l'IUE éventuellement associées.
- a) La colporraphie antérieure "Standard", avec décollement de la vessie et suture du fascia périvaginal, retendu par des points en U passés à la base des lambeaux de colpectomie antérieure. Elle convient à la majorité des cas.

(1) **Exposition de la paroi antérieure du vagin:**

Par une pince du Museux attirant le col utérin en bas et en arrière. Une pince d'Allis aggripe délicatement le tubercule sous-urétral juste au-dessus du méat.

Ces deux repères indiquent exactement la direction de la ligne médiane, leur traction expose toute la paroi antérieure de la colpocèle.

(2) Colpotomie antérieure: est faite (Fig. 13, 14)

- . soit verticalement,
- . soit en T inversé à la Crossen qui semble meilleure,

Menée au bistouri, elle va du tubercule sous-urétral au cul-de-sac antérieur du vagin sans empiéter sur le col. Elle doit intéresser toute l'épaisseur de la muqueuse vaginale, qui <sup>est</sup> assez variable.

(3) Recherche et Exploration du bon plan de clivage:

Il est situé entre les 2 fascias périvésical et périvaginal. Il faut commencer la recherche près du col utérin, où l'espace s'ouvre facilement, en soulevant la paroi vaginale en un pli à l'aide d'une pince de Kocher tenue par un aide, et de la pince à disséquer tenue par l'opérateur. Il est alors facile de fendre le repli fascial.

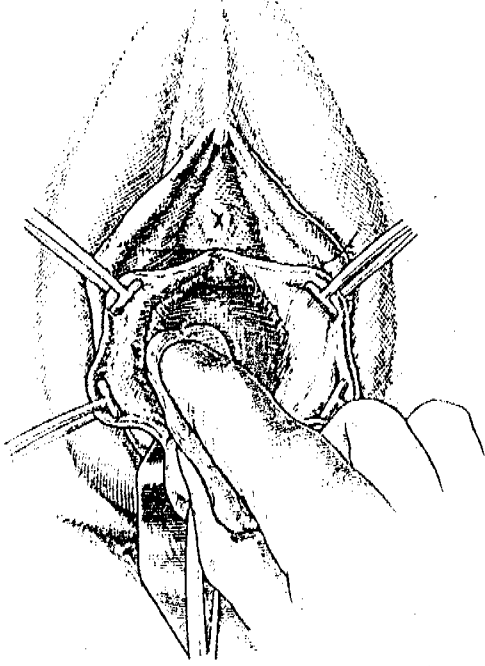
On décolle, de bas en haut et puis latéralement ; en se rapprochant de la région urétrale. Il est préférable d'utiliser des ciseaux de Mayo (dont la concavité est tournée vers le haut) que de décoller au tampon monté. La zone de fusion supérieure des 2 fascias atteinte, on les dédouble de la pointe du bistouri. Il faut pousser le décollement largement sur les côtés.

(4) Dissection vésicale (55.) (Fig. 15)

Elle permet d'isoler complètement la cystocèle, et de faire en arrière le décollement vésico-utérin pour pouvoir refouler la vessie dans le fond.

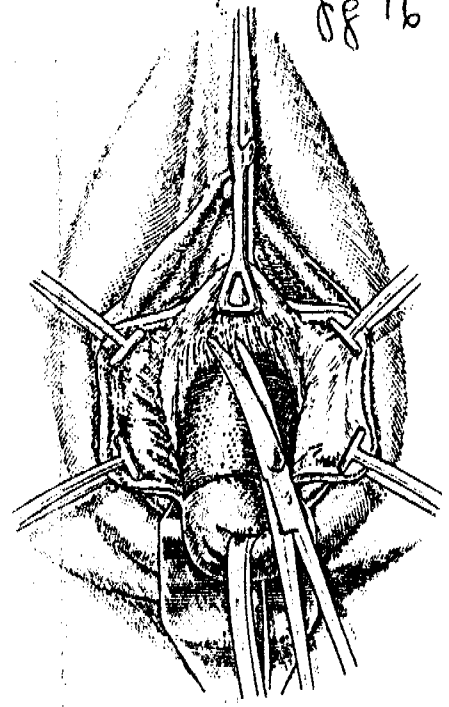


Figure 15



Dissection vésico-vaginale

fig 16



Décollement vésico-utérin

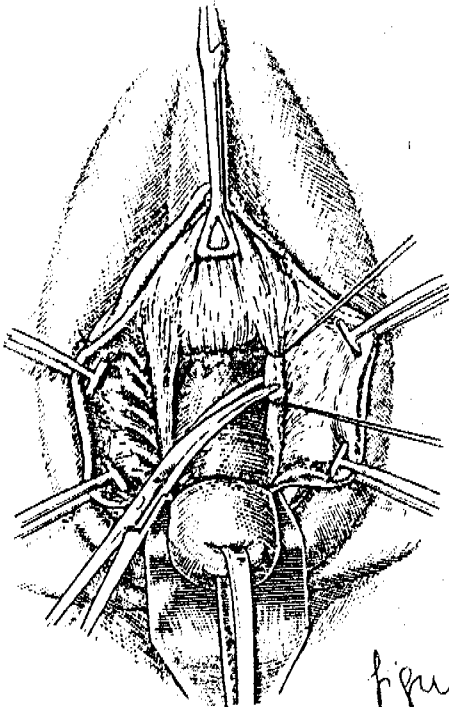
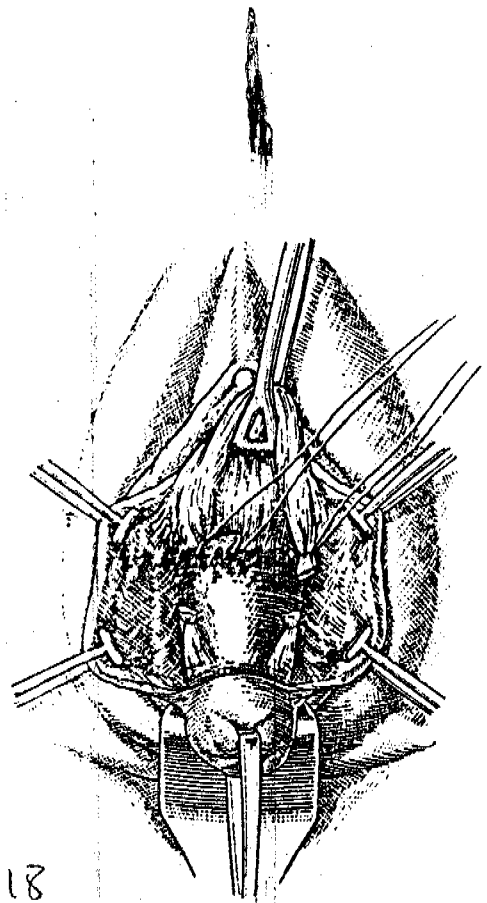


figure 17 - 18

Ligature puis section des deux  
Piliers de la vessie (maintenue toujours  
en tension)



Intervention de Bandes  
Temps antérieur: fixation des  
Piliers de la vessie, au niveau de  
l'isthme utérin

- Pour sectionner les piliers vésico-utérins, il est préférable de saisir la vessie avec une compresse entre pouce et index de la main gauche, que de la saisir avec une pince traumatisante.
- Les piliers sectionnés, on poursuit le décollement du plan vésico-cervico-utérin, en procédant d'arrière en avant et de dedans en dehors.

Il ne faut pas chercher à décoller les éléments du plancher pelvien, ni à voir l'extrémité antérieure des faisceaux pubiens des releveurs. Les urètres ne risquent rien, car restent plaqués sur la vessie par la gaine conjonctive périvésicale à laquelle ils adhèrent par leur fascia de Cordier.

Enfin, en haut le col vésical et l'urètre sont dégagés à petits coups de bistouri, sur une étendue suffisante (la vue du plexus veineux indique que l'on s'approche dangereusement du conduit urétral). La vessie bien dégagée, remonte le plus souvent seule dans sa loge retropubienne, du fait de sa tonicité.

(5) Pose de points en U retendant le fascia périvaginal:

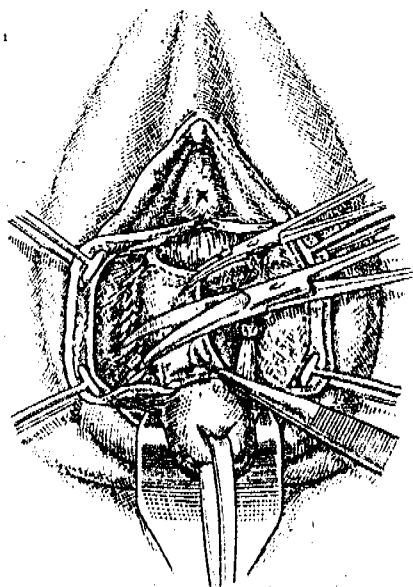
(Fig. 20)

Les lambeaux vaginaux sont tendus et manipulés par des pinces de Duval ou de De Martel.

Une série de points en U de catgut chromé NO.4 étagés sur toute la hauteur de l'incision, reconstituent la colonne antérieure du vagin et remettent en tension le fascia périvaginal non disséqué. Quatre à cinq points suffisent ; le dernier au fond du vagin, à hauteur du col qu'il peut étreindre. Ils doivent être noués successivement, de façon à apprécier leur tension. Excessive, il faudrait alors déplacer le point concerné.

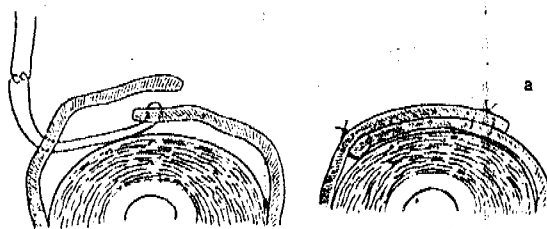
- Ensuite résection aux ciseaux de l'excès de paroi vaginale à 8-10 mm des points en U.

figure 19



Dissection de fascia de Halban, en partant à quelques millimètres du bord libre, du Vagin

Figure 20



suture en palette  
 de fascia de Halban  
 l'ensemble des points  
 U du plan profond  
 passe avant de nouer  
 les fils.

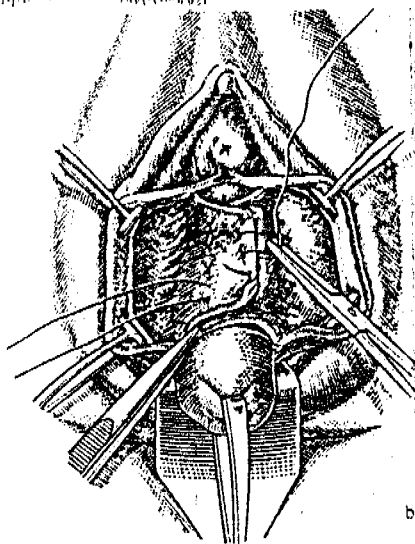


figure 21

Plicature sous-vésicale de fascia de Halban.  
 (Plan superficiel) : elle n'intervient qu'après la transposition  
 en avant des ligaments utérins

- Enfin, suture d'affrontement par points séparés au catgut fin des berges de chaque lambeau vaginal.

b) Variantes du Procédé

Ces variantes du procédé type s'appliquent à des cas particuliers, variables d'une femme à l'autre, et dépendant de l'expérience et de l'appréciation de l'opérateur.

- Cystocèle très importante, rendant souhaitable le renforcement du hamac sous-vésical.
- Impossibilité de trouver le bon plan de clivage.
- Grosse cystocèle avec effondrement de tout le plancher sous-vésical.

Nous ne pourrions pas détailler tous ces procédés dont les techniques sont mieux exposées dans les traités de technique chirurgicale spécialisée. Parmi eux, certains sont de réalisation aisée et améliorent la qualité du résultat anatomo-fonctionnel.

Il s'agit :

1. Du procédé de Halban: (18. 55. 50) (Fig. 19)  
Avec dissection et suture séparée du fascia périvaginal. Il s'agit de la portion inter vésico-vaginale du fascia périvaginal dont la réalité est niée par beaucoup d'anatomistes. Il n'en est pas moins un bon fascia chirurgical périvaginal.

La suture peut être faite par affrontement simple des bords sous légère tension ou mieux par une suture croisée en paletot de Peham et Amreich.

2. Du procédé de Taranto: (de Buenos Ayres) (84.)  
- Il confectionne un lambeau médian vertical de fascia, qu'il laisse adhérent à la face inférieure de la vessie et de l'urètre, et dont il amarre l'extrémité libre dans l'espace vésico-utérin après décollement complet vésico-utérin.

- Le col est éventuellement amputé,
- Les paramètres sont plicaturés solidement en avant du col,
- On termine par un affrontement des bords distaux du fascia que l'on fixe au col et aux paramètres.

L'auteur applique le même procédé dans le temps postérieur par froncement du fascia périrectal. L'avantage de cette technique est que la vessie est littéralement soutenue par un néo-ligament et que la multiplicité des points de suture favorise la création d'une sclérose rétractile solide.

Taranto a décrit un deuxième procédé qui s'applique aux cas où il est impossible de trouver le bon plan de clivage, le col très fixé, et aux récidives de cystocèle. Il consiste à la dissection simple de la muqueuse vaginale avec la plicature du fascia périvaginal non séparé de la vessie. Il est préférable d'enfourer par une série de points séparés plutôt que par des bourses étagées ou par surjet.

### 3. Cas des grosses cystocèles:

Il est important de dégager très largement la vessie. Si la dissection est trop économique, elle laissera au contact de la cicatrice vaginale linéaire fragile, un excès de paroi vésicale, amorce certaine de récidive.

#### c) Cas de l'incontinence urinaire associée

Nos malades nous ont posé rarement le problème de fuite involontaire des urines à effort. Aucune n'a subi de procédé spécial de suspension du col vésical qu'il soit :

- Direct (Marshall - Marchetti - Krantz).
- Indirect par matériel auto ou hétéroplastique (type Goebbels-Stoeckel et dérivés).

Nous avons considéré que le problème de la cure de l'incontinence ne se poserait qu'en cas de persistance du

trouble, une fois le prolapsus corrigé. En effet, les quelques incontinents de nos malades ont vu leurs troubles disparaître après la cure du prolapsus et sans geste particulier. Il semble donc que l'incontinence soit due à la sortie de la jonction uréthrocervicale hors de l'enceinte manométrique abdominale, l'incontinence tenant à la procidence de la paroi vaginale antérieure au niveau de la région uréthro-trigonale, aboutissant ainsi à la vésicalisation de l'urètre par effacement de l'angle de Jeffcoates. Ce qui nous permet de dire que des procédés simples permettent d'y remédier avec des chances importantes de bons résultats fonctionnels.

Dans les conditions de notre pratique, la simplicité doit rester maîtresse quitte à revoir le problème ultérieurement, le cas échéant, quatre procédés (non détaillés ici sauf les 2 premiers), semblent donnés de bon résultat.

- l'uréthro-cervico-cystoplastie de Marion-Kelly,
- le procédé de Berkow,
- le procédé de Burch par voie haute (5.)
- l'intervention de Goebell-stoeckel et de Bologna par voie mixte (67. 2.)

#### 1) L'intervention de Marion-Kelly: (72.)

**BUTS** C'est de soutenir la région cervico-urétrale et de limiter la descente de cette région à l'effort pratiquant une plicature sous-uréthro-cervicale des tissus latéro-cervico-urétraux.

Dans la plupart des cas, on se trouve dans la situation : vagin disséqué, vessie remontée, la jonction cervico-urétrale étant bien mise en évidence.

- La colpotomie, dans ce cas, doit être poursuivie jusqu'au voisinage du méat et éventuellement être prolongée par 2 incisions obliques latérales, la dissection doit bien exposer la région latéro-urétrale.

- La plicature sous-urétro-cervicale des tissus latéro-cervico-urétraux est obtenue en passant une série de points en U, prenant le tissu latéro-urétral parallèlement à l'urètre à 1 ou 2 cm en dehors de lui.

L'idéal est de partir de la région méatique et de passer cette série de points de bas en haut, jusqu'à la jonction cervico-urétrale, puis de faire un 2<sup>e</sup> plan de haut en bas en prenant les tissus plus latéralement.

- Les points sont serrés sur une sonde métallique de façon à éviter l'écrasement de l'urètre, la sonde de verticale devient horizontale au fur et à mesure que les points sont serrés. Ces points peuvent être passés à l'aiguille sertie de catgut chromé 0, ou plus facilement avec une aiguille de Jalaguier longue. Ce plan sera d'autant plus intéressant qu'il sera doublé du fascia de Halban retendu.

## 2) L'opération de Berkow (33.)

Elle combine l'avancement du méat urétral et la suture des tissus para-urétraux, l'urètre étant de ce fait allongé et coudé par rapport au col vésical. Berkow pensait que les muscles bulbo-caverneux, suturés en arrière de l'urètre sur toute sa longueur, constituait le meilleur soutien du conduit.

Nous avons passé rapidement sur les techniques en cas d'incontinence urinaire, car dans notre pratique le problème ne se posait pas avec acuité.

## II TEMPS MOYEN : CERVICO-UTERIN

### TRAITEMENT PAR VOIE BASSE DE LA RETROVERSION UTERINE ASSOCIEE AU PROLAPSUS UTERIN ET A LA CYSTOCELE.

Il s'agit d'une éventualité un peu fréquente dans notre étude. Signalons déjà que pour ce temps moyen, certaines de nos malades ont subi une ventrofixation de l'utérus. Procédé dont tous les manuels actuels de chirurgie gynécologiques préconisent l'abandon, car disent-ils favorise la survenue d'élytrocèle.

En principe, la correction de la rétrodéviation est un temps indispensable, sinon le vice de position de l'utérus, reste dans l'axe du canal vaginal consitutuera l'amorce d'une récédive. S'il n'existe aucune lésion abdominale associée, et à condition que la rétrodéviation soit libre et non adhérente, sa cure est parfaitement possible par voie basse.

Trois procédés peuvent être utilisés dans les cas des femmes jeunes, appelées à d'autres maternités (comme la majorité de nos observations).

- 1) La vésicofixation haute de l'utérus par vaginale:  
(Opération de Werth-Halban) (18.)
- 2) La plicature des paramètres en avant du col utérin, associé à une vaginofixation améliorée de l'utérus (Crossen-Allekssandroff-Dudley).
- 3) Le raccourcissement des ligaments uréthro-sacrés et du cul-de-sac de Douglas (Opération de Shirodkar, 1ere manière).

C'est à cette dernière technique que la littérature donne sa préférence et que nous allons détaillés.



Le principe de l'auteur est d'utiliser, pour ramener en haut et en arrière et suspendre le col utérin en le rapprochant du centre de la filière pelvi-génitale, les ligaments utéro-sacrés, isolés et sectionnés sur une certaine longueur, que l'on suture ensuite sous bonne tension en les entrecroisant à la face antérieure du col utérin, où ils constituent une véritable fronde de soutien.

**PROTOCOLE OPERATOIRE:**

- (1) Le col est amarré par 2 fils de lin tracteurs ou par une pince de Museux.
- (2) La colpotomie antérieure en T inversé. Dedoublement vésico-vaginal et dissection vésico-utérine. L'incision horizontale de la paroi est poursuivie sur toute la circonférence de l'attache vagino-cervicale.
- (3) Le refoulement latéral de la paroi vaginale doit être étendu sur 7 à 8 cm seule façon de <sup>nc</sup> pas exposer largement la base des paramètres. Il est en général exsangue.
- (4) En arrière, la paroi vaginale postérieure est de la même façon largement décollée, exposant la bombance du cul-de-sac de Douglas bordée à chaque côté par les deux ligaments utéro-sacrés.
- (5) Ouverture du cul-de-sac de Douglas transversalement au plus près de la face postérieure de l'isthme. Un doigt introduit dans la brèche peut alors reconnaître et soulever les deux fortes bandelettes des ligaments utéro-sacrés.
- (6) Transfixés avec une pince courbe, on les clampé de part et d'autre de la future section, à 15 mm de leur insertion cervico-isthmique, et on les sectionne transversalement. Les 2 bouts distaux sont simplement ligaturés par un noeud de Meunier.

- (7) On dégage alors une étendue suffisante de ces ligaments de façon à pédiculiser deux forts trousseaux, que l'on va isoler de la base des paramètres. Pour cela, on s'aide de ciseaux, puis du bout de l'index pour libérer les tissus des deux bords supérieurs et inférieurs.

On mobilise ainsi un véritable néo-ligament d'allure fibro-tendineux. La section le long du bord inférieur ne doit être faite, qu'une fois le péritoine du Douglas soit largement séparé des tissus para-rectaux.

- (8) Le péritoine de la hernie du Douglas est décollé de la face antérieure de l'ampoule rectale le plus haut possible, jusqu'à sa zone de solide attache. L'excès de péritoine est résequé.

- (9) Après la fixation de chaque bandelette à 12 mm de son extrémité et ligaturé d'un solide fil de lin No.4 ; un point médian et 2 points latéraux de fils resorbables chargent le bord inférieur du péritoine prérectal et viennent transfixer 3 points symétriques à la face postérieure du col, à quelques millimètres de la tranche vaginale.

Une fois ces points noués, toute surface dénudée disparaît dans le Douglas et l'élongation apparente du col, s'efface du même coup.

Ce temps, très important, élimine donc à la fois la hernie du Douglas et l'allongement apparent du col. C'est là, l'avantage de cette technique et notre préférence face aux opérations type Manchester et Magendie Musset, lesquelles comportent la nécessité fréquente d'une amputation du col.

- (10) Il faut suturer maintenant à points séparés la paroi vaginale postérieure à la collerette muqueuse péricervicale. (Sinon, elle deviendrait difficile plus tard, une fois les ligaments utéro-sacrés fixés en avant du col qui est refoulé dans la profondeur).

- (11) On termine la colporraphie antérieure sans encore suturer les lambeaux vaginaux.
- (12) Le col rabattu en bas et bien exposé par une valve qui protège la vessie, 2 fils de lin sont faufileés dans la face antérieure de chaque bord de l'isthme.
- (13) On enlève les fils d'appui du col. Avec une pince de Pozzi, on le refoule en haut et dans la profondeur. (Si la manoeuvre est rendue impossible par la rétroversion, il faut redresser l'utérus avec une bougie de Hegar). L'utérus basculé en avant, il devient aisé de pousser le col en haut et en arrière.
- (14) Alors, l'extrémité de chacune des bandelettes utéro-sacrés est saisie avec une pince de Jean Louis Faure ; on les ramène en avant du col où elles se croisent. Le point un peu délicat est de juger de combien il faut les croiser pour maintenir le col à la profondeur souhaitable.

Du bout de l'index, on noue autour des ligaments les 2 fils de lin placés en attente sur la face antérieure de l'isthme.

Quelques points complémentaires solidarisent les bandelettes entre elles et au col ; l'excès est resequé. On effectue alors le reste de la colpectomie et la colporraphie antérieure en chargeant au passage la face antérieure du col. L'opération terminée, le col est ramené haut en profondeur, avec une orientation normale et un fond utérin revenu en position d'antéversion. Cette opération de Shirodkar, combinée à la colporraphie antérieure et à la colpopérinéomyorrhaphie postérieure, nous semble convenir à tout prolapsus de la jeune femme avec retrodéviation utérine.

Dans le cadre de ce temps moyen, se pose dans certains cas le problème de l'amputation du col, qu'on a pas été amené à réaliser. En principe, il est à réaliser dans 2 circonstances différentes (59, 60) (Fig. 23)

Colporraphie antérieure: le sujet est  
interdit, et raccourcit  
la paroi vaginale antérieure  
Elle n'est faite qu'après  
le temps moyen.

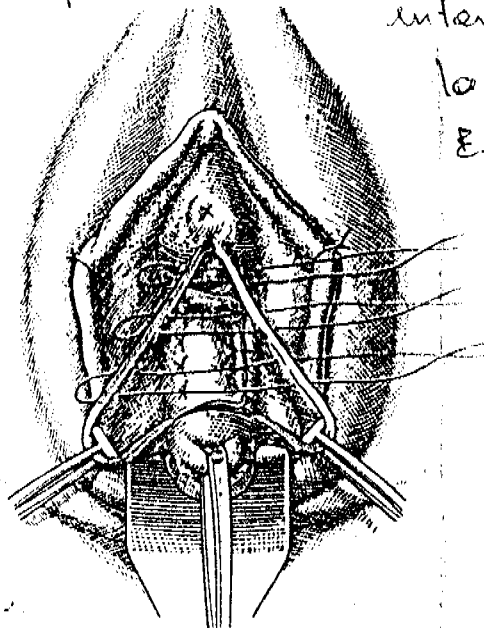


Fig: 22

Temps moyen: Amputation du Col

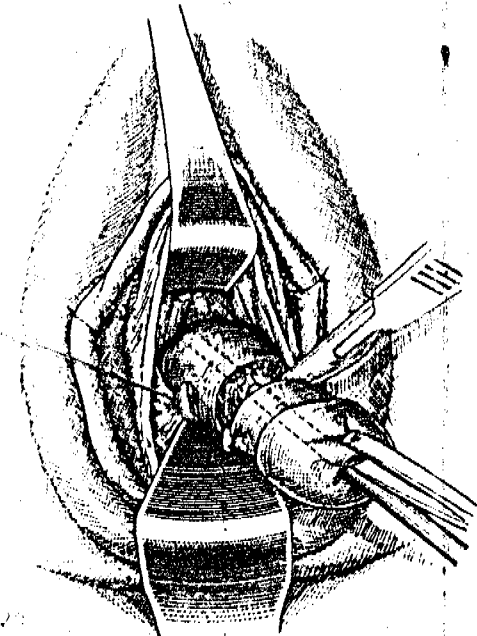


Fig: 23

Temps moyen:

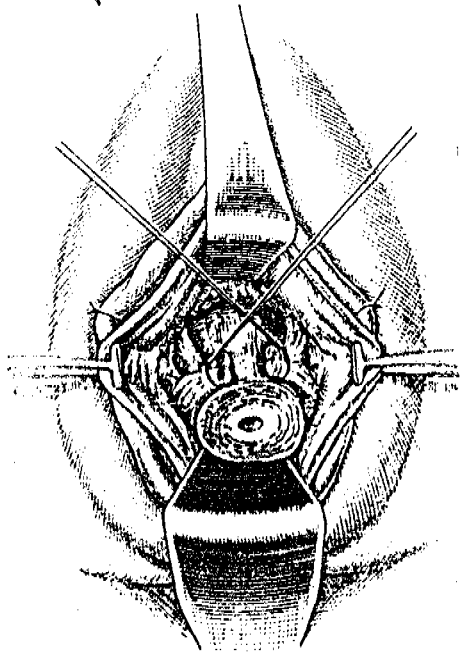
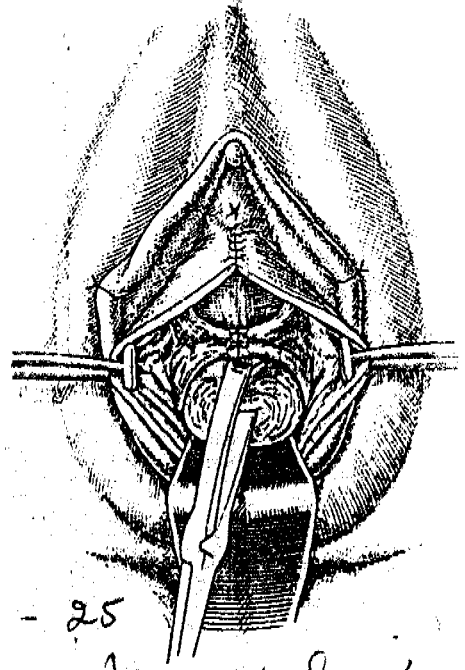


Fig: 24 - 25

Transposition en avant des ligaments utero-sacres et cardinaux.

Temps moyen



ligaments fixes entre eux et a l'isthme uterin

Temps moyen: Recouvrement du Meo. col par la paroi Vaginale. Exemple: Point de Sturmdorf posterior

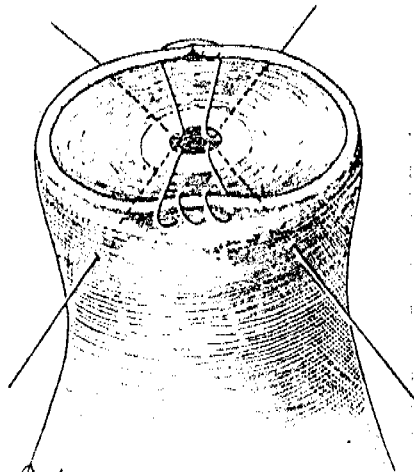


Figure 26 - a.

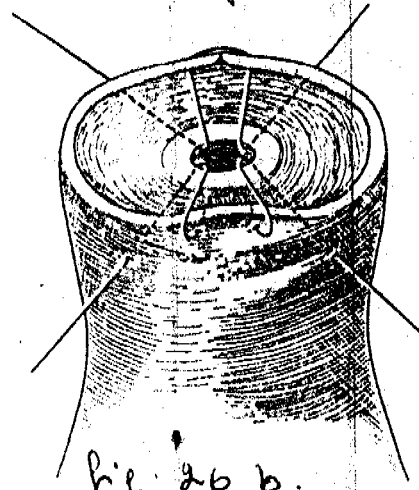


Fig. 26, b.

opér. Sturmf. vaginal. peut être fait en U (haut de la figure) ou bien en X (sous l'anneau) (bas de la figure)

op. de bien encore en U de la superficie vers la profondeur (bas de la figure).

### \* Col pathologique

- métritique
- dysplasique
- ou suspect d'atteinte précancéreuse.

Dans ce cas, l'amputation intravaginale suffit. Chez la femme, appelée à des grossesses ultérieures, l'amputation conoïde de Sturmdorff est valable.

### \* Col en allongement hypertrophique ou atrophique

Introduisant un risque élevé de récurrence, l'amputation supra-vaginale est indiquée si l'hystérométrie de la cavité utérine atteint ou dépasse 9 cm. Les différents procédés d'amputation du col et son recouvrement ne seront pas décrits dans notre étude, car nous ne l'avons pas pratiqué, vu le désir ultérieur de grossesse de nos patientes. A titre informatif, 3 types d'interventions nous paraissent d'être retenus :

#### 1) L'opération de Manchester (1976)

Associée :

- Une amputation supra-vaginale du col,
- Une résection triangulaire de la paroi antérieure du vagin,
- Une solidarisation large des paramètres, en avant du moignon cervical, épaississant la cicatrice qui fixe ce moignon cervical en haut et en arrière. Excellente chez la femme ne devant plus avoir d'enfants, d'après les auteurs ; elle expose la jeune femme à :
  - .. l'avortement,
  - .. la stérilité,
  - .. la dystocie.

Elle peut être dangereuse pour les urètres.

2) L'opération combinée à la manière de Halban Comporte :

- une colporrhaphie antérieure avec suture isolée du fascia périvaginal;
- une vésico-fixation haute de l'utérus en cas de retroversion;
- une amputation supra-vaginale du col, avec les mêmes inconvénients que précédemment.

3) La triple opération périnéale de Magendie-Musset

(~~27.~~ 27.) (Fig. 24, 25)

Se définit comme l'association d'une :

- colporrhaphie antérieure,
- amputation cervicale,
- colpomyorrhaphie postérieure.

En poussant chaque temps jusqu'au maximum compatible avec la conservation de la perméabilité vaginale et acceptant, en cas de grossesse, la césarienne.

III TEMPS POSTERIEUR:

La colpopérinéomyorrhaphie postérieure a été déjà décrite au début de ce Chapitre thérapeutique.

C CURE DU PROLAPSUS PAR VOIE HAUTE

Nous n'insisterons pas beaucoup sur les fixations antérieures, actuellement abandonnées car elles étaient génératrices d'élytrocèle. Mais signalons que, dans notre étude, on a été amené à faire des ventrofixations compte tenu de la diversité des opérateurs qui ont intervenu au cours de notre étude, chacun utilisant les techniques qui lui semblent familières.

Ainsi, nous détaillerons les fixations postérieures, techniques dérivées des travaux de l'Ecole de Broca.

Leur principe est de suspendre l'appareil génital au promontoire, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une prothèse. C'est la première technique que nous détaillerons.

LA PROMONTO-FIXATION DIRECTE (2. 49. 72.) (Fig. 38, 39)

Son But est de rétablir l'antéversion de l'utérus et l'obliquité vaginale normale. Elle est réalisée par la fixation du torus utérinum au promontoire à l'aide de 2 fils non résorbables.

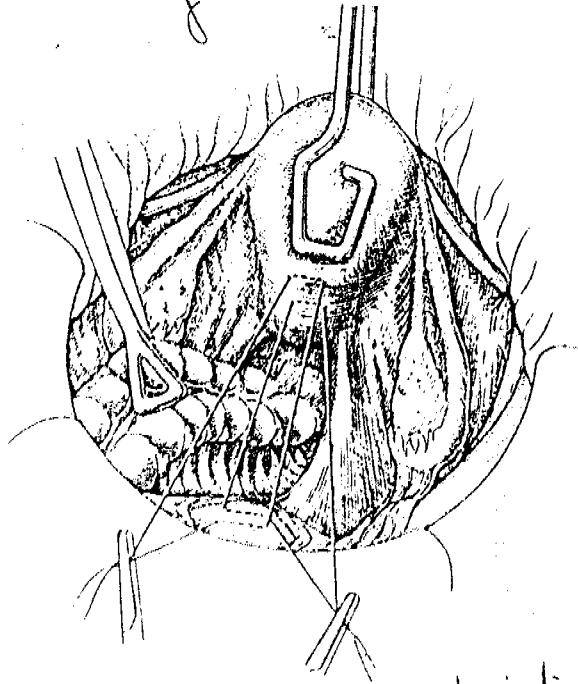
Protocole Opératoire Après l'incision sous-ombilicale médiane, et ouverture de la cavité abdominale.

1. L'abord du Promontoire

- une pince en coeur écarte le sigmoïde vers la gauche;
- le promontoire est repéré par la saillie antérieure que l'on perçoit au doigt;
- une pince de Bengoléa crée un pli péritonéal à la partie médiane du promontoire.
- le péritoine est incisé aux ciseaux et la dissection est poursuivie vers le bas sur 2 cm environ.

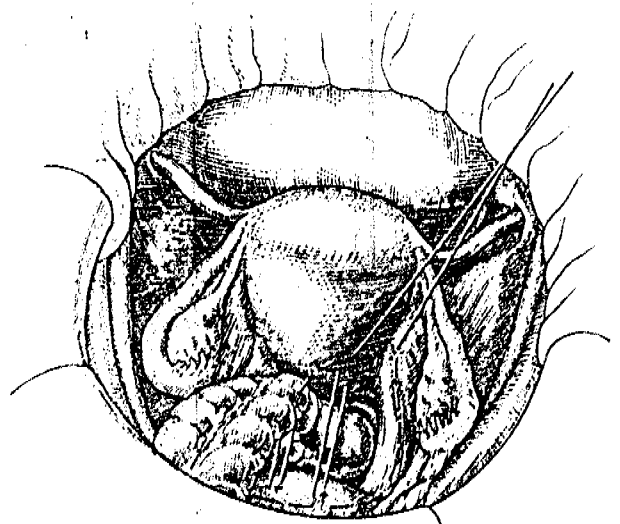


fig : 38



Promonto-fixation directe :  
à assurer toujours par une traction  
sur les fils que la prise est bonne

fig : 39



Faupillage de la  
bourse droite.  
Il faut passer cette  
bourse avant de serrer  
les nœuds de la proman-  
to-fixation.

Ce dernier temps peut être rendu difficile chez les femmes obèses et il faut toujours repérer l'artère sacrée moyenne, les veines sacrées latérales, qui sont plaquées sur la face antérieure du promontoire et, en dehors, la veine iliaque primitive gauche et l'urètre gauche.

- des fils non résorbables (Mersilène 1 ou 2 ou lin simple) sont passés de gauche à droite, un aide refoulant avec une valve malléable le sigmoïde. Ces fils chargent la totalité de l'épaisseur du ligament vertébral antérieur sans entamer le disque.
- une traction exercée sur les fils vérifie la qualité de la prise.

## 2. Passage dans l'isthme utérin

Les fils sont ensuite passés dans l'épaisseur de l'isthme utérin de droite à gauche et mis en attente.

## 3. La Péritonisation

Elle est faite par 2 bourses de fils non résorbables.

- la bourse droite est faufilée, à partir du bord supérieur de l'incision péritonéale sacrée, puis sur la face latérale du rectum, la face postérieure de l'utérus, la face postérieure du ligament large droit puis la face latérale du péritoine pelvien en restant en dessous de l'urètre pour éviter toute couture.
- la bourse gauche est de réalisation plus aisée. Elle débute de la face antéro-latérale gauche du rectum, longe la paroi pelvienne gauche en dessous de l'urètre, suit la face postérieure du ligament large gauche, puis la face postérieure de l'utérus en restant au dessus du niveau du passage des fils dans l'épaisseur de l'isthme.
- les 2 bourses sont mises en attente.

4. Serrage du fils du promontoire  
Il est alors réalisé. Il doit permettre une mise en tension et non une traction qui amènerait le col au contact du promontoire.
5. Les deux bourses péritonéales sont à leur tour nouées et la péritonisation entre la face antérieure du rectum et la face postérieure de l'utérus est complétée par 2 à 3 points séparés.

#### PROMONTO-FIXATION INDIRECTE (5.)

Elle va permettre grâce à l'utilisation d'une prothèse de Messilène, la remise en tension de la paroi antérieure du vagin. Interposée dans l'espace inter-vésico-vaginal, cette prothèse remplace le fascia déficient et ainsi corrige la cystocèle. Fixée aussi à la paroi antérieure du col, elle en assure la traction vers le haut et l'arrière. Associée à une promonto-fixation directe, elle corrige donc le prolapsus antérieur et moyen.

#### LES TECHNIQUES DE VENTROFIXATION ET DE VENTROSUSPENSION DE L'UTERUS

La ventrofixation de l'utérus et d'autres opérations, ayant les mêmes buts, ont été utilisées depuis longtemps, dans la cure de retrodéviations de l'utérus.

Ces techniques peuvent être combinées avec d'autres qu'on emploie pour la cure des ptoses et prolapsus de l'utérus et du vagin.

Dans la plupart des techniques de ligamentopexie, l'anse ligamentaire cesse d'être sous-péritonéale, pour devenir une corde intrapéritonéale tendue de faite du ligament large à la paroi abdominale antérieure ; ce qui crée une menace constante d'étranglement.

Doleris faisait sortir l'anse ligamentaire au niveau du bord supérieur du pubis.

Ce sont les travaux de Gilliam en 1900 qui modifièrent la conception de la ligamentopexie, en faisant sortir les ligaments ronds beaucoup plus haut (à 3 cm au dessus du bord supérieur du pubis) et beaucoup plus près de la ligne médiane.

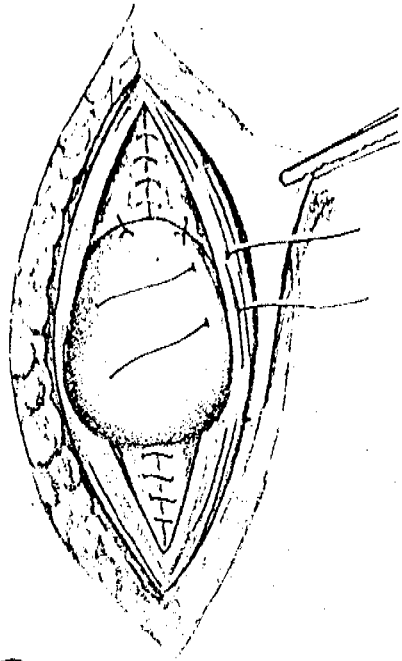
Beaucoup d'auteurs ont écrit sur les techniques de ventrofixation ou de ventrosuspension de l'utérus. Parmi elles, nous allons détailler quelques techniques.

## I LA VENTROSUSPENSION SUIVANT DOLERIS-GILLIAM (24. 5b)(Fig.47)

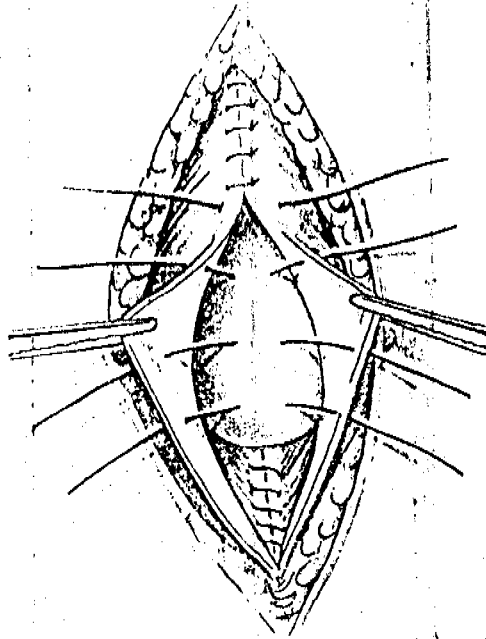
Il se fait de la façon suivante.

- Par une incision sous-ombilicale, médiane, on ouvre la cavité abdominale à peu près à 3 ou 4 cm de la corne de l'utérus des deux côtés, on prend les ligaments ronds de l'utérus avec des pinces ;
- Avec un bistouri, on incise l'aponévrose et à travers les muscles droits de l'abdomen et le péritoine, on fait un tunnel qui doit se trouver à 2 ou 3 cm de notre incision médiane et se pratiquer de 3 à 4 cm au dessus de la symphyse pubienne et cela des deux côtés.
- Par ces canaux, au dessus de l'aponévrose, on fait sortir les ligaments ronds et on fixe temporairement. Puis on ferme la plaie opératoire jusqu'à l'aponévrose. Après la fermeture de l'apénovrose les anses des ligaments ronds sont fixées entre elles avec du fil de lin, puis à l'aponévrose.
- Ensuite, on ferme la peau.

Ventrofixation de l'utérus. Figure 46

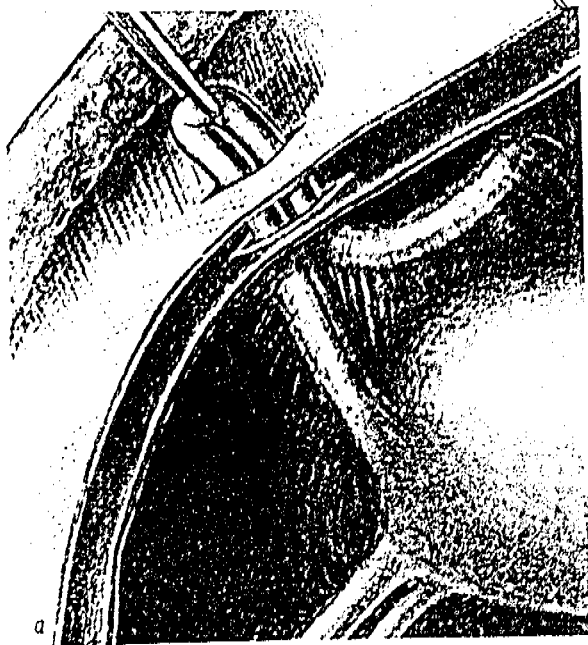


a Position normale abdominale de l'utérus

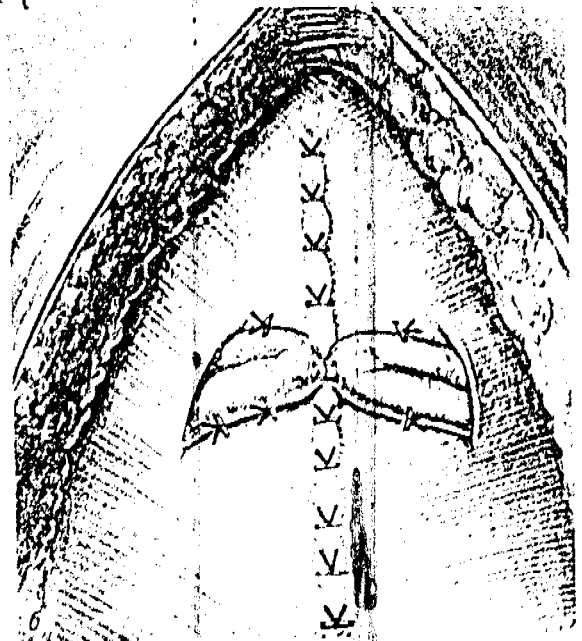


b suture de l'utérus avec l'aponévrose

Ventrosuspension de l'utérus. selon Dolléris. Julliam Fig: 47



a Sortie des ligaments ronds



b suture des ligaments ronds à l'aponévrose.

## II L'OPERATION DE BALDI WEBSTER (84.) (Fig.48 a et b)

**Buts:** Elle consiste à raccourcir les ligaments ronds de l'utérus.

**Technique:** Après une laparotomie médiane, sous-ombilicale, le fond de l'utérus est pris dans une ligature avec laquelle on le soulève.

Au dessus du ligament propre de l'ovaire, (selon Baldi) ou au dessous (selon Webster) de chaque côté, on détermine la zone de la moins vascularisée dans le ligament large de l'utérus. De sa face postérieure à la face antérieure, on fait un canal avec une pince de Kocher.

A peu près à 3 ou 4 cm de l'utérus, on prend le ligament rond qu'on fait venir en arrière de l'utérus, et cela des deux côtés.

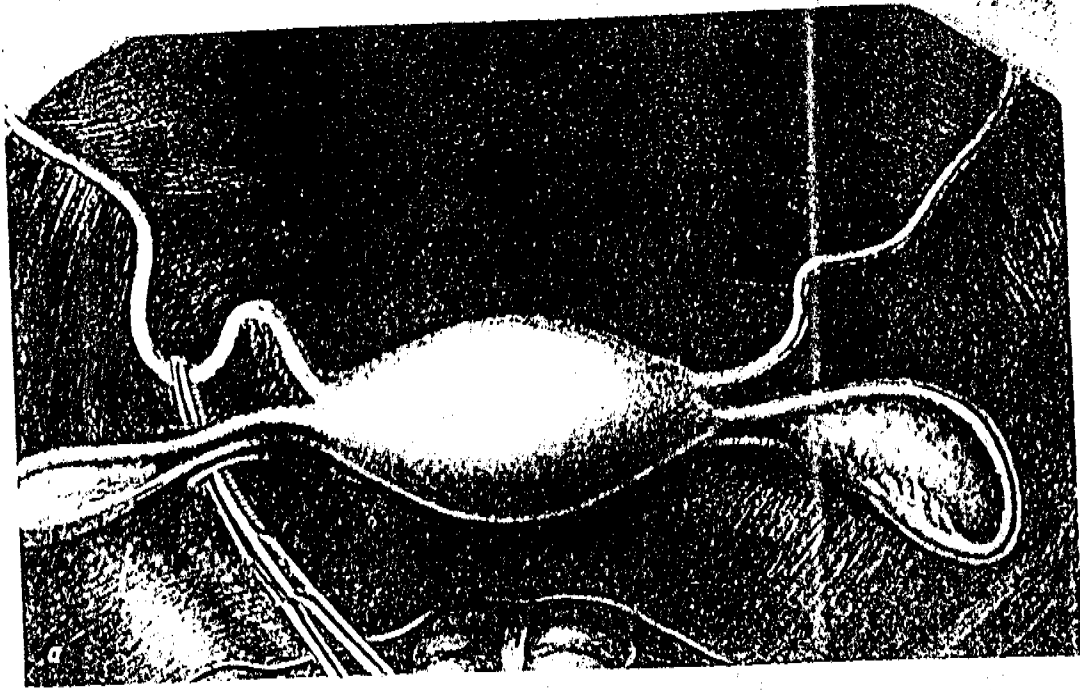
En arrière de l'utérus, les ligaments ronds seront suturés entre eux avec du fil de lin et fixés à la face postérieure de l'utérus avec du catgut.

**Modification de l'Opération de Baldi-Webster suivant Mackcol:**  
(Fig. 49 a, b et c)

La première étape est la même que chez Baldi Webster. Mais la dernière étape consiste au fait qu'un peu au dessous du fond de l'utérus, à sa face postérieure, on pratique une incision de la sereuse avec des ciseaux sous forme de tunnel en direction des trompes et cela sur les deux côtés. Ce tunnel doit être le plus proche possible du point de départ du ligament propre de l'ovaire. On fait passer les ligaments ronds à travers ces 2 tunnels, puis on les fixe entre eux par du fil de lin.

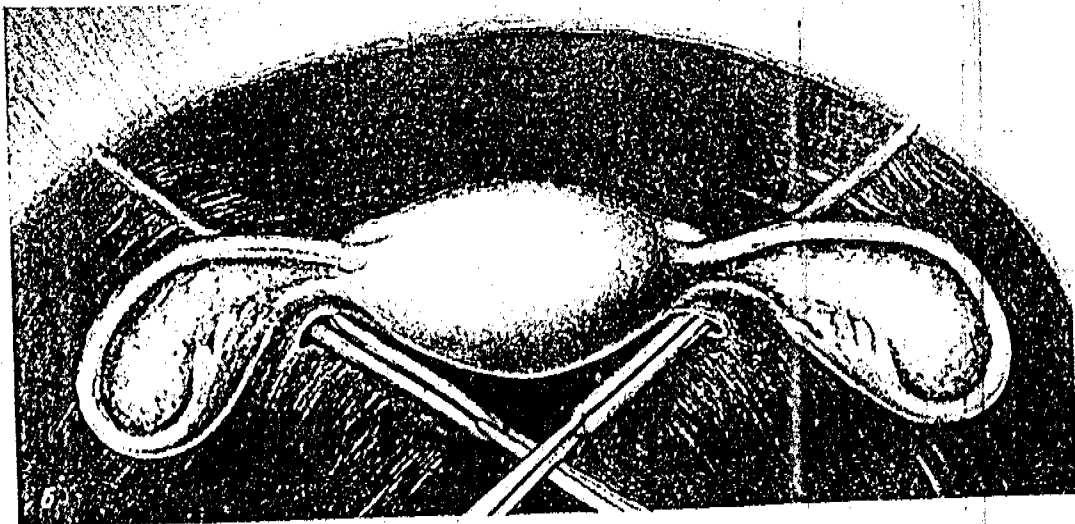
## III L'OPERATION D'ELKINE (Voir Figure 50)

Figures 48 (a-b)



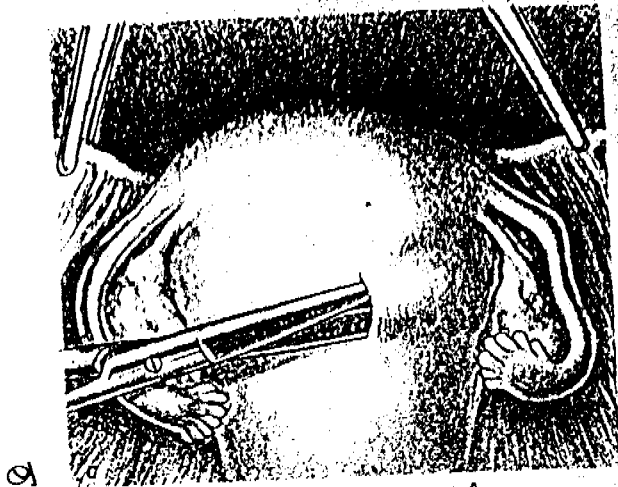
a

Raccourcissement des ligaments ronds selon Balducci-Webster  
Sortie des ligaments ronds à travers le ligament large  
et suture entre eux.



b

Figure 49 (a, b, c)  
Raccourcissement des ligaments ronds selon Takkel:

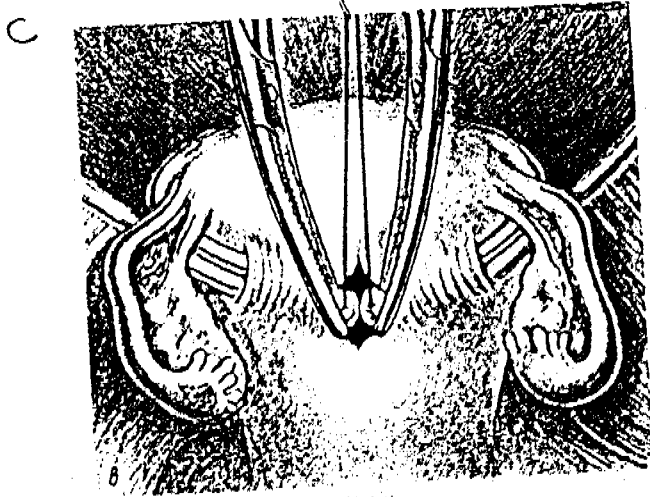


a Création d'un tunnel



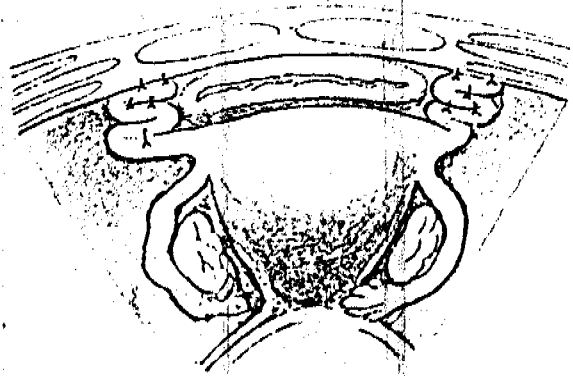
b Passage du ligament rond à travers ce canal

Suture des ligaments entre eux:



c

Figure: 50



Raccourcissement des ligaments ronds selon Elkiné



#### IV LA VENTOFIXATION DE L'UTERUS (Fig. 46, a et b)

C'est une technique recommandée chez les vieilles femmes. Elle peut être complétée d'habitude par des opérations sur le vagin et le périnée.

C'est une méthode qui a été moins pratiquée au cours de notre étude.

##### Technique:

- Après une laparotomie médiane, sous-ombilicale ; l'utérus est attiré vers l'angle inférieur de la plaie opératoire.
- Le péritoine est suturé avec du catgut, en commençant par l'angle supérieur. Après, on le glisse sous l'utérus.
- A l'angle inférieur de la plaie opératoire, on fixe le péritoine à la paroi antérieure de l'utérus. Ainsi, le corps de l'utérus repose parallèlement au muscle de la paroi abdominale sur le péritoine.
- Le corps de l'utérus est fixé aux muscles droits de l'abdomen par quelques sutures au catgut.
- L'aponévrose est fermée avec du fil de lin, et au niveau de l'utérus les fils prennent l'utérus en même temps que l'aponévrose.

#### LIGAMENTOPEXIE PAR INCISION MEDIANE

(79)

Selon H. Bompert 1950

L'idée directrice consiste à se rapprocher le plus possible de l'anatomie normale dans laquelle le ligament rond reste sous-péritonéal dans l'aileron antérieur du ligament large.

Bompert se propose de réaliser une fixation externe, fixation séparée de chaque anse ligamentaire.

**Méthode:** Il s'agit d'extra-péritoniser l'anse ligamentaire de suspension ce qui supprime la corde d'étranglement intra-péritonéale.

**Techniques:**

1. Incision médiane, un fil repère est placé de chaque côté, sous le ligament rond à un centimètre en dehors du milieu de l'aileron antérieur du ligament large.
2. Une pince courbe (mieux languette) est engagée entre le péritoine pariétal, tendu par une pince de Dural et la face profonde de la paroi. La progression est oblique en direction de l'orifice profond du canal inguinal.
3. L'extrémité de la pince étant parvenue là, on incise le péritoine sur l'extrémité de manière à les dégager juste assez pour qu'ils puissent saisir l'anse du fil-repère.
4. La traction sur ce fil fait sortir du ventre la moitié externe du ligament rond qui est devenu sous-péritonéale.
- 5; Création au bistouri d'un orifice dans la paroi antérieure juste au dessus du pubis, le plus dehors possible de la ligne médiane. Une pince courbe est introduite d'avant en arrière à travers l'aponévrose et le muscle, jusque dans l'espace sous-péritonéal.
6. Attraction de cette anse en avant de l'aponévrose des droits. Fixation du ligament rond à la face antérieure de l'aponévrose par au moins trois nylon 0, passés à l'aiguille sertie. Les mêmes manoeuvres sont répétées de l'autre côté.

Cette technique raccourcit le ligament rond tout en gardant une anatomie normale. La fixation isolée des deux ligaments ronds à l'avantage de supprimer la bride antérieure si souvent douloureuse ; elle diminue le danger d'occlusion parce qu'il n'est pas créer en avant de l'utérus un arceau rigide. Elle permet enfin, d'achever son opération et d'en vérifier le résultat avant de refermer le ventre ; ce qui

donne l'assurance de ne jamais attirer contre la paroi, ou de bloquer contre la paroi la trompe et même l'ovaire.

LIGAMENTOPEXIE PAR INCISION TRANSVERSALE (73)

Pellanda 1925.

Publiée en 1925, sous le nom de "Opération de Doléris Pfannenstiel", cette technique eut à Lyon une faveur qui apparaît dans la formidable statistique d'Eugène Pollossen, portant sur 1200 ligamentopexies.

Technique:

- Incision de Pfannenstiel,
- Une anse de fil est passée sous le ligament rond à 5 cm de son insertion utérine. Même manoeuvre de l'autre côté.
- Découverte du bord externe du muscle droit,
- Repérage de l'épigastrique (il faut la voir, car c'est un accident très grave que de la blesser et de le reconnaître).
- La main gauche, introduite dans le ventre, soutient la paroi en face de la région opératoire.
- Une pince courbe perfore le péritoine, soutenu par deux doigts de la main gauche et saisit l'anse de fil.
- La pince est retirée. La traction sur l'anse de fil amène à l'extérieur l'anse ligamentaire. On s'assure, à l'oeil que tout est normal dans le ventre.
- Amarrage temporaire de l'anse ligamentaire à l'aponévrose. Les mêmes manoeuvres sont répétées de l'autre côté.
- Après ultime vérification, fermeture du péritoine, rapprochement des droits. Début de la suture aponévrotique par le point médian. Suture aponévrotique de dedans en dehors jusqu'à l'anse ligamentaire. Suture de dehors en

dedans de l'hiatus aponévrotique situé en dehors de l'anse ligamentaire. Cette anse étant soulevée par le fil tracteur (qu'il ne faut surtout jamais retirés) ; un nylon No.2 est passé en U d'une lèvre aponévrotique à l'autre, dans l'aire de l'anse du ligament rond qui est désormais retenue devant l'aponévrose.

- Ablation du fil tracteur.
- Suture de chaque pied de l'anse ligamentaire par un nylon allant d'une berge aponévrotique à l'autre, à travers le ligament rond.
- On peut parfaire la suture de l'anse du ligament rond à l'aponévrose par quelques points de nylon 0 passés à l'aiguille sertie.
- Les mêmes manoeuvres sont répétées de l'autre côté.
- Suture de la peau.

Cette technique a été rarement utilisée au cours de notre étude.

#### L'OPERATION DE BRET ET BARDIEUX (79)

**But:** C'est le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds avec appui pariétal.

**Méthode:** La technique de Bret est une ligamentopexie dont l'anse ligamentaire au lieu d'être incluse dans la paroi, serait fixée à sa face profonde.

**Technique:**

- On prépare une petite loge sous-cutanée en décollant le tissu graisseur de l'aponévrose, à hauteur convenable après une laparotomie médiane ou transversale.

- On saisit le ligament rond à 2 ou 3 cm de la corne utérine. Le ligament rond est tendu et son bord supérieur aviné par une incision longitudinale du péritoine qui le recouvre (temps facultatif que nous n'avons pas pratiqué).
- Une aiguille de Reverdin courbe charge alors le ligament rond le plissant en va-et-vient jusqu'à son contact avec la paroi, l'aiguille charge le péritoine pariétal un peu en dedans pour effacer le sinus pariéto-ligamentaire, puis transfixe la paroi jusque dans la logette pré-aponévrotique.
- Un catgut chromé No.3 est passé, l'aiguille est retirée, puis sans lâcher le catgut, transverse à nouveau la paroi à quelques millimètres du premier passage.
- Le fil est dégagé, l'aiguille ressortie, les deux chefs de catgut sont noués dans la logette.
- La manoeuvre est répétée de l'autre côté.

Nous avons, au cours de notre étude largement, utilisé cette technique.

La ligamentopexie demeure vivante. Elle garde une place comme temps complémentaire dans les rétroversions utérines, associées à la Douglasséctomie ou au cloisonnement du Douglas. Elle reste valable lorsqu'on opère des prolapsus par voie mixte, avec ou sans rétroversion. Certains auteurs (Pellanda avec Bret et Bardiaux) croient que c'est un temps complémentaire terminal très utile après certaines interventions qui vont laisser un utérus mobile, un Douglas inflammatoire et dépoli dans lequel l'organe ne demanderait qu'à tomber et à se fixer. C'est ainsi, que pour ces auteurs, on l'utilisera après salpingectomie pour trompe infectée ou adhérentes ayant attiré l'utérus en arrière, après opération pour endométriose pelvienne, tuberculose ou hématocele.

## CAS PARTICULIERS

### A PROLAPSUS APRES HYSTERECTOMIE (5) (Fig. 27, 28, 29, 30)

Rappel: Le Prolapsus après hystérectomie reconnaît les mêmes mécanismes et les mêmes étiologies que le prolapsus avec utérus en place. Cependant, on a beaucoup discuté le rôle de certains facteurs.

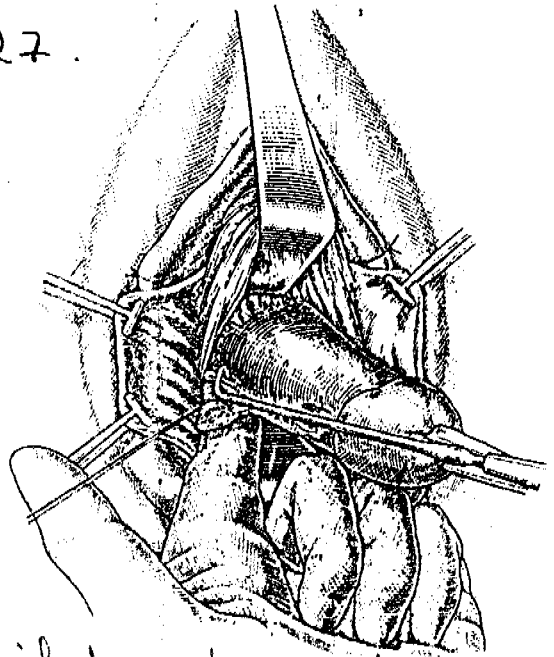
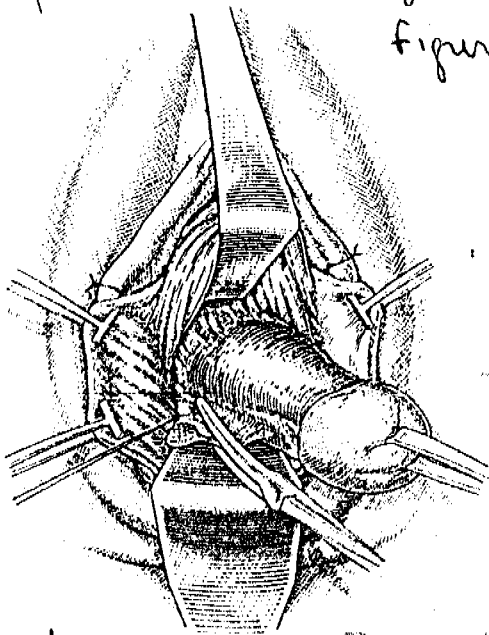
- Prolapsus associé non reconnu surtout chez la femme jeune ne se révélant qu'avec l'installation de l'atrophie post-ménopausique,
- Prolapsus associé masqué, par exemple par un gros utérus fibromateux dont l'exérèse démasque le prolapsus,
- Le rôle du col: beaucoup discuté par les auteurs.
  - .. Pour Certains la conservation du col favoriserait le prolapsus (car les ligaments distendus se fixant sur lui le maintiennent mal, il se met dans l'axe du vagin): c'est le "cole piston" de Granjon.
  - .. Pour d'autres, au contraire, l'ablation du col serait plus fréquemment à l'origine du prolapsus car l'hystérectomie totale sectionnerait tous les moyens de suspension du dôme vaginal, permettant ainsi au fond du vagin de descendre.

Dans notre expérience, on a constaté des prolapsus après hystérectomie totale ou avec conservation du col. Donc les deux mécanismes interviendraient dans la survenue du prolapsus.

#### Technique Opératoire:

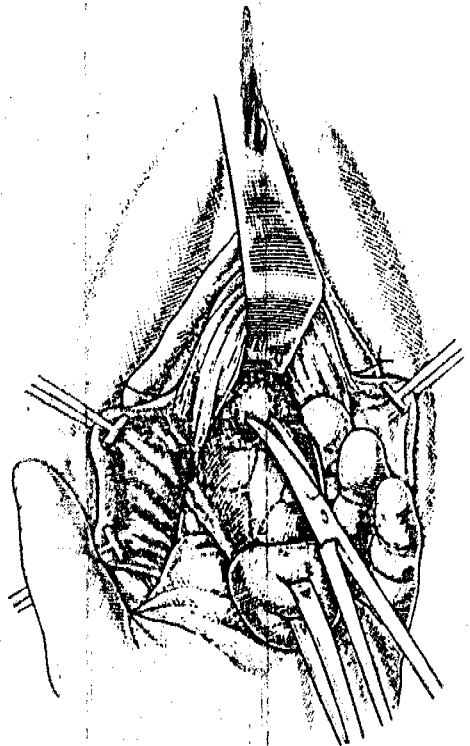
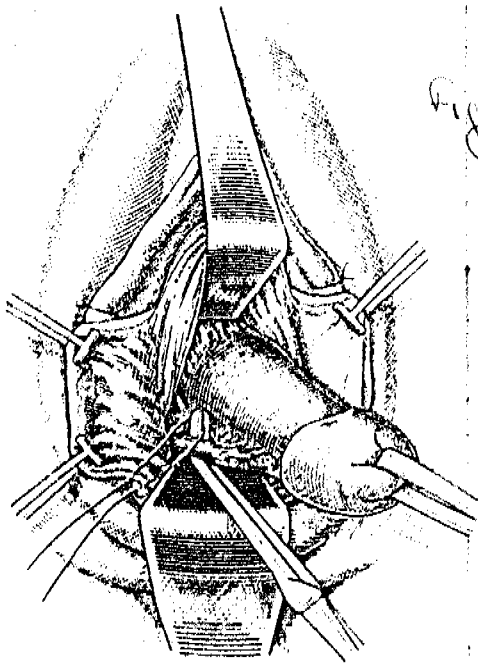
Les techniques possibles sont différentes selon que le prolapsus apparaît après hystérectomie totale ou non.

Figures 27.



Hémostase des Paramètres, ils peuvent aussi être chargés à l'aide du passe-fil de Deschamps.

Fig. 28



Les Paramètres peuvent aussi être déséchoués avec le dissecteur.

Ouverture du col de sac vesico-uterin

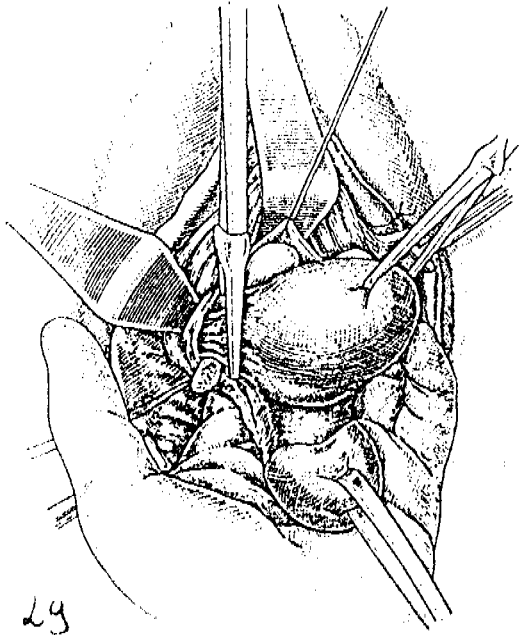


Fig: 29  
Section des pedicules de la corne  
la traction sur l'uterus est fermée.

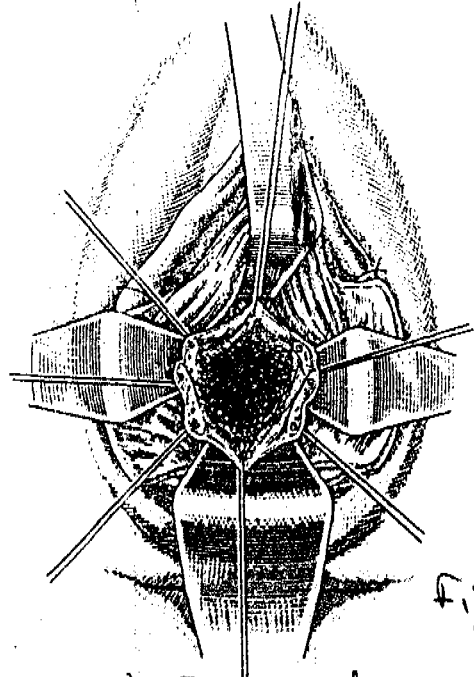


Fig: 30  
la Pièce est retombée  
les lames antérieures et posté-  
rieures du péritoine sont  
reposées.

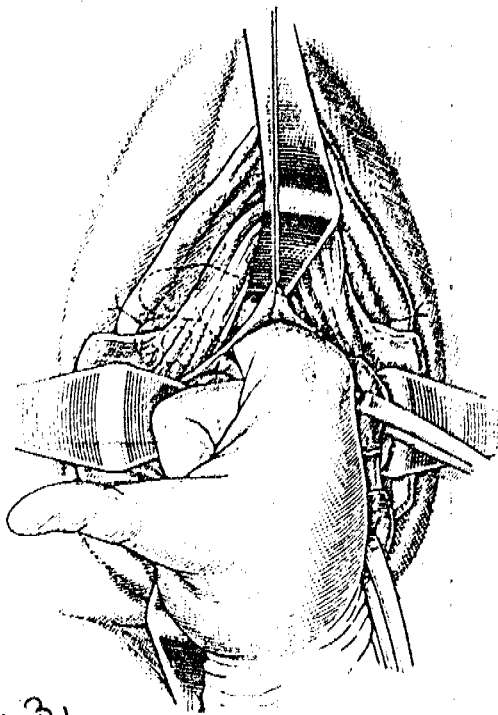


Fig: 31  
Exploration pelvienne

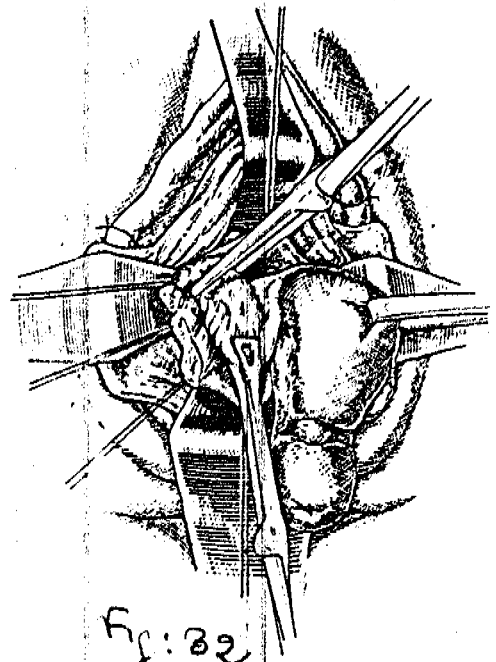


Fig: 32  
Amniectomie



a) Prolapsus après hystérectomie subtotale:

L'équivalent du Manchester, c'est-à-dire avec amputation partielle du col restant éventuellement allongé qui laisse une "rondelle" de col sur laquelle on peut refixer les ligaments utéro-sacrés et cardinaux est actuellement abandonné.

Voie basse:

L'intervention proposée par les manuels est l'équivalent de l'hystérectomie vaginale pratiquée, ici, sur le col restant avec solidarisation et remise en tension des ligaments cervico-utérins auxquels on fixe le dôme vaginal.

Seuls manquent les pédicules de la corne, "perdus" lors de l'hystérectomie précédente. Ce procédé dit de Bickel, adaptant les artifices de Campbell et Crossen comporte les temps suivants:

- (1) Incision de Crossen.
- (2) Dissection de la vessie que l'on sépare du vagin.
- (3) Dissection soigneuse et très prudente de la vessie que l'on sépare du col en sachant que la péritonisation l'a amenée très souvent au dessous du col et même parfois en arrière.
- (4) Incision péri-cervicale et dissection du vagin.
- (5) Ouverture du cul-de-sac de Douglas qui permet de mieux terminer la séparation de la vessie du col en introduisant l'index en crochet au dessus de celui-ci.
- (6) Clampage, section et ligature des utéro-sacrés, des ligament cardinaux et du tissu para-cervical en un seul pédicule ou en deux pédicules en fonction de leur volume et de leur étalement.
- (7) Réfection du plancher pelvien profond en solidarisant ces ligaments selon l'artifice de Crossen et/ou fixation des

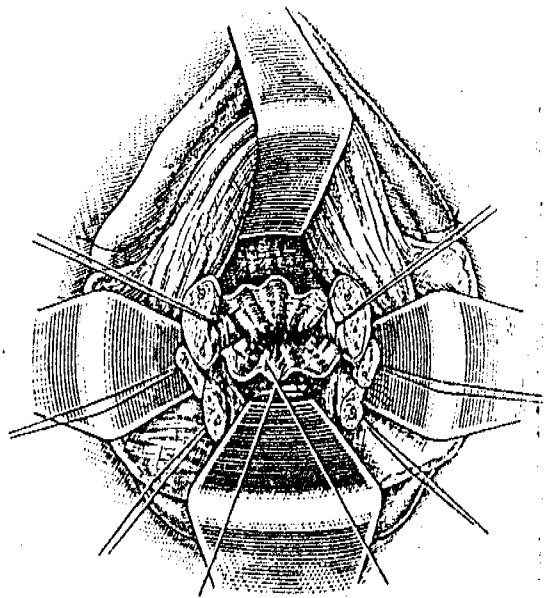
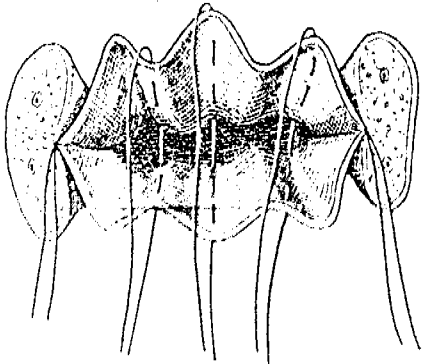


Fig: 33

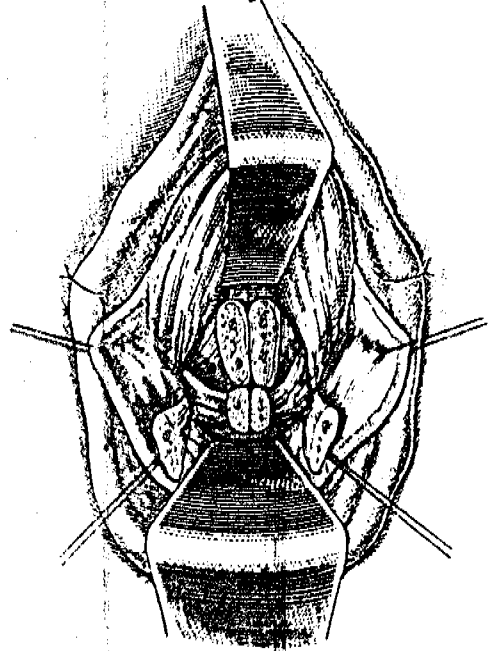
fermeture du cul de sac péritonéal.

fig. 34



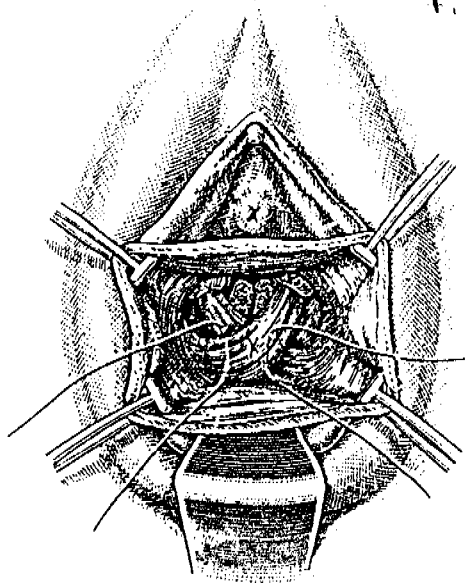
Ant. proc. de Richter: but est d'affaiblir le cul de sac - de Douglas

fig: 35

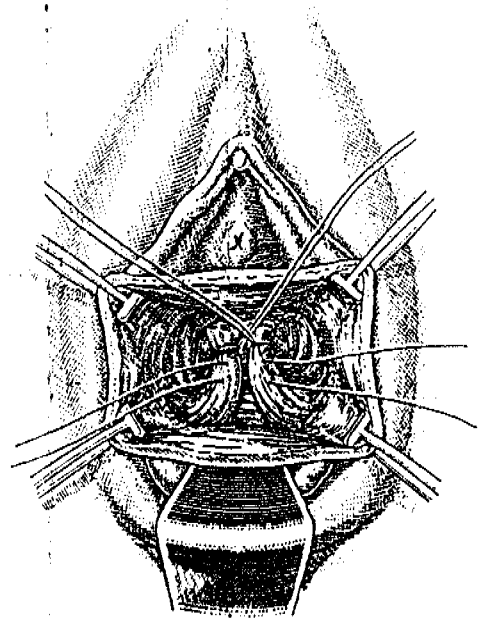


Procédés de Crossen: Solidorisation sur la ligne médiane du pédicel de la corne et des paramètres

Fig: 36.



Procédé de Campbell. Crossen  
 (Après ligament utéro-ovaire est fixé  
 au faisceau périer du muscle rel.  
 vessie antrostabil. Les deux ligaments  
 sont ensuite solidarisés sur la ligne  
 médiane.



Achèvement des  
 ligaments utéro-sacres  
 l'un à l'autre sur la ligne  
 médiane.

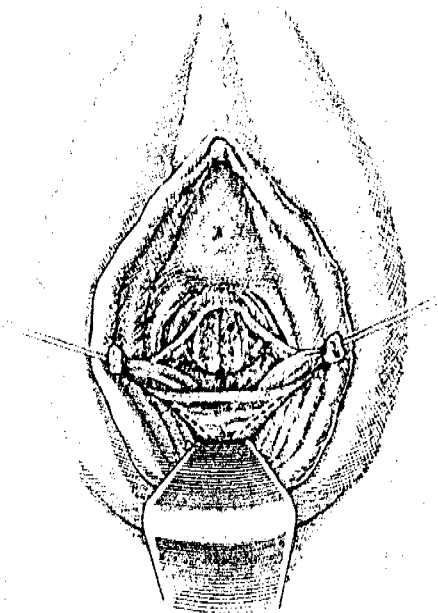


Fig: 37

Colpectomie postérieure triangulaire à sommet  
 inférieur et temps doit être effectué avant la  
 réunion des ligaments utéro-sacres.

ligaments utéro-sacrés en avant aux faisceaux pubiens des réleveurs après les avoir croisés selon la technique de Campbell (Fig. 35, 36)

Le procédé de Crossen, consiste en la solidarisation sur la ligne médiane du pédicule de la corne (ligament rond surtout) et des paramètres, s'ils sont suffisamment étoffés ; tandis que celui de Campbell consiste en la transposition en avant, après les avoir croisés sous la vessie, des ligaments utéro-sacrés.

- (8) Colporraphie antérieure ensuite (après colpectomie plus ou moins importante) et dissection, puis suture du fascia de Halban.
- (9) Colpopérinéorrhaphie postérieure avec myorrhaphie des réleveurs enfin.

#### Voie Haute:

C'est la promontofixation du col restant après avoir vérifié soigneusement qu'il est sain. Les différents temps sont les mêmes d'une promontofixation de l'utérus.

#### b) Prolapsus après hystérectomie totale

Les difficultés proviennent ici de l'impossibilité de récupération et d'utiliser les ligaments pelviens par voie basse. Donc, seule la voie haute est praticable. C'est la promontofixation du dôme vaginal. L'intervention se déroulera selon les temps suivants :

- (1) Position de la patiente en double équipe.
- (2) Une bougie No.25 ou 30 est introduite dans le vagin permettant par voie haute de bien localiser le dôme vaginal.
- (3) Dissection et séparation de la vessie du dôme vaginal en ouvrant le péritoine latéralement ; la dissection sera poursuivie de dehors en dedans et d'arrière en avant de façon à éviter de la blesser.

- (4) Fixation au dôme vaginal, ainsi préparé des bandelettes ou prothèses de Mersilène sur sa face antérieure et postérieure.
- (5) Fixation de la prothèse au promontoire comme précédemment. (Il faut suspendre la prothèse sans tension excessive).
- (6) Péritonisation.

Lors de cette intervention, il faut faire attention à la transfixion du dôme vaginal au cours de la fixation de la prothèse et à la blessure de la vessie qui recouvre souvent le dôme vaginal ~~lin~~ en arrière.

## B L'ELYTROCELE (16 . 22)

C'est une hernie du cul-de-sac de Douglas dans la cloison recto-vaginale.

**Rappel:** Cette hernie du Douglas nécessite l'association plus ou moins complète de 3 circonstances favorisantes dont l'une peut prédominer.

### 1) Les facteurs constitutionnels:

Il s'agit d'un cul-de-sac de Douglas anormalement profond, ce qui est souvent plus fréquent chez les femmes petites avec hyperlordoses.

### 2) Les dégats obstétricaux:

Par effondrement sous-jacent des muscles pelviens et périnéaux.

### 3) L'hystéropexie antérieure:

La triple opération dite à la française qui fixait l'utérus ptosé à la paroi abdominale, à un niveau variable, tant sur l'utérus (Isthme ou fond utérin) que sur la paroi abdominale attirant ainsi l'utérus en haut et en avant, ouvrait encore le cul-de-sac de Douglas et permettrait aux anses

intestinales et à la pression abdominale de s'y en gouffrer. Tous ces facteurs, associés de façon variable vont expliquer les différents aspects cliniques de l'élytrocèle.

### TRAITEMENT CHIRURGICAL

Reconnue par la clinique, par le colpocystogramme, par l'hystérosalpingographie ou lors de l'intervention, l'élytrocèle doit faire l'objet d'un traitement spécifique. Celui-ci comporte la dissection et l'ablation du sac et la réfection de la paroi pour en empêcher la récurrence.

Elle peut se faire soit par voie haute, soit par voie basse. Nous nous attarderons sur cette dernière voie.

#### La voie vaginale

- (1) C'est l'abord du périnée postérieur et la dissection recto-vaginale jusqu'au Douglas tel décrit pendant la colpopérinéorrhaphie postérieure. Cette dissection met en évidence le sac de l'élytrocèle dont on maintient l'extrémité inférieure par une pince.
- (2) Ouverture et dissection du sac:  
Après ouverture du sac, plutôt en avant de la pince qu'en arrière (pour éviter de blesser le rectum), celui-ci est disséqué sur le doigt et à la compresse comme tout sac de hernie (en avant puis en arrière jusqu'à la zone accolée du péritoine à la face antérieure du rectum). Le décollement est pressé loin latéralement.
- (4) Ablation du sac:  
Le sac ainsi entièrement disséqué est sectionné au plus près de ses limites supérieures dont on gardera les bords sur les pinces.
- (4) Fermeture du sac restant:  
La fermeture du péritoine peut être faite simplement par passage d'une bourse au catgut chromé 0. Cependant, cette

manière de procéder laisse une cavité péritonéale encore profonde. L'artifice de Richter permet, en faufilant verticalement les fils le plus haut possible, d'effacer une grande partie de cette cavité par l'adossement du péritoine vésical au péritoine prérectal ; si l'on a pratiqué une hystérectomie vaginale.

- (5) Résection d'un triangle vaginal à base supérieure:  
La paroi vaginale, abondante en raison du bombement dû à la distension par l'élytrocèle, mérite une colpectomie triangulaire variable en importance, à base supérieure et à pointe inférieure, celle-ci viendra rejoindre la colpectomie inférieure à sommet supérieur et permettra d'éviter une sténose médiane du vagin, source de dyspareunie.
- (6) Colporraphie et solidarisation des utéro-sacrés:  
La colporraphie est faite en prenant large de façon à inclure dans les mêmes points les utéro-sacrés très distendus et latéralisés, ceci contribue à fermer la déhiscence par où s'était engagée l'élytrocèle.
- (7) Colpopérinéorraphie postérieure:  
La colpopérinéorraphie postérieure et la myorraphie des releveurs sont poursuivies comme il a été déjà décrit.

#### C LE PROLAPSUS RECIDIVE (5)

Sous cette dénomination, on regroupe en fait:

1. Le prolapsus négligé: C'est une erreur d'indication, un élément prolapsé a été négligé.

Exemple: La révélation <sup>d'une rectocèle</sup> ~~après cure de cystocèle~~ après cure de cystocèle et d'hystéroptose sans réfection du périnée postérieur.

2. Le prolapsus révélé: C'est une erreur technique. L'examen pré-opératoire lors de la première intervention n'a pas retrouvé un prolapsus compétitif.

Exemple: C'est l'apparition d'un élytrocèle après cure d'incontinence urinaire d'effort voie haute.

3. La récurrence vraie: C'est l'apparition retardée du même élément de prolapsus après une première cure chirurgicale. Il s'agit habituellement d'une défaillance tissulaire. La cure du prolapsus a utilisé des éléments par trop altérés et incapables de remplir leur rôle de soutien.

### CONDUITE A TENIR

Elle nécessite un bilan clinique et paraclinique soigneux. C'est dans ces cas que les examens complémentaires doivent prendre plus de valeur, surtout les examens radiologiques. C'est l'une des rares indications du colpocystogramme qui permet une meilleure approche analytique des éléments prolapsés.

### TRAITEMENT DES PROLAPSUS RECIDIVES

Deux grands principes doivent nous guider:

- S'il y a eu erreur d'indication ou erreur de technique, on peut encore choisir la voie d'abord en fonction de l'élément prolapsé.
- S'il s'agit d'une défaillance tissulaire, l'utilisation du matériel prothétique pour remplacer les éléments défaillants semble meilleure.



(1) L'hormonothérapie

Il vise à améliorer la trophicité des tissus. Il faut utiliser surtout des oestrogènes par voie locale.

(2) Les moyens mécaniques

Le pessaire est un anneau de caoutchouc de taille variable dont le but est de soutenir le prolapsus refoulé. Sa taille doit être adaptée au prolapsus et au vagin de la patiente. Il doit être changé tous les trois mois.

(3) Les traitements physiques (25. 35.)

Les traitements physiques associent une rééducation périnéale et une électrostimulation fonctionnelle du plancher pelvien.

- La rééducation périnéale comprend:

.. La prise de conscience des muscles releveurs de l'anus et du plancher pelvien.

.. La tonification et la musculation du plancher pelvien.

.. L'intégration de la contraction périnéale dans les exercices de la vie quotidienne.

- L'électrostimulation fonctionnelle:

Se fait soit par voie vaginale, soit par voie rectale. Le temps de travail est de 1 à 2 secondes pour un temps de repos toujours double de celui du temps de travail.

Après un travail purement passif, on peut associer un travail actif en demandant à la patiente d'accompagner la contraction induite par la stimulation.

- Les résultats:

Le traitement physiothérapique ne peut être qu'un traitement adjuvant ou réservé aux prolapsus débutants. Les résultats anatomiques sont décevants, cependant, les résultats fonctionnels sont excellents d'après les auteurs avec une diminution de la pesanteur et de la gêne induite par le prolapsus permettant ainsi de différer l'indication opératoire.

Pour notre pratique, nous n'avons presque tenté aucun traitement médical, sauf celui des affections gynécologiques d'accompagnement du prolapsus, révélées lors du bilan préopératoire.

## SOINS PRE, PER ET POST-OPERATOIRES

### A SOINS PREOPERATOIRES

\* Le bilan clinique, biologique et radiologique préchirurgical habituel est systématique et n'a rien de particulier. Cependant, chez les malades présentant une importante cystocèle accompagnée de lombalgies et d'épisodes de cystite à répétition, l'urographie intraveineuse (UIV) ne doit pas être négligée. Car elle peut révéler une stase uni ou bilatérale du haut appareil, objectiver des calcifications bilharziennes.

\* La préparation, essentiellement locale, doit veiller à traiter tous les cas de métrite, de cervicite ou de vaginite selon leur cause, qui ne sont pas rares.

Les cols ulcérés, doivent être cicatrisés avant tout geste chirurgical ; même si une amputation du col est prévue.

Par contre, certains doivent faire l'objet de frottis à visée de cyto-diagnostic carcinologique.

L'infection urinaire, les parasitoses intestinales, la constipation doivent être l'objet d'une attention particulière.

\* On opérera de préférence dans la période qui suit la fin des règles. L'excellence prophicité du tractus génital est un facteur favorable chez la femme en pleine période d'activité ovarienne.

\* La tendance hémorragique éventuelle doit être aussi exactement que possible appréciée, par des analyse sanguines (temps de coagulabilité TC, taux de prothrombine TP).

En cas d'hypocoagulabilité avec allongement du TC, la vitaminothérapie K1 trouve ici une excellente indication.

\* Un lavage évacuateur est nécessaire la veille de l'intervention.

\* Une transfusion sanguine est exceptionnelle, sauf en cas d'anémie préexistante.

\* Si la tendance hémorragique s'avère gênante, une infiltration de procaine à 1/200 à l'avantage de faciliter le repérage et le décollement des espaces de clivage.

## **B PENDANT L'INTERVENTION**

- Patiente en position gynécologique, pour les voie d'abord basse, ou jambes allongées légèrement écartées pour la voie haute.

- Les dissections doivent être faites anatomiquement au bistouri et aux ciseaux fins, en évitant les décollements brutaux à la compresse, qui facilitent le saignement et l'attrition tissulaire.

- Les sutures doivent être exactement affrontantes, en proscrivant le surjet et préférant les points séparés.

- Lors du temps postérieur, les sutures en masse sont à éviter. Il faut suturer plan par plan.

- Tout drain ou mèche doit être signalé sur la fiche de l'opérée.

## C SOINS POST-OPERATOIRES

Ils sont simples.

- (1) Les soins locaux doivent être effectués quotidiennement. La plaie périnéale doit être irriguée chaque jour, nettoyée au mercurochrome aqueux (ou solubacter), séchée et poudrée à l'exoseptoplix. Signalons qu'aucun pansement occlusif n'est nécessaire. Le bourdonnet de la peau et les fils de suture sont retirés au 12<sup>e</sup> jour.
- (2) Le tamponnement vaginal, s'il existe ne doit pas excéder 24 heures.
- (3) Les malades ne doivent pas être constipés. L'émission des selles est facilitée par une reprise rapide d'une alimentation variée à base de liquide.
- (4) Le lever précoce est toujours indiqué même si le risque thrombo-embolique est rare en milieu africain.
- (5) S'il y a une sonde vésicale, et s'il n'y a pas de geste plastique sur le col vésical, elle ne doit pas dépasser 3 jours. Dans le cas contraire, elle peut rester à demeure durant 8 à 10 jours. Elle doit être alors l'objet d'une attention particulière, et d'une désinfection urinaire ; elle reste ouverte en permanence. Une cure de diurèse est recommandée.
- (6) L'antibiothérapie dite de couverture a été systématique avec la prévention palustre, contrairement à la prophylaxie antitétanique dans notre étude.

Aucun traitement anticoagulant n'a été entrepris.

- (7) La désinfection vaginale par comprimés gynécologiques est systématique.

- (8) A plus long terme, on recommande aux malades l'abstinence sexuelle pendant 3 mois, et l'interdiction de travaux pénibles pendant 6 mois.

## ACCIDENTS ET COMPLICATIONS (34. 72.)

En per-opératoire, des difficultés principales peuvent survenir de la fragilité des muqueuses qui se déchirent facilement ; et de l'existence chez les anciennes opérées recidivées, d'un tissu cicatriciel épais, dense et abondant rendant la dissection laborieuse.

Dans ces cas difficiles, il faut se limiter aux techniques les plus simples et veiller à une hémostase correcte avec des sutures largement appuyées et bien placées.

### COMPLICATIONS

#### 1. Pendant l'intervention

- La blessure du rectum est un accident ennuyeux dont il faut constamment avoir à l'esprit tant pendant le dédoublement qu'au moment de la pose des fils postérieurs. La plaie ponctiforme peut ne se traduire que par un petit sifflement avec affaissement de la rectocèle. Mais, elle peut aussi très bien passer inaperçue et ne se révéler que par une abondante suppuration avec une large désunion de la plaie, voire une fistule recto-vaginale.
- La blessure du vagin est sans importance d'autant qu'elle intéresse une zone qui sera ressequée ultérieurement.
- La plaie ou la ligature accidentelle d'une artère utérine ou d'un urètre est exceptionnelle, il convient cependant, de l'avoir à l'esprit.

- L'ouverture accidentelle du Douglas ou du cul-de-sac vésico-utérin n'a aucune incidence à condition d'être immédiatement réparée.
- En cas d'hémorragie par dérapage d'une ligature, il faut tamponner, voir clair et clamper à vue sans mettre de pinces à l'aveugle.

Toutes les ligatures pédiculaires devraient être bien serrées en raison du risque d'hémorragie secondaire du 8e jour. Signalons qu'au cours de notre étude, nous n'avons eu aucune de ces complications.

## 2. Dans les suites opératoires

- Un hématome plus ou moins volumineux peut résulter d'une mauvaise hémostase, ou de sutures mal placées, ayant laissé persister des espaces. Il favorise la désunion, l'infection et l'hémorragie secondaire.

Nous n'en avons observé aucun cas dans notre série. Si cet accident survenait, il est préférable, sans anesthésie générale de désunir largement pour évacuer l'hématome, mettre à plat et faire l'hémostase, poudrer aux antibiotiques et refaire les sutures. Une bonne guérison peut s'obtenir ainsi.

- Une suppuration qui est le gros risque du temps postérieur (faute d'asepsie ou de préparation rigoureuse, blessure méconnue ou non du rectum...) peut entraîner une large désunion, lente à se cicatriser et parfois même aboutir à une fistule recto-vaginale.

## 3. Dans les suites éloignés

- Fistules sur fils perdus non résorbables.
- Dyspareunie.
- Dysurie.
- Cystopathie non infectueuse.
- Névralgie périnéale.

Sont rapportés par la littérature, mais sont très rares dans notre expérience.

## LES INDICATIONS DU TRAITEMENT

(5. 41.)

Les indications opératoires sont fonction de l'âge, de l'état génital et ou d'une obésité associée. Si l'intervention est possible, on tient compte encore :

- .. de la variété du prolapsus et de son degré.
- .. d'autres facteurs pathologiques pelviens.
- .. de l'existence du non d'une incontinence urinaire associée, de sa variété et de son importance.
- .. Enfin, du désir ou non de grossesse.

### A CONTRE INDICATIONS DEFINITIVES OU TEMPORAIRES

Tous les prolapsus ne relèvent pas obligatoirement d'une cure chirurgicale immédiate. Il est rare que les altérations profondes de l'état général puissent contre-indiquer provisoirement ou définitivement une intervention chirurgicale ; surtout avec les nouvelles possibilités anesthésiques (anesthésie péridurale ou rachianesthésie).

L'indication opératoire, par ailleurs, sera nuancée dans son urgence en fonction du degré de la gêne entraînée par le prolapsus et/ou l'incontinence d'urine si elles existe.

Certains prolapsus modérés (premier degré) chez les femmes jeunes peuvent faire différer l'intervention de quelques mois.

On peut utiliser ce délai d'attente pour prescrire des soins locaux et généraux, visant à assurer une meilleure musculature du périnée (gymnastique périnéale) et une meilleure trophicité tissulaire par l'application de crème ou ovule à base d'oestrogènes seuls ou associés à la progestérone.

Il faut éviter dans la mesure du possible et n'accepter qu'en cas de nécessité absolue la solution de facilité que constitue le pessaire. Dans notre série, nous n'avons eu qu'un cas de contre-indication chirurgicale, chez une femme âgée qui présentant en plus du prolapsus, un cancer avancée du col, avec une abondante métrorragie et mauvais état général.

En fait, dans notre série, toutes nos patientes ont consulté par désir de traitement chirurgical, vue la gêne du prolapsus (Stade II et III) et après avoir essayé tout un traitement traditionnel.

**B INDICATION EN FONCTION DU PROLAPSUS ET DE L'IUE  
EVENTUELLEMENT ASSOCIEE**

**I IL N'Y A PAS D'INCONTINENCE D'URINE PATENTE, MASQUEE OU  
MEME POTENTIELLE**

(a) Il faut opter chaque fois que possible par la voie basse. Deux types d'interventions sont possibles:

**1. L'Hystérectomie vaginale:**

Suivie d'une cure du prolapsus avec refection du plancher pelvien et du plancher périnéal, par une solidarisation des ligaments utérins et de la fixation du dôme vaginal à ce plancher.

C'est la solution de choix chez des femmes en période de péri-ménopause, évitant ainsi si l'on garde l'utérus la pratique indispensable des frottis de dépistage à tous les étages et de curetage biopsique de l'utérus.

Dans notre série, nous n'avons eu qu'à faire deux hystérectomies mais par voie haute.



## 2. L'intervention de Manchester:

Elle est indiquée s'il y a une indication à garder l'utérus, en particulier chez la femme jeune (ne pas supprimer toute possibilité de grossesse) ou moins jeune (désir de garder des menstruations).

Dans notre pratique, nous avons surtout eu à faire par voie basse une colporraphie antérieure, doublée le plus souvent par ~~à~~ une colpopérinéorrhaphie postérieure, sans amputation du col, vue la jeunesse de nos patientes et leur désir d'enfants.

### (b) Quant à la voie haute:

La promonto-fixation est surtout indiquée chez les femmes jeunes, en cas d'hystéroptose prédominante isolée avec conservation ou non de l'utérus.

Disons qu'une grande partie de notre série a eu une intervention par voie haute et en faisant au lieu d'une promonto-fixation de l'utérus, une ventrofixation de l'utérus. Cela est dû sûrement à une question d'habitude de technique chirurgicale.

## II IL EXISTE UNE INCONTINENCE D'URINE PATENTE OU MEME POTENTIELLE

Le but de l'intervention va consister à combiner la cure du prolapsus à la cure de l'incontinence avec les idées directrices suivantes.

- .. Adopter de préférence la même voie d'abord pour les deux.
- .. Opter chaque fois que possible pour la voie basse étant donné ses nombreux avantages, mais sans compromettre la cure de l'un des deux lésions.

C'est l'adaptation d'une tactique résultant d'un certain compromis pour obtenir le meilleur résultat avec le minimum de risque pour la malade.

- Si le prolapsus es dominant, il faut opter de préférence pour la voie basse comme précédemment pour le traitement du prolapsus, mais en y ajoutant un geste urinaire:

.. intervention de "Kelly-Marion" qui est simple à réaliser,

.. ou autre intervention plus difficile tel que l'intervention de Bologna.

- Si l'incontinence d'urine d'effort est dominante. la colpopexie rétro-pubienne parait la mieux indiquée, complétée éventuellement par des artifices tels que celui de Stanton, en cas de cystocèle modérée et isolée (en prenant très latéralement sous les joues vésicales le point supéro-externe de façon à suspendre la paroi vaginale en l'attirant plus en dehors, le passage dans le ligament de Cooper se fait aussi plus en dehors: variante de l'intervention de Burch par voie haute.

La colpopexie rétro-pubienne peut être associée à une promonto-fixation de l'isthme ou du col en cas d'hystéroptose ou de cystocèle importante.

## C MODULATION DES INDICATIONS EN FONCTION DE LA PATHOLOGIE ASSOCIEE

### I PATHOLOGIE UTERINE

#### (1) Pathologie du col

Les dysplasies moyennes bénéficieront de l'ablation du col (intervention de Manchester) ou même de l'utérus.

Les dysplasies sévères (ou épithélioma intra-épithétial) devrønt être soigneusement étudiées avant de poser l'indication thérapeutique pour éviter de garder sur l'utérus un cancer micro-invasif.

Notre seul cancer du col n'a bénéficié d'aucun traitement chirurgical, vu le mauvais état général de la patiente et nos moyens techniques.

## (2) Fibrome utérin

Le fibrome associé au prolapsus est plus régulièremnt l'indication d'une hystérectomie s'il est assez volumineux et d'autant plus chez une femme âgée.

Dans notre série, deux femmes avaient en plus de leur prolapsus, un fibrome utérin de la taille d'une orange. La première a bénéficié d'une énucléation suivie d'une ventrofixation et l'autre une colporraphie antérieuree et colpopérinéorrhaphie postérieure.

## II PATHOLOGIE ANNEXIELLE

Si l'ablation des annexes est possible par voie basse, elle reste une indication priviligiée de la voie haute, qui permet une plus grande sécurité et surtout une exploration pelvi-abdominale.

Nous ne l'avons pas pratiquée dans dans notre série, les quelques cas de pathologie annexielle n'étaient qu'inflammatoire, bénéficiant ainsi d'un traitement médical.

## III INTERVENTIONS ANTERIEURE E SEQUELLES ADHERENTIELLES

Les affections, opérées ou non, laissant des adhérences utéro-annexielles aux organes de voisinage doivent faire préférer la

voie haute (infections utéro-annexielle, péritonite, endométriose et plus généralement les interventions antérieures pouvant toucher le petit bassin).

#### IV LE COL RESTANT

Les indications dépendront du type de prolapsus.

- La voie basse, si le prolapsus est important et prédomine sur la cystocèle,
- Si le prolapsus est plus discret, la cystocèle et l'hystéroptose modérées, le col sain, on pourra opter pour une promonto-fixation par voie haute.

CHAPITRE II :

**CADRE ET METHODE D' ETUDE**

## CADRE ET METHODE D'ETUDE

### I CADRE D'ETUDE

Nous avons choisi comme cadre d'étude, l'Hôpital Gabriel Touré qui de par sa situation géographique (Centre Ville de Bamako, la Capitale) est d'accès très facile.

Il recoit ainsi les malades de la capitale, des dispensaires et maternités périphériques, aussi certaines évacuations emanant des autres capitales régionales. On note ainsi une certaine concentration des pathologies. C'est dans cet Hôpital national que nous avons fait notre étude qui fut réalisée dans le service de gynéco-obstétrique.

### II ACTIVITES DU SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE

Sans le souci permanent de donner une prestation de qualité aux malades, le service de gynéco-obstétrique mène les activités suivantes :

- Il y a trois bureaux de consultations que se repartissent trois médecins spécialistes et deux médecins faisant fonction de gynécologues. Ainsi, les patientes ont droit à une consultation tous les jours ouvrables sauf Samedi.
- Les urgences gynécologiques et obstétricales sont assurées par rotation de 10 jours par deux médecins.
- Staff opératoire tous les mercredis de 8h 30 à 9h 30 et staff clinique tous les samedis.
- Les malades programmées pour une intervention chirurgicale le sont tous les jeudis et vendredis.
- Egalement, le service assure la formation et l'encadrement des internes et externes de l'Ecole Nationale de Médecine

et de Pharmacie, des étudiants étrangers, de même que la formation des stagiaires de l'Ecole Secondaire de la Santé.

### III METHODE D'ETUDE

- (1) Type d'Etude et Provenance de notre Population d'Etude  
Notre étude s'est étendue sur une année, du 19 Octobre 1988 au 2 Novembre 1989.

Elle intéresse surtout une population en âge de procréation (15-45 ans), venue soit de leur domicile ou envoyée par d'autres centres de santé régionaux, toutes catégories socio-économiques confondues.

Les patientes ayant le prolapsus génital ont ~~été~~ consultées:

- Pour "Kalia", sensation de (descente d'organe), soit
- Pour stérilité : le diagnostic de prolapsus étant posé après examen gynécologique.

- (2) Collecte des Données

Ainsi, pour réaliser ce travail, nous avons tenu à être présent à l'hôpital tous les jours pour suivre les consultations dans les différents bureaux, et assister aux journées opératoires (jeudi et vendredi) dans les deux bloc-opératoires destinés au service en la circonstance.

Ainsi, nous avons assisté à l'examen clinique et au traitement de la grande majorité de nos cas de prolapsus.

### IV NOS OBSERVATIONS

Pendant une année d'étude, nous avons examiné et traité 63 cas de prolapsus génital à l'Hôpital Gabriel Touré. Il s'agit de: résumé en tableaux de nos observations.

	Obs. NO. 1 T.F. 28 ans mariee a 18 ans Menagere	Obs. NO. 2 O.M. 23 ans mariee a 14 ans Menagere, cultivatrice	Obs. NO. 3 B.D. 50 ans mariee a 13 ans Menagere-cultivatrice	Obs. NO. 4 O.D. 70 ans mariee a 13 ans Menagere-cultivatrice	Obs. NO. 5 S.F. 27 ans mariee a 17 ans Menagere
I OBTET.	1 4e gest. 4e pare dont 3 I vivants - Notion de grossi- I fetus 1er accouchement I 18 ans.	3e geste, 2e pare, 1 avor- tement a 4 mois, Notion de gros fetus, 1er ac- couchement 15 ans	5e geste, 4e pare, 3 vi- vants, 1 avortement a 1 mois, 1er accouchement: 16 ans. Notion gros fetus	3e geste, 3e pare I vivant, 1er accouchement 16 ans.	0 geste, 0 pare.
I GINEC.	Leucorrhées abondantes I Dyspareunie	Leucorrhées blanches	Femme en ménopause depuis 4 ans	Leucorrhées abondantes dysurie	Leucorrhées abondantes Dyspareunie + dysurie
I E. CHIR.	RAS				
I M. MED.	Constip. chronique	Constip. fréquente		Constip. + hémorroïdes	Constip. fréquente
I S.					
I E. DEGR. PROL.	II	II	III	III	III
I X.					
I A. ANCIENNETE	2	4 ans	22 ans, aggrave avec ménopause.	30 ans, aggrave avec ménopause.	8 ans.
I M. ETAT VULVE		Vulve bante	Vulve bante, Perinée cicatrice]	Vulve bante, MCP peu epais.	RAS.
I N. PERINEE					
I S.F.	Pollakiurie.		Rectocèle II	Rectocèle II	
I C.					
I L. VESSIE	Bombante légèrement		Cystocèle II	Cystocèle II	Cystocèle + uretrocèle II
I I. URETRE	La paroi vaginale ant.				
I N.					
I J. VAGIN	Paroi ant. un peu I borbante.		Parois epaisses et dencoules	Parois epaisses et dencoules	Bombement de la paroi vaginale ant.
I O.			Avec ulcerations, fons de la vulve.	Ulceras atrophique hors de la vulve.	Ouvert, vulvaire, hors la vulve, hypertrophique]
I U. COL	A la vulve en bon etat.	Hypertrophique exulcere.			Taille normale, mobile en retroversion.
I E.					
I I. UTERUS	Mobile en retroversion.	Taille normale en retroversion.	Atrophique.	Atrophique.	
I T.					
I TRAITEMENT	Hysteropexie ant.	Hysteropexie ant.	hystérectomie totale	hystérectomie totale	Colporraphie ant. à post- recidive le 5e jour, reprise 1 mois plus tard avec hysteropexie ant.
I EVOLUTION	Suites simples I revue 3 mois apres avec I col intravaginal	Suites bonnes. RAS au 5e controle.	Avec satisfaction des utero-sèques au dome va- ginal, suites bonnes.	Suites favorables.	Suites favorables.



	Obs. NO. 6, D.F. 25 ans mariee a 19 ans Menopere-cultivatrice.	Obs. NO. 7, OF: 25 ans mariee a 19 ans Menopere cultivatrice.	Obs. NO. 8, DM: 40 ans mariee a 17 ans Menopere cultivatrice.	Obs. NO. 9, SF: 30 ans mariee a 14 ans Menopere cultivatrice	Obs. NO. 10, TR: 25 ans mariee a 18 ans Menopere cultivatrice.
<b>TABLEAU 2</b>					
<b>OBSTET.</b>	1 <sup>de</sup> geste, 5e pare tous vivants avec 4 avortements successifs, foetus souvent gros 1er accouchement a 15 ans.	4e geste, 3e pare, 2 vivants, 1 avort. a 3 mois Notion gros foetus (4kg) 1er accouchement 20 ans.	9e geste, 8e pare, 5 vivants, 1 avortement. Notion gros foetus. 1er accouchement 20 ans.	4e geste, 3e pare, tous vivants, 1 avortement Notion gros foetus. 1er accouchement a 15 ans.	3e geste, 3e pare, 1 vivant, 1er accouchement 18 ans, Notion gros foetus lors 2e accouchement
<b>GYNEC.</b>	Leucorrhées abondantes souvent métrorragie.	Leucorrhées souvent, Dysurie et Pollakiurie nocturne.	Leucorrhées abondantes, lagere disparu, pollakiurie, petites pertes d'urine a l'effort.	Leucorrhées + Dysurie et Pollakiurie.	Leucorrhées + Dyspareunie, Pollakiurie.
<b>CHIR.</b>		1ere cure, 11 v a mois (ventrofixation) Constip. + hémorroïdes.	Oxycorse.	Ablation sein droit, 11 v a 10 ans.	
<b>MED.</b>	Diarrhées fréquentes.				Constip. fréquente.
<b>DESSE PROL.</b>	III	III	II	III	III
<b>ANCIENNETE</b>	10 ans	8 ans	20 ans	14 ans	3 ans
<b>ETAT VULVE</b>	vulve large, perinée court, MFC atice.	Perinée déchirée:	vulve étroite, Perinée court.	Vulve large, Perinée court & cicatriciel.	Vulve bante, MFC peu épais.
<b>S.F.</b>	Rectocèle II	Rectocèle II	Rectocèle I	Rectocèle II	
<b>VESSIE</b>	Rectocèle II	Rectocèle I + urethrocele	Rectocèle II	Rectocèle II	Rectocèle II
<b>URETRE</b>					
<b>VAGIN</b>	Parois épaisses et déroulées	Parois déroulées.	Parois peu déroulées.	Parois déroulées.	Paroi ant. bombante.
<b>COL</b>	déroulées Ouvert & ulcère hors de la vulve.	Ouvert & ulcère hors de la vulve.	Hypertrophique, ulcère facile normale, dans le vagin.	Hypertrophique, ulcère hors de la vulve dans le vagin en retroversion.	Hypertrophique, ulcère hors de la vulve dans le vagin.
<b>UTERUS</b>	Dans le vagin en retroversion.				
<b>TRAITEMENT</b>	Hystéropexie ant.	Colporraphie ant & post.	Colporraphie ant & post.	Colporraphie ant & post.	hystéropexie ant.
<b>EVOLUTION</b>	Suites simples 3e contrôle - RAS.	Suites simples 3e contrôle - RAS.	Suites bonnes, 3e contrôle - RAS.	Suites bonnes, 3e contrôle - RAS.	Suites simples, 3e contrôle RAS.

	Obs. NO. 11, CK: 36 ans mariee a 7 ans Menagere-cultivatrice.	Obs. NO. 12 DM: 22 ans mariee a 15 ans Menagere.	Obs. NO. 13, MS: 26 ans mariee a 16 ans Menagere cultivatrice.	Obs. NO. 14, SS: 26 ans mariee a 20 ans Menagere cultivatrice.	Obs. NO. 15, DM: 38 ans mariee a 18 ans Menagere cultivatrice.
TABLEAU 3					
OBSTET.	9e geste, 9e pare 5 vt-1 vants, 1 accouchement a 16 ans, notion gros foetus	2e geste, 2e pare, 1ere grossesse 18 ans avec déchirure perineale, Notion de gros foetus (3,8kg a 3,8kg).	3e geste, 2e pare, 1er avortement a 2 mois, 1er accouchement 19 ans Notion gros foetus et déchirure perineale.	6e geste, 3e pare, 2 vt- vants, 3 avortements suc- cessifs, 1e gross. 22 ans Notion gros foetus.	9e geste, 3e pare, 7 vt-1 vants, 1er accouchement 18 ans, Foetus moyens.
GYNEC.	Leucorrhées abondantes Prurit vulvaire avec dyspareunie nocturne.	Leucorrhées + Prurit, vulvaire avec Pollakiurie + Dysurie.	Leucorrhées abondantes Prurit + Pollakiurie	Leucorrhées blanches Prurit vulvaire + dyspa- reunie, Pollakiurie.	Leucorrhées abondantes Prurit vulvaire.
CHIR.					
MED.	Constip. + hémorroïdes	HTA a 15/10, Constip.	Constip. fréquente.	Toux chronique + constip.	Constip. chronique.
DEBIL. PROL.	III	II	II	III	III
ANCIENTE	?	4 ans	4 mois	4 ans	15 ans
ETAT VULVE PERINEE	vulve court, perinee evasee	Perinee cicatriciel.	Perinee court et cicatriciel.	Vulve evasee, perinee court.	vulve evasee, perinee court, NFGMica.
S.F.	Rectocolite II	Rectocolite II		Souvent metrorragie due aux ulcerations. Cystocolite II.	metrorragie d'ulceration du col exterieurise. Cystocolite I.
VESSIE	cystocolite I	Uretrocèle.			
URETRE					
VAGIN	Parois post. plus bom- bante que l'ant. hors de la vulve et atrophique.	Parois post. bombees.		Parois ant. bombees.	Paroi ant. bombee.
UTERUS	Taille normale dans le vagin.			Prose dans le vagin, retroversé.	Prose dans le vagin.
TRAITEMENT	Hysteropexie ant.	Colporrhaphie ant & post.	Colporrhaphie ant & post.	Hysteropexie ant.	Hysteropexie ant.
EVOLUTION	Suites bonnes. 3e controle - RAS.	Suites simples. 3e controle - RAS.	Suites simples, 3e controle - RAS.	Suites bonnes, 3e controle - RAS.	Suites simples, 3e controle RAS.

	Obs. NO. 16, DM: 37 ans mariee a 18 ans Menagere-cultivatrice.	Obs. NO. 17, TS: 21 ans mariee a 15 ans Menagere-cultivatrice	Obs. NO. 18, NC: 30 ans mariee a 15 ans Menagere cultivatrice.	Obs. NO. 19, OF: 35 ans mariee a 14 ans Menagere.	Obs. NO. 20, SH: 22 ans mariee a 14 ans Menagere.
I	Obs. NO. 16, DM: 37 ans mariee a 18 ans Menagere-cultivatrice.	Obs. NO. 17, TS: 21 ans mariee a 15 ans Menagere-cultivatrice	Obs. NO. 18, NC: 30 ans mariee a 15 ans Menagere cultivatrice.	Obs. NO. 19, OF: 35 ans mariee a 14 ans Menagere.	Obs. NO. 20, SH: 22 ans mariee a 14 ans Menagere.
I	TABLEAU 4				
I	1 Be gaste, 7e pare 4 vi- vants, 1 avortement 18 1 3 mois, 1er accouchement 1 21 ans, 2e foetus tres	3e gaste, 3e pare, 1 vi- vant, 10e gaste gros foetus 1er accouchement 15 ans.	5e gaste, 5e pare, 2 vi- vants, 1 avortement 1er accouchement 15 ans	8e gaste, 8e pare, 4 vi- vants, 1er accouchement 15 ans.	3e gaste, 3e pare, 10e gaste gros foetus, 1er accouchement 15 ans.
I	OSSTET.				
I	1 gros.				
I	1 leucorrhées abondantes	1 leucorrhées, dyspareunie	1 leucorrhées, souvent	1 leucorrhées + prurit	1 leucorrhées + prurit
I	1 prurit vulvaire avec	1 souvent dysurie.	1 Prurit vulvaire.	1 vulvaire avec souvent	1 vulvaire et dyspareunie, 1
I	1 dyspareunie.			1 saignement du col ulcère.	1 souvent dysurie.
I	CHLR.				
I	1 Constipation	1 Constipation	1 Constipation	1 Constipation	1 Constipation
I	MED.				
I	1 11	1 11	1 111	1 111	1 11
I	DESSE PROL.				
I	1 14 ans	1 5 ans	1 14 ans	1 18 ans	1 6 ans
I	ANCIENNETE				
I	1 vulve evasee.	1 Fourchette pertheale	1 Vulve beante.	1 Vulve beante,	1 Perthee court.
I	ETAT VULVE				
I	1 evasee.	1 evasee.		1 perthee court.	
I	PERINEE				
I	1 Urine qu'en position	1 Imperforste atictonnale.	1 Rectocèle I	1 Rectocèle II	1 Rectocèle I
I	S.F.				
I	1 penchee en avant.				
I	VESSIE				
I	1 Cystocèle I	1 Cystocèle I	1 Cystocèle II	1 Cystocèle II	1 Cystocèle II
I	URETRE				
I	1 Parois ant. un peu	1 Parois epaisses.	1 Parois bombantes et	1 Parois bombantes.	1 Paroi epaisses, seches
I	VAGIN				
I	1 bombante.		1 epaisses		1 et bombantes.
I	COL				
I	1 A la vulve, hypertro-	1 A la vulve, hypertro-	1 Aspect tapyroide,	1 Atrophique, hors de la	1 A la vulve hyper-
I	1 hypertrophique.	1 phique avec ulceration.	1 hypertrophique.	1 vulve, avec ulceration.	1 trophique.
I	UTERIS				
I	1 Retroversion, prosee	1 Retroversion, prosee	1 Retroversion, probable	1 Prosee dans le vagin.	1 Prosee dans le vagin.
I	1 dans le vagin.	1 dans le vagin.	1 dans le vagin.		
I	TRAITEMENT				
I	1 Hysteropexie ant.	1 Hysteropexie ant.	1 Hysteropexie ant.	1 Hysteropexie ant.	1 Hysteropexie ant.
I	EVOLUTION				
I	1 Suites simples	1 Suites bonnes.	1 Suites bonnes.	1 Suites bonnes.	1 Suites simples,
I	1 3e controle - RAS.	1 3e controle - RAS.	1 3e controle - RAS.	1 3e mois - RAS.	1 3e mois - RAS.

	Obs. NO. 21, CT: 40 ans mariée à 15 ans Ménopgère.	Obs. NO. 22, 60: 38 ans mariée à 18 ans Ménopgère.	Obs. NO. 23, DH: 22 ans mariée à 13 ans Ménopgère.	Obs. NO. 24, DI: 38 ans mariée à 16 ans Ménopgère-cultivatrice.	Obs. NO. 25, DI: 40 ans mariée à 16 ans Ménopgère-cultivatrice.
I : OBGYET.	2e geste, 2e pare, 1er accouchement à 15 ans	3e geste, 3e pare, 1er accouchement à 20 ans.	2e geste, 2e pare, 1er accouchement à 15 ans avec traumatisme perineo- vaginal.	10e geste, 8e pare, 2 avortements (2 acts) Notion gros fœtus à arti- stomatie, 1er accouche- ment à 18 ans.	10e geste, 9e pare, 5 vivançs, 1 avortement, Notion gros fœtus, 1er accouchement à 16 ans.
I A :	Notion de gros fœtus.	Notion de gros fœtus, (4kg et 4kg5) traumatisme me perineovaginal.	Leucorrhées dyspareunie souvent saignement du col du vulvaire.	Leucorrhées, dyspareunie Purité vulvaire.	Leucorrhées + purité vulvaire et dyspareunie, 1er accouchement à 16 ans.
I B :					
I C : GYNÉ.	Dysurie, pollakiurie Leucorrhées-dyspareunie	Leucorrhées, dyspareunie souvent saignement du col du vulvaire.	Leucorrhées diarrhéiques pollakiurie + dysurie Purité vulvaire.	Leucorrhées, pollakiurie et purité vulvaire.	Leucorrhées + purité vulvaire et dyspareunie, 1er accouchement à 16 ans.
I D :					
I E : CHIR.					
I F :					
I G : MED.	Constipation + toux chronique.	Constipation + toux chronique.	Diarrhées fréquentes + toux chronique.	Alternance de diarrhée et Constipation.	Diarrhées fréquentes.
I H :					
I I :					
I J : DEGRE PROL.	III	III	III	III	III
I K :					
I L A : ANCIENNETÉ	Debut apres 2 gross. aggrave 11 y a 1 an.	10 ans	6 ans	?	Debut remonte a 22 ans.
I M :					
I N : ETAT VULVE	Vulve evasée, perinée court et cicatriciel.	Vulve large, perinée cicatriciel.	Vulve large, perinée cicatriciel.	Vulve evasée, perinée court et cicatriciel.	Vulve beante, perinée court et cicatriciel.
I O :					
I P : PERINEE	Perinée court.	Perinée court et cicatriciel.	Perinée court et cicatriciel.	Perinée court et cicatriciel.	Perinée court et cicatriciel.
I Q :					
I R : S.F.	Imperforiste de la miction.	Rectocèle I	Rectocèle I	Rectocèle II	Imperforiste de la miction.
I S :					
I T :					
I U : VESSIE					
I V :					
I W : URETRE	Cystocèle II	Cystocèle II	Cystocèle II	Cystocèle II	Cystocèle III + Uterocèle I
I X :					
I Y : VAGIN	Parois seches, bombées. bombantes.	Parois seches et bombantes.	Parois seches et bombantes.	Parois seches et deroulées.	Paroi seches et bombantes en avant.
I Z :					
I 0 :	Hypertrophique, hors de l'agynésie, hors de la hypertrrophique.	Hypertrophique, hors de la hypertrrophique.	Hors de la vulve, hypertrrophique et ulcère.	Atrophique, hors de la vulve, avec ulcération.	Hypertrophique à la vul- ve avec ulcération.
I 1 :					
I 2 :					
I 3 :					
I 4 :					
I 5 :					
I 6 :					
I 7 :					
I 8 :					
I 9 :					
I 10 :					
I 11 :					
I 12 :					
I 13 :					
I 14 :					
I 15 :					
I 16 :					
I 17 :					
I 18 :					
I 19 :					
I 20 :					
I 21 :					
I 22 :					
I 23 :					
I 24 :					
I 25 :					
I 26 :					
I 27 :					
I 28 :					
I 29 :					
I 30 :					
I 31 :					
I 32 :					
I 33 :					
I 34 :					
I 35 :					
I 36 :					
I 37 :					
I 38 :					
I 39 :					
I 40 :					
I 41 :					
I 42 :					
I 43 :					
I 44 :					
I 45 :					
I 46 :					
I 47 :					
I 48 :					
I 49 :					
I 50 :					
I 51 :					
I 52 :					
I 53 :					
I 54 :					
I 55 :					
I 56 :					
I 57 :					
I 58 :					
I 59 :					
I 60 :					
I 61 :					
I 62 :					
I 63 :					
I 64 :					
I 65 :					
I 66 :					
I 67 :					
I 68 :					
I 69 :					
I 70 :					
I 71 :					
I 72 :					
I 73 :					
I 74 :					
I 75 :					
I 76 :					
I 77 :					
I 78 :					
I 79 :					
I 80 :					
I 81 :					
I 82 :					
I 83 :					
I 84 :					
I 85 :					
I 86 :					
I 87 :					
I 88 :					
I 89 :					
I 90 :					
I 91 :					
I 92 :					
I 93 :					
I 94 :					
I 95 :					
I 96 :					
I 97 :					
I 98 :					
I 99 :					
I 100 :					
I 101 :					
I 102 :					
I 103 :					
I 104 :					
I 105 :					
I 106 :					
I 107 :					
I 108 :					
I 109 :					
I 110 :					
I 111 :					
I 112 :					
I 113 :					
I 114 :					
I 115 :					
I 116 :					
I 117 :					
I 118 :					
I 119 :					
I 120 :					
I 121 :					
I 122 :					
I 123 :					
I 124 :					
I 125 :					
I 126 :					
I 127 :					
I 128 :					
I 129 :					
I 130 :					
I 131 :					
I 132 :					
I 133 :					
I 134 :					
I 135 :					
I 136 :					
I 137 :					
I 138 :					
I 139 :					
I 140 :					
I 141 :					
I 142 :					
I 143 :					
I 144 :					
I 145 :					
I 146 :					
I 147 :					
I 148 :					
I 149 :					
I 150 :					
I 151 :					
I 152 :					
I 153 :					
I 154 :					
I 155 :					
I 156 :					
I 157 :					
I 158 :					
I 159 :					
I 160 :					
I 161 :					
I 162 :					
I 163 :					
I 164 :					
I 165 :					
I 166 :					
I 167 :					
I 168 :					
I 169 :					
I 170 :					
I 171 :					
I 172 :					
I 173 :					
I 174 :					
I 175 :					
I 176 :					
I 177 :					
I 178 :					
I 179 :					
I 180 :					
I 181 :					
I 182 :					
I 183 :					
I 184 :					
I 185 :					
I 186 :					
I 187 :					
I 188 :					
I 189 :					
I 190 :					
I 191 :					
I 192 :					
I 193 :					
I 194 :					
I 195 :					
I 196 :					
I 197 :					
I 198 :					
I 199 :					
I 200 :					
I 201 :					
I 202 :					
I 203 :					
I 204 :					
I 205 :					
I 206 :					
I 207 :					
I 208 :					
I 209 :					
I 210 :					
I 211 :					
I 212 :					
I 213 :					
I 214 :					
I 215 :					
I 216 :					
I 217 :					
I 218 :					
I 219 :					
I 220 :					
I 221 :					
I 222 :					
I 223 :					
I 224 :					
I 225 :					
I 226 :					
I 227 :					
I 228 :					
I 229 :					
I 230 :					
I 231 :					
I 232 :					
I 233 :					
I 234 :					
I 235 :					
I 236 :					
I 237 :					
I 238 :					
I 239 :					
I 240 :					
I 241 :					
I 242 :					
I 243 :					
I 244 :					
I 245 :					

	Obs. NO. 26, NI: 32 ans mariee a 16 ans Menagere-cultivatrice	Obs. NO. 27, NI: 55 ans mariee a 16 ans Menagere.	Obs. NO. 28, NI: 24 ans mariee a 14 ans Menagere.	Obs. NO. 29, NI: 30 ans mariee a 15 ans Menagere-cultivatrice	Obs. NO. 30, NI: 55 ans mariee a 14 ans Menagere-cultivatrice.
I OBTET.	I 6e geste, 6e pare, 4 vi- vants, 1er accouchement a 17 ans, notion de gross foetus & traumatisme perineovaginal.	I 7e geste, 7e pare, 7 vivants, 1er accouchement a 15 ans, notion de gross foetus, traumatisme perineovaginal.	I 5e geste, 4e pare 3 vivants, 1 avortement a 15 ans, foetus de poids moyens.	I 7e geste, 5e pare, 2 avor- tements (3 & 2 mois) a 15 ans, notion de gross foetus avec traumatisme perineovaginal & notion de gross foetus.	I 10e geste, 9e pare, 5 vivants, 1 avortement a 15 ans, 1er accouchement a 15 ans, 1er accouchement a 15 ans, 1er accouchement a 15 ans.
I GYNEC.	I Leucorrhées, prurit disparante & Pollakiurie nocturne.	I Leucorrhées et prurit vulvaire, pollakiurie	I Leucorrhées, Pollakiurie hysteroectomie totale 11 y a 2 ans.	I Leucorrhées, Pollakiurie imperiostite de la miction imperiostite de la miction nocturne.	I Leucorrhées & prurit Pollakiurie
I CHIR.	I ---	I ---	I ---	I ---	I ---
I MED.	I Constipation + toux chronique.	I ---	I ---	I RTA : 18/10/72 et Constipation.	I ---
I DESNE PROL.	I II	I III	I II	I III	I III
I ANCIENNETE	I 8 ans	I Apres le 1er accouchement	I 1 ans	I Depuis la 1ere grossesse	I 20 ans.
I ETAT VULVE PERINEE	I Perinee court et cicatriciel.	I Perinee court et cicatriciel.	I Vulve evasee, perinee court.	I Vulve evasee, perinee court.	I Vulve large, perinee court.
I S.F.	I Imperforite de la miction.	I Imperforite de la miction.	I Imperforite de la miction. Rectocolite I	I Rectocolite I	I Imperforite de la miction.
I VESSIE	I Cystocoele III	I Cystocoele II	I Rectocolite I Cystocoele II	I Cystocoele II	I Cystocoele II
I UTERE	I Parois seches et denouees en avant.	I Parois seches et bou- bantes, rectocolite I.	I Parois seches et bubantes	I Parois seches et denouees.	I Paroi seches et denouees en avant.
I VAGIN	I Atrophique hors de la vulve avec ulcerations	I Atrophique hors de la vulve avec ulcerations	I ---	I Hors de la vulve, hyper- trophique et ulcere	I Hors de la vulve tapro- trophe, hypertrophique et ulcere.
I COL.	I retroverse, ptose dans le vagin - mobile	I atrophique, ptose dans le vagin.	I ---	I Ptose dans le vagin. Retroverse et mobile.	I Atrophique, ptose dans le vagin.
I TRAITEMENT	I Hysteropectie ant. Suites simples	I Colporrhaphie ant. & post. Suites favorables	I Fixation des parois vaginales. Suites simples	I Colporrhaphie ant. & post. Suites simples.	I Hysteropectie ant. Suites favorables.
I EVOLUTION	I Revue 3 mois apres avec Col introvagnal avec bon soutien perineal	I Revue 3 mois apres bon soutien perineal	I Revue 3 mois PAS	I PAS 3 mois	I ---

	Obs. NO. 31, SH: 30 ans mariee a 15 ans Menager-cultivatrice	Obs. NO. 32 TH: 26 ans mariee a 15 ans Menager-cultivatrice	Obs. NO. 33, SH: 35 ans mariee a 16 ans Menagere.	Obs. NO. 34, DH: 30 ans mariee a 17 ans Menagere.	Obs. NO. 35, DF: 50 ans mariee a 14 ans Menager-cultivatrice.
I	TABLEAU 7				
I	OBSTET.	1 6e geste, 6e pare, 5 vi- vants, 1er accouche- ment a 16 ans, notion de 1 gros foetus & traumatisme perineovaginal.	4e geste, 4e pare, 4 vivants, 1er accouchement a 16 ans avec traumatisme perineo- vaginal.	7e geste, 7e pare 4 vivants, 1er accouche- ment a 17 ans avec traumatisme perineo- vaginal.	7e geste, 6e pare, 5 vi- vants, 1 avortement 1 mois 1er accouchement a 17 ans, 2 mois, 1er accouchement avec notion de gros foetus, 18 ans avec traumat. perineal.
I	GYNEC.	1 Leucorrhées, prurit vulv. 1 Dyspareunie & imperforate de la miction.	1 Leucorrhées et prurit vulv. 1 Imperforate de la miction souvent.	1 Leucorrhées et dyspareunie 1 Imperforate de la miction ulcère, polylakurie nocturne.	1 Leucorrhées + prurit souvent saignement du col ulcère, polylakurie nocturne.
I	CHIR.				
I	CHIR.				
I	MED.	1 Constipation + toux chronique.		1 Constipation frequente	1 Diarrees frequentes
I	DEGRE PROL.	1 III	1 III	1 III	1 III
I	ANCIENNETE	1 14 ans	1 4 ans	1 16 ans	1 10 ans
I	ETAT VULVE	1 Vulve evasee, perinee PERINEE I court et cicatriciel.	1 Perinee cicatriciel. 1 Fourchette beante.	1 Vulve large, perinee cicatriciel	1 Vulve large, perinee tres court.
I	S.F.	1 Rectocèle I	1 Rectocèle I	1 Rectocèle I	1 Rectocèle I
I	VESSIE	1 Cystocèle II	1 Cystocèle II	1 Cystocèle II	1 Cystocèle II + 1 Uretrocele.
I	URETRE				
I	VAGIN	1 Parois seches et denouees.	1 Parois seches et bon- banes.	1 Parois epaises et denouees.	1 Parois seches et denouees.
I	COL	1 Hypertrophique, ouvert ulcère, hors de la vulve	1 Hypertrophique hors de la vulve et ulcère.	1 Hypertrophique hors de la vulve et ulcère.	1 Atrophique hors de la vulve et ulcère.
I	UTERUS	1 Devie en retroversion. 1le vagin - mobile	1 Ptose dans le vagin. dans le vagin.	1 Ptose dans le vagin.	1 Atrophique, ptose dans le vagin.
I	TRAITEMENT	1 Hysteropexie ant.	1 Hysteropexie ant.	1 Hysteropexie ant.	1 Hysteropexie ant.
I	EVOLUTION	1 Suites simples 1 Cystocèle I au controle 1 du 3e mois.	1 Suites simples. 1 Hysterocele I et imper- forate de la miction 1ors du 3e controle.	1 Suites bonnes. 1 Col intravaginal au 3e controle.	1 Suites simples. 1 Revue 3 mois apres avec 1 col intravaginal & 1 debut de déroulement des parois/vagin

	Obs. N° 36, DF: 54 ans mariée à 15 ans Ménopgère.	Obs. N° 37, SK: 55 ans mariée à 14 ans Ménopgère-cultivatrice	Obs. N° 38, KB: 26 ans mariée à 18 ans Ménopgère-cultivatrice	Obs. N° 39, TB: 60 ans mariée à 15 ans Ménopgère.	Obs. N° 40, CK: 25 ans mariée à 17 ans Ménopgère.
I	OBSTET.	3e gesté, 7e paré, 4 vi- 1 vents, 1 avortement	5e gesté, 5e paré, dont 1 gross. gémellaire, 1 avortement à 2 mois	3e gesté, 3e paré, 1er accouchement 18 ans avec 1 notion de gros fœtus.	9e gesté, 9e paré, 5 vivants, 1er accouch- à 17 ans.
I	IN :	13 18 ans avec traumatisme 1 parineoovaginal	Notion de gros fœtus. Leucorrhées + saignement	Leucorrhées + prurit	Leucorrhées dyspareuniel Prurit vulvaire + polla- kiurie, impertostie de la miction.
I	IC :	1 leucorrhées à pollakiurie 1 nocturne, impertostie 1 mictionnelle.	du col ulcère, impertostie miction, polype utérin accouche par la col.	Leucorrhées minimale impertostie de la miction	pollakiurie et impertostie mictionnelle. hystérectomie subtotalité à 17 y a 5 ans.
I	IE :	1 mictionnelle.	accouche par la col.		
I	IN :	1 CHIR.			
I	IT :	1 MÉD.	1 Alternance de diarrhées 1 et constipation.	1 Alternance Diarrhées 1 et constipation.	1 Alternances diarrhées 1 et constipations.
I	IS :				
I	IE	DEGRE PROL.	III	II	II
I	IX :	1 ANCIENNETE	1 2 ans	10 mois	4 ans
I	IM :	1 ETAT VULVE	1 vulve large, perinée 1 cicatriciel.	vulve large, perinée 1 très court.	vulve évasée, perinée 1 perinée cicatriciel.
I	IN :	1 PERINEE	1 Rectocèle I		1 Rectocèle II
I	IC :	1 S.F.	1 Rectocèle I		1 Rectocèle II
I	IL :	1 VESSIE	1 Cystocèle II	1 Cystocèle II + 1 hypercécèle.	1 Cystocèle II
I	IT :	1 URETRE	1 Cystocèle II		1 Cystocèle II
I	IN :	1 VAGIN	1 Parois sèches et 1 dénouées.	1 Parois sèches + bom- 1 bement de l'ant.	1 Parois sèches et 1 dénouées. 1 A la vulve.
I	IQ :	1 COL	1 atrophique, hors de la 1 vulve et ulcère.	1 A la vulve, 1 hypertrophique.	1 A la vulve, 1 hypertrophique.
I	IE :	1 UTERUS	1 Atrophique et 1 Prose dans le vagin.	1 Retroverse et 1 Prose dans le vagin.	1 Prose dans le vagin.
I	IT :	1 TRAITEMENT	1 Hystéropexie ant. 1 Hystéropexie ant.	1 Hystéropexie ant.	1 Suspension du mofigon 1 Cervical à la paroi
I	IS :	1 EVOLUTION	1 Suites simples 1 avec début de dénouement 1 des parois vaginales.	1 Suites bonnes. 1 Au 3e mois RAS	1 Suites simples, 1 Col intravaginal au 1 3e contrôle.

	Obs. NO. 41, CM: 37 ans mariee a 13 ans Menagere-cultivatrice	Obs. NO. 42, DA: 47 ans mariee a 15 ans Menagere.	Obs. NO. 43, CS: 25 ans mariee a 15 ans Menagere-cultivatrice	Obs. NO. 44, KS: 35 ans mariee a 15 ans Menagere.	Obs. NO. 45, CM: 60 ans mariee a 15 ans Menagere-cultivatrice
I	OBSTET.	1 Be geste, 9e pare, dont 11 gross. gemelaires, 6 vivants, 1er accouchement a 15 ans, foetus de poids moyen.	12e geste, 12e pare, 3 vivants, 1er accouch. a 16 ans, foetus moyens	4e geste, 4e pare, 2 vi- vants, 1er accouchement a 15 ans avec notion de traumatisme perineovaginal	3e geste, 3e pare, 1er accouchement a 16 ans (182 mois), 1er accouch. a 17 ans avec notion de perineal.
I	TABLEAU 9				
I	LEUCORRHEES + Prurit	Leucorrhées + Dysurie	Leucorrhées + dyspareunie	Pollakiurie, Imperiosite de la miction	Leucorrhées, Pollakiurie, nocturne, dyspareunie
I	IMPERIOSITE	Imperiosite mictionnelle	Imperiosite de la miction	Imperiosite	Imperiosite mictionnelle
I	ACCOUCHEMENT	accouché par le col.		Cesarienne lors du 3e accouchement.	
I	DIARRHEES		Diarrhees frequentes.		
I	CONSTIPATION	Constipation.		Constipation.	
I	ALTERANCE DE DIARRHEES				
I	DESNE PROL.	II	II	II	III
I	ANCIENTETE	9 ans	8 ans.	?	?
I	ETAI VULVE	vulve large, perinee beante.	vulve large, perinee circulaire	vulve large.	vulve evasee, perinee tres court.
I	PERINEE	court.			perinee tres court.
I	S.F.	Rectocèle II	Prolapsus aggrave avec menopause.	Metrovagie.	Rectocèle II
I	VESSIE				
I	URETRES	Cystocèle II	Cystocèle I	Cystocèle I	Cystocèle II
I	VAGIN	Parois epaissies et droulees.	Parois ant. droulee.	Parois ant. droulees.	Parois seches et droulees.
I	COL	Fayotride, hors de la vulve avec ulceration.	Hypertrophique a la vulve.	Col hypertrophique.	Atrophique et Ulcere a grosses levres.
I	UTERUS	Retrouvise at prose dans le vagin.	Taille normale, prose dans le vagin.	Fibrome uterin (taille orange).	Atrophique, tres mobile, prose.
I	TRAITEMENT	Hysteropexie ant.	Hysteropexie ant.	Colporraphie ant. & post	Hysteropexie Ant.
I	EVOLUTION	Suites simples	Suites favorables.	Suites simples.	Suites simples.
I		Revue 3e mois apres avec debut de droulement des parois vaginales.	Revue 3e controle avec RAS.	RAS au 3e controle.	Revue 3e mois. RAS au 3e controle. Parois vaginales au 3e contrôle.



	Obs. N° 46, TM: 25 ans mariée à 17 ans Ménagère-cultivatrice	Obs. N° 47, TK: 32 ans mariée à 18 ans Ménagère-cultivatrice	Obs. N° 48, YK: 35 ans mariée à 10 ans Ménagère.	Obs. N° 49, SM: 60 ans mariée à 7 ans Ménagère.	Obs. N° 50, DM: 45 ans mariée à 15 ans Ménagère-cultivatrice
I : OBTIET.	2e geste, 2e pare, 1er accouchement à 21 ans avec traumatisme perineo- vaginal.	8e geste, 8e pare, 1er accouchement à 16 ans, notion de gros factus.	9e geste, 8e pare, 5 vi- vents, 1er avortement à 2 mois, 1er accouchem. à 14 ans.	1er geste, 1era pare 1er accouchement à 18 ans	11e geste, 10e pare, 2 vivants, 1 avortement 1er accouchement 15 ans avec traumatisme perin.
I A : GYNEC.	Leucorrhées + Prurit vulvaire intense. Dyspa- résie, Pollakiurie Laparostomie de miction.	Leucorrhées + Pollakiurie nocturne, Imperiosite de la miction.	Dyspareunie Pollakiurie	Leucorrhées + Pollakiurie nocturne, Imperiosite mictionnelle.	Leucorrhées miniale Pollakiurie, Imperiosite mictionnelle.
I B : CHIR.					
I C : MED.	Constipation fréquente.	Constipation.	Constipation.	Constipation.	Diarrhées fréquentes
I D : DEGRE PROL.	II	III	II	II	III
I E : ANCIENNETE	1 an	10 ans.	10 ans.	5 ans	20 ans environ
I F : ETAT VULVE PERINEE cicatriciel.	Vulve large, perinée cicatriciel.	Vulve evasee.	vulve large.	Vulve large.	Vulve evasee.
I G : S.F.					
I H : VESSIE					
I I : URETRE	Cystocèle II	Cystocèle II	Cystocèle II	Cystocèle II	Cystocèle II
I J : VAGIN	Parois antérieures douloureuses.	Parois ant. douloureuses.	Parois ant. bombante.	Parois ant. bombées.	Parois douloureuses.
I K : DOU- L. phique.	La vulve hypertro- phique.	Hypertrophique avec des ulcérations.	Hypertrophique et ulcère	Atrophique à la vulve.	Aspect tapyroïde ulcère.
I L : UTERUS	Moblie, de petite taille. Retroverse et taille normale, mobile.	Retroverse et taille normale, mobile.	Retroverse, mobile, ptose	Atrophique, mobile et ptose.	Retroverse et mobile.
I M : TRAITEMENT	Hystéropexie ant.	Hystéropexie ant.	Hystéropexie ant.	Hystéropexie ant.	Colporraphie Ant & Post.
I N : EVOLUTION	Suites simples Au 3e contrôle RAS.	Suites simples. RAS au 3e mois.	Suites simples. RAS au 3e contrôle.	Suites favorables. Avec RAS jusqu'au 3e mois.	Suites simples. RAS au 3e contrôle.

	Obs. NO. 51, DM: 35 ans mariee a 15 ans menopere-cultivatrice	Obs. NO. 52, DM: 23 ans mariee a 15 ans Menopere-cultivatrice	Obs. NO. 53, TK: 23 ans mariee a 15 ans Menopere-cultivatrice	Obs. NO. 54, DM: 45 ans mariee a 15 ans Menopere-cultivatrice	Obs. NO. 55, KM: 54 ans mariee a 15 ans Menopere-cultivatrice
I : OBSTET.	1 2e geste, 10e pare,	2e geste, 2e pare,	4e geste, 4e pare,	4e geste, 4e pare,	1e geste, 8e pare,
I A :	1 7 vivants, 2 avortements	1 vivant - 1er accouchement a 18 ans.	1er accouchement 15 ans,	3 vivants, 1er accouchement a 16 ans avec traumat. a 4 mois, 1er accouch. et notion gros foetus.	5 vivants, 1 avortement a 15 ans, 1er accouch. a 15 ans - foetus moyen.
I N :	1 foetus - 1er accouch. 13ans		3e accouchement.		
I E :					
I C : GYNEC.	1 Prurit vulvaire intense	1 Leucorrhées + Dyspareunie	1 Leucorrhées,	1 Leucorrhées + Pollakiurie	1 Leucorrhées, Pollakiurie
I E :	1 Imperfoctie de miction.	1 souvent prurit vulvaire	1 Pollakiurie nocturne	1 nocturne, imperfoctie	1 nocturne, imperfoctie
I D :		1 Imperfoctie de miction.	1 (3-4 fois).	1 mictionnelle.	1 mictionnelle.
I E : CHIR.					
I N :					
I T :	1 Constipation fréquente.	1 Diarrhées fréquentes.	1 Constipation.	1 Constipation, M=9/11	1 Constipation.
I S :					
I E : DEBRE PROL.	1 III	1 III	1 III	1 II	1 II
I X :					
I A : ANCIENNETE	1 ?	1 8 mois.	1 2 ans.	1 10 ans	1 3 mois.
I M :					
I E : ETAT VULVE	1 vulve evasee.	1 Fourchette perineale	1 vulve large.	1 Vulve evasee.	1 Vulve large.
I N :	1 PERINEE	1 cicatriciel.	1 beante.		
I C :					
I L : S.F.	1 Rectocèle II	1 Rectocèle I	1 Rectocèle I		1 Rectocèle II
I L : VESSIE					
I I : URETRE	1 Cystocèle II	1 Cystocèle II	1 Cystocèle II	1 Cystocèle II	1 Cystocèle II
I N :					
I I : VAGIN	1 Parois denouees.	1 Parois denouees.	1 Parois bombantes.	1 Parois ant. bombées.	1 Parois denouees et seches.
I O :					
I U : COL.	1 Papyrolide, hypertro-	1 Hypertrophique et ulcere	1 Hypertrophique et ulcere	1 Hypertrophique.	1 Hypertrophique.
I E :	1 phique.				
I :					
I : UTERUS	1 Retroverse, posee dans	1 Retroverse, mobile.	1 Retroverse, mais mobile.	1 Retroverse.	
I :	1 la vagin.				
I :					
I : TRAITEMENT	1 Hysteropexie ant.	1 Hysteropexie ant.	1 Hysteropexie ant.	1 Hysteropexie ant.	1 Suspension du vagin.
I :					1 Cervical a la paroi Abd.
I : EVOLUTION	1 Suites simples	1 Suites simples.	1 Suites simples.	1 Suites favorables.	1 Pits colpe, naphie Postel
I :	1 Revue 3 fois avec RAS.	1 RAS au 3e controle.	1 RAS au 3e controle.	1 RAS au 3e controle.	1 RAS au 3e controle.

	Obs. NO. 56, DA: 22 ans mariee a 15 ans Menagere.	Obs. NO. 57, SR: 30 ans mariee a 14 ans Menagere-cultivatrice	Obs. NO. 58, DA: 22 ans mariee a 19 ans Menagere-cultivatrice.	Obs. NO. 59, SK: 50 ans mariee a 15 ans Menagere.	Obs. NO. 60, DM: 33 ans mariee a 16 ans Menagere-cultivatrice
I	TABLEAU 12				
I	OBSJET.				
I	1 4e geste, 3e pare,	6e geste, 4e pare,	3e geste, 3e pare,	7e geste, 7e pare,	6e geste, 6e pare,
I	1 2 vivants, 1 avortement	3 vivants - 2 avorte-	1er accouchement 15 ans,	1 6 vivants, 1er accouch-	5 vivants, 1er accouch-
I	1 (182 mois), Traumatisme	ments 1 & 3 mois, 1er	accouchement 15 ans avec	1 1er accouchement a 15 ans	1 1er accouchement a 15 ans
I	1 Perineal au 3e accouch.	accouchement 15 ans avec	1 Traumatisme perineovaginal,	1 1er accouchement a 15 ans	1 1er accouchement a 15 ans
I	1 a 16 ans.	1 Traumatisme perineovaginal,	1 Leucorrhées abondantes	1 Leucorrhées + Pollakiurie	1 Leucorrhées, Pollakiurie
I	1 Leucorrhées, Pollakiurie,	1 Leucorrhées,	1 Dyspareunie, Pollakiurie,	1 Impériosite atictionnelle,	1 Dyspareunie, Impériosite
I	1 Impériosite de miction.	1 Impériosite de miction.	1 (3-4 fois).	1 mictionnelle.	1 atictionnelle.
I	CHIR.				
I					
I	MEQ.	Constipation		Constipation.	Constipation + Diarrhées
I					
I	DEGRE PROL.	III	II	III	II
I	ANCIENNETE	1 Apres 3e accouchement.	8 ans.	3 ans.	7 ans
I	ETAT VULVE	1 vulve large,	1 vulve large,	1 vulve large.	1 vulve beante.
I	1 PERINEE	1 perinee cicatriciel.	1 Perinee cicatriciel.		
I	S.F.	1 Rectocèle II	1 Rectocèle II	1 Rectocèle II	1 Rectocèle II
I	YESSITE	1 Cystocèle II	1 Cystocèle II	1 Cystocèle II	1 Cystocèle II
I	URETRE	1 Parois déroulees.	1 Parois déroulees.	1 Parois déroulees.	1 Parois Ant. déroulees
I	VAGIN	1 Hypertrophique.	1 Hypertrophique.	1 Hypertrophique.	1 Hypertrophique.
I	COL	1 Retroversion, ptose,	1 Retrouverse et ptose	1 Petit et mobile.	1 Fibroateux.
I	UTERUS	1 Colporrhaphie Ant. & Post	1 Colporrhaphie Ant. & Post	1 Hysteroexie ant.	1 Colporrhaphie Ant. +
I	EVOLUTION	1 Suites simples	1 Suites simples.	1 RAS au 3e controle.	1 Suites simples.
I		1 RAS au 3e controle.	1 RAS au 3e controle.	1 sans aucun trouble.	1 RAS au 3e controle.

	Obs. NO. 61, TM: 50 ans mariée a 14 ans menagere-cultivatrice.	Obs. NO. 62, SD: 17 ans mariée a 13 ans Menagere.	Obs. NO. 63, KS: 29 ans mariée a 16 ans Menagere-cultivatrice.
I : OBGTEI.	7e geste, 6e para,	3e geste, 2e para,	5e geste, 3e para, 2 vivants
I A :	4 vivants, 1 avortement	1 avortement a 3 mois	1er accouchement a 16 ans
I N :	(3 mois), 1er accouchement a 16 ans.	1er accouchement a 14 ans	avec notion de gros fœtus.
I T :		avec notion de gros fœtus.	
I E :	Leucorrhées, Polliakurie nocturne (3-4 fois)	Leucorrhées, souvent dyspareunie.	Leucorrhées, souvent dyspareunie, Polliakurie nocturne (4-5 fois).
I D :			
I E :			
I E :			
I N :			
I T :			Constipation.
I S :			
I E :	DEGRE PROL. I III	II	II
I X :			
I A :	ANCIENNETE I 4 ans.	2 ans.	8 ans.
I M :			
I E :	ETAI VULVE I vulve evasee,	Vulve beante.	Vulve large.
I N :	PERINEE I perine court.	Perinee cicatriciel.	
I :			
I :	S.F. I Rectocèle II		Rectocèle I
I C :			
I L :	VESSIE I		
I I :	URETRE I Cystocèle II	Cystocèle I	Cystocèle II
I N :			
I I :	VAGIN I Parois deroules.	Parois Ant. peu bombantes.	Parois bombantes.
I O :			
I U :	COL I Hypertrophique.	Hypertrophique.	Hypertrophique.
I E :			
I :			
I :	UTERUS I Atrophique.	Retroversion, mobile.	Retroverse, douloureux a la mobilisation.
I :			
I TRAITEMENT	Colporrhaphie Ant. & Post	Colporrhaphie Ant.	Colporrhaphie Ant. +
I EVOLUTION	Colporrhaphie Post Suites simples RAS au 3e controle.	Suites bonnes. RAS au 3e controle.	Colporrhaphie Post. Suites simples. Revue au 3e controle avec RAS.

CHAPITRE III :

**NOS RESULTATS**

## NOS RESULTATS

### I LA FREQUENCE

Pendant une année d'étude, nous avons eu en consultation 84 cas de prolapsus génital à l'Hôpital Gabriel Touré. Pendant la même année, nous avons enregistré 9321 consultations dans le service de gynécologie obstétrique. La fréquence du prolapsus génital est de 1% des consultations. Sur nos 84 cas de prolapsus génital, 63 des patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

### II PROVENANCE DE NOS MALADES

Sur nos 63 malades opérées de la série:

- 4 soit 6,35% des cas nous a été adressé par des médecins des centres de santé périphériques ou régionaux.
- 59 soit 93,65% des cas sont venus directement d'elles mêmes.

### III AGE DE NOS PATIENTES

Nous avons classé nos malades en tranche d'âge de cinq ans allant de 15 ans à 70 ans. Notre patiente la moins âgée avait 17 ans, et la plus âgée 70 ans.

**Tableau I**

Répartition des cas en fonction de l'âge.

Age	Nombre de cas	Fréquence en %
15-19	1	1,58
20-24	10	15,87
25-29	12	19,04
30-34	10	15,87
35-39	11	17,46
40-44	3	4,76
45-49	3	4,76
>50	13	20,63
TOTAL :	63	100%

Il ressort de ce tableau que le prolapsus génital peut apparaître à tout âge. Le taux de prolapsus génital dans les tranches d'âge comprises entre 20 et 39 ans est le plus élevé avec 43 cas soit 68,24% ce qui correspond à la survenue de cette pathologie chez la femme en pleine activité génitale.

**IV REPARTITION DES CAS SELON LA PARITE**

Tableau II Répartition des cas selon la parité

Age	Nombre de cas	Fréquence
Nullipare	1	1,58%
Primipare	1	1,58%
Pluripares	39	61,90%
Grandes Pluripares	22	34,92%
TOTAL :	63	100%

1 patiente sur les 63, soit 1,58% des cas, était une nullipare de 60 ans.

1 patiente sur les 63, soit 1,58% des cas, était également une primipare de 27 ans.

22 malades sur les 63, soit 34,92% des cas, sont de grandes pluripares (multipares).

Le tableau ci-dessus nous enseigne que le taux de prolapsus génital est élevé chez les pluripares, avec 39 cas soit 61,90%.

#### V LA PROFESSION ET LE NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE

Notre population d'étude, soit les 63 cas, se compose essentiellement de ménagères, cultivatrices, à niveau d'instruction et socio-économique très bas. Nous n'avons rencontré aucune femme intellectuelle, ni de femmes salariées, ni de femmes se livrant à d'autres activités rémunératrices.



Ces femmes sont livrées à de grands travaux champêtres et domestiques. Ce qui note la part qu'occupe l'effort physique dans la survenue d'un prolapsus génital dans notre série.

## VI LES ANTECEDENTS

### (1) Les Antécédents Médicaux

Sur les 63 patientes de notre série:

- 39 patientes, soit 61,90% des cas présentaient des antécédents de constipation chronique.
- 8 soit 12,69% des cas présentaient des antécédents de diarrhées.
- 6 soit 9,52% des cas présentaient des antécédents d'alternance de constipation et diarrhée.
- 7 soit 11,11% des cas présentaient des antécédents de toux chronique.
- 1 soit 1,58% des cas présentait des antécédents d'emphysème pulmonaire.
- 2 soit 3,17% des cas étaient asthmatiques.
- 1 soit 1,58% des cas avait eu des antécédents de tuberculose pulmonaire.
- 2 soit 3,17% des cas étaient lépreux.
- 3 soit 4,76% des cas présentaient des antécédents d'hypertension.
- 1 soit 1,58% des cas présentait des antécédents de diabète.

### (2) Les Antécédents chirurgicaux

Sur nos 63 patientes:

- 1 soit 1,58% des cas avait été césarisée une fois.
- 3 soit 4,76% des cas avaient eu une hystérectomie.
- 2 soit 3,17% des cas avaient été opérées déjà de prolapsus.
- Enfin, 1 patiente soit 1,58% des cas avait subi une épisiotomie lors de ses trois accouchements.

### (3) Les Antécédents gynéco-obstétriques

Ils occupent une place importante dans la survenue d'un prolapsus. Ainsi, chez les 63 patientes de la série:

- Les avortements ont été signalés dans les antécédents de 24 femmes soit 38,09% des cas. Ces femmes avaient à leur actif, 1 ou plusieurs avortements.
- La notion de gros foetus a été retenue chez 45 de nos patientes soit 71,42%.
- 27 soit 42,85% des cas ont eu une déchirure périnéo-vaginale lors de leur premier ou deuxième accouchement.
- 16 soit 25,39% des cas ont signalé une fuite urinaire d'effort.
- 2 cas soit 3,17% des patientes ont eu une grossesse gemellaire dont 1 cas au premier accouchement et l'autre au sixième accouchement.

La plupart de nos patientes se plaignaient de troubles tels que pollakiurie nocturne, dysurie, prurit vulvaire, dyspareunie, leucorrhées et douleurs pelviennes.

- Par ailleurs, 10 de nos patientes seulement soit 15,63% des cas ont accouché dans un centre sanitaire.

### VII CLINIQUE

Le diagnostic d'un prolapsus génital est généralement facile, mais il faudrait procéder à un examen minutieux de tous les éléments du prolapsus, afin d'établir un bilan des lésions.

Ainsi, une fiche d'enquête (voir annexe) a été élaborée, informant sur les antécédents de nos patientes, aussi donnant d'amples informations sur tous les éléments qui constituent le prolapsus par un examen complet. Ainsi, dans notre série:

- 32 soit 50,79% des cas avaient un utérus de taille moyenne en rétroversion (mais mobile) surtout chez les multipares.

- 10 soit 15,87% des cas avaient un col atrophique (généralement chez les femmes âgées).
- .. les autres avaient un col hypertrophique,
- .. 38 soit 69,31% des cas avaient un col ulcéré ou portant des cicatrices d'ulcérations. C'était dans les cas où le col utérin était hors de la vulve.
- Une paroi vaginale épaisse, et sèche le plus souvent avec toujours un déroulement de l'une de ces parois.
- Un périnée le plus souvent court (moins de 2 cm) avec 27 soit 42,85% des cas de périnée cicatriciel, témoignage d'une ancienne déchirure.
- Des réleveurs de force moyenne le plus souvent avec 17 soit 26,98% des cas de force faible.
- Un noyau fibreux périnéal le plus souvent mince ou inexistant.
- Douleurs lombaires, dyspareunie, et pollakiurie, étaient le plus souvent évoqués comme signes d'accompagnement.

#### BILAN DES LÉSIONS

- Prolapsus utérin du premier degré (col descendu dans le vagin, mais n'atteignant pas la vulve): néant. Ce qui s'explique sûrement par le fait que les patientes ne consultent pas à ce stade de la maladie.
- Prolapsus utérin du deuxième degré (col atteignant la vulve) . 23 soit 36,50% des cas avec un seul cas d'hystérocèle isolé.
- Prolapsus utérin du troisième degré: (col hors de la vulve) . 37 soit 58,73% des cas.
- 3 soit 4,76% des cas de cystocèle plus rectocèle, sans hystérocèle. Ces 3 cas concernent des femmes hystérectomisées.
- 27 soit 42,85% des cas avaient une hystérocèle associée à une cystocèle ; dont:

.. 6 soit 9,52% des cas de cystocèles du premier degré.  
 .. 21 soit 33,33% des cas de cystocèles du deuxième degré.

- 33 soit 52,38% des cas d'hystérocèle associée avec une cystocèle et une rectocèle dont :

.. 16 soit 25,39% des cas de rectocèles du premier degré,  
 .. 18 soit 28,57% des cas de rectocèles et cystocèles du deuxième degré.

Tableau III Des Lésions.

Lésions	Nbre de cas	Fréquence
Hystocèle 1er degré	0	0%
2e degré	23	36,50%
3e degré	37	58,73%
Cystocèle + Rectocèle	3	4,76%
TOTAL :	63	100%

Ce tableau nous montre la grande fréquence des prolapsus utérin du deuxième et troisième degré, vu le fait que les femmes consultent généralement aux stades où le phénomène devient perceptible et gênant.

Tableau IV Les Associations.

	Nbre de cas	Fréquence
Cystocèle + Rectocèle	3	4,76%
Hystérocèle + Cystocèle	27	42,86%
Hystérocèle + Rectocèle	33	52,38%
TOTAL :	63	100%

D'après ce tableau, les associations les plus fréquentes à l'hystérocèle sont constituées par la cystocèle plus la rectocèle avec 33 cas soit une fréquence de 52,38%. Mais, l'association (une seule lésion) à l'hystérocèle et la cystocèle avec 27 cas soit une fréquence de 42,86% n'est pas aussi négligeable. Donc plus la ptose de l'utérus devient importante plus souvent, elle s'accompagne d'association avec d'autres organes de voisinage. Et la première lésion accompagnatrice qui se forme est la cystocèle.

### VIII DEBUT DU PROLAPSUS

#### (1) Début par rapport à la Parité

Tableau V Répartition du début du prolapsus par rapport à la Parité.

Parité	I	II	III	IV	V	VI
Nbre/Prolapsus	18	17	13	2	3	1
Fréquence/%	28,57	26,98	20,63	3,17	4,78	1,58

D'après ce tableau, nous voyons que la majeure partie de nos prolapsus ont débuté après le 1er, 2e et 3e accouchement par ordre décroissant. En cumul, sur nos 63 patientes, 48 soit 76,19% des patientes ont fait leur prolapsus entre le premier et le troisième accouchement.

(2) Début du Prolapsus par rapport à la Ménopause

Dans notre série :

- 3 soit 4,76% des cas ont vu apparaître leur prolapsus après l'installation de la ménopause.
- Egalement, 3 patientes soit 4,76% ont un début imprécis, mais une nette aggravation avec la ménopause de leur prolapsus génital.

(3) Prolapsus et Interventions chirurgicale et Gynécologique

- 3 de nos patientes soit 4,76% des cas ont fait un prolapsus entre 1 à 2 ans après avoir subi une hystérectomie.

**IX AGE DE NOS PATIENTES A LEUR PREMIER ACCOUCHEMENT**

Tableau VI Age des Patientes lors de leur 1er Accouchement.

Age	14-15	16-17	18-19	>20
Nbre/cas	21	26	11	5
Fréquence/%	33,33	41,27	17,46	7,93

D'après ce tableau, 47 de nos patientes (soit 74,60%) étaient âgées de 14 à 17 ans au moment de leur premier accouchement,

dénotant ainsi la précocité de la vie génitale de nos patientes, n'ayant pas fini leur développement somatique.

X FORMES CLINIQUES: Prolapsus et autres Affections Gynécologiques.

le prolapsus génital étant cliniquement de diagnostic facile, peut souvent s'associer avec d'autres affections gynécologiques. Ainsi, dans notre série :

- 2 soit 3,17% des cas avaient un utérus fibromateux.
- 1 soit 1,58% des cas avait un polype utérin accouché par le col.
- 1 soit 1,58% des cas avait un cancer du col, dont le diagnostic a été fait cliniquement.

XI TRAITEMENT

(1) Médical

Une seule patiente de notre série a bénéficié d'un traitement médical consistant à la prescription :

- d'antihémorragiques,
- d'antalgiques,
- Perfusion sanguine (3 sachets de sang de Groupe 0, Rhésus positif).
- Perfusion de soluté isotonique.

C'était une patiente avec un prolapsus du troisième degré associé à un cancer du col de stade avancé (Paramètres et vessie infiltrées, avec métrorragie abondante).

(2) Chirurgical

C'est le meilleur traitement d'un prolapsus génital. Ainsi, dans notre série, sur les 63 patientes opérées :

- 39 soit 61,90% des cas ont bénéficié d'une hystéropexie antérieure (fixation de l'utérus à la paroi abdominale) ; c'est la classique ligamentopexie (selon Pellanda).
- 21 soit 33,33% des cas ont eu une colpographie antérieure doublée d'une colpopérinéomyorrhaphie postérieure. Parmi ces patientes, une seule a eu une colpographie antérieure sans un temps postérieur.
- 1 soit 1,58% des cas a bénéficié d'une colpographie postérieure avec réfection du périnée et une ventrofixation de l'utérus.
- 2 soit 3,17% des cas ont eu une hystérectomie totale avec solidarisation des utéro-sacrés et ligaments ronds au dôme vaginal.

**EVOLUTION: (Résultats du Traitement).**

Pour le suivi de nos patientes, disons que toutes nos opérées ont bénéficié d'une hospitalisation de deux semaines où elles recevaient leurs soins chaque jour. Après ce délais, les patientes étaient libérées avec un rendez-vous chaque mois, durant trois mois, pour un contrôle.

Nous déplorons le fait de n'avoir pas pu suivre ces patientes opérées durant plus longtemps pendant 2 à 3 ans, particulièrement au moins pendant 1 an du fait de notre limitation dans le temps pour cette étude, et de nos moyens nous ~~ne~~ permettant pas de faire un déplacement auprès de nos patientes et cela d'autant plus que toutes nos patientes nous sont venues d'autres capitales régionales.

Nos femmes opérées étaient libérées avec des conseils comme :

- Abstinance de rapport sexuel pendant trois mois et d'effort physique pendant six mois.



Ainsi, comme résultat proche de l'intervention, nous avons eu :

- 9 cas de résultat peu satisfaisant sur 39 cas de ventrofixation ou hystéropexie antérieure soit 23,07% des cas dont 1 cas de rechute dès le 8<sup>e</sup> jour après l'intervention.
- 1 cas de rechute dès le 5<sup>e</sup> jour suivant l'intervention sur les 21 patientes qui ont eu une colporrhaphie (antérieure et postérieure) soit 4,76% des cas.
- Nous déplorons un cas de décès survenu le 7<sup>e</sup> jour après l'intervention qui consistait en une ventrofixation de l'utérus selon Pellanda, suite probablement à une embolie pulmonaire

CHAPITRE IV :

COMMENTAIRES ET REVUE DE  
LA LITTÉRATURE

## COMMENTAIRE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

Au terme de notre étude sur le prolapsus génital, quelques points méritent une attention particulière.

### I LA FREQUENCE

La fréquence du prolapsus génital varie selon les services de gynéco-obstétrique des différents pays. Ainsi, pour Musset R. et Poitout P. (62), 3% au moins des femmes qui consultent dans les services de gynécologie en sont atteintes.

- D'après une enquête épidémiologique sur les affections gynécologiques chez les femmes nomades de la zone sahélienne du Gourma Malien (54); on trouve sur les 398 femmes examinées 12,5% de prolapsus génital soit 50 cas.

- Dans notre série, on a 1% de prolapsus génital. Ce faible pourcentage s'explique par le fait que toutes les femmes ne viennent pas en consultation gynécologique pour prolapsus et ne le font que lorsque le prolapsus devient très gênant, et surtout après avoir tenté beaucoup de traitement traditionnel.

## II SELON L'AGE

Un prolapsus génital peut survenir à tout âge vue la physiopathologie des prolapsus, faisant intervenir des

- facteurs congénitaux (tissulaire, anatomique),
- facteurs traumatiques acquis (obstétrical, chirurgical).

Ainsi, notre patiente la moins âgée a 17 ans, et la plus âgée à 70 ans. Entre ces deux limites d'âge, on enregistre le maximum de prolapsus :

- .. Entre 20 et 34 ans, on a 32 cas de prolapsus soit 50,79% de notre série,
- .. et entre 35 et 44 ans, on a 14 cas soit 22,22% de notre série.

Par ailleurs, selon la même enquête épidémiologique effectuée en zone sahélienne au Gourma Malien (84) sur 50 cas de prolapsus génital retrouvés à l'examen de 398 femmes, la répartition selon l'âge se faisant comme suit :

- .. entre 25-34 ans : 16,1% des cas,
- .. entre 35-44 ans : 15,4% des cas,

D'après les résultats ci-dessus, il ressort que c'est la femme en pleine activité génital qui paye le lourd tribut du prolapsus génital (voir notre tableau V concernant la parité).

## III SELON LA PARITE

De nos jours les gynécologues sont unanimes sur le fait que la multiparité joue un rôle important dans la survenue d'un prolapsus (62, 5, 10).

Ceci se trouve confirmer dans notre étude qui trouve sur les 63 prolapsus examinés et opérés.

- 39 soit 61,90% des cas étaient des multipares,
- 22 soit 34,92% des cas étaient de grandes multipares,

C'est-à-dire avaient fait plus de 6 maternités ; soit une survenue globale de 61 cas (96,82%)

- Dans notre série, 48 femmes soit 76,19% des cas ont eu un début de prolapsus entre leur premier accouchement et 3e accouchement,
- 3 et 4,76 des cas ont eu un prolapsus après l'installation de leur ménopause, ce qui est un fait contraire généralement en Europe.

#### IV AGE DE NOS PATIENTES A LEUR PREMIER ACCOUCHEMENT

Dans notre série et sur l'ensemble des 63 cas de prolapsus, 47 femmes soit 74,60% des cas avaient un âge compris entre 14 ans et 17 ans au moment de leur premier accouchement. La précocité de la vie génitale de nos patientes (chose courante en milieu africain), la multiparité, et la survenue rapide du prolapsus ; nous amènent à examiner les antécédents de ces patientes.

#### V LES ANTECEDENTS DE NOS PATIENTES

## A ANTECEDANTS GYNECO-OBSTETRICAUX

Tableau VII

	Nbre de cas	Fréquence
Avortements	24	38,09%
Gros foetus	45	71,42%
Déchirure Périnéale	27	42,85%
Grossesse Gemellaire	2	3,17%
Fuite urinaire d'effort	16	25,40%

La notion de gros foetus retenue chez 45 de nos patientes, soit 71,42% des cas, avec une déchirure périnéo-vaginale chez 27 femmes soit 42,85% peut expliquer la survenue de prolapsus chez ces patientes.

Ce qui montre la place importante qu'occupe les antécédants gynéco-obstétricaux dans la genèse d'un prolapsus (Intégrité du diaphragme, urogénital, périnée). Il nous a été très difficile de rattacher les 24 cas (soit 38,09%) d'avortements au prolapsus, ne sachant pas exactement les circonstances de survenue de ces avortements. Selon les auteurs (26), l'avortement à répétition, prédispose la femme au prolapsus, principalement, si il est suivi de manoeuvre gynéco-obstétricales intempestives (curetage avec forte traction sur le col utérin).

## B LES ANTECEDANTS CHIRURGICAUX

Sur nos 63 patientes de la série :

- 1 soit 1,58% ces cas avait eu une césarienne,

- 3 soit 4,76% des cas avaient eu une hystérectomie, dont 1 seule subtotalaire. Ces trois femmes hystérectomisées ont fait leur prolapsus une année environ après leur intervention, ce qui confirme bien la thèse de certains auteurs qu'une hystérectomie simple sans autres mesures préventives contre la survenue d'un prolapsus peut aggraver ou être cause d'un prolapsus à l'avenir.

C LES ANTECEDENTS MEDICAUX

Tableau VIII

	Nbre de cas	Fréquence
Constipation chronique	39	61,90%
Diarrhée fréquente	8	12,70%
Alternance de Constipation et Diarrhée	6	9,52%
Toux chronique	9	14,28%
Asthmes	2	3,17%
Lèpre	2	3,17%
Diabète	1	1,58%
Hypertension artérielle	3	4,76%

De ces antécédents médicaux, 62 de nos patientes soit 98,41% des cas souffraient de causes pouvant engendrer et surtout aggraver un prolapsus préexistant. Les plus fréquentes sont la constipation chronique, la toux chronique, et la diarrhée.

De nos patientes se plaignant de toux chronique, une était emphysémateuse et une autre tuberculeuse (suivant des traitements traditionnels).

L'analyse de ces antécédents médicaux nous pousse à prendre en compte toute cause pouvant amener la femme à faire couramment des efforts, cette analyse nous prouve également que le gynécologue ne doit pas se limiter seulement à un constat de prolapsus ; mais cherche à lutter, dans sa pratique quotidienne, contre les troubles du transit digestif (Constipation chronique), à lutter contre les manifestations chroniques des voies respiratoires (bronchite chronique, tuberculose). Ces mesures pouvant améliorer de beaucoup la survenue d'un prolapsus génital chez ces sujets à risques.

## VI LES FORMES CLINIQUES

Le prolapsus génital étant le plus souvent cliniquement de diagnostic facile, attirons l'attention sur certaines formes trompeuses, ou certaines associations qui demandant plus de vigilance. Ainsi, dans notre série sur nos 63 patientes :

- 2 soit 3,17% des cas avaient un fibrome utérin de la taille d'une orange. Le gros fibrome peut masquer longtemps un prolapsus génital par son effet "suspenseur" des organes pelviens, et ne se révèle qu'après hystérectomie.
- 1 soit 1,58% des cas avait en plus du prolapsus un polype utérin accouché par le col. D'où confusion souvent, à ne pas prendre pour prolapsus un polype du col utérin.
- Signalons que nous n'avons eu aucun cas de fuite urinaire patente (spontanée) ou d'incontinence anale.
- 1 soit 1,58% des cas avait un cancer du col. Ce diagnostic a été clinique. Ce fait mérite un peu notre attention (3).



La plupart des auteurs jusque là s'étendaient sur la rareté paradoxale du cancer du col sur le col utérin prolapsé et extériorisé (Funck, Brentano, H. Robert, Fohe, Thierry). Merger trouve 2,9% d'épithéliomas du col utérin parmi 750 prolapsus génitaux. En effet, la coexistence devrait être fréquente, si l'on pense à l'irritation prolongée que subissent les muqueuses extériorisées de ces cols.

Les lames montrent un aspect particulier avec des phénomènes inflammatoires subaigus et chroniques traduits par de la sclérose de l'hyperplasie malpighienne, de la parakératose (beaucoup de squames anuclées).

L'épithélium du vagin et du col utérin a donc tendance à s'épidermiser.

Selon Chaber (Louis-Marie) (18) le rôle capital tenu par un laboratoire de colpocytologie a permis entre cliniciens et cystologistes, d'apporter 6 cancers du col utérin, 3 du corps utérin et 1 tumeur de l'ovaire découverts chez des femmes venue consulter entr 1958 et 1965 pour prolapsus dans un service de gynécologie.

Le seul cas de notre étude s'explique sûrement par le fait qu'on a pas pu faire de frottis de dépistage chez nos patientes vu leur moyen. Normalement, il faut :

- Tenir compte du rôle ulcérateur d'un pessaire (facteur de risque de survenue d'un cancer),
- Tenir compte du saignement rendu souvent à tort aux érosions cervicales.
- Pratiquer un dépistage cytologique systématique avant et après l'intervention chirurgicale.

## VII ANALYSE DES RESULTATS DU TRAITEMENT

### A RESULTATS IMMEDIATS OU SECONDAIRES

Pour le traitement chirurgical de nos patientes, nous avons été amenés à utiliser les voies suivantes :

- voie haute (hystéropexie, ou hystérectomie),
- voie basse (colporraphie antérieure et postérieure),
- ou les deux voies ensemble.

Pour les résultats immédiats, on les a classé en :

- résultat excellent,
- résultat moyen,
- résultat mauvais.

Nos résultats excellents avaient pour critères :

- .. un périnée postérieur solidement reconstitué, épais, haut et étoffé avec restitution d'une distance anovulvaire normale,
- .. une cicatrice, souple et indolente, une fourchette dépressible,
- .. la disparition de l'ensemble des éléments du prolapsus à la poussée abdominale,
- .. un col de longueur normale,
- .. un utérus haut situé, fixé en bonne position,

Les résultats moyens avaient pour critères :

- .. un périnée postérieur légèrement sensible, avec une cicatrice plus ou moins dystrophique,
- .. un col de longueur un peu excessive,
- .. une discrète tendance à la descente utérine aux efforts de poussée au TV mais solidement maintenue par un bon périnée postérieur.

Nos résultats mauvais avaient pour critères l'échec du traitement chirurgical, c'est-à-dire la reconstitution du prolapsus avec ces éléments peu de temps après la cure.

Ainsi, sur les 63 patientes opérées :

#### Pour la voie haute

39 patientes qui ont subi une ventrofixation 30 femmes avaient un résultats excellent soit 47,62% ; 2 patientes ont subi un hystérectomie subtotale avec fixation du noyau cervical à la paroi abdominale de résultat excellent. Soit un résultat global de 50,79% (excellent) chez les 32 femmes.

#### Pour la voie basse

Elle concerne dans notre série 21 patientes, dont 20 avaient d'excellents résultats dans les suites immédiates de l'intervention (dans les 3 mois suivants) ce qui donne pour la voie basse 31,75% d'excellents résultats.

#### Pour la voie mixte

Une seule patiente en a bénéficié avec un résultat excellent soit 1,58% des cas.

Nos résultats moyens ne concernent que la voie haute. Sur les 41 patientes qui ont subi la voie haute (39 ventrofixation de l'utérus et 2 hystérectomies), nous avons eu 8 cas de résultats moyens soit 19,51%.

Enfin, nous avons enregistré 2 cas de mauvais résultats pour l'ensemble des 2 voie, soit 3,16% d'échec.

La première patiente avait subi une ventrofixation de l'utérus qui n'a tenue que 8 jours après l'intervention (Dossier NO.25).

La rechute du prolapsus consistait en une hystérocèle du 2e degré et une cystocèle du 1er degré.

La deuxième patiente a subi une colpographie antérieure puis une périnéo-myorrhaphie postérieure, la rechute s'est produite dès le

5è jour après l'intervention (Dossier NO.5) en une hystérocèle du 2e degré. Cette femme a été reprise un mois plus tard pour une ventrofixation de l'utérus avec un résultat excellent.

Tableau IX Des résultats du Traitement Chirurgical.

Voies d'abord	% Excellents	% Moyens	% Mauvais
Voie Haute	50,79	19,51	1,58
Voie Basse	31,75	0	1,58
Voie Mixte	1,58	0	0
TOTAL :	84,12	19,51	3,16

- En résumé, on a comme résultats excellents 84,12% (53 femmes) sur 63 opérées.
- Résultats moyens: 19,51% des cas (soit 8 sur 39 ventrofixation de l'utérus).

Mais, en rapportant ce résultat sur l'ensemble des patientes opérées (63), on a comme résultat moyen 12,70%.

- Résultats mauvais : 3,16% soit 2 cas.

Les suites immédiates et secondaires ont été le plus souvent simples.

La morbidité a été pratiquement absente dans notre série, à part quelques cas de suppuration superficielle (voie haute) cédant à un traitement local bien conduit. Aucune reprise chirurgicale pour hémorragie secondaire par lâchage de ligature.

Quant à la mortalité, nous déplorons 1 cas de décès dans notre série (1,56% des cas) survenue le 7e jours après l'hystéropexie antérieure (Dossier NO.24), probablement par suite d'embolie pulmonaire. Blanc (Bernard) (1) trouve 1% de mortalité due généralement aux accidents thrombo-emboliques.

## B RESULTATS A DISTANCE

Il nous a été impossible d'en faire une étude détaillée, vue la limitation de notre étude dans le temps (une année) et faute de revoir les patientes (la plupart venant de la brousse). Mais, voyons quelques résultats dont parle la littérature.

### Chabert (Louis-Marion): (43)

Donne comme résultats globaux sur 272 cas de prolapsus traités et suivis pendant 7 ans :

- + Résultats excellents des prolapsus isolés : 107 cas.
- + Excellents résultats des prolapsus + incontinence d'urine : 79 cas soit un total de 186 cas avec 68% de résultats excellents.
- + Résultats moyens : 59 cas soit 22%.
- + Echec sur les prolapsus + incontinence : 27 cas soit 10% d'échecs.

En 1954, les auteurs lyonnais trouvaient du seul point de vue anatomique : 8,6% de résultats moyens et 11,1% de mauvais résultats. Mais, luttant contre la tendance de certains à proposer une hystérectomie vaginale pour les prolapsus du troisième degré ; ils insistent bien sur les 71,8% d'excellents résultats obtenus par la méthode de Halban dans ces cas, avec 12,5% de mauvais résultats.

Pour les résultats globaux de Merger, nous notons 83,5% de très bon résultats, 2,7% d'échecs totaux (malades revenues à l'état antérieur, rôle de mauvais tissus), 13,8% d'échecs partiels

(5,2% de récurrences sur le col, 3,7% sur la cystocèle, 2,7% sur la rectocèle et 1% d'élytrocèle).

En 1929, Porges et Zimmer, sur 604 cas opérés, avaient pu revoir 319 patientes avec 87% de résultats excellents, et 1,5% de récurrences de cystocèle.

Polloson et Mathieu disaient que la cystocèle récidivait deux fois plus souvent que la rectocèle.

En 1939, dans sa thèse Magois (A.J) ne rapporte que 6 cas opérés qui revus 6 mois après l'opération, il n'y avait qu'une seule incontinence légère des urines.

Dembélé (R.), dans sa thèse sur le prolapsus en 1982 rapporte :

- 85% de résultats parfaits d'au moins deux ans,
- 15% de résultats imparfaits,

Quant aux lombalgies, Charlbart (Louis) rapporte dans sa thèse:

- 43% des malades opérées n'en souffraient pas au moment de la décision opératoire,
- 25% ont été guéries,
- 15% ont été améliorées,
- 17% ont vu leur lombalgies persister ou s'aggraver.

Dans notre étude, sur le plan fonctionnel, la majeure partie des patientes se sont plaintes de lombalgies ; des troubles mineurs comme l'incontinence urinaire d'effort s'est vite améliorée après l'intervention, nous n'avons eu aucun cas d'incontinence urinaire potentielle.

TABEAU X : Résumé des Résultats à Distance

% des résultats			
Les auteurs :	: Excellents	: Moyens	: Mauvais
Chabert (Louis)	: 68	: 22	: 10
Auteurs Lyonnais	: 71,8	: 8,6	: 11,1
Merger	: 83,5	: 13,8	: 2,7
Porges et Zimmer	: 87	: 0	: 1,5
Dembélé (Robert)	: 85	: 15	: 0
Notre étude	: 84,12	: 12,7	: 3,16

*L'étude de ce tableau nous montre que dans notre série, nos résultats se rapprochent assez près de ceux des différents auteurs.*

*Mais signalons que nos résultats sont immédiats.*

*Quant à nos résultats à distance concernant la ventrofixation :*

*Sur nos 39 ventrofixations on a pu revoir 20 patientes, dont 15 avec un recul d'une année et 5 avec deux ans comme recul.*

*- Sur les 15 patientes, 10 avaient un début de déroulement des parois vaginales antérieure et postérieure surtout à l'effort avec un col hypertrophique, sans hystérocèle évidente.*

*- Sur les 5 patientes, 3 avaient un prolapsus complet reconstitué ;*

*Une patiente a eu une grossesse qui s'est sanctionnée par une Césarienne, dû à un arrêt de progression du travail.*

*- En conclusion sur les 39 ventrofixations on a comme résultats :*

*Excellent : 17,95 % des cas (7 patientes)*

*Moyen : 25,64 % des cas (10 patientes)*

*Mauvais : 7,69 % des cas (3 patientes).*

*En comparant ces résultats avec d'autres (tableau X). On constate qu'à long terme il est préférable d'utiliser une autre technique qui donne de très bons résultats à distance, sans inconvénient majeur pour la procréation et l'accouchement (vue la jeunesse de notre population d'étude).*

*Une telle technique serait le shirodkar (sans amputation du col) qui est applicable à tous les prolapsus et à tout âge.*

**CHAPITRE V :**

**CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**



## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### CONCLUSION

L'anatomie du cadavre couchée est insuffisante pour la compréhension de la cure des prolapsus génitaux. Cette anatomie morte conduit à des gestes théoriques, pas toujours inutiles, mais pas non plus toujours efficaces. "L'entité "prolapsus génitaux" n'existe pas, chaque cas est particulier, et plus encore chez la femme jeune. Il ne peut donc y avoir d'indication thérapeutique standard, mais, uniquement adaptée aux différents cas, très multiples, comme les techniques proposées pour y remédier. Le prolapsus génital, isolé ou accompagné de lésions associées diverses est fréquent au Mali chez la femme jeune. Du fait de ce jeune âge, la dystrophie d'involution senile n'existe pratiquement pas chez ces patientes dont les tissus de soutien, d'orientation et de suspension sont vivants, actifs et érectiles ; avec des cloisons encore valables. Il s'agit quasi toujours de séquelles traumatiques obstétricales tout à fait différentes des prolapsus trophiques génitaux de la vieille femme.

Ce sont des prolapsus acquis par affaiblissement de l'armature pelvi-périnéale de maintien de l'appareil génital. Ces séquelles comportent en règle :

- L'altération du périnée superficiel,
- L'atteinte des releveurs : (surtout les chefs éleveurs de la sangle pubo-périnéale). Elle explique la verticalisation du vagin et la perte du rôle de point d'appui que joue sa paroi postérieure.
- La béance vulvaire qui s'explique par l'éculement de la fourchette qui a reculé, et la disparition du périnée entraînant le raccourcissement, et la verticalisation de la paroi postérieure du vagin,
- Le bombement vésical, il est la conséquence de la descente de la paroi vaginale antérieure.

- En plus, on observe :

- .. l'allongement intravaginal du col, plus rarement supravaginal, mais surtout l'allongement tapiroïde de la lèvre antérieure cervicale déchirée.
- .. la rétroversion acquise de l'utérus,
- .. l'hystérocèle,
- .. l'élytrocèle,
- .. Enfin, l'incontinence urinaire d'effort qui constitue une maladie à part, qu'elle soit patente ou masquée et potentielle. Elle n'a pas toujours besoin d'un prolapsus pour se manifester et révèle de procédé technique de correction particulier.

Le prolapsus chez la femme jeune, en pleine période d'activités génitales représente une infirmité qu'il convient de traiter du fait même de son importance anatomique. Le seul traitement efficace est chirurgical. Les autres moyens ne sont que des adjuvants à ne pas négliger. Sauf cas particulier, la cure chirurgicale des prolapsus génitaux chez ces femmes à bonne trophicité, doit se faire par voie basse.

En ce qui concerne le choix des techniques chez ces femmes, la notion fondamentale à souligner est que les tissus sont bons, se prêtant à de bonnes sutures. Ceci permet d'adapter la tactique en fonction des lésions.

- Pour la colpocystocèle antérieure, la colporraphie antérieure classique ou selon le procédé de Halban.

- Pour l'allongement du col: l'amputation intravaginale ou plus rarement supravaginale.

Au cours de notre étude, nous n'avons pas été amené à faire d'amputation du col, vu le risque au cours des accouchements futurs.

- Pour retrodéviation associée: la vésicofixation de l'utérus par voie vaginale ou l'opération de Shirodkar ou Manchester. Nous avons surtout fait des pexies antérieures de l'utérus.

- Enfin, pour l'incontinence: le plus souvent des techniques simples type Marion ou Berkow, suffissent.

Nous n'avons pas eu de cas d'incontinence urinaire potentielle

- En somme, la technique est centrée sur les principes d'une triple opération périnéale de type Magendie-Musset, comportant dans tous les cas la réfection du périnée postérieur en ne se contentant pas de réparer le périnée superficiel et rarement des techniques de ligamentopexies antérieures de l'utérus. L'opération ne devra jamais perdre de vue deux notions fondamentales pour l'avenir familial et obstétrical de la femme.

.. La femme a un mari: attention aux colpectomies génératrices de sténoses et de dyspareunie;

.. Elle est appelée à avoir d'autres enfants : donc attention à certaines amputations (surtout haute) du col, à certaines hystéropexies par voie abdominale. Jamais de gestes inconsidérés à l'origine de dystories préfabriquées.

Ainsi, l'étude des 63 cas de prolapsus génitaux durant une année, tous colligés au service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré au Mali, nous a permis d'avoir :

- Une fréquence de 1% soit 84 cas de prolapsus génitaux sur 9321 consultations gynéco-obstétricales dont 63 ont subi une intervention chirurgicale.
- La plupart de nos patientes venaient de la brousse, sans centre hospitalier adapté.

- L'âge de prédilection de la pathologie varie entre 17 et 70 ans. 43 patientes (68,25% des cas) avaient un âge compris entre 20 et 39 ans. Ce qui dénote la jeunesse de notre population d'étude.
- Deux de nos patientes étaient, l'une nullipare de 60 ans, et l'autre une primipare de 27 ans.
- 39 patientes soit 61,90% des cas étaient des multipares,
- 22 patientes (34,92% des cas) étaient de grande multipares, femmes ayant fait plus de 6 accouchements ; soit un total de 61 patientes avec une fréquence de 96,82% des cas. Ce résultat nous prouve que c'est la femme à "lourd" antécédent gynéco-obstétrical qui paye un énorme tribut pour le prolapsus génital.

La notion de gros fœtus a été retrouvée chez 45 femmes (71,41% des cas) avec 27 cas de déchirure périnéale soit 42,85%.

Quant aux antécédents médicaux, la constipation était prédominante.

Trois de nos patientes (4,76% avaient eu une hystérectomie (dont une seule subtotale)

Une seule patiente 1,58% des cas avait eu une césarienne.

Comme ~~le~~ bilan des lésions, notre étude a permis d'enregistrer:

- 3 cas de cystocèle + rectocèle (4,76%): il s'agissait de femmes hystérectomisées,
- 27 patientes soit 42,85% avaient une hystérocèle + cystocèle,
- 33 patientes (52,38% des cas) avaient à la fois une hystérocèle + cystocèle et rectocèle,

- 16 de nos patientes (25,39%) ont signalé une petite fuite urinaire d'effort sans incontinence urinaire potentielle.

Par ailleurs, nous n'avons observé aucun cas d'hystérocèle de cystocèle ou de rectocèle isolée.

Quant aux formes associées:

- .. Deux des patientes (3,17%) avaient eu utérus fibromateux,
- .. Une patiente (1,58%) avait un polype utérin accouché par le col,
- .. Et une patiente avait un cancer du col, de diagnostic clinique.

La thérapeutique a été chirurgicale:

- .. 39 patientes (61,90% des cas) ont eu une ligamentopexie antérieure de l'utérus à la Pellanda.
- .. Deux patientes (3,16%) ont eu une hystérectomie totale avec fixation des ligaments ronds et utéro-sacrés au dôme vaginal.
- .. 21 patientes (33,33% des cas) ont eu une colporrhaphie antérieure et/ou une colpopérinéomyorrhaphie postérieure.
- .. Une seule patiente (1,58%) a bénéficié d'une colporrhaphie postérieure avec hystéropexie antérieure.

Nous avons obtenu comme résultats :

**Voies haute et ou basse:**

53 patientes (84,12%) d'excellents résultats sur 63 opérées, 8 cas soit 12,70% de résultats moyens (concernant exclusivement les pexies antérieures) 2 cas soit 3,16% de mauvais résultats.

Ainsi, nous pouvons dire qu'au cours de notre étude, nous avons obtenu en général de très bons résultats immédiats pour le traitement chirurgical de nos prolapsus. Mais quelques points méritent notre attention. Si la chirurgie est nécessaire pour porter remède à cette infirmité pénible qu'est le prolapsus génital (surtout du III degré), il convient cependant, de ne pas perdre de vue :

(1) Le Rappel de ces Aphorismes suivants

- \* On ne meurt pas d'un prolapsus: il s'agit d'une maladie aux conséquences fonctionnelles qui ne menacent en rien la vie.
- \* Mais on peut mourir d'une opération: surtout pour des raisons liées au terrain, d'où l'importance d'un bilan préopératoire bien conduit. Nous avons enregistré un cas de décès survenu le 7e jour après une hystéropexie antérieure (du probablement à une embolie pulmonaire).
- \* Le Prolapsus du 3e degré des femmes en âge de procréer, doit être corrigé, cette chirurgie est difficile et ne doit pas être radicale.
- \* Il existe une pathologie des femmes opérées: même si l'intervention a été correcte, on peut observer de la dyspareunie et des lombalgies récidives.
- \* Enfin, les prolapsus opérés peuvent continuer à évoluer et l'opération n'empêchera pas une récurrence après d'autres accouchements ultérieurs, ou l'apparition du prolapsus d'involution, maladie de la vieille femme.

(2) Un Accent doit être mis sur l'importance de la prophylaxie du prolapsus par une conduite obstétricale adaptée, et la prise de certaines précautions pendant certaines interventions gynécologiques (telle que hystérectomie).

## RECOMMANDATIONS

Ce chapitre nous amène à parler de prévention du prolapsus. Cette prévention est-elle possible? Pour répondre à cette question, il nous faut revenir à la physiopathologie du prolapsus pour mieux comprendre les possibilités d'action sur les différents facteurs étiologiques.

### (1) Action sur le facteur congénital

Nous n'avons pratiquement pas d'action possible, sauf peut-être par la gymnastique correctrice sur le facteur congénital "d'attitude vicieuse" et le développement et l'entretien d'une bonne musculature.

### (2) Action sur le plan traumatique

#### a) Facteur Traumatique obstétrical

Le noyau fibreux central du périnée (NFCP) et le releveur de l'anus, plus particulièrement le faisceau pubo-rectal, jouent un rôle fondamental dans le soutien de la partie inférieure du vagin. L'échange de fibres entre releveurs, sphincter et l'anus, fascia périvaginal et NFCP solidarisent les viscères et les organes entre eux.

Il faut éviter la déchirure musculaire de la sangle des releveurs et du NFCP par l'épisiotomie, mais pas n'importe quand, ni n'importe comment.

Le faisceau pubo-rectal en particulier doit être sectionné en entier, ainsi, lorsque la déchirure se poursuit, le noyau fibreux central et le sphincter anal sont refoulés et respectés. L'épisiotomie doit être donc faite assez tôt avant le début de la déchirure, mais pas trop tôt non plus, sinon le périnée sera insuffisamment amplifié. Elle doit être faite en deux temps, en évitant les grands incisions cutanées inutiles et douloureuses.



- Le premier temps : sectionne la zone cutané-muqueuses et les muscles superficiels du périnée, tandis que :
- Le deuxième temps : sectionne surtout le faisceau pubo-rectal du releveur et le vagin, ramené par deux doigts en crochet dans l'aire de la section.

b) Facteur Traumatique Chirurgical

Chaque fois qu'une hystérectomie est décidée, il faut :

- Bien examiner la patiente pour dépister un prolapsus génital quelquefois masqué, souvent potentiel.
- Faire une étude fonctionnelle par anamnèse et éventuellement si possible, une étude urodynamique pour dépister une incontinence d'urine susceptible de n'apparaître ou de ne s'aggraver qu'après l'intervention.

Lors de l'Intervention

- Préferer l'hystérectomie totale, qui loin de supprimer les moyens d'attache permettront de les repérer et de les utiliser pour éviter le prolapsus après l'hystérectomie.
- Pratiquer chaque fois que possible, l'hystérectomie totale intrafasciale par le procédé dit d'Aldridge qui concerne le fourreau péricervical.

Quelques Détails Techniques sont nécessaires

- Les points d'angle vaginaux en X reprendront le paravagin en passant l'un des jambages de l'X en dehors du vagin (Fig. 40).
- Solidarisation des utéro-sacrés, bien repérés par une pince, à la paroi vaginale postérieure si on laisse le vagin ouvert au dôme vaginal si on le ferme.

- Solidarisation éventuelle des ligaments ronds au dôme vaginal si on le ferme, en les croisant s'ils sont longs (Fig. 41).

Le traitement hormonal de la ménopause contribuera à entretenir leur tonicité.

- Adossement sur 3 ou 4 cm des ligaments utéro-sacrés par 2 ou 3 points en U de façon à la retendre (Attention à l'uretère qui peut ne pas être très loin, Fig. 42, 43)
- Péritonisation reportant la péritoine vésical assez loin en arrière, de façon à effacer une partie de la profondeur du cul-de-sac de Douglas.
- Ou mieux, si elle est possible, péritonisation à la charrier-Gosset-Huguier pratiquée en prenant dans l'aiguille successivement d'arrière en avant :

.. Le feuillet péritonéal pariétal en arrière (attention à l'uretère à quelques cm) sous le plan du détroit supérieur, puis la lèvre postérieure de l'incision péritonéale (attention à l'uretère latéralement).

.. Enfin, la lèvre antérieure vésicale du péritoine.

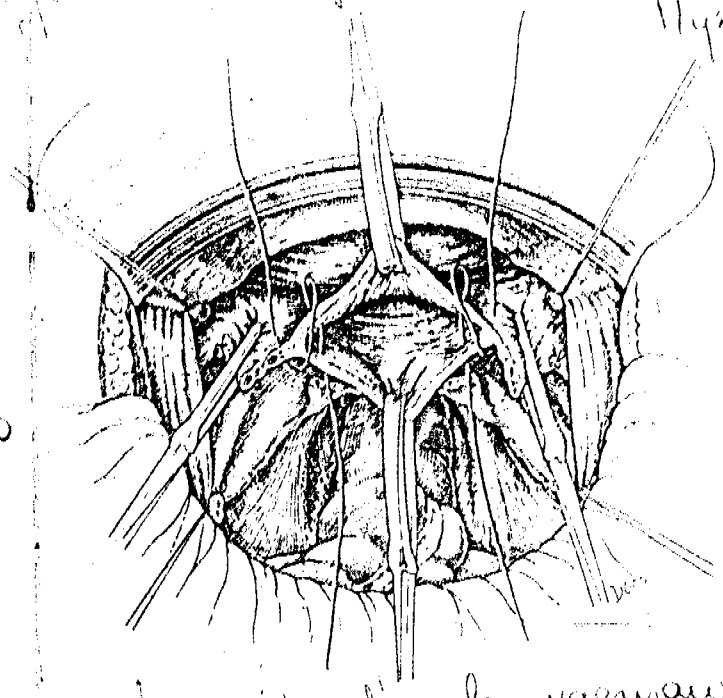
.. En regard du rectum, sera pratiqué le même geste, mais en prenant la séreuse pré-rectale et latéro-rectale ; le cul-de-de sac de Douglas est alors effacé. (Fig. 45).

Ainsi, par ces quelques gestes supplémentaires lors d'une hystérectomie, se trouve en même temps corriger la survenue d'un prolapsus.

Certaines opérations doivent être formellement proscrites si une grossesse peut survenir : c'est le cas des hystéropexies (33). Car en voici leurs conséquences obstétricales :

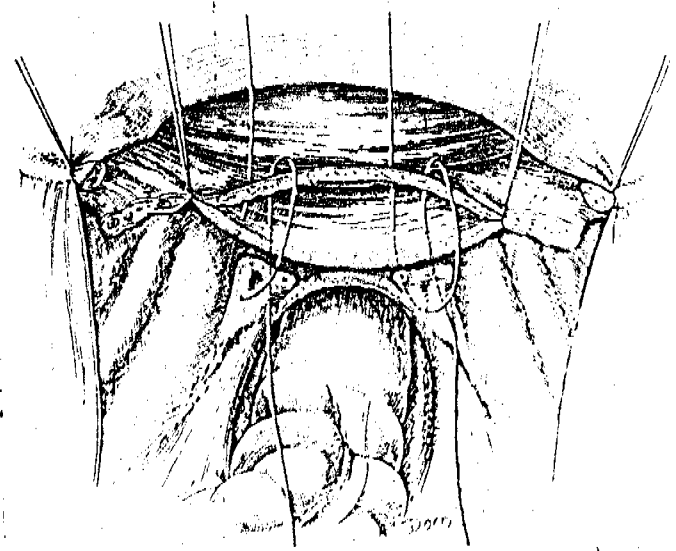
Gestes techniques d'un plicéplastie vaginale  
Hystérectomie

Fig: 40



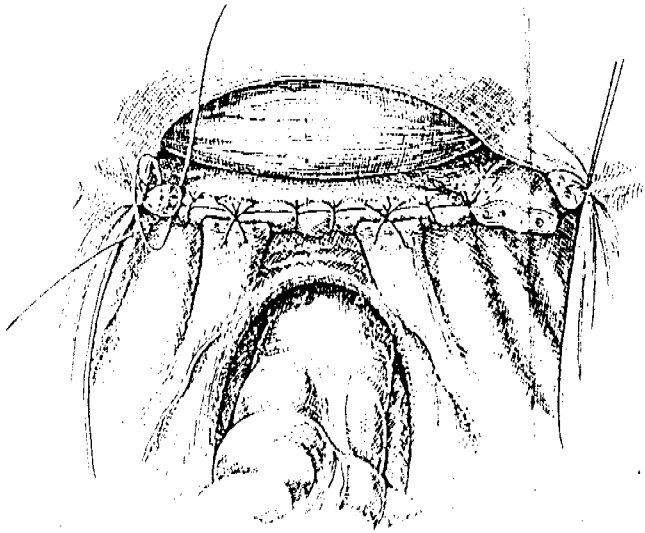
les points d'angles vaginaux sont fixés au  
paravagin

Fig 41



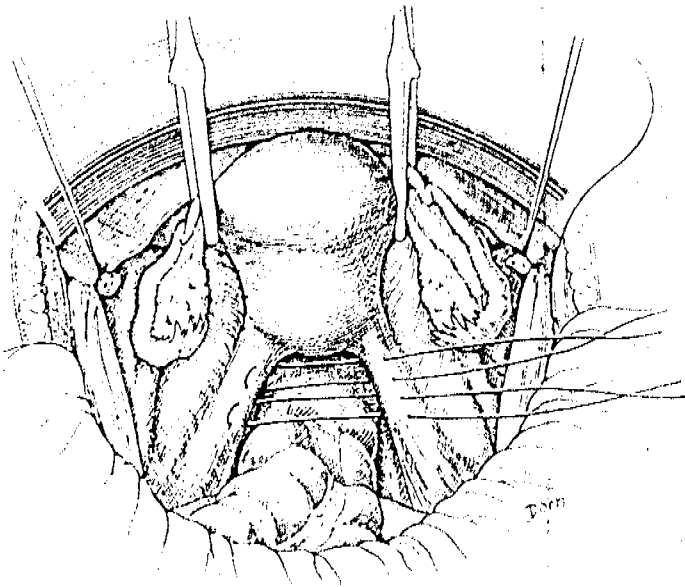
les ligaments utéro-sacrés sont solidarisés à  
domie vaginal.

Fig: 42



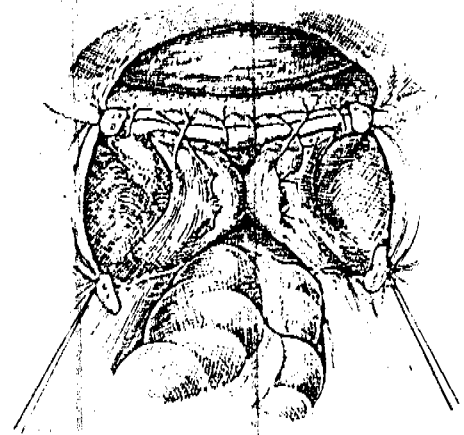
les ligaments ronds sont abaissés et fixés au dôme vaginal.

Fig: 43



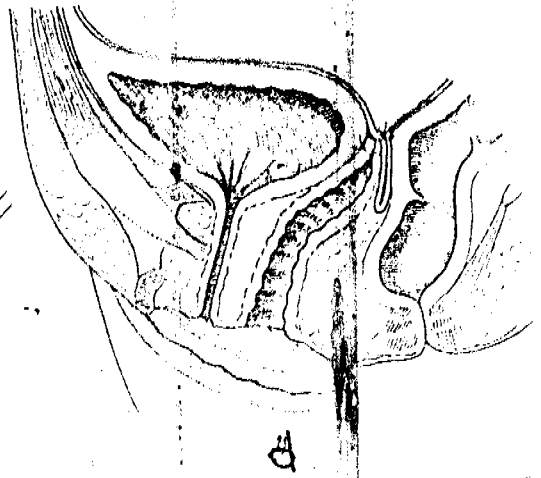
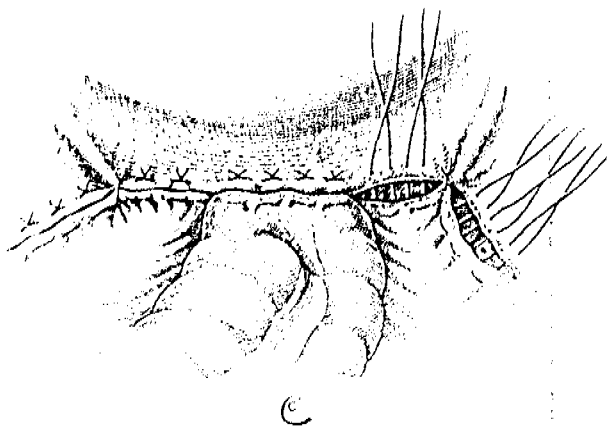
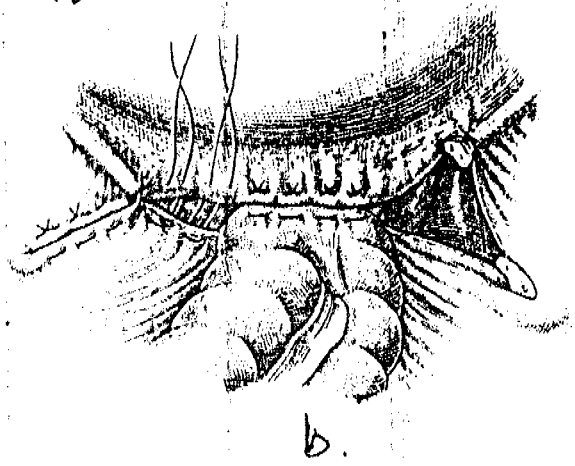
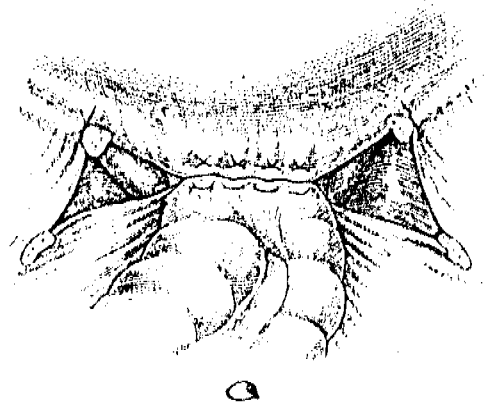
A décoller les ligaments utéro-sacrés par 2 ou 3 points en U.  
(Attention aux utères, les fils sont passés avant l'hystérectomie et gardés en attente.)

Fig: 44



les ligaments utéro-sacrés sont adossés l'un à l'autre et solidarisés au dôme vaginal, qui, par ailleurs est suspendue aux ligaments ronds.

Péritonisation à la Charrier-Cossiet-Hugnier  
Figures 45.



Elle permet l'effacement du cul-de-sac de Douglas  
et ainsi de prévenir l'ectopécèle.

- Les fixations utérines sont source de présentations vicieuses et en particulier de présentation de l'épaule irréductible.
- Lors de l'accouchement, le défaut d'engagement, la dystonie cervico-corporéale, l'anomalie de position du col ont été observées après les ligamentopexies, mais moins qu'après isthmopexies antérieures.
- Les pexies d<sup>5</sup>icales sont susceptibles de s'accommoder de grossesse normale et même d'accouchements par voie naturelle.
- Egalement, la classique ventrofixation de l'utérus favorise la survenue d'une élytrocèle, par béance du Douglas.

### (3) Action sur l'Atrophie Tissulaire

Le Traitement de l'atrophie musculaire et à plus forte raison sa prévention se fait par traitement médical.

- Le traitement hormonal, local et général de la ménopause,
- Le traitement des carences nutritionnelles absolues ou relatives,
- L'activité musculaire en particulier la rééducation des muscles périnéaux dont le post-partum, en sont les principaux éléments.

Dans le cas spécifique de notre étude, au Mali, un phénomène social est là, qui joue un grand rôle dans la survenue des prolapsus chez des jeunes femmes.

- C'est la précocité de la vie génitale (mariage précoce, 14 ans ou moins) ;

- Le rapprochement des accouchements (deux ans, sinon moins) ;
- La grande multiparité et le levé précoce de nos patientes.

D'où l'accent doit être mis sur ces points au cours des campagnes de sensibilisation et d'éducation pour la santé de nos population.

Souhait: *Puisse cette étude continuer pour savoir les résultats thérapeutiques de ces femmes opérées à longue échéance, puisqu'elles sont dans la majorité des cas appelés à avoir des grossesses et à vieillir.*

CHAPITRE VI :

## BIBLIOGRAPHIE



(/ / )  
(/ / ) BIBLIOGRAPHIE

- 1- Aboulker P. : traitement de l'incontinence d'urine à l'effort chez la femme par la suspension aponévrotique du col vésical selon la technique de Goebell - Stoeckel. An. Vrol., 1971, 5 105 - 115.
- 2- Ameline A et Hugnier J : la suspension Postérieure au disque Lombo-sacré. Rér., Gynécol, Obstét., 1957, 56? 94 - 98.
- 3- Anglade J.P., Renner J.P., Rouquet Y et Marhic C. : Traitement chirurgical des prolapsus génitaux, techniques simples et fiables., Méd et Armées, Mars 1980, 8, N° 3, 175 - 183.
- 4- Bandet J.; le prolapsus génital, in Révision accélérée en gynécologie, Maloine S.A., 1983, 263 P.
- 5- Barrat J., Pigné A., Marpeau L.; le prolapsus génital et son traitement. Masson, Paris 1988, 128 P.
- 6- Bartholimp., Bremonda, et Coll.  
Cahier méd., 3 Octo 1977, 3, N° 5, 195 - 201.
- 7- Beecham C.T. : Classification of Vaginal Relaxation.  
Amen J., Obstet. gynec, 1er Avril 1980, 136, N° 7, ~~957~~ - 958.
- 8- Berglas B., Rubin I.C. : study of the sportive structure of the uterus by Levator myographie, surg., gynecol, obstet, 1953, 97, 677 - 692.
- 9- Bethoux A, Bory S. : les mécanismes statiques viscéraux pelviens chez la femme à la lumière de l'exploration fonctionnelle du dispositif en Position debout. Ann. chir., 1962, 16, 887 - 916.
- 10- Bethoux A, Scalpi P., Blondar J. : Physio pathologie et Anatomie Pathologique des Prolapsus Vaginaux. Rev. Prat. (Paris) 1971, 21, 1863 - 1884.
- 11- Blanc B., Boubli L.; le prolapsus génital.  
Edition Pradel 1989, 471 P.
- 12- Blondar J. et Bouret F. : Notre tactique opératoire dans la cure des prolapsus génitaux par voie haute.  
J. Gyn. obstet, Biol., Reprod, Mars 1977, 6, N° 2, 255 - 260.

- 13- Bohler J.L., Jacquetin B., Jouffroy C., Renaud R. : Intérêt de l'exploration Urodynamique dans le bilan d'un prolapsus. *Jr Gynécol. obstét. Biol. Reprod (Paris)*, 1980, N° 2, 211 - 218.
- 14- Bremard A. : Prolapsus Génital et Incontinence Urinaire : indications thérapeutiques, *Reflexions Actuelles*.  
*Rev. Fr. gynécol. obstét.*, 1988, 83, 6, 385 - 395.
- 15- Bret A.J. et Bardiaux M. : les vices de Position utérine, *XXIIè Assise Française de Gynécologie*, Masson édit.  
Paris 1964, PP 361 - 448.
- 16- Brocq P., Houdourd cl et wetterivald F. : les Elytrocèles, *Gynéco-obstét.*, 1951, 50, 355.
- 17- Cerbonnet G. : Examen clinique d'une femme atteinte de Prolapsus génital. *Rev. Prat. (Paris)* 1971, 21, 1887 - 1896.
- 18- Chabert L.M. : Indications et Résultats de l'intervention de Halban dans les Prolapsus Génitaux.  
*Thèse Méd. Lyon*, 1967, N° 121.
- 19- Chambrand. R. : Prévention Obstétricale du Prolapsus Génital, In : *Actualités Gynécologiques de l'hôpital Broca*, 1956, Paris, *Expans. Scient. Franç.*, 1956, PP 116 - 123.
- 20- Chopin D., Balladin A., Koury G., Abbou C., Auvert J. : Cure d'Incontinence Urinaire d'effort selon la technique de RAZ Pereyra, *Premiers Résultats*.  
*Rev. Fr. Gynécol. Obstét.*, 1987, 82, 4, 229 - 237.
- 21- Colan J.C. : Conduite à Tenir devant un Prolapsus Génital, *Rev. Prat.*, 5 Oct. 1979, 5, n° 44, 3387 - 3389.
- 22- Courtois J., Fradin J. : Prophylaxie et traitement Médical des prolapsus génitaux, In : *le traitement des Prolapsus Génitaux*, Assises Françaises de Gynécologie, Paris, 1954 *Expansion scient. Fr.*, 1954.
- 23- Dajoux E. : Apport du Colpocystogramme dans le Bilan Préopératoire et le Contrôle Post-opératoire des prolapsus vaginaux. *Thèse Méd. Marseille*, 1968, N° 7, 105 PP.
- 24- Davidor G.N., Khramor P.M., Sheiko V.Z. :  
*Atlas of Gynécologie Opérations*, 1973, édit. *Mir* Moscou.

- 25- Dan Plat J. : Intérêt de la Rééducation du Périnée dans le traitement des prolapsus génitaux.  
*Cah. Kinesither.* Juillet 1980, 85, N° 4, 25 - 32.
- 26- Delarue T., Foissey A., Mahéo A. : Age, status Gynécologiques et Incontinence Urinaire d'Effort. *Rév. Fr. Gynécol. Obstét.*, 1989, 84, 1, 5 -9.
- 27- Delecour M. et Coll : la chirurgie du prolapsus chez la femme ne désirant plus de grossesse. La triple opération Périnéo-vaginale Type Manchester Musset. *Traitement des lésions Associées, Analyse de nos Résultats Gynécologie* 1980, 31, N° 4, 413 - 414.
- 28- Dembélé R. : les prolapsus génitaux du 3è degré chez la femme jeune en milieu Africain, à Bamako (A propos de 22 observations) Thèse Méd. Bamako, N° 18, 1982.
- 29- Donald A. : Opération in Cases of complete Prolapse., *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 19 Août 1977, 128 N° 8, 909 - 910.
- 30- Douay E. : Examen Clinique d'un prolapsus génital et Explorations Complémentaires, In : *le traitement des Prolapsus Génitaux, Assises Françaises de Gynécologie, Paris 1954. Expansion Scientifique Française, 1954.*
- 31- Engel W.K., Burke R.E. et Coll. : In *New Developments in Electromyography and clinical Neurophysiology.* Edited by Desmedt J.E. Karger, Basel, 1973.
- 32- Filhouland H. : la colpoperinéorrhaphie Postérieure et ses variations, In : *le traitement des Prolapsus Génitaux, Assises Françaises de Gynécologie, Paris, 1954, 70 - 89. Paris Expansion Scientifique Française, 1954.*
- 33- Folman M. : Bases Anatomiques, Etio-pathologiques, Clinique et indications thérapeutiques, des Prolapsus Génitaux. Thèse Méd., Paris, 1961.
- 34- Gadonneix P. Dauplat J., Rodier J.F., Issest B., Giraud B. : Complications de l'Hystérectomie Abdominale pour lésions Gynécologique Benignes. *Rev. Fr. Gynécol. obstét.*, 1987, 82, 10, 555 - 560.
- 35- Gagnaire J.C. : Bases Anatomiques de Compréhension des troubles de la Statique Pelvienne. *Cah. Méd. Lyon*, 7 Mars. 51, No-9, 389-394.
- 36- Galaup J.C. et Gautray J.P. : Prolapsus utérin, Diagnostic et Indication, *Concours Méd.* 23 Janvier 1982, 104, No.4, 375 - 382.
- 37- Goff B.H. : *The Surgical Anatomy of Cystocele and Urethrocele With spécial Reference to the Pubo-Cervical Fascia.* *Surg. Gynecol. Osbtet.*, 1948, 87, 225 - 234.

- 38- Grillner S., Nilson, Thorstenson A. : *Intra Abdominal Pressure Changes during Movements in Man. Acta Physiol. Scand.*, 1978, 103, 275 - 283.
- 39- Hervet E. : *L'accouchement après cure de Prolapsus. Rev, Prat. (Paris)*, 1971, 21, 1929 - 1937.
- 40- Hervet E. : *Suites éloignées des amputations de Col pour allongement Hypertrophique. Bull. Féd. Soc. Gynécol. Obstét. Franc.*, 1956, f, 169 - 178.
- 41- Hervet E. : *Conséquences obstétricales des différentes interventions pour prolapsus génitaux, Assises Françaises de Gynécologie, Paris, 1954. PP 290 - 312. Paris, Expansion Scient. Fr. , 1954.*
- 42- Huguiet J., Scoli P. : *la Suspension postérieure de l'axe genital au disque Lombo - sacré dans le traitement de certains Prolapsus. Presse Méd.*, 1958, 66, 781 - 784.
- 43- Iosif G.S., Ingermarson I. : *Prévalence of stress Incontinence Among Women Delivered by élective Cesarian Section. Int. Gynecol. Obstet.*, 1982, 20, 87 - 89.
- 44- Jarey H. : *An straperitmeal operation for Vaginal Vault - Suspension to the anterior abdominal Wall. Brit. J. Obstet. Gynec.*, Mars 1979, 86, No. 3, 243- 246;
- 45- Kamina P. : *etude anatomique des éléments des soutènements et de suspension des Viscères Pelviens chez la femme. In : Prolapsus génitaux : A.F.C. Paris 1986, 7 - 30.*
- 46- Kamina P., Chansigaud J.P : *Soutènement et suspension des viscères pelviens chez la femme (anatomie fonctionnelle et chirurgicale) J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod.*, 1988, 17, 835 - 848.
- 47- Kuln A., Muller G., l'Huillier B., Berger J.P., Gandar R. : *indication et résultats de la technique intravaginale d'Hystérectomie abdominale. Rev. Fr. Gynécol. Obstét.*, 1969, 64, 325 - 334.
- 48- Laffargue F., Gamarre M., et Serment G. : *traitement des prolapsus par la "triple intervention périnéale" Rev. Franc. Gynéc., Nov. 1976, 71, No. 11, 611 - 615.*
- 49- Lauguepin A. : *spondylodiscrite après suspension postérieure pour cure de prolapsus génital., entrétiens de Bichat, chir, 1964, P - 183.*
- 50- Le Cannelier R. Bourgouin P. et Bourgouin J.J. : *grossesse après hystéropexie types Doleris. Bull. Soc. Méd. Afr. Noire*, 1963, 8, No. 2, 198 - 199.
- 51- Lemoine J.P. : *Prolapsus génitaux, place de la chirurgie dans le traitement actuel, concours Méd.*, 1974, 4157 - 4165.

- 52- Le Jeannic P. : Pladoyer en faveur de la Cure par voie basse des prolapsus génitaux, Méd. Armées, Mai 1980, 2, No. 5, 367 - 368.
- 53- Lombard G.A. : Conséquences Obstétricales des amputations du col., These Méd., Paris, 1970.
- 54- MAIGA M.A., SY A.S. : Enquête épidémiologique des affections gynécologiques au Gourma Malien. Med. Af Noire, Mars 1989. Tome XXXVI, 3, 224.
- 55- Mambrini A., Farisse J., Houze J.P., Le Breuil G. : Dissection du Fascia d'Halban., C.R. An, anat., 1972, 154, 1064 - 1071.
- 56- Martin M. A. : Contribution à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique des prolapsus associés ou non à l'incontinence d'effort. Thèse Méd., Paris 1972.
- 57- Mayer J. : Douleurs Lombo - pelviennes et prolapsus. Rev. Prat. (Paris), 1971, 21, 1929 - 1937;
- 58- Mengendie J., Boursier D., Sentenac M. : L'amputation du col et ses associations, la triple opération périnéale. In : le traitement des prolapsus génitaux, assises Françaises de Gynécologie, Paris, 1954, 107 - 132, Paris, Expansion scientifique Française, 1954.
- 59- Meunier P. : Place de l'Hystérectomie Vaginale dans le traitement des prolapsus génitaux, thèse No. 214, Lyon 1975. Lyon Méd., 14 Décembre 1975, 234, No. 19, 697.
- 60- Moulinier, Mallet M. : a propos de l'amputation du col utérin. Thèse Médi., Marseille, 1972.
- 61- Musset R. : prolapsus de la femme jeune et Nouvelles maternités., Rev. Prat. (Paris) 1971, 21, 1923 - 1926.
- 62- Musset R., Poitout P., les prolapsus génitaux : Enc. Méd. Chir. ; Gyn 3. , 290 A<sup>10</sup> Paris 1970 - PP 1 - 15.
- 63- Nitse M. et Coll : l'intervention de Manchester, Notre Expérience à Propos de Cent Cas. Gynécologie, 1980, 31, N° 4, 414 - 416.
- 64- O Gumbode O., Aimakhu V.E. : Prolapsus Utérin en cours de Grossesse en Ibadan (Nigeria). Amer J. Obstet. Gynec., 19 Juillet 1973, 116, N° 5, 622 - 625.
- 65- Orsoni P. : La suspension aux ligaments de Cooper du col uterin ou du dôme vaginal dans la cure des prolapsus génitaux. Jr de chir., 1965, 90, N° 5, 407 - 414.

- 66- Palmer R. : la colporraphie Antérieure et ses compléments ; In : le traitement des prolapsus, Assises Fr. de gynéc., Paris, 1954.  
Expansion scientifique française, 1954.
- 67- Pigné A., et Coll : Traitement des prolapsus uro-génitaux avec Incontinence urinaire d'effort par l'intervention de Bologna. A propos de 90 cas J. Gynécol. Obstét., Biol- Reprod., 1988, 17, 379 - 386.
- 68- Powell L.C. : Retropubic Urethrocystopexy : Vaginal Approach. Amer. Jr. Obstét. Gynéc., Mai 1981, 140, N° 1, 91 - 96.
- 69- Puech F. et Coll. : la chirurgie du Prolapsus chez la femme désirant une grossesse : Avenir obstétricale et choix du traitement. Gynécologie, 1980, 31, N° 4, 410 - 411.
- 70- Richards D.H. : Effets of Hysterectomy.  
Lancet, 1974, 2, 1450.
- 71- Richter K., Dargent D. : la spino-fixation (vaginae fixatio sacrospinallis) dans le traitement des prolapsus du dôme vaginal après Hystérectomie.  
Jr. gynécol. obstét. Biol. Reprod., 1986, 15, 1081 - 1088.
- 72- Robert H.G. : Nouveau traité de Technique chirurgicale, Tome XIV : Gynécologie, Paris, Masson, 1978, 3è édit;, 852 P.
- 73- Robert H., Boury Heyler C. : Prolapsus après Hystérectomie. A propos de 26 Observations Personnelles.  
Ann. Chir., 1964, 18, 1072 - 1079.
- 74- Robert H., Palmer R., et Coll. Les Prolapsus génitaux, In Précis de gynéc., 2è édit. Masson 1979, 479 - 507.
- 75- Rohembourg J.O.L., Ghoneim M.A., Freting et Susset J.G. : Etude de l'efficacité de la stimulation Electrique du Plancher Pelvien.  
Biol. Gastro. Entérol., Jan - Fév. 1975, N° 1, 63 - 78.
- 76- Rudigoz R.C. : Dix Questions, dix Reponses concernant les Prolapsus.  
Cah. Méd., 6 Juin 1980, 5, N° 28, 1683 - 1688.
- 77- Salat Baroux J. : Comment je traite un Prolapsus Génital. Gaj. Méd. Fr., 13 Oct. 1978, 85, N° 31, 3623 - 3629.
- 78- Scholl h; et Haas P. : Observation de la Pathogénèse des complications des voies urinaires dans le prolapsus génital féminin., Z bl. Gynäk, 1975, 97, N° 20, 1233-1238.

- 79- Seigworth G.R. : Vaginal vault Prolapse with Eversion.  
Obstét and Gynéc., Août 1979, 54, N° 2, 255 - 260.
- 80- Serment G. et Gannerre M. : Bilan Préopératoire des Prolapsus Génitaux. Médit.  
Méd ; Mars 1980 (2), 8, N° 215, 11 - 22.
- 81- Soutoul J.H., Anthonioz PH., Bertrand J. : les Modifications de structure des  
Ligaments utéro - sacrés après la Naissance et dans l'Enfance. A la Recherche d'une  
signification Fonctionnelle de ces Formations.  
Jr. gynécol. obstét; Reprod, 1972. 1, 279 - 308.
- 82- Thoyer, Rozat J. : Un Procédé simple d'exclusion du Cul-de-sac de Douglas, Presse  
Méd; 1960, 68, 1930.
- 83- Todd J.W. : Mesh suspension for vaginal Prolapse. Int Gurg., Février 1978, 63,  
N° 2, 91 - 93.
- 84- Toranto E. : traitement Intégral des fascias dans la Cure Chirurgicale des Pro-  
lapsus génitaux.  
Rév. Fr; Gynécol;, 1954, 49, 196 - 210.
- 85- Tournier, Lasserne Ch, Tol y., Teng K.K. et Brouillard A. : Prolapsus Génitaux :  
Réflexions à propos de 116 observations.  
Méd. Trop., Mai - Juin 1975, 35, N° 3, 219 - 22.
- 86- Vayre P. : Orientation Générale des Indications thérapeutiques pour prolapsus  
génitaux.  
Rév. Prat. (Paris) 1971, 21, 1909 - 1920.

CHAPITRE VII :

**ANNEXES**



DOSSIER NO.

HOPITAL GABRIEL TOURE  
Bamako, Mali

Nom :	Nom du Mari :
Prénom :	Prénom :
Ethnie :	Profession :
Age :	Domicile :
Etat Civil :	Interne : Timothée Dao
Activité Socio-Culturel :	Opérateur :
Date :	

Antécédents Familiaux

Notion d'hernie :	Tuberculose :
Notion de Prolapsus Génital à Répétition :	Autres :

Antécédents Médicaux

Diarrhée :	Autres :
Constipation :	Toux :

Antécédents Chirurgicaux

Césarienne :	Hystéropexie Ant. :
Myomectomie :	Colpopexie Ant. :
Hystérectomie :	Autres :

Antécédents Obstétricaux

Nbre de Grossesse :	Nbre d'Enfts décédés :
Parité :	Nbre d'Avortements :
Nbre d'Enfts vivants :	Age 1ere Grossesse :
Déroulement des Accouchements :	Date dernière Gross. :

Durée :  
Facile :  
Difficile :  
Lieu :  
Episiotomie :  
Forceps :  
Autres Manoeuvres obstétricales :

Déroulement des Grossesses Anciennes :  
Notion de Gros foetus :  
Notion de Traumatisme périnéal :  
Notion de Traumatisme Vésico-vaginal :  
Notion de Désir d'Enfants :

HOPITAL GABRIEL TOURE  
Bamako, Mali

ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES

Règles :  
Dates dernières Règle :  
Durée :  
Abondance :  
Date 1ere règles :  
Signes Urinaires :  
    Dysurie :  
    Pollakiurie :  
    Infection à Répét :  
    Impériosité Mict.:  
    Fuite Urin. Eff. :  
    Incontinence Abs.:

Leurorrhée :  
Dyspareunie:  
Métrorragie:  
Prurit :  
Vaginisme :  
Douleurs Pelv.:  
Signes rectaux :  
    Tenesmes :  
    Constipat.:

HISTOIRE DE LA MALADIE

EXAMEN CLINIQUE

Gynécologique :

Inspection : Vulve :  
                  Périnée:

Spéculum : Manoeuvre de la Volve ant.:  
                  - " -                   - " -                   Post:

TV : Signe Après Réduction du Prolapsus:

Col Utérin   Position :  
                  Aspect    :

Vessie : Position  
Urètre : Aspect

Utérus            Position :  
                  Volume    :  
                  Mobilité :

Annexe et Paramètres :  
Qualité des Ligaments Utéro-sacrés :  
(Par Mobilisation du col)  
Etat des Réleveurs :

Faisceaux Sphinctériennes (Epreuve de ~~Re~~<sup>Retour</sup>):  
Faisceaux Elevateurs (Adduction Contrariée des Cuisses):  
Manoeuvres de Bonney :

TR : Tonicité du Sphincter Anal :

TV et TR :



## LEXIQUE DES ABREVIATIONS UTILISEES

IUE	Incontinence Urinaire d'Effort
IV	Incontinence Urinaire
PG	Prolapsus Génital
TV	Toucher Vaginal
TR	Toucher Rectal
UIV	Urographie Intraveineuse
Bilan Préop	Bilan Préopératoire
AG	Anesthésie Générale
FV	Frottis Vaginal
ECBU	Examen Cytobactériologique
Selles POK	Selles Parasites Oeufs et Kyslès
RAS	Rien à Signaler = Normal
NFCP	Noyau Fibreux Central du Périnée
ATCD	Antécédents
<	Inférieur ou Egal
>	Supérieur ou Egal
Fig	Figure
Ant	Antérieur
Post	Postérieur
Repêt	Répétition
Enfts	Enfants
Mict	Miction
Gross	Grossesse
Fuite Urin-Eff	Fuite Urinaire d'Effort
Abs	Absolu
Pelv	Pelvien
Constip	Constipation

## SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maitres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'Effigie d'Hypocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans 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 moeurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes Maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai recue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

NOM : DAO

PRENOMS : Timothée

TITRE DE LA THESE :

*CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PROLAPSUS GENITAUX (Bases Anatomiques, Etiopathologiques, Cliniques et Indications Thérapeutiques) A L'HOPITAL GABRIEL TOURE ( A propos de 63 Cas).*

ANNEE : 1989 - 1990

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.

SECTEUR D'INTERET :

Chirurgie Gynécologique.

RESUME :

*Dans cette étude, nous nous sommes étendus sur les aspects anatomiques, physiopathologiques, cliniques et thérapeutiques des prolapsus génitaux. Notre expérience, dans les différents aspects chirurgicaux du prolapsus génital.*

(6) MOTS-CLES :

*Colpocèle Antérieure, Colpocèle Postérieure, Hystérocèle, Elytrocèle, Colporraphie Antérieure, Colpopérinéomyorraphie Postérieure.*