

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET  
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



**FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



Année Universitaire 2020 – 2021

N°...../

## THEME

**PROLAPSUS GENITAL A L'HOPITAL  
DU MALI ; ASPECTS  
EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET  
THERAPEUTIQUES**

## THESE

Présentée et soutenue publiquement le 24/11/2021  
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**Par M. Alpha GAKOU**

**Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine**

**(DIPLÔME D'ETAT)**

## JURY

**PRESIDENT : Professeur Adegné TOGO**

**MEMBRES : Professeur Mamadou Lamine DIAKITE**

**Docteur Amadou BOCOUM**

**CO-DIRECTEUR : Docteur Alassane TRAORE**

**DIRECTEUR : Professeur Youssouf TRAORE**

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACE**

Je dédie cette thèse

.A ma mère Yayi BOUNDY

Mère irréprochable et infatigable, ta sagesse, ta tendresse, ta docilité, et ta volonté de me voir d'aller en avant font que ce jour est le tien. Connue par ton grand amour pour le travail, que tu as su inculquer à moi m'a aidé beaucoup dans la réalisation de ce présent édifice. Je garderai toujours à l'esprit que je dois cette réussite à tes immenses qualités de mère.

Qu'ALLAH le tout puissant t'accorde encore une longue vie à nos côtés pour goûter le fruit de ce travail.

- A la mémoire de mon père feu Bah GAKOU, cher regretté, j'aurai aimé te voir à mes côtés en cette journée solennelle, qui voit s'accomplir les couronnements de mes dures années de sacrifices. Mais hélas, trop tôt, le destin inévitable de la mort t'a arraché à l'affection de tous.

Puisse la volonté de DIEU, le tout puissant guide mes pas dans toutes mes entreprises.

Reposes-toi en paix cher père. Amine.

## **REMERCIEMENTS**

•A ALLAH (loué soit-il)

Le Tout Miséricordieux, Le Très Miséricordieux, seigneur de l'univers. Louange à DIEU de m'avoir donné cette chance d'être là pour présenter ce travail.

• A ma tante ta sagesse, ta simplicité, ton courage et ta volonté de me voir d'aller en avant font que ce jour est le tien. Connu par ton grand amour pour le travail. Je garderai toujours à l'esprit que je dois cette réussite à tes immenses qualités de tante.

Qu'ALLAH le tout puissant t'accorde encore une longue vie à nos côtés pour goûter le fruit de ce travail.

• A mon oncle : Drissa BOUNDY.

Pour tout le soutien que vous m'avez fait apporter tout au long de mes études. Trouvez ici l'expression de mes profondes et sincères reconnaissances.

•A mes sœurs : Koumba GAKOU, Oumou GAKOU, Djeneba GAKOU, Djenebou DIAWARA pour vos sages conseils et tout le soutien que vous m'avez apporté tout au long de mes études. Qu'ALLAH vous accorde longue vie. Sincères reconnaissances.

• A mes frères : Bourehima GAKOU, Modibo GAKOU, Alou GAKOU, Aboubacar TRAORE que l'esprit d'unité qui règne entre nous se maintienne pour toujours. En gage de ma profonde affection et que se resserrent davantage nos liens fraternels car l'union fait la force. Qu'ALLAH le Tout Puissant nous donne longue vie en prospérité, santé, et nous accorde son paradis.

• A tous les joueurs et sympathisants de l'AS DAKAN de Kalaban-Coro : un esprit sain dans un corps sain. Merci pour votre soutien.

•A toutes mes belles sœurs. Je ne citerai de nom au risque d'en oublier ; merci pour vos soutiens.

•A Tidiane GAKOU et son épouse Adjaratou Touré trouvent ici toute ma reconnaissance et mes sincères remerciements.

*Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques*

- A mes cousins et cousines, à tous mes neveux et nièces : je ne citerai de nom au risque d'en oublier. Vous m'avez apporté un grand soutien durant ces longues années. Ce travail est le fruit de votre solidarité.

- A mes amis : Bagnini TRAORE, Dramane COULIBALY, Cheick O DIARRA, Labassou KONANDJI, Drissa TRAORE, Mahamadou M SYLLA : Que le marché de l'emploi nous offre ce qui y a de meilleur. Merci pour ces bons moments et ces longs parcours héroïques tantôt durs que nous avons vécu ensemble.

Longue vie pour notre relation. Vive l'amitié ! Amine.

- Au Dr Togo Abdrahamane : Votre grande de praticien faite de vous un modèle dans le domaine de gynécologie obstétrique.

- Au Dr COUBALY MB : vous avez été d'un grand apport dans ma formation ainsi que dans la réalisation de ce travail. J'ai vite apprécié vos qualités scientifiques pour la formation et la recherche, votre responsabilité et votre endurance. Merci infiniment et je vous serai toujours reconnaissant.

- AUX aînés : Dr Ongoiba Issa, Dr TRAORE Sidy, Dr SANGARE Adama  
A tout le personnel du service de gynécologie de l'hôpital du Mali : Nous avons appris à vos côtés ; sincères remerciements pour votre grande collaboration.

- A tous mes maîtres et aux médecins DES du service de gynécologie de l'HDM. Vous avez été d'un grand apport dans la réalisation de ce travail.

Merci infiniment et je vous en serai toujours reconnaissant.

- A tous les professeurs de la FMPOS.

- A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce présent ouvrage. Je profite de cette occasion solennelle pour vous adresser mes remerciements.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur Adégné TOGO**

- **Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS**
- **Chef de service de chirurgie générale au CHU Gabriel TOURE**
- **Chef adjoint du département du chirurgie et spécialité chirurgicale à la FMOS**
- **Spécialiste en oncologie digestive**
- **Membre de West African College of Surgeon**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

**Cher Maître,**

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous pour effectuer ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre ponctualité, font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique forge le respect et l'admiration de tous.

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY,  
Professeur Mamadou Lamine DIAKITE**

- **Professeur titulaire en urologie à la FMOS**
- **Chef de service d'urologie du CHU du Point G**
- **Membre fondateur de l'Association Malienne d'Urologie (AMU-MALI)**
- **Président de l'Association Malienne d'Urologie (AMU-MALI)**

**Cher maître,**

Nous avons eu le plaisir de vous connaître et ainsi nous avons pu apprécier l'homme que vous êtes. Rigoureux, simple, aimable et travailleur. Vos qualités intellectuelles, vos capacités pédagogiques, et votre don d'écoute font de vous un exemple. Veuillez trouver ici cher Maître l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond attachement.



**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY,**

**Docteur Amadou BOCOUM**

- **Maitre-assistant en gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au service de Gynécologie obstétrique du CHUGT,**
- **Titulaire d'un diplôme inter Universitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France,**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire de cœlioscopie en gynécologie en France,**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie de l'université paris Descartes**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SO.MA.G.O.)**
- **Secrétaire général adjoint de la SO.MA.G.O.**

**Cher Maître,**

Nous sommes très fiers et ravis de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre courage et votre amour du travail bien fait ont forgé l'estime et l'admiration de tous.

Veillez recevoir cher Maître, nos sincères remerciements.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

**Dr Alassane TRAORE**

- **Spécialiste en gynécologie obstétrique**
- **Chef de Service de gynécologie de l'hôpital du Mali,**
- **Maitre-assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO.),**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA),**

**Cher maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre franc parlé, votre rigueur scientifique et votre grande expérience dans la pratique en Gynécologie Obstétrique font de vous un encadreur remarquable.

Vos richesses intellectuelles et humaines, votre modestie nous ont marqué tout au long de notre séjour dans votre service. Nous avons reçu de vous un enseignement strict.

Puisse le seigneur vous donne longue vie et la force nécessaire pour la réalisation de vos ambitions.

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

**Professeur Youssouf TRAORE**

- **Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine d'Odonto Stomatologie,**
- **Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH au MALI,**
- **Titulaire d'un Diplôme Universitaire de Méthodologie de Recherche Clinique Bordeaux II**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique,**
- **Vis Président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique,**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali,**
- **Enseignant-chercheur.**

**Cher maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Vous êtes notre référence en matière de rigueur scientifique.

Vous nous avez impressionnés par la pédagogie, l'humilité, le franc parler dont vous faites preuve.

Veillez, accepter cher maître notre sincère considération

Que Dieu le tout puissant, vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenant puissent bénéficier de votre expérience. Amen !

# **ABBREVIATIONS**

ATCD : Antécédent

HDM : hôpital du Mali

COLL : Collaborateur

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HPG : Hôpital du Point-G

IU : Incontinence Urinaire

IUE : Incontinence Urinaire d'Effort

UIV : Urographie Intra Veineuse

USA : Etats-Unis d'Amérique

TOP : Triple Opération Périnéale

TDM : Tomodensitométrie

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

FFI : Faisant Fonction d'interne

SAERM : Société Algérienne d'Etude et de Recherche sur la Ménopause

TVL : Longueur Vaginal Total

POPQ : Pelvic Organ Prolapse Quantification

ATLA : Arc Tendineux L'élévateur de Anus

ATFP : Arc Tendineux du Fascia Pelvien.

# **SOMMAIRE**

<b>Sommaire</b>	<b>Page</b>
<b>I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....</b>	<b>1</b>
<b>II. GENERALITES.....</b>	<b>6</b>
<b>III. METHODOLOGIE.....</b>	<b>43</b>
<b>IV. RESULTATS .....</b>	<b>47</b>
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>56</b>
<b>VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>63</b>
<b>VII. REFERENCES .....</b>	<b>65</b>
<b>VIII. ANNEXE.....</b>	<b>72</b>

# **INTRODUCTION**



## **1. INTRODUCTION**

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

C'est un problème majeur de santé publique en raison de sa fréquence, de son coût financier et de son impact important sur la qualité de vie avec de retentissement sur la fonction urinaire, sexuelle et digestive [2].

Au niveau mondial, la prévalence des prolapsus génitaux est de 30,8% ; en Grande Bretagne, le prolapsus génital est responsable de 1/5 des indications de chirurgie gynécologique, son incidence annuelle est de 20 cas pour 10.000 femmes, aux Etats unis, le risque cumulé de chirurgie pour le trouble de la statique pelvienne augmente avec l'âge pour atteindre 11,1% à 80 ans [3].

En Afrique, les prolapsus utérins font l'objet de plusieurs consultations, qui, parfois sont insuffisamment documentées, au Maroc, la prévalence de différents types de prolapsus génitaux s'est relevée à 30,8% au sein d'une population âgée de 20-59 ans où les hystéroptose et les cystocèle se sont révélés à 9,4% et 22,4%. Seuls 2% de cas de prolapsus génital atteignaient la vulve [4].

Au Mali une prévalence de 3,7 % a été retrouver par Diarra A au CHU Gabriel Touré [5].

Bien que ce soit une affection bénigne, le prolapsus génital est une pathologie handicapante surtout lorsqu'elle est associée à une incontinence urinaire.

Les traumatismes obstétricaux, les anomalies bio-statiques pelviennes, les anomalies des courbures de rachi, la chirurgie pelvienne, les constipations chroniques, le port des charges lourdes peuvent provoquer une défaillance à divers degrés des structures pelvi périnéales de maintien et de soutien. [1].

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

l'importance du prolapsus, l'âge, le souhait d'une future grossesse et le désir ou non de conserver une activité sexuelle [6].

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

Ainsi cette étude a été réalisée dans plusieurs centres au Mali : Coulibaly B à l'hôpital Somine Dolo de Mopti, Diarra A [5] au CHU Gabriel Touré Au vu des résultats de ces études et la rareté de cette étude à l'hôpital du Mali (HDM) ; nous avons décidé d'initier cette étude qui s'intitule prolapsus génital à l'HDM dont les objectifs sont les suivants.

# **OBJECTIFS**

## **2. OBJECTIFS**

### **2-1. OBJECTIF GENERAL :**

. Etudier le prolapsus génital dans le service de gynécologie du CHU de l'Hôpital du Mali.

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

. Déterminer la prévalence du prolapsus dans l'ensemble des patientes opérées dans le service de gynécologie à l'Hôpital du Mali ;

. Décrire les aspects cliniques et para cliniques du prolapsus génital ;

. Décrire la prise en charge ;

. Déterminer le pronostic.

# **GENERALITES**

## **II.GENERALITES**

### **1. Définition :**

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

### **2. Rappels anatomiques :**

On peut classiquement admettre que l'anatomie pelvi périnéale de la femme est gérée par un triple système dont l'intégrité est essentielle pour assurer un équilibre correct : [7]

- Un système de soutènement, musculaire, formé essentiellement du muscle élévateur de l'anus [8] ;
- Un système suspensif constitué de structures ligamentaires ;
- Un système cohésif composé des fascias.

Ces systèmes doivent être suffisamment souples pour permettre l'adaptation à la grossesse et à l'accouchement, être suffisamment résistants pour maintenir une statique pelvienne efficace notamment en toute circonstance d'hyperpression et enfin avoir une mémoire pour rendre possible une réversibilité aussi complète que possible [9].

#### **1. Un système de soutènement : le plancher pelvien**

Les structures de soutien des viscères pelviens comprennent le plancher pelvien proprement dit, le muscle élévateur de l'anus avec ses deux faisceaux et le muscle coccygien solidaire du ligament sacro épineux [9].

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

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

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

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

Action physiologique : élévatrice

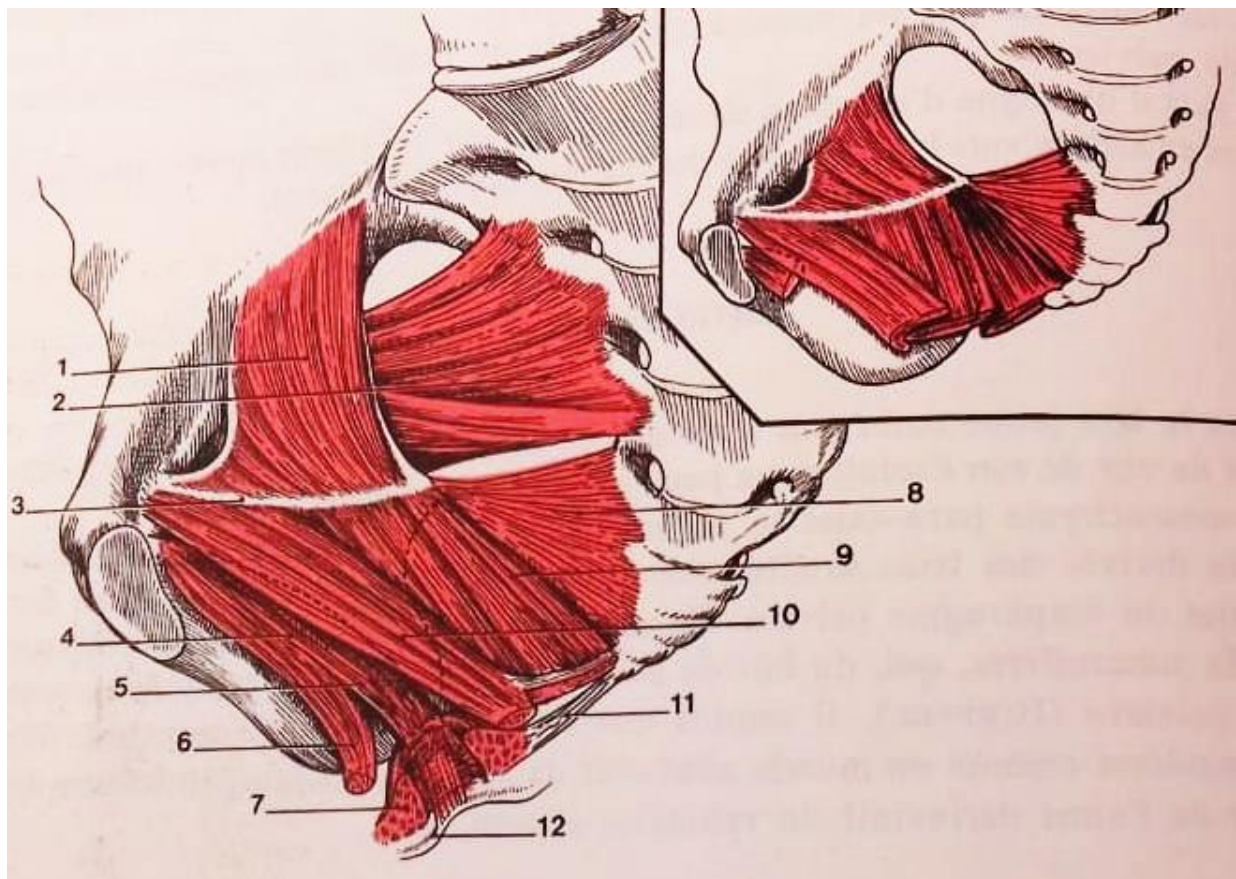
Le faisceau pubo-coccygien, puissant et épais, relève le rectum, le vagin et l'urètre en accentuant les angulations des viscères donc la continence.

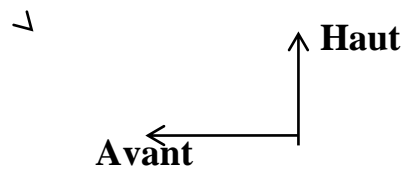
Pathologie : son affaiblissement a donc les effets inverses.

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

Action physiologique : sphinctérienne

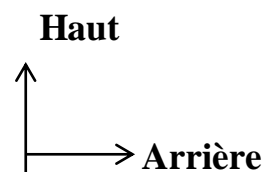
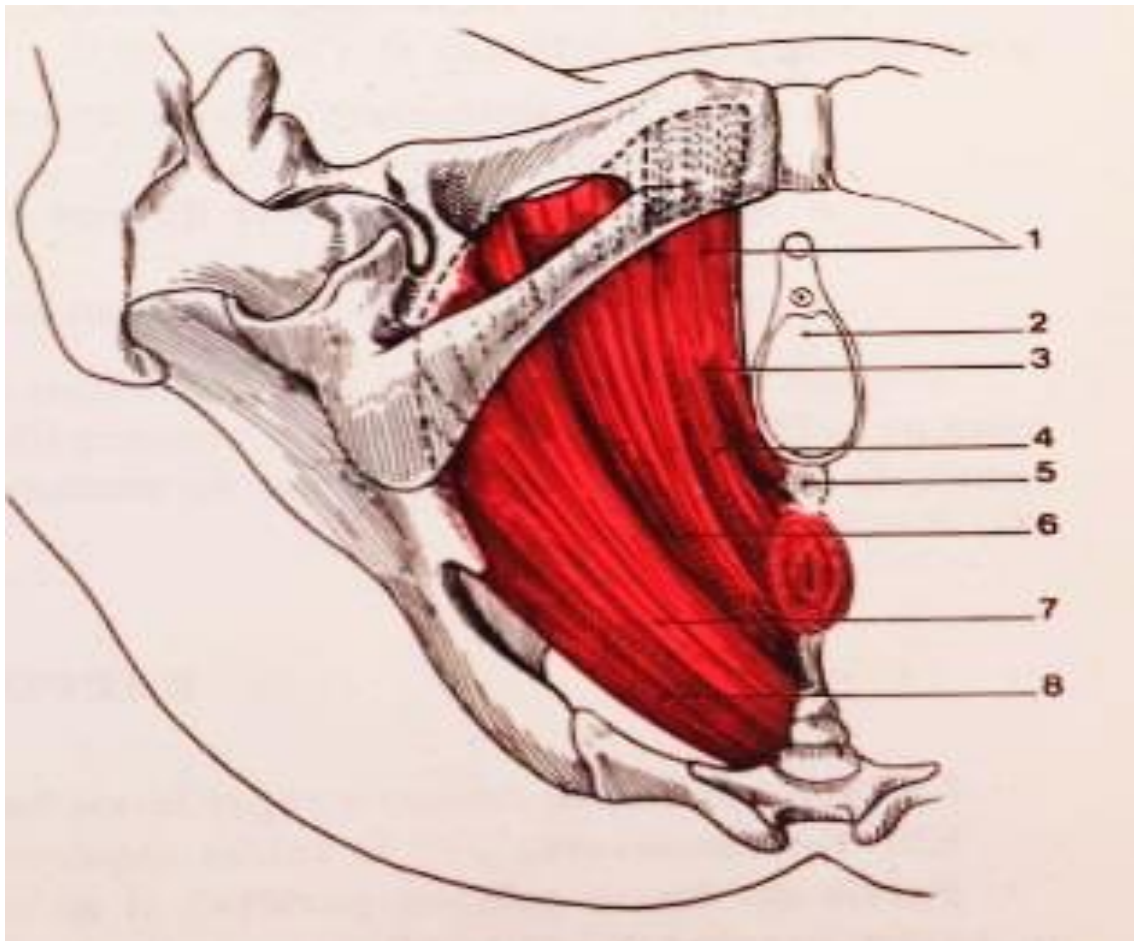
Pathologie : son affaiblissement entraîne une verticalisation du plateau lévatorien, élargit la fente uro-génitale et favorise la survenue d'un prolapsus pelvien.





**Fig.1:** muscle élévateur de l'anus (vue supéromédiale).

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



**Fig. 2 :** muscle élévateur de l'anus (vue inf.) [8].

- |                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| 1 / Partie interne | 5 / Centre tendineux |
|--------------------|----------------------|



2	/ Vagin	6 / Muscle pubo coccygien
3	/ Muscle pubo vaginal	7 / Muscle ilio coccygien
4	/ Muscle pubo rectal	8 / Muscle coccygien.

## **2. Un système de cohésion : Fascia pelvien et les arcs tendineux.**

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

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

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

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

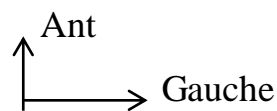
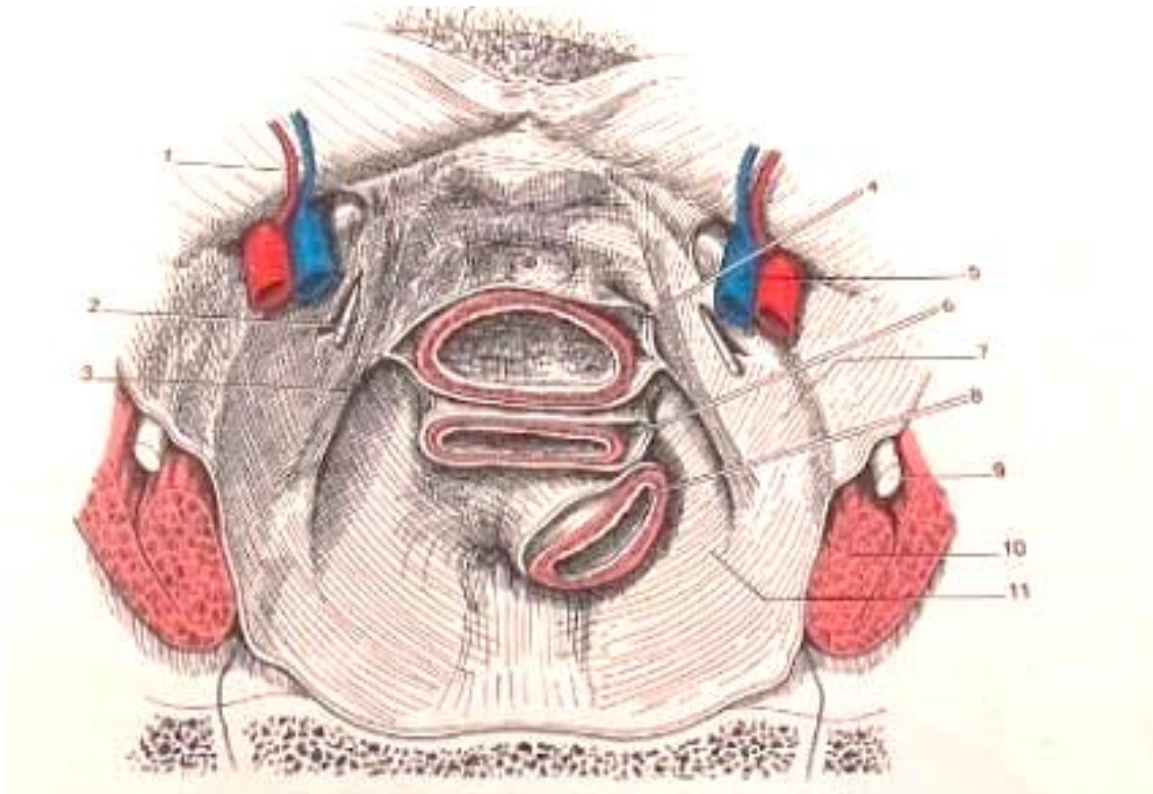
### ***Du côté pariétal :***

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

### ***Ces zones constituent :***

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

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



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

- 1/ av. épigastriques inférieures
- 2/ n. obturateur
- 3 /Arcade tendineuse du m. élévateur de l'anus
- 4/ Fascia vésical
- 5/ av. iliaques externes

6/ Fascia vaginal

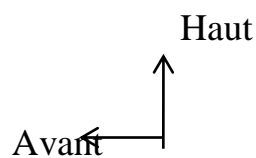
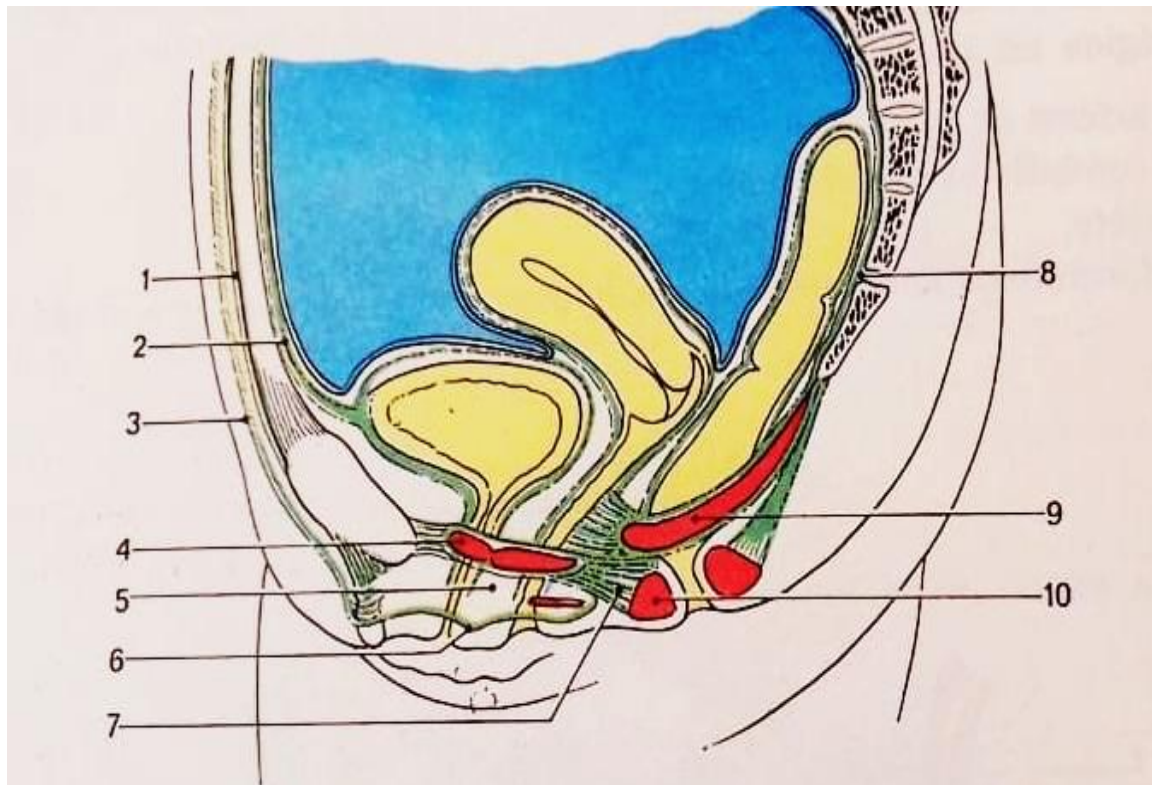
7/ Fascia iliaca

8/ Fascia rectal

9/ n. fémoral

10/ m. ilio psoas

11/ Fascia pelvien pariétal.



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

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

de l'anus

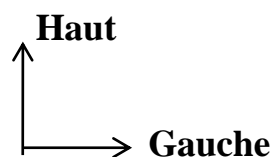
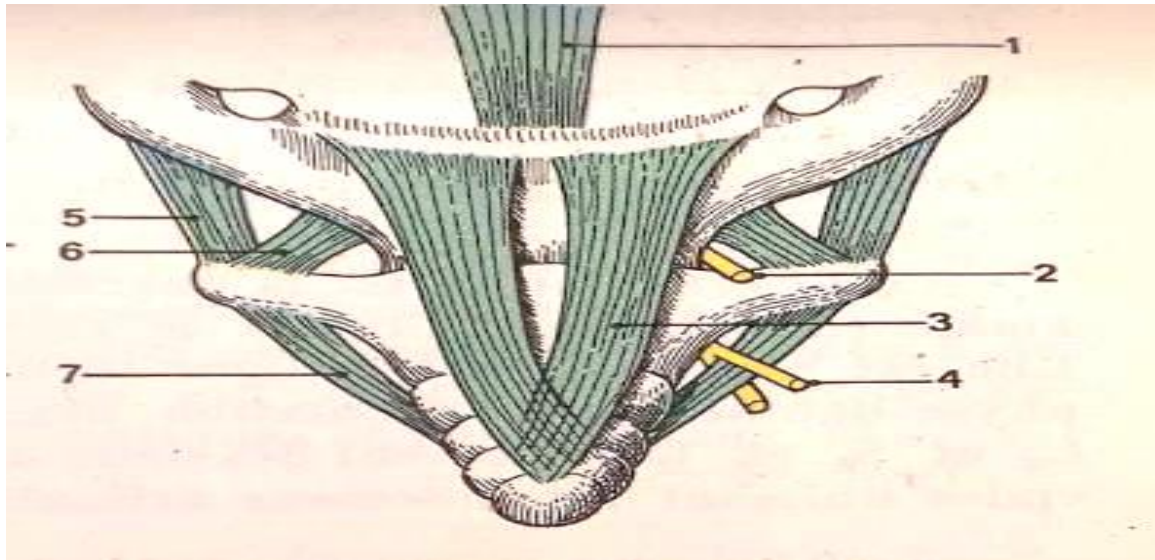
### 3. Un système de suspension : structures ligamentaires.

#### ➤ Le ligament longitudinal antérieur (ou ligament vertébral commun antérieur) :

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

#### ➤ Le ligament sacro-épineux ou petit ligament sacro-sciatique :

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



**Fig. 5** :Articulation sacrococcygienne (vue Antérieure)

1/ Ligament longitudinal antérieur

2/ 5<sup>e</sup>ème nerf sacré

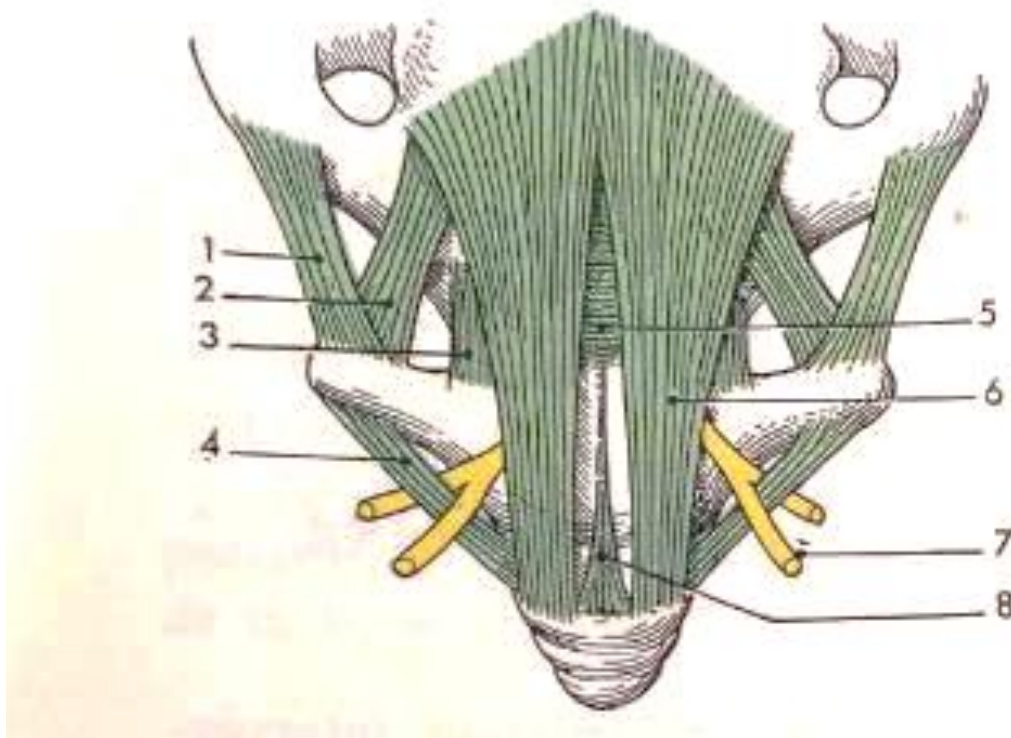
3/ Ligament sacro- coccygien ventral

4/ Nerf coccygien

5/ Ligament sacro-coccygien latéral (faisceau latéral)

6/ Ligament sacro-coccygien latéral (faisceau moyen)

7/ Ligament coccygien latéral.



**Haut**  
↑  
→ **Gauche**

**Fig. 6 :** Articulation sacro-coccygien ; vue postérieure

- 1/ Ligament sacro-coccygien latéral (faisceau latéral)
- 2/ Ligament sacro – coccygien latéral (faisceau moyen)
- 3/ Ligament sacro – coccygien latéral (faisceau médial)
- 4/ Ligament coccygien latéral
- 5/ Membranatectoria
- 6/ Ligament sacro – coccygien dorsal
- 7/ Nerf coccygien
- 8/ Ligament coccygien médian.

### **3. Epidémiologie :**

#### **3-1. Fréquence :**

La prévalence du prolapsus génital est de 30,8 %. L'incidence augmente avec l'âge : les prolapsus sont rares chez les femmes de 20 à 29 ans (6%) et fréquents chez les femmes de plus de 50 ans (55%) ; le nombre d'accouchement par voie basse et le poids des enfants (44% des femmes qui ont un prolapsus ont accouché une fois) [1].

#### **3-2. Facteurs de risque : [1]**

Le prolapsus génital résulte la défaillance à divers degrés de ces structures pelvi-périnéales de maintien et de soutien.

Les facteurs constitutionnels peuvent être congénitaux :

- Toute anomalie modifiant la courbe axiale du pelvis ;
- Hypoplasie musculaire.

Ils peuvent être acquis :

- les traumatismes obstétricaux ;
- les efforts répétés (constipation, port de charges lourdes) ;
- l'involution post ménopausiques ;
- à la chirurgie (hystérectomie, cure de prolapsus).

#### **3-3. Etiopathogénie :**

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

### **3-3-1. Facteurs congénitaux :**

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

Un paramètre tissulaire : en effet, il existe un risque familial de prolapsus et d'incontinence.

Un paramètre anatomique : l'axe du rachis, l'inclinaison du détroit supérieur, la morphologie du bassin sont en effet des facteurs qui interviennent dans la constitution du prolapsus. Il est à signaler qu'un prolapsus découlant de ces facteurs est rare chez la femme de race noire, dont le bassin est étroit, le plan du détroit supérieur très vertical et l'hyper lordose fréquente.

### **3-3-2. Facteurs traumatiques :**

Leur rôle est largement prédominant, et ils relèvent, dans l'immense majorité des cas, du traumatisme obstétrical, où interviennent le poids du premier enfant, les manœuvres obstétricales, les déchirures, les accouchements ultérieurs d'enfants de poids élevé, les efforts expulsifs importants et prolongés, l'expression utérine.

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

L'accouchement est souvent déterminant. Il provoque des élongations ligamentaires, déchirures musculaires, laminage du centre tendineux du périnée, désolidarisation des septums et des continuités faciales et ligamentaire, d'énervations des muscles pelviens [13] élongations et d'énervation des sphincters. Les remusclassions abdominales intempestives du post-partum aggravent les conséquences de ces lésions diversement associées.

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

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

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

### **3-3-4. Facteurs iatrogènes :**

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

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

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

### **3-4. Classification :**

Depuis plusieurs méthodes de classification et quantification ont été décrites et coexistent. Dans un souci de clarification, seules les plus utilisées et reconnues des différentes sociétés savantes seront détaillées ci-dessous : la classification française simple mais imprécise, la classification de Baden et Walker [10] qui est la plus souvent utilisée en pratique comme dans la littérature peu spécifique, et la stadification selon l'*International Continence Society* très, voire « trop »,



rigoureuse, mais qui fait l'objet d'un consensus international et s'est imposée progressivement comme le standard international pour la quantification du prolapsus .

### **3-4-1. Classification « française »**

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

- Stade 1 intra vaginal ;
- Stade 2 avec atteinte de la vulve ;
- Stade 3 la dépassant.

Malheureusement, cette classification, simple et reproductible, reste trop imprécise.

Actuellement, lui sont préférées deux classifications internationales : *Half-Way System* de Baden et Walker et surtout maintenant le POPQ (tableaux I et II).

### **3-4-2. Classification de Baden et Walker [10]**

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

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

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

### **3-4-3. « POPQ » (*Pelvic Organ Prolapse Quantification*) (figures 10 et 11)**

*Figure 10 : POPQ [11]*

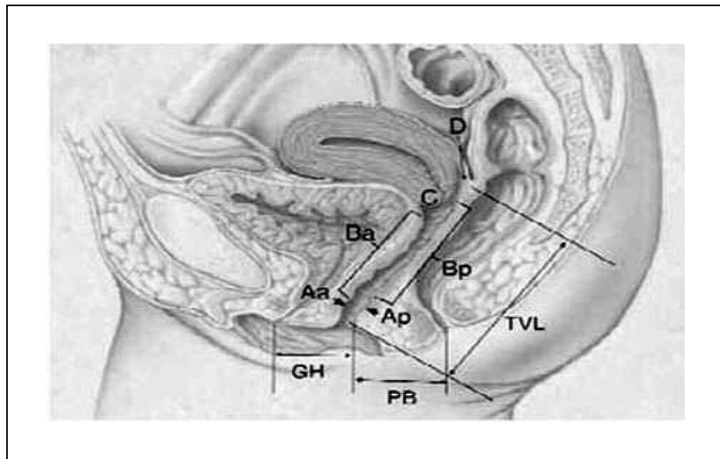
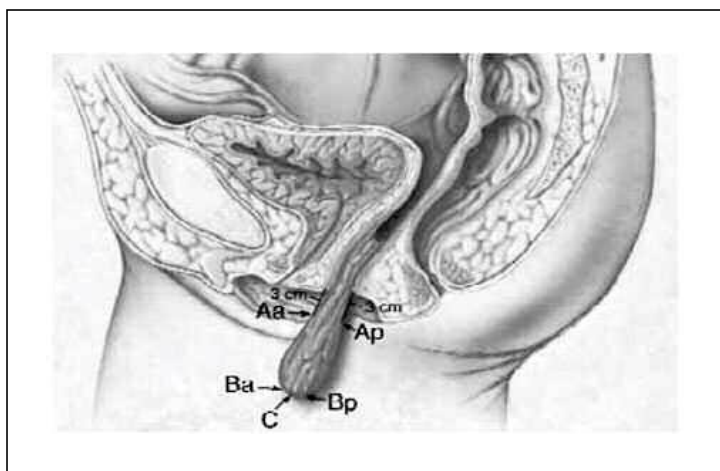


Figure 7 : POPQ dans le cas d'un prolapsus du dôme vaginal



L'examen peut être réalisé chez une patiente en décubitus dorsal en position gynécologique, debout ou en lithotomie (la position devra être notée). Il nécessite un spéculum dont les deux valves sont désolidarisées afin de refouler la paroi vaginale opposée. La descente des organes génitaux est évaluée au travers de la réalisation de mesures en centimètres de points définis (neuf au total). Les repères utilisés sont répartis sur le vagin antérieur (2), sur le dôme (2), sur le vagin postérieur (2) en plus de 3 autres mesures complémentaires. Huit mesures (Aa, Ba, C, D, Ap, Bp, gh, pb) s'effectuent lors de l'effort de poussée maximale ; seule la longueur vaginale totale (tvL) est mesurée au repos ; toutes sont décrites ci-dessous.

L'hymen est le point de référence. Les points proximaux en deçà de l'hymen (dans le vagin) ont une valeur négative, les points distaux au-delà de l'hymen auront une valeur positive ; le niveau hyménéal ayant par définition la valeur 0.

### **3-5-3.1. Paroi vaginale antérieure (a = antérieure)**

- Aa : point situé arbitrairement à la partie médiane de la paroi vaginale antérieure à 3 cm du méat urétral, il correspond à la position du col vésical. Sa position peut varier entre - 3 et + 3 cm par rapport à l'hymen ; - 3 est en fait la position normale de la paroi vaginale antérieure et + 3 correspond au degré maximal en cas de cystocèle largement extériorisée.

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

### **3-5-3.2. Fond vaginal**

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

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

### **3-5-3.3. Paroi vaginale postérieure (p = postérieure)**

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

- Bp : point le plus distal de la paroi vaginale postérieure par rapport à Ap, situé par définition à - 3 cm en l'absence de prolapsus et qui aurait une valeur positive dans le cas d'une éversion complète du fond vaginal chez les patientes hystérectomisées (jusqu'à +tvl au maximum).

### **3-5-3.4. Autres repères**

Ils ont toujours une valeur positive.

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

- Tv1 : longueur vaginale totale du fond vagin (ou cul-de-sac postérieur) à l'hymen.

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

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

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

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

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

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

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

## **4. Étude clinique : [1]**

### **4-1. Circonstances de découvertes :**

Les signes fonctionnels motivant la consultation sont très divers : genito-sexuels, urinaires, anorectaux.

La patiente consulte pour :

-une gêne plus ou moins importante liée l'apparition d'une tuméfaction vulvaire qui écarte les lèvres, sensation de boule intra vaginale ou extériorisée spontanément ou à l'effort ;

## **Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**

- des difficultés pour uriner ou fuites d'urine .la fuite d'urine peut n'apparaître qu'après plusieurs efforts de toux ou poussée ;
- une gêne pour aller à la selle, la patiente devant réduire son rectocèle avec le doigt vaginal pour émettre des selles ;
- une incontinence anale aux gaz et/ ou au selles ;
- des troubles multiples associés (douleurs, pertes, difficultés sexuelles, etc...), pour lesquels il faut établir la part de véritable responsabilité du prolapsus.

### **4-2. Type de description : Prolapsus génital 3ème degré**

#### 1.Examen clinique :

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

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

L'inspection de la vulve au repos :

Elle précise si elle est humide et si elle est le siège d'une macération,

Recherche une cicatrice périnéale d'épisiotomie ou de déchirure,

Elle mesure la distance ano-vulvaire, normalement supérieure à 3cm.

L'inspection vulvo-périnéale à l'effort :

Elle recherchera :

Le déroulement progressif de la paroi antérieure du vagin : d'abord transversalement striée (colpocèle du segment urétral), puis lisse et régulière (colpocèle du segment vésical), parfois peut apparaître la lèvre antérieure du col ;

Le déroulement progressif de la paroi postérieure du vagin, avec un sillon plus ou moins profond séparant cette colpocèle postérieure de la fourchette vulvaire ;

Le col peut apparaître à la vulve (hystérocèle) ou s'extérioriser, il peut être normal ou présenter un aspect « tapiroïde » avec un allongement de la lèvre antérieure qui paraît plus importante que la lèvre postérieure ;

## **Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**

La fuite urinaire par le méat sera recherchée à l'effort de poussée à la toux. On notera son importance (goutte à goutte, en jet). Parfois elle n'apparaît que chez une patiente en position semi-assise.

L'examen au spéculum :

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

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

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

Il peut être utile de tirer le col avec une pince de Pozzi pour le voir descendre à la vulve.

Le spéculum étant démonté, on réalise :

La manœuvre de la valve antérieure, qui applique contre la paroi vaginale antérieure, refoule la cystocèle et expose la paroi postérieure du vagin, démasquant un bombement douglas sien ou rectal (ou les deux),

La manœuvre de la valve postérieure qui, appliquée contre la paroi postérieure du vagin, permet de juger du bombement du segment vésical du vagin et de mettre en évidence une fuite urinaire masquée,

La manœuvre de la valve postérieure accrochant le col utérin. A l'aide de cette même valve, toujours appuyée vers l'arrière, mais cette fois poussée au fond du cul-de-sac cervicovaginal antérieur, on va refouler le col en haut et en arrière. Cette

## **Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**

manœuvre met en tension la paroi antérieure du vagin et à l'épreuve les connexions fibreuses vésicogénitales.

Si celles-ci sont détériorées, un bombement vésical va persister : on a l'association cystocèle-cystoptose. Si elles sont intactes, le bombement d'une cystocèle peut s'effacer. Une incontinence masquée par l'effet pelote d'une cystocèle ou du prolapsus utérin peut alors apparaître.

On profitera de l'exposition des parois vaginales pour explorer minutieusement les faces du vagin et rechercher un éventuel orifice fistuleux.

Le toucher vaginal :

Combiné au palper abdominal, il permet :

De repérer le col utérin, sa longueur, sa position,

D'apprécier le volume de l'utérus, sa consistance, sa situation, sa mobilité de contrôler l'état des annexes et des paramètres,

D'explorer la musculature des releveurs :

Les faisceaux dits « sphinctériens » sont palpés des deux côtés par les doigts vaginaux dirigés en dehors, en direction de la paroi pelvienne, et en demandant à la malade de se

« Retenir »,

Les faisceaux élévateurs sont recherchés à peine au-dessus de l'orifice vulvaire, à la partie la plus antérieure du plancher pelvien, lors d'une adduction volontaire des cuisses par la patiente et contrariée par le clinicien qui interpose son avant-bras prolongé du poing entre les genoux de la patiente (manœuvre de Delbet),

De faire la manœuvre de Bonney : le test de Bonney est dit positif si la fuite des urines à l'effort est stoppée lorsqu'on glisse deux doigts dans le vagin, de part et d'autre de l'urètre, en les rapprochant du pubis.

Le toucher rectal :

Il explore l'ampoule rectale, le doigt recourbé en direction de l'orifice vulvaire, faisant saillir la poche du rectocèle. Si cette manœuvre n'objective pas de

détérioration du fascia rectal que l'on a vu une colpocèle haute avec profond sillon postérieur, on est en droit d'envisager l'existence d'une élytrocèle pédiculée.

Combiné au toucher vaginal, il permet d'apprécier l'épaisseur et la consistance du noyau fibreux central du périnée et de compléter le bilan musculaire, mais surtout d'explorer la cloison recto-vaginale. Si l'on perçoit à l'effort, entre le doigt vaginal appliqué contre la poche et le doigt rectal, l'impression d'épiploon grenu ou d'une anse grêle, on peut affirmer l'élytrocèle.

La manœuvre de Bethoux complétera l'examen. Elle consiste à introduire dans le vagin les deux branches habillées d'un clamp courbe et à les placer dans les culs-de-sac latéraux du vagin du col et de part et d'autre de celui-ci. On s'oppose ainsi à la poussée de la malade en prenant appui sur la fourchette vulvaire. Si cette manœuvre stoppe la fuite urinaire. On peut dire qu'il s'agit d'une incontinence urinaire d'effort, liée à la cystoptose.

Il faut alors :

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

Sensation plus ou moins pénible d'un inconfort et d'insécurité périnéale,

Gêne aux rapports sexuels, douleurs, à rattacher avec beaucoup de prudence au prolapsus. On recherchera une origine urinaire, recto colique, vésiculaire, pariétale,

Un trouble de la statique pelvienne plus ou moins accompagné d'arthrose, a traité sélectivement car ces douleurs ne sont pas modifiées par la cure de prolapsus.

Rechercher :

Des métrorragies et des pertes, parfois dues à des lésions dystrophiques ou irritatives du vagin et du col mais toujours suspecte, jusqu'à preuve du contraire, de la tumeur maligne (ou bénigne) du vagin, du col, du corps utérin ou des annexes.

Un frottis, une hystérogaphie seront nécessaire avant l'intervention,

Des troubles de la miction : cystalgie, pollakiurie, dysurie, rétention à analyser et explorer par l'examen cyto bactériologiques des urines.



## **Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**

Une incontinence urinaire d'effort : fuite des urines non précédées de la sensation de besoin, surtout à bien différencier des mictions impérieuses par urétrotrigonite ou d'origine neuropsychiatrique. L'incontinence urinaire d'effort sera recherchée de parti pris sur vessie pleine, en faisant tousser, poussé, changé de position.

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

Considérer le terrain dont l'appréciation est capitale :

Recherche d'un diabète, d'une hypertension artérielle, d'une obésité,

Age civil et surtout physiologique ;

Aspect général, musculaire générale, abdominale, Psychisme.

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

### **4-3. Examens complémentaires :**

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

Examens de routine :

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

## **Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**

- Cytobactériologique urinaire.
- Mammographie de dépistage du cancer du sein après 50 ans.

### Urétrocystoscopie :

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

### Urographie intraveineuse :

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

### Cystographie mictionnelle en fin d'UIV :

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

### Colpocystogramme :

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

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

### Echographie pelvienne :

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

### Hystérogographie ou hystéroscopie

## **Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**

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

Bilan urodynamiques :

L'exploration urodynamique vise à préciser les anomalies d'une unité fonctionnelle vésico-urétrale souvent intéressée par les troubles de la statique pelvienne. Cette unité fonctionnelle répond à une physiologie complexe, notamment par son intervention. Il est particulièrement indiqué en cas d'incontinence urinaire d'effort associé au prolapsus (précisant la part de la ptôse génitale dans la survenue de la fuite urinaire, mais recherchant d'autres causes éventuellement associées dont la méconnaissance conduirait à l'échec d'un traitement chirurgical même habilement mené), mais aussi en cas de prolapsus apparemment isolé sans IUE, car il peut révéler ou confirmer une IUE potentielle dont il faudra tenir compte lors de la cure chirurgicale du prolapsus. Les résultats de ce bilan, sont bien sûr confrontés avec les résultats de l'examen clinique minutieux, pour permettre de poser les meilleures indications thérapeutiques.

Cystomanométrie :

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

4-4. Autres formes :

### ○ **Prolapsus de la gravidopuerpéralité :**

Le prolapsus génital peut s'observer au cours de la grossesse. Il s'agit toujours d'une hystérocèle en apparence pure avec un allongement hypertrophique de la portion intra vaginale du col utérin. L'œdème est souvent très important et d'aspect assez effrayant. Le col, par ailleurs, bien qu'il soit allongé et hypertrophique, est souvent béant. Il est donc doublement indiqué de prescrire le repos au lit. Ce repos suffit le plus souvent pour que tout rentre dans l'ordre. L'accouchement, évidemment, ne pose aucun problème. Et sous condition d'une rééducation dans le post-partum, la

## **Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**

statique pelvienne redevient le plus souvent normale (il ne semble pas que le risque de prolapsus à la cinquantaine soit plus grand chez les femmes qui ont, pendant leur grossesse, fait un prolapsus du col).

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

### ○ **Prolapsus de la nullipare et de la vierge :**

Dans ce cas on a :

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

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

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

### ○ **Prolapsus symptomatiques :**

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

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

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

### ○ **Prolapsus avec lésions associées**

Le paragraphe prolapsus avec lésions associées est un paragraphe infiniment extensible, compte tenu de l'âge auquel s'observent la plupart des prolapsus et compte tenu du terrain sur lequel ils se développent. Il est fréquent, en effet qu'il

existe, en même temps que la ptôse génitale, une pathologie associée. Nous ne citons ici que les affections et lésions ayant un impact précis sur le traitement.

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

- Les affections respiratoires chroniques (asthmes, bronchectasies...) sont également fréquentes et doivent être prises en compte dans l'indication thérapeutique (risque anesthésique, risque de récurrence du prolapsus). Le tabagisme est également un facteur important (beaucoup de chirurgiens refusent d'opérer les fumeuses).

- Les lésions des organes génitaux internes sont fréquentes en raison tout simplement de l'âge, il faut les rechercher soigneusement. Mais la négativité des investigations ne permet pas d'affirmer absolument l'intégrité des organes génitaux internes : c'est un argument important en faveur de l'hystérectomie systématique au cours du traitement chirurgical du prolapsus.

○ **Prolapsus après hystérectomie :**

L'hystérectomie qui, pour beaucoup de spécialistes, doit être associée aux gestes dans le traitement chirurgical du prolapsus, ne peut pas en elle-même, représenter le traitement du prolapsus. La preuve en est fournie par l'existence de prolapsus génitaux chez des femmes ayant subi une hystérectomie pour un autre motif.

Les prolapsus après hystérectomie doivent être classés en deux catégories distinctes. Dans la plupart des cas, le fond du vagin reste en place maintenu par la sclérose cicatricielle, et ce sont les parois antérieures et postérieures du vagin qui se déroulent. Dans d'autres cas, le fond vaginal lui-même se prolabe et s'éverse « en doigt de gant ». Le traitement dans ces deux formes est différent (et les chances de succès également !).

## **Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**

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

### **○ Prolapsus récidivés :**

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

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

### **4-5. Evolution et complications :**

L'évolution du prolapsus génital est variable. En présence de facteurs de risque, il peut rapidement évoluer vers des complications urinaires, digestives ou un retentissement sur la qualité de vie.

### **4-6. Diagnostic :**

Le diagnostic du prolapsus génital est clinique. Il faut estimer l'importance du handicap, très variable et difficile à évaluer correctement. Un interrogatoire mené avec précision permet de s'en faire une idée. [1]

#### **4-7. Pris en charge :**

##### **4-7-1. But :**

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

##### **4-7-2. Moyen :**

Les moyens thérapeutiques dont on dispose sont variés :

Traitement non chirurgical :

- Abstention chirurgicale
- Hormonothérapie
- Rééducation périnéale
- Moyens mécaniques.

Traitement chirurgical :

Chirurgie par voie basse

- Traitement des hystérocèle
- Traitement de la cystocèle
- Traitement du rectocèle.

Chirurgie par voie haute

#### **PROMONTOFIXATION COELIOSCOPIQUE**

Traitement d'incontinence urinaire.

Traitement non chirurgical

L'abstention chirurgicale

L'abstention chirurgicale peut être transitoire ou définitive. Elle est définitive dans les cas où les tares associées sont très importantes et mettent en jeu le pronostic vital de la patiente, et elle est transitoire dans certains cas de prolapsus modéré des femmes jeunes.

Il vaut mieux patienter si la femme désire d'autres enfants tout en tenant compte du rôle néfaste des accouchements ultérieurs.

L'abstention chirurgicale trouve son indication :

Lorsqu'on découvre fortuitement au cours d'un examen gynécologique un prolapsus discret ou minime sans gêne fonctionnelle.

Lorsqu'il existe des troubles urinaires comme l'IUE mais qui ne concordent pas avec un examen gynécologique bien conduit et aux investigations complémentaires [12].

Lorsqu'il existe un prolapsus génital avec gêne fonctionnelle importante, il faudra alors rechercher une autre étiologie à cette gêne avant de démarrer un traitement décevant pour la patiente. Dans ce cas, il faut faire distinction fondamentale entre les signes spécifiques qui justifient la chirurgie et les signes non liés au prolapsus [12].

- **L'hormonothérapie**

Il n'existe pas d'étude prospective, randomisée, évaluant l'effet de l'hormonothérapie substitutive sur les prolapsus.

Cependant, l'origine embryologique commune du tractus urogénital laisse supposer une efficacité sur la trophicité des tissus, de même que l'amélioration des signes fonctionnels urinaires [12].

Les œstrogènes sont donnés par voie locale, percutanée ou per os, en ayant le souci de les prescrire à une posologie adaptée pour éviter les métrorragies après avoir vérifié l'absence de contre-indication.

- **La rééducation périnéale**

Il peut s'exercer que sur le système de soutènement musculaire, c'est-à-dire le système de fixité antérieur actif.

Son but est d'obtenir une amélioration anatomique et une meilleure tolérance fonctionnelle en cas de prolapsus non extériorisé, mais aussi la correction d'une insuffisance sphinctérienne urétrale et d'une incontinence anale.



## **Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**

Elle repose sur trois techniques dont l'objectif est moins de développer la musculature périnéale que d'apprendre à s'en servir :

- Kinésithérapie par contraction sur les doigts lors du « testing » des releveurs.
- Biofeedback (ou retro action sensorielle) consiste à acquérir la maîtrise du fonctionnement d'un organe ou d'un muscle grâce à des sondes de pression endovaginale.
- Stimulation électrique endovaginale, s'adresse aux patientes qui ne peuvent pas ; ou ne savent pas contracter leurs muscles pelviens.

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

Indication est l'incontinence modérée.

Une rééducation préventive peut être indiquée quelques semaines après

L'accouchement en présence de facteurs de risque, sans que l'on soit sûre d'avoir de bons résultats [13].

Traitement chirurgical :

### **.1. Chirurgie par voie basse**

La voie vaginale est l'opération de choix du prolapsus génital, car il traite les trois composantes habituelles du prolapsus. On en décrit trois types : chirurgie restauratrice (par l'utilisation des propres tissus de la femme), compensatrices (par la mise en place des prothèses remplaçant le tissu altéré), ou oblitérant par fermeture vaginale [14].

Triple opération périnéale et hystérectomie :

L'opération standard est la triple opération périnéale avec hystérectomie, cette opération comprends trois temps : [14]

- Le premier temps : Hystérectomie.

Technique standard : après un décollement vaginal antérieur, l'incision transversale est complétée en arrière autorisant un décollement vaginal postérieur et l'ouverture du cul de sac de Douglas. L'index introduit dans le Douglas fait le tour du corps

utérin pour venir saillir dans le péritoine du intervésico-utérin qui est ouvert sur le doigt. On réalise une ligature-section utérosacrés, les artères cervicovaginales, puis utérines pour terminer par les ligaments ronds et lombo-ovariens.

L'hystérectomie est ainsi terminée, on réalise une péritonisation par les deux hémibourses, en extrapéritonisant les pédicules vasculaires et en gardant sur pince les ligaments ronds et utéro-sacrés, la réfaction du plancher périnéale comprend la solidarisation croisée des ligaments utéro-sacrés et ronds.

□ Le 2ème temps : plastie vaginale antérieure.

Technique standard : On procède à une Colpotomie antérieure transversale à la jonction de la muqueuse vaginale et cervicale prolongée par incision médiane jusqu'à 1 cm de l'orifice urétral, puis une dissection vésico-vaginale est réalisée avec une plicature.

□ Le 3ème temps : la plastie vaginale postérieure.

On réalise une résection triangulaire puis périnéale pour aborder le noyau fibreux central du périnée. L'abord des muscles releveurs se fait dès l'ouverture des parties basses puis hautes des fosses para rectales. On réalise alors une myorrhaphie des releveurs suivis d'une colpopérinéorrhaphie. L'intervention se termine par une vérification de l'hémostase du dôme vaginal et la mise en place d'une ou de deux mèches et d'une sonde vésicale [14].

• Intervention de Manchester :

Cette intervention consiste en la remise en tension des ligaments utérosacrés croisés et suspendus à la face antérieure de l'isthme utérin, associé à un temps de résection du col utérin. Elle est intéressante chez les patientes présentant un allongement hypertrophique du col utérin avec hystérocèle isolée et qui veulent conserver leur utérus.

□ Intervention de Campbell :

## **Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**

L'intervention de Campbell consiste en un croisement des ligaments utérosacrés sous la symphyse pubienne. Elle nécessite la réalisation d'une colpohystérectomie vaginale et la présence de ligaments utérosacrés de bonne qualité.

□ La spinofixation :

La sacrospinofixation vaginale, décrite par l'autrichien Richter en 1968 et dont les premiers résultats à long terme ont été publiés par ce même auteur en 1981 [15]. Elle consiste à fixer le dôme vaginal ou l'isthme utérin au ligament sacro épineux.

□ Fixation sacro épineuse de l'utérus :

L'intervention de Richardson, décrite en 1989, n'est qu'une Sacrospinofixation avec conservation utérine.

□ La plicature sous vésicale :

Le principe est de réaliser une incision vaginale antérieure (Colpotomie sagittale ou en T inversé) puis de disséquer la vessie du vagin puis refoulement.

□ Le para vaginal repair :

La suspension para vaginale aux arcs tendineux du fascia pelvien est utile dans les grandes cystocèles avec effondrement de la paroi vaginale latérale.

C. Traitement du rectocèle :

Le traitement du rectocèle comporte une Colpotomie, une dissection du rectocèle avec ouverture des fosses para rectales et une plicature du fascia pré rectal.

- Cure de rectocèle par prothèse inter-recto-vaginale

La prothèse postérieure, inter-recto-vaginale, s'applique latéralement sur les muscles élévateurs de l'anus. La fixation du bras de prothèse se fait par passage transligamentaire.

Il faut réaliser une incision périnéale bilatérale de 3 mm, de part et d'autre de la ligne médiane, 3 cm latéralement et 3 cm sous l'anus. L'aiguille traverse le muscle élévateur puis, par une rotation médiale, sort dans l'espace disséqué à travers le ligament sacro épineux, dans sa partie médiane. En cas de conservation utérine, la

prothèse est fixée à la face postérieure de l'isthme utérin afin d'assurer une suspension efficace de l'utérus. Cette prothèse peut être utilisée seule [16].

## **2. Chirurgie par voie haute**

Les premières descriptions des cures de prolapsus par voie abdominale datent de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle avec Kutner en 1890. Ce n'est qu'à partir de l'année 1957 qu'Ameline et Huguier décrivent une technique associant une prothèse assurant l'amarrage de l'utérus en avant à l'ogive pubienne et en arrière au ligament vertébral antérieur associé à une douglasectomie [16].

Ce n'est qu'à partir de 1994 que la même technique a été développée par voie laparoscopie [17].

- ✓ Bien que le principe de base de la promontofixation soit représenté par la suspension de l'utérus sur le ligament vertébral antérieur du promontoire à l'aide de matériel prothétique, de nombreuses variantes techniques se sont développées. Aujourd'hui sont regroupées sous ce terme plusieurs variantes par La voie d'abord : a) parotomie, coelioscopie sans et avec assistance robotique.
- ✓ La mise en place d'une seule prothèse sous-vésicale fixée à la paroi vaginale antérieure et à l'isthme utérin, s'il n'y a pas de prolapsus de l'étage postérieur.
- ✓ La profondeur ou la largeur de la dissection. Notamment au niveau rectovaginal, celle-ci pouvant descendre jusqu'aux muscles élévateurs de l'anus ou simplement jusqu'à avoir une surface libre pour poser la prothèse.
- ✓ La fixation ou non de la prothèse dans les espaces de dissection : certaines équipes proposent de ne pas fixer la prothèse au vagin, d'autres mettent systématiquement des points d'amarrages.
- ✓ L'association d'autres gestes chirurgicaux comme le traitement d'une incontinence urinaire d'effort (IUE), d'une hystérectomie, d'une myorrhaphie des élévateurs de l'anus ou d'un cloisonnement de la poche recto-utérine (douglasectomie).

## **Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**

- Le recours à cette voie d'abord est de plus en plus proposé, du fait de ses avantages :
  - les contre-indications sont peu nombreuses ;
  - la voie haute permet de traiter les 3 compartiments ;
  - les résultats sont durables dans le temps ;
  - la voie haute n'entraîne que peu de complications : absence de prolapsus de l'apex dans 78 à 100 % des cas, ré intervention pour récurrence dans 4,4 % de cas et érosion de la prothèse dans 3,4 % des cas selon Nygaard [18] (2004).
  - la voie haute s'est modernisée grâce à la coelioscopie qui a permis l'amélioration des résultats des cures de rectocèle, la conservation utérine et des suites opératoires beaucoup plus confortables.
  - la voie haute est peu délétère pour la vie sexuelle (respecte le vagin, préserve l'utérus et le col et n'entraînerait que peu de dyspareunie).
  - La voie haute permet de restituer une bonne anatomie et une bonne fonctionnalité.
- . La promontofixation par voie coelioscopique est devenue une méthode standard efficace pour le traitement chirurgical des prolapsus génitaux féminins, notamment par rapport à la promontofixation par laparotomie et à la chirurgie par voie vaginale.

### **a) Le but de la promontofixation**

C'est de corriger les troubles de la statique pelvienne, à savoir :

- Réorienter le tube génital ;
- Corriger la ptôse cervico-vaginale et utérine, la cystocèle ainsi que les éléments du prolapsus postérieur : colpocèle postérieure, élytrocèle et/rectocèle ;
- Prévenir ou traiter l'incontinence urinaire d'effort en remplaçant dans l'enceinte manométrique abdominale et le col vésical afin d'améliorer la transmission de pression et de rétablir la couture urétrale.

- Remplacer par un matériel homologue pour certains, prothétique pour la plupart les éléments déficients de l'aponévrose pelvienne.
- Traiter les lésions associées (hernies, fibrome ...)

#### **d) Indications et contre-indications**

Le traitement chirurgical sera guidé par l'âge en tenant compte du désir de grossesses ultérieures, les antécédents de chirurgie de prolapsus, par son association ou non à une incontinence urinaire, par le degré du prolapsus, par la récurrence et l'activité sexuelle. Ainsi, la technique opératoire dépendra de l'aspect clinique, de l'état et les tares de la patiente. L'avis anesthésiologique est indispensable [19].

La promontofixation sous coelioscopie est indiquée dans :

- **Les formes sévères, stades 3 et 4 ;**
- **Hystéroptose prédominante ;**
- **Prolapsus rectal intra anal associé ;**
- **Douleurs pelvi périnéales chroniques ;**
- **Femmes jeunes d'âge inférieur à 50 -60 ans**

L'orientation thérapeutique, chez une femme jeune ayant une activité sexuelle normale, est plutôt vers une voie haute. En effet le risque de dyspareunie sont nuls, ce qui n'est pas le cas par voie basses.

#### ➤ **Récidive après voie basse prothétique**

Le traitement chirurgical des prolapsus génitaux récidivés constitue un des problèmes de la chirurgie gynécologique et les solutions qui ont été apportées diffèrent considérablement selon les patientes.

Chez les femmes encore jeunes et actives, tout en préservant la cavité vaginale, souvent déjà rétréci par les précédentes cures de prolapsus, il devient préférable de recourir aux interventions par voie abdominale avec mise en place d'un matériel prothétique [19].

➤ **Prolapsus génitaux associés à des lésions utérines et/ou annexielles :**

En matière de prolapsus génitaux associés à des lésions utérines ou annexielles, le traitement peut être modifié. En effet, le traitement d'un néo du col prédomine largement celui du prolapsus. Quant au fibrome utérin associé au prolapsus, est en plus est de petit volume, il autorise la voie basse ; par contre, un fibrome utérin volumineux commande la voie abdominale.

La pathologie annexielle associée au prolapsus reste l'indication privilégiée de la voie haute [19].

**Les contre- indications relatives de la promontofixation :**

- Femmes âgées : 70 -80 ans avec morbidités importantes
- Obésité morbide
- Contre indication AG / coelioscopie
- Dysplasie sévère du col utérin
- Douleurs dorso-lombaires chroniques et sévères.

**c) Technique opératoire**

Les bases de l'intervention reposent sur la dissection intervésico rectovaginal qui expose les zones de faiblesse des fascias responsables du prolapsus. Elle doit être complétée par un renforcement avec des prothèses synthétiques étalées à toute la dissection [20].

La simple promontofixation antérieure réalisée par Scali [21], dans les années 50 confirmait une excellente efficacité sur l'étage antérieur mais les études rétrospectives objectivent que cette simple prothèse antérieure entraîne un taux de récurrences postérieures dans 30% des cas.

Actuellement la double promontofixation est devenue le traitement le plus préconisé par coelioscopie [22].

□ L'intérêt de la promontofixation par double bandelette est de :

✚ Traiter les trois étages et ainsi éviter les récurrences d'étages non traités (versus bandelette antérieure unique).

**Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**

- ✚ Renforcement prothétique des parois vaginales (versus cure de prolapsus sans prothèse).
- ✚ Qualité de cicatrisation (moins dyspareuniant) (versus cure de prolapsus par voie basse).
- ✚ Faible taux d'exposition de bandelettes (versus cure de prolapsus par voie basse).



# **METHODOLOGIE**

## **IV-METHODOLOGIE**

### **1-Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali.

### **2. TYPE D'ETUDE :**

Il s'agit d'une étude prospective longitudinale et analytique.

### **3. PERIODE D'ETUDE :**

Elle s'est déroulée de janvier 2019 à décembre 2019, soit 12 mois.

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

Toute les patientes admises dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali durant la période d'étude.

### **5. ECHANTILLONNAGE :**

#### **5-1. Critères d'inclusion :**

- Les patientes qui ont présenté un prolapsus génital et qui ont donné leur consentement pour participer à l'étude.

#### **5-2. Critères de non inclusion :**

- les cas de prolapsus génital sur grossesse
- les cas de prolapsus génital survenant dans les 3 mois suivant l'accouchement

#### **5-3. Critères de jugement :**

- Les résultats du traitement chirurgical.

- Résultat anatomique :

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

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

Mauvais : récurrence de tous les éléments du prolapsus.

- Résultat fonctionnel :

Bon : aucune plainte fonctionnelle.

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

Mauvais : pas d'amélioration de la plainte.

- Degré de satisfaction de la patiente :

Très satisfaisante : aucune plainte.

Moyennement satisfaisante : plainte fonctionnelle

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

#### **6- Recueil des données :**

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

#### **7-Aspect Ethique :**

- Nous avons tenu à la préservation de l'anonymat et de la confidentialité des données recueillies.

- Notre étude n'a pas pour but de porter aucun préjudice aux patientes inclus dans l'étude, mais a contribué plutôt à une meilleure connaissance de la technique de cure du prolapsus génital pour une meilleure prise en charge.

- Les fiches d'enquête étaient anonymes et ne contenaient que des renseignements sur les données sociodémographiques, cliniques et pronostiques sur la patiente ayant subi une intervention chirurgicale pour prolapsus génital.

- Un consentement éclairé des patientes a été demandé et obtenu avant l'intervention.

#### **8-Définitions opératoires.**

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

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

- Nullipare : zéro accouchement ;

- Primipare : un accouchement ;

- Pauci pare : 2 à 3 accouchements

## **Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**

- Multipare : 4 à 5 accouchements
- Grande multipare :  $\geq 6$  accouchements

### **9. Variables étudiées :**

#### **9- 1. Variables qualitatives :**

- Provenance
- Activité socioprofessionnelle
- Motif de consultation
- Signes cliniques du prolapsus génital
- Antécédents familiaux, personnels chirurgicaux, personnels médicaux et urogénitaux.
- Imagerie et histologie
- Traitement
- Suites opératoires.

#### **9-2. Variables quantitatives :**

- Age
- Examens complémentaires (bilan sanguin)

### **10- Plan de traitement et l'analyse des données :**

Le traitement et l'analyse des données se feront sur le logiciel Epi Info. Version 7.

Le statistique utilisé a été le test de Fischer avec  $P < 0,05$ .

# **V-RESULTATS**

## V.RESULTATS

### 1. La prévalence :

Nous avons enregistré 35 cas de prolapsus sur 267 interventions chirurgicales au cours d'une année soit une fréquence de 13,10 %.

### 2. Caractéristiques socio - démographiques :

#### 2-1. Age :

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

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
≤ 19	1	2,86
20 - 34	10	28,57
35 – 45	7	20
≥46	<b>17</b>	<b>48,57</b>
TOTAL	35	100

L'âge moyen de nos patientes était de 44,74 ans avec un extrême d'âge de 17 et 80 ans et un écart type de 16,37.

#### 2-2. Milieu de résidence :

**Tableau IV : Répartition des patientes selon le milieu de résidence**

Résidence	Fréquence	Pourcentage
<b>Milieu rural</b>	<b>20</b>	<b>57,14</b>
Milieu urbain	15	42,86
Total	35	100,00

**2-3. Les antécédents :**

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

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	1	2,86
Paucipare	9	25,71
Multipare	7	20
<b>Grand multipare</b>	<b>16</b>	<b>45,71</b>
Total	35	100,00

La parité moyenne était 5,22 avec des extrêmes de 1 et 9.

**Tableau VI : Répartition des patientes selon les ATCD chirurgicales**

ATCD chirurgicales	Effectif	Pourcentage
Césarienne	1	2,86
Cure de hernie	1	2,86
Cure de prolapsus	2	5,71
Laparotomie	2	5,71
Aucun	29	82,86
Total	35	100

**Tableau VII : Répartition des patientes selon les facteurs de risque retrouvés**

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage	P
<b>Ménopausée</b>			
Oui	14	20	0,24
Non	21	60	
<b>Accouchement de macrosome</b>			
Oui	2	5,71	0,68
Non	33	94,29	
<b>Dechirure périnéale</b>			
Oui	2	5,71	0,68
Non	33	94,29	
<b>Accouchement non assisté</b>			
Oui	14	20	0,24
Non	21	60	

#### 4. Aspects cliniques :

##### 4-1. Motifs de consultation :

**Tableau XIII : Répartition des patientes selon le motif de consultation**

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
<b>Masse vulvaire</b>	<b>15</b>	<b>42,86</b>
Masse vulvaire + Pesanteur	9	25,71
Pesanteur pelvienne	4	11,43
IUE*	7	20
Total	35	100,00

\* : dans 4 cas l'IUE était associée à la masse vulvaire.

- Une notion de troubles sexuelles dans tous les cas.



**Tableau IX : Répartition des patientes selon les signes urinaires associées**

**4-2. Signes Urinaires :**

Signes urinaires	Effectif	Pourcentage
Dysurie	6	17,14
<b>Pollakiurie</b>	<b>7</b>	<b>20</b>
Incontinence urinaire à l'effort	4	11,43
Aucun	18	51,43
Total	35	100,00

**4-3. Classification :**

**Tableau X : Répartition des patientes selon la classification de BADEN**

Classification	Effectif	Pourcentage
Grade II	10	28,57
<b>Grade III</b>	<b>23</b>	<b>65,71</b>
Grade IV	2	5,71
Total	35	100,00

**Tableau XI : répartition des patientes selon les organes prolabés**

Organes prolabés	Effectif	Pourcentage
Vessie, utérus, rectum	5	14,28
Vessie, rectum	4	11,43
Vessie	6	17,14
<b>Vessie, utérus</b>	<b>19</b>	<b>54,29</b>
Rectum	1	2,86
Total	35	100,00

**5-Les examens complémentaires :**

**Tableau XII : Répartition des patientes selon les examens complémentaires réalisés.**

Examens complémentaires réalisés	RESULTATS	
	Normal	Pathologique
Echographie	21	00
<b>IVA/IVL</b>	<b>35</b>	<b>00</b>
ECBU	31	4

**6. Traitement :**

**Tableau XIII : répartition des patientes selon la technique chirurgicale réalisée.**

Techniques chirurgicales réalisées	Effectif	Pourcentage
<b>TOP sans hystérectomie</b>	<b>15</b>	<b>42,86</b>
TOP avec hystérectomie totale	14	40
Autres	6	17,14
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>

-Autres : Trachélectomie, cure de cystocèle, cure rectocèle.

**Tableau XIV : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation**

Durée d'hospitalisation/Jour	Effectif	Pourcentage
<b>2</b>	<b>22</b>	<b>62,86</b>
3	9	25,71
4	3	8,57
7	1	2,86
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>

La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,57 jours avec un extrême de 2 à 7 jours.

**7. Pronostic :**

**Tableau XV : Répartition des patientes le résultat fonctionnel après 1 mois**

Résultat fonctionnel	Effectif	Pourcentage
<b>Bon</b>	<b>32</b>	<b>91,43</b>
Moyen	3	8,57
Mauvais	0	00
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>

**Tableau XVI : relation entre l'âge moyen et la technique opératoire**

Techniques Chirurgicales	Effectif	Age moyen	Ecart type
TOP avec hystérectomie	14	64	7,33
TOP sans hystérectomie	15	39,64	10,92
Autres	2	39,86	13,18

**Tableau XVII : Relation entre l'âge et le grade de prolapsus**

Degré de prolapsus	Effectif	Age moyen	Ecart type
Grade II	10	51,87	14,22
Grade III	23	29,45	8,68
Grade IV	2	56	15,56

**TABLEAU XVIII : Relation entre le degré et la technique chirurgicale.**

Technique chirurgicale	TOP sans		TOP avec		Total
	hystérectomie		hystérectomie	Autres	
Degré					
Grade I	0		0	0	0
Grade II	5		1	4	10
Grade III	10		11	2	23
Grade IV	0		2	0	2
Total	15		14	6	35

# **VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **VI. COMMENTAIRE ET DISCUSSION :**

### **1.Approche Méthodologique :**

Nous avons réalisé une étude longitudinale prospective et analytique sur une année pour évaluer les aspects épidémiologiques et cliniques et thérapeutiques du prolapsus génital à l'hôpital du Mali. Au cours de l'enquête nous avons été confrontés aux difficultés suivantes :

- Certaines patientes n'étaient pas coopérantes pour donner des renseignements malgré la sensibilisation,
  - Certains de nos patientes résidaient dans les zones rurales.
- Ces difficultés ont eu comme conséquences sur la taille de l'échantillon (35 dossiers), le déficit d'information sur les aspects épidémiologiques et cliniques. Mais néanmoins, cette étude nous a permis d'apprécier les aspects épidémiologiques et cliniques et thérapeutiques du prolapsus génital.

### **1-Prévalence :**

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

C'est ainsi que durant notre période d'étude de Janvier 2019 à Décembre 2019 (1 ans), nous avons colligé 35 cas de prolapsus génital sur 267 patientes opérées dans le service soit une fréquence de 13 ,10%.

Nos résultats sont comparables à celui de Baye M au Cameroun (Douala) qui a retrouvé 10,6% [27].

Contrairement à Diarra A et al qui a retrouvé une prévalence de 3,7% réaliser au CHU Gabriel Touré à Bamako au Mali [6] ; et de celui de Diouf A et al au Sénégal avec 3,4% [8].

La fréquence élevée du prolapsus génital dans notre étude pourrait s'expliquer par les traumatismes obstétricaux dans nos pays africains où l'accès aux soins obstétricaux d'urgence reste limité.

## **2- Caractéristiques socio démographique :**

L'âge est un facteur très influençant quant à la prise en charge d'une femme présentant un prolapsus génital. Ainsi l'âge moyen des patientes était de 44,74 ans avec des extrêmes d'âge de 17ans et 80 ans. La tranche d'âge de 46 ans et plus a été la plus représentée avec 48,57%.

Diouf AA et al [27] a retrouvé un âge moyen de 58,1 ans avec des extrêmes de 30 et 80 ans. La tranche d'âge 60 à 69 ans était majoritaire à 34,2 %. Nos résultats sont inférieurs de ceux d'Olsen et al. [25] qui ont retrouvé une moyenne d'âge à 61,8 ans et Wetzel O. et al au Mexique qui a retrouvé 55 ans [26]. Cela pourrait s'expliquer par le milieu d'étude par rapport au notre, un milieu défavorable où la plupart des femmes n'arrivent pas à l'hôpital suite à la pauvreté qui rend parfois les consultations inaccessibles et la survenue de la multiparité à l'âge jeune.

Cependant les femmes âgées de 46 ans et plus représentaient dans notre étude.

Dans notre étude, 82,86% de nos patientes étaient des femmes au foyer. Cette prédominance des ménagères dans notre étude était proche de celui de Coulibaly B avec 98,41% [24] ; Cela pourrait s'expliquer par les multiples travaux pénibles (champêtre le port de fardeaux très lourds...) auxquels s'adonnent quotidiennement nos femmes africaines La majorité de nos patientes provenaient de la campagne avec une prédominance de 57,14% où les femmes accouchent le plus souvent sans assistance médical ; taux qui se rapproche à celui de Coulibaly B avec 73% [24].

La provenance de la campagne et le bas niveau socioéconomique des patientes peuvent être des facteurs influençant dans la survenue des prolapsus par le fait d'un accès limité aux soins obstétricaux d'urgence de qualité [32].

## **3- Facteurs de risque :**

La parité moyenne était de 5,22 avec un extrême de 1 et 9 accouchements dans notre étude.

Ainsi dans notre étude les multipares et les grandes multipares assemblaient 65,71% ce qui rejoint celui de Loubna Belachkar qui a rapporté 63,2% au-delà de 5



accouchements avec une parité moyenne de 5 [28]. En effet la multiparité serait à l'origine d'une hyper laxité ligamentaire. Plusieurs études dans la littérature ont retrouvé la parité comme le principal facteur de risque [27].

Cependant nous avons retrouvés 5,71% de cas d'antécédent d'accouchement de macrosome fœtale qu'est nettement inférieur à celui de Diarra A [5] qui a objectivé 30,40%. Notre taux d'antécédent de macrosomes fœtales s'est établi difficilement : ceci s'explique par la non ou faible scolarisation de nos patientes, qui portent peu d'intérêt au poids de naissance de leurs enfants.

Dans notre étude 20% de nos patientes étaient ménopausée inférieur de celui de Diouf AA et al qui a trouvé 81,3% [27]. En effet ce sont les modifications ménopausiques et l'absence d'un traitement hormonal substitutif qui aggravent les conséquences des traumatismes du plancher pelvien, conditionnant ainsi la survenue du prolapsus génital [12].

Les patientes avec antécédents de cure de prolapsus constituaient 5,71% comparé à celui de Coulibaly B avec 3,2% [24].

### **5- signes cliniques :**

Les symptômes motivant la consultation sont très divers.

Dans notre étude, la tuméfaction vulvaire et la tuméfaction vulvaire associée à une pesanteur pelvienne constituaient 42,86% et 25,71% de cas. Notre étude se rapproche à celui de Likilo O J et al qui a retrouvé 93,02% de cas de tuméfaction vulvaire [23]. Dans toutes les études, la sensation de boule intra vaginale ou vulvaire, constituait le principal signe d'appel.

La pollakiurie a été retrouvée chez 20 %, la dysurie dans 17,14% et l'IUE dans 11,43%. Nos résultats sont inférieurs à celui d'Adjassou SA en France [33] avec la dysurie (38,8%) et l'IUE (30,5).

Concernant les troubles sexuels, nos résultats sont en rapport avec les données de la littérature comme rapporté dans l'étude Cas-Témoins menée par Jelvsek JE [33], comparant la qualité de vie chez les femmes avec ou sans prolapsus génital.

Elle révélait que les femmes souffrant de prolapsus, ont 4 fois plus de manque de confiance en soi, 11 fois plus de sentiment de non attractivité physique et sexuelle. En effet ces femmes ressentent des émotions négatives (peur, honte...) à l'origine des troubles de la sexualité. Bien qu'exprimés du bout des lèvres, les troubles de la sexualité liés au prolapsus sont un problème réel. Ceci reflète les tabous sur la sexualité dans nos sociétés traditionnelles africaines au sud du Sahara. Il appartient alors au médecin de savoir comment aborder ce sujet souvent hautement sensible.

Le 3<sup>ème</sup> degré a été prédominant dans notre étude avec 65,71%, notre résultat est similaire à celui de Assem E B ou le prolapsus de 3<sup>ème</sup> degré était prédominant à 58,7% [29] et Likilo O J et al [28] qui a objectivé 93,01%.

Par contre Ornella L V B retrouvait le 2<sup>ème</sup> degré comme prédominant [30], ceci peut s'expliquer par le fait que nos patientes ne consultent que lorsque le prolapsus devient très gênant.

Concernant l'organe prolapsé nous avons retrouvé un prolapsus multi comportemental dans 80% des cas dont la cystocèle a été retrouvée chez 97,14% des patientes ce qui se rapproche de celui de Diouf AA et al chez qui la totalité des patientes présentaient la cystocèle [27].

#### **4-Traitement :**

Durant la période d'étude, la chirurgie conservatrice a été la plus pratiquée cela pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des femmes en pleine activité génitale dans notre échantillon. Parmi les techniques chirurgicales que nous avons pratiquées : la TOP sans Hystérectomie (Manchester) et la TOP avec hystérectomie ont été les plus pratiquées avec respectivement 42,86% et 40%.

Les patientes qui ont subi la TOP sans hystérectomie avaient un âge moyen de 39,64 ans.

La voie vaginale est la plus utilisée dans la littérature car elle permet de traiter les trois composantes habituelles du prolapsus et a comme avantages la possibilité de

réalisation sous anesthésie locorégionale, des suites post-opératoires plus simples, une durée d'hospitalisation plus courte et la possibilité de traiter d'autres lésions associées. Nos résultats similaires Coulibaly B dans son a retrouvé pour chacune 38,10% [24].

Par contre Diouf AA et al [27], la voie basse représentait 95,1% des interventions avec 46,6% de TOP ; et O. Lasri [31] dans son étude, la voie vaginale représentait 86,1 % des interventions réalisées, triple intervention périnéale (TIP) associée à une hystérectomie a été réalisée chez 19,4% des patientes de sa série.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,5 jours avec un extrême de 2 à 7 jours ceux qu'est inférieur à celui de Coulibaly B3,5jours [24].

### **5- Pronostic :**

Le pronostic des interventions chirurgicales d'une manière générale et du prolapsus en particulier est bon surtout pour les interventions par voie basse. Nous avons eu aucune complication per opératoire.

Les complications post-opératoires dans la littérature sont marquées par les maladies trombo-emboliques (0.5%) [34].

En post-opératoire, nous n'avons noté aucune complication.

Concernant les complications postopératoires, nos résultats rejoignent ceux de Coulibaly B [24] et Bohoussou E [35] n'ont enregistré aucune complication post-opératoire dans leurs études.

Bien que des complications soient possibles, la mortalité liée à la chirurgie du prolapsus uro-génital reste rare, dans notre étude nous n'avons pas enregistré de décès maternel comme dans les séries de Coulibaly B [24] et Diop MB [37.]

Concernant le pronostic fonctionnel, nous avons observé une rémission des signes fonctionnels chez 91,43% des patientes qui en souffraient et ces données sont proches de celles de Jaafar Y en 2017 au Maroc [36] avec 89% de guérison des troubles urinaires. Les récurrences sont généralement possibles après cure chirurgicale de prolapsus et la prévalence varie selon le terrain et la technique opératoire.

**6- Aspect analytique :**

Cependant dans notre étude nous avons retrouvé une relation entre l'âge et la technique opératoire, de même qu'entre le degré de prolapsus et la technique opératoire. Ces caractéristiques sont similaires à celui de Coulibaly B [24].

# **VII-CONCLUSION**

## **VII. CONCLUSION :**

Le prolapsus génital est une pathologie handicapante dont la prévention peut se faire en évitant les facteurs de risque.

Le diagnostic est essentiellement clinique réalisé dans de bonnes conditions.

Les examens complémentaires sont réalisés en fonction du contexte.

La prise en charge est diverse et variée en passant par la physiothérapie, l'usage de pessaire, et les multiples options chirurgicales. Dans tous les cas, le respect des indications thérapeutiques, et la restauration du bien-être des malades doivent primer.

Le pronostic fonctionnel post-opératoire est bon le plus souvent.

# **VIII-RECOMMANDATIONS**

## **VIII.RECOMMANDATIONS**

Aux autorités politiques et administratives :

- Rendre facile l'accès rapide aux structures sanitaires dans les zones de campagnes ;

Aux prestataires de services :

- Améliorer la qualité des consultations prénatales jusqu'à l'accouchement en vue d'éviter le traumatisme obstétrical.
- Assurer l'information, l'éducation et la communication autour du sujet en vue d'inciter les femmes aux consultations gynécologiques.

Aux populations et aux femmes en général :

- Effectuer correctement les consultations prénatales dès le début de la grossesse ;
- Eviter les recours tardifs aux soins obstétricaux et les accouchements à domicile ;
- Utiliser à bon escient les services de santé ;
- Suivre les conseils des prestataires en matière de santé de la reproduction.



# **IX-REFERENCES**

- [1] **J Lansac, Jacquet A.**  
Gynécologie pour le praticien. Tours : Elsevier Masson, 2018 ; 620 p
- [2] **Wu JM, Mattheus CA, Conover MM, Pate V, Jonson Furk M. Lifetime**  
Risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol* 2014 ; 123 :1201-6.
- [3] **Husaunndee. M. Rousseau, Deleflie M.** Traitement chirurgical des prolapsus génitaux par une nouvelle technique d'hystéropexie latérale prothétique combinant voie vaginale et coelioscopique. *J. Gynecolobst et Bioreprod*, 2003,320 :24-7.
- [4] **Chiara G et al.** Pelvic organ descent and symptoms of pelvic floor disorders, *American journal of obstetrics and gynecology*,2005, 53-7p.
- [5] **Diarra A.**Aspects cliniques et thérapeutiques des cystocèles au service d'urologies du CHU Gabriel Touré à Bamako au Mali. Thèse de Médecine N° / M282 ; p (102-104) juin 2013.
- [6] **Elharrech Y, Hajji F, Chafki M, Ghadouane GH, Ameer A, Abbar M.**  
Prolapsus génitaux chez la femme, voie haute ou voie basse ? Prothèse ou non ? hystérectomie ou non ? *J Maroc Urol* 2010 ; 18 :15 – 23.
- [7] **B Fatton.** Anatomie dynamique du périnée. Tiers(France),Béco J, Mouchel J, Nelissen G, 1998 : 21-30.
- [8] **Platzer W. Reiffenstuhel G, W, Knapstein PG.**  
Les opérations vaginales. Paris, Tec et Doc 1995 : 302p
- [9] **Yiou.R, Costa.P, Haab.F, Delmas.V.**Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien. *Prog Urol* .2009; 19(13) :916-925.
- [10] **Baden WF, Walker TA, Wayne F, Thomas A**Genesis of vaginal profile: a relaxation classification of vaginal relaxation. *Clin Obstet Gynecol* 1972; 155(4): 1048-1054.
- [11] **Prietto NM, Luber K Nager CW.**Simple yet thorough office evaluation of pelvic floor disorders. *OBG Management* 2003 ; 15(5) : 80-95.

- [12] **Wu JM, Vaughan CP, Goode, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, et al.** Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in US women *ObstetGynecol* 2014; 123(1): 141-148.
- [13] **L. Le Normand.** Prise en charge du prolapsus génito-urinaire service d'urologie, CHU de Nantes, *Progrès en Urologie* 2014,24(14) :925-928.
- [14] **Bemis, G Gordon.** Manchester Operation. *Clin ObstetGynecol* 1974; 17(3) :3-28.
- [15] **Wheeler TL, Richter HE.** Satisfaction, and symptom improvement: Analysis of the impact of partial colpocléisis for the management of severe pelvic organ prolapse. *American Journal of ObstetGynecol* 2005;193(6):2067-2070.
- [16] **Bethoux A, Bory S.** Pelvic visceral static mechanisms in women in the light of the functional exploration of the system in a standing position. *Ann chir* 1962 ; 16 : 887-916.
- [27] **Diouf A A et al.** Aspects cliniques et prise en charge chirurgicale des prolapsus génitaux au centre hospitalier national de Pikine (Dakar, Sénégal). *Jaccr Africa*, 2020; 4(3): 625-631.
- [17] **Blandon R.E., Bharucha A.E., Melton L.J., Schleck C.D., Babalola E.O., Zinsmeister A.R., et al.** Incidence of pelvic floor repair after hysterectomy: a population based cohort study *American Journal ObstetGynecol* 2007 ;197(6): 664.e1-664.e7.
- [18] **Nygaard I, Heit M.** Stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 2004 ; 104(3) :607-620p.
- [19] **Ameline A, Hugier J.** La suspension postérieure au disque lombosacré: techniques de remplacement des ligaments utéro-sacrés par voie abdominale. *GynecolObstet* 1957;56(1):94-98.
- [20] **Lei L, Song Y, Chen R.**

- Biomechanical properties of prolapsed vaginal tissue in pre and postmenopausal women. *Int Urogynecol J* 2007;18(6):603-607.
- [21] **Epstein LB, Graham CA, Heit MH.**  
Systemic and vaginal biomechanical properties of women with normal vaginal support and pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197(2): 165.e1-6.
- [22] **Graham, C.A. And Mallett V.T.**  
Race as a predictor of urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*, 2001. 185(1) : 116-20.
- [23] **Likilo Osundja Jeremy, Bosenge Nguma, Jean Didier, Lemalema Litanga Benjamin, Kyembwa Mulyumba Michel et al**  
Prolapsus Utérin : prévalence, facteurs de risque et prise en charge à Kisangani en République Démocratique du Congo. *IJIAS* ,2017 : 1-9
- [24] **Coulibaly B.** Prolapsus génital : traitement chirurgical et pronostic à l'hôpital Somine Dolo de Mopti, mali ;Thèse médecine N°/M262,2010
- [25] **Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL**  
Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 89: 51-56.
- [26] **Wetzel O. Katmeh S. Plougastel Lucas M.L. Bourdon J.**  
Traitement des prolapsus génito-urinaires par promontofixation à l'aide d'un matériel prothétique associé à une hystérectomie totale : complications et résultats à propos d'une série de 55 observations. *Prog urol* .1995 ; 5(2) :221-30.
- [27] **Baye M.** Prévalence and clinical présentation of génital prolapse in « Maternité principale » Yaoundé.  
Thèse Médecine; Yaoundé;
- [28] **Belachkar L.** Promontofixation des prolapsus génitaux : Expérience du service d'urologie CHU Hassan II, Fès Maroc ; thèse N°024/16.

- [29] **Assem A M, Magda K, Omu AE, Farghali MM** A prospective randomized study comparing abdominal sacrocolpexy and vaginal sacrospinous fixation for the management of vault prolapse. *ObstetGynecol international journal*. 2015 ;2(1) : 22-26.
- [30] **Ornella L VB, Wagner L, Renaud de T.**  
Obturator neuropathy: An adverse outcome of a trans-obturator vaginal mesh to repair pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2014; 25(1): 145-146
- [31] **Lasri O, Bannani A.** Traitement chirurgical du prolapsus génitaux à propos de 36 cas. Thèse Doctorat Médecine, Fès; 2008, N°202, 142p.
- [32] **Adjoussou SA, Bohoussou E, Bastde S, Letouzey V, Faton B, De Tayrac R.** Prévalence des troubles fonctionnels et associations anatomo-fonctionnelles chez les femmes présentant un prolapsus génital. *Progrès En Urologie*, 2013 ; 24(8) : 511–517.
- [33] **Jelvsek JE, barber MD.** Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Am J Obstet Gynecol* 2006 ; 194 :1455-61.
- [34] **Deval B, Parrate B.** Prolapsus génitaux : analyse anatomoclinique et place de l'utérus dans la statque pelvipérinéale de la femme. *EMC Elsevier Masson, Gynécologie* 2009; 320-A-10.
- [35] **Bohoussou E, Okon G, Nguele ML, Diallo AB, Guie P.** Prolapsus urogénital de la femme jeune : analyse d'une série de 43 cas. Livre des abstracts ; 6<sup>ème</sup> congrès de la SOMAGO. 2018 ; Bamako.
- [36] **Jaafar Y.** Prolapsus génital de la femme de moins de 50ans : A propos de 56 patientes. Thèse Méd. Paris; Créteil 2005, 115p.
- [37] **Diop MB.** Les prolapsus génitaux bilan de 104 cas colligés à la clinique chirurgicale du CHU de Dakar. Thèse de Med. Dakar; n°7; 1990, 190p.

# **X- ANNEXES**

**FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom :** GAKOU

**Prénom :** ALPHA

**Nationalité :** MALIENNE

**Titre de la thèse :** PROLAPSUS GENITAL A L'HOPITAL DU MALI,  
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES.

**Année :**2021

**Ville de soutenance :** BAMAKO

**Pays d'origine :** MALI

**Lieu de dépôt :** BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-  
STOMATOLOGIE

**RESUME :**

Le prolapsus génital est une pathologie peu étudiée en Afrique, particulièrement au Mali. Il est bénigne et souvent handicapant. L'objectif de ce travail était d'étudier le prolapsus génital dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali. Il s'agissait d'une étude prospective longitudinale et analytique concernant les femmes opérées dans notre service pour prolapsus génital. N'étaient pas incluses les femmes enceintes et les prolapsus survenant dans les 3 mois suivant l'accouchement. La fiche d'enquête était divisée en 3 chapitres : les caractéristiques épidémiologiques, données cliniques et les données thérapeutiques. Le test statistique utilisé a été le test de Fischer. La différence était statistiquement significative lorsque  $p < 0,05$ .

Il ressort de cette étude que 60% des patientes étaient en âge de procréer. Les femmes ménopausées représentaient 40% des cas.

L'âge moyen était de 44,74 ans avec un extrême de 17 et 80 ans, 65% de nos patientes étaient mariées et 82,86% étaient des ménagères. La parité moyenne était de 5, 22 % avec 40% des grandes multipares.

## **Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**

La masse vulvaire et la masse vulvaire associée à la pesanteur pelvienne la constituaient des principaux motifs de consultation avec respectivement 42,86% et 25,71%. Sur le plan clinique la dysurie était associée dans 17,14% des cas ; et l'IUE dans 11,43%. La cystocèle associée à hysterocele était le type de prolapsus majoritaire avec 57,29%.

L'intervention par voie basse a été l'unique voie d'abord chirurgicale ; la TOP avec sans hystérectomie était la plus pratiquée avec 54,29%.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,57 jours.

Aucune complication en peropératoire et post opératoire n'a été observée. Concernant le pronostic fonctionnel, nous avons observé une rémission des signes fonctionnels chez 91,43% des patientes

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

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

Mots-clés : Ménopause, Chirurgie vaginale, Multiparité, Prolapsus, Mali



**FICHE D'ENQUETE :**

**Prolapsus génital : Aspects Epidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques à L'hôpital du Mali**

N°De fiche : .....

Identification de la patiente :

Q1- Nom : .....

Q2- Prénom : .....

Q3- Age : .....

Q4- Profession :

Femme au foyer

élève

Fonctionnaire

Autres à préciser

Q5- Statut matrimonial : .....

Q6- A. Résidence : ..... B. Provenance : .....

**SIGNES FONCTIONNELS :**

Q7- Motif de consultation :

Tuméfaction de la valve

impression de perte d'organe .....

Pesanteur pelvienne

incontinence urinaire

Pollakiurie

mictions impérieuses  Urgences : RAU

Autres :

Dysurie

**Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**

- Pertes anormales :       Saignement
  - Leucorrhées       Autres :
- Dyspareunie      ou difficultés sexuelles :
- Constipation      ou gêne à la défécation
- Autres : .....

III- ANTECEDENTS !

- Q8- ATCD obstétricaux : 1- grossesse : .....
- 2- Parité : .....
  - 3- Ménopause : .....
  - 4- avortement : .....
  - 5- décès : .....

Q9A- Dystocie : 1- Oui                       2- Non

Accouchement avec expression abdominale : 1 : Oui                       2 : Non

ATCD de gros fœtus : 1 : Oui                       2 : Non

Césarienne : 1 : Oui       2 : Non

- Q10- ATCD Chirurgicaux : 1- Cure de prolapsus
- 2- hystérectomie
  - 3- Autres                       .....

- Q11- ATCD Médicaux : 1- Diabète
- 2- toux chronique
  - 3- constipation
  - 4- Autres                       .....

Q12- ATCD Familiaux : 1-notion de cystocèle

2-diabète

3- Autres  .....

#### IV- EXAMEN PHYSIQUE

Signes cliniques de l'affection :

Q13- Cystocèle : Oui  Non  ; Q13A- Autres : .....

Signes urinaires :

Q14- Incontinence urinaire d'effort ; 1- Oui  2 : Non

Q15- Rétention aigue d'urine : 1 ; Oui  2 : Non

Q16- Autres : .....

Classification de Baden et Walker

Q17- Premier degré : 1 : Oui  2 : Non

Q18- deuxième degré : 1 : Oui  2 : Non

Q19- troisième degré : 1 : Oui  2 : Non

Q20-Quatrième degré : 1 : Oui  2 : Non

Affections associées :

Q20- néo du col : 1 : Oui  2 : Non

Q21- hernie inguinale : 1 : Oui  2 : Non  Q22- fibrome utérin : 1 : Oui

2 : Non

Q23- tumeur annexielle : 1- Oui  2 : Non  Q24- déchirure ancienne du

périnée : 1 : Oui  2 : Non

Q25- poids/ /kgs taille/ /m

autres :

.....

**V- EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

Q26- Echographie pelvienne : 1 : Oui  Résultat 2 : Non

:

Q27- UIV : 1 : Oui  2 : Non

Q28- UCR : 1 : Oui  2 : Non

Q29- Colpocystogramme : 1 : Oui  2 : Non  Résultat :

Q30- Exploration urodynamique : 1 : Oui  2 : Non  Résultat :

Q31- Frottis cervicovaginal : 1- Oui  2 : Non  Résultat :

Q32- IVA/IVL : 1- Positif  2- Négatif

Résultat :

Q33- ECBU : 1 : Oui  2 : Non

**VI- TRAITEMENTS MEDICAL :**

Q34- Pose de pessaire : 1 : Oui  2 : Non

Q35- Oestrogénothérapie : 1 : Oui  2 : Non

Q36A- Si Oui quelle .....

Hormone : .....

Q37- Kinésithérapie : périnéale : 1 : Oui  2 : Non

Q38- Autres : .....

**CHIRURGICAL**

Q39- Par voie basse : .....

Q40 : Par Autres Voies

.....  
.....  
.....

## VII- COMPLICATIONS

Complications per-opératoires :

Q41- Lésion urinaires : vésicales : 1 : Oui  2 : Non

Urétrales : 1 : Oui  2 : Non

Autres : .....

Q42- Lésions rectales : 1 : Oui  2 : Non

Q43- Hémorragie : 1 : Oui  2 : Non

Lésions vasculaires : 1 : Oui  2 : Non

Autres : .....

Complications post-opératoires :

Q44- Rétention urinaire après ablation de sonde : 1 : Oui  2 : Non

Q45- Hémorragie post-opératoire : 1 : Oui  2 : Non

Q46- complications infectieuses : .....

Q47- Œdème périnéal important plus lâchage de fil :

1 : Oui  2 : Non

Q48- Autres : .....

## VIII- HOSPITALISATION

Q49- Durée du séjour : ..... ; Q50- Durée de la sonde urinaire : .....

**Prolapsus génital à l'hôpital du Mali ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques**

Q51- Evolution à court terme : Exeat : 1 : Oui  2 : Non

Transfert : 1 : Oui  2 : Non

Décès : 1 : Oui  2 : Non

**IX- RESULTAT DU TRAITEMENT**

Q52- A un mois 1 : Oui  2 : Non  Q52A- résultat anatomique :

bon  moyen  mauvais

Q52B- résultat fonctionnel :

Bon  Moyen  Mauvais Q52C- degré de satisfaction de

la patiente :

très satisfait  moyennement satisfaisant  non satisfaisant Q53- A six

mois :

Q53A- résultat anatomique :

Bon  Moyen  Mauvais Q53B- résultat fonctionnel

:

Bon  Moyen  Mauvais Q53C- degré de satisfaction

de la patiente :

Très satisfaite  Moyennement satisfaisant  Non satisfaisant

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'**HIPPOCRATE**, je promets et je Jure, au nom de l'**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 à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

**Je** ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

**Je** garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

**Même** sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

**Respectueux** et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs Enfants l'instruction que j'ai reçue de 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.

**Je le jure**