

LISTE DES ABREVIATIONS

CHNP	: Centre Hospitalier National de Pikine
DES	: Diplôme d'Etudes Spécialisées
gh	: Mesure de l'hiatus génital
HRT	: Hystérectomie
HTA	: Hypertension artérielle
ICS	: International continence society
IMC	: Indice de masse corporelle
LST	: Ligature et section des trompes
ORL	: Oto-rhino-laryngologie
Pb	: Mesure de l'épaisseur du périnée
PFH	: Plicature du Fascia de Halban
POP.Q	: Pelvic organ prolaps quantification system
POP	: Pelvic organ prolaps
TIP	: Triple intervention périnéale
tvI	: Longueur vaginale totale
USA	: United States of America

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Coupe transversale du bassin	7
Figure 2: Moyens de fixité de l'utérus	8
Figure 3: Coupe sagittale du petit bassin féminin.....	9
Figure 4: Classification de Baden et Walker, Stades 0, I, II, III et IV du prolapsus génital	12
Figure 5 : Comparaison des systèmes d'évaluation utilisés généralement.	13
Figure 6 : Trois stades des prolapsus selon la classification de BADEN et WALKER.....	13
Figure 7: Classification de POP-Q.....	15
Figure 8: Types des pessaires.....	18
Figure 9 : Types des pessaires.....	18
Figure 10 : Fixation des prothèses au promontoire.....	20
Figure 11: Répartition des patientes selon les tranches d'âge des patientes.....	28
Figure 12: Répartition des patientes selon la gestité.....	29
Figure 13: Répartition des patientes selon la parité	29
Figure 14: Répartition des patientes selon le grade des types de prolapsus	31
Figure 15: Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Classification de Baden et walker	12
Tableau II : Répartition des patientes selon les motifs de consultation	30
Tableau III: Répartition des patientes selon les types de prolapsus	31
Tableau IV : Répartition des patientes selon les types d'intervention	32
Tableau V : Répartition des patientes selon l'évolution	32

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE	3
I. EPIDEMIOLOGIE.....	4
II. RAPPEL ANATOMOPHYSIOLOGIQUE	4
1. Fascias pelviens	5
2. Ligaments viscéraux.....	5
3. Espaces de dissection	5
4. Moyens de fixité du pelvis	6
5. Diaphragme pelvien et périnée.....	6
6. Structures conjonctives pelviennes	7
7. Fonctions du plancher pelvien.....	8
III. ETIOPATHOGENIE.....	9
1. Altérations du tissu de soutien	9
2. Facteurs ostéoarticulaires	10
3. Facteurs de risques	10
3.1. Âge	10
3.2. Parité.....	10
3.3. Voie d'accouchement.....	10
3.4. Macrosomie fœtale	10
3.5. Facteurs de risque d'hyperpression abdominale.....	11
3.6. Facteurs de risque iatrogéniques	11
4. Classification de prolapsus génitaux	11
IV. ASPECTS CLINIQUES	16
1. Interrogatoire	16
2. Examen physique	16
3. Examens complémentaires	16
V. TRAITEMENT	16
1. But	17
2. Principes opératoires	17
3. Moyens	17
3.1. Non chirurgicaux.....	17
3.2. Moyens chirurgicaux.....	19
4. Indications	21
4.1. Prolapsus génital de la femme âgée	21
4.2. Prolapsus génital de la femme jeune	21

4.3. Récidive de prolapsus génital.....	21
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	23
I. CADRE D'ETUDE.....	24
1. Situation géographique et cadre général	24
2. Description du cadre de l'étude proprement dit.....	25
II. OBJECTIFS	24
III. METHODOLOGIE	26
IV. RESULTATS	28
1. Epidémiologie	28
2. Clinique	30
3. Traitement.....	32
V. DISCUSSION.....	34
1. Limite de l'étude	34
2. Prévalence générale.....	34
3. Age	34
4. Parité.....	34
5. Mode d'accouchement	34
6. Ménopause.....	35
7. Motif de consultation	35
8. Type de prolapsus.....	35
9. Traitement.....	35
10. Evolution	36
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	37
REFERENCES	40

INTRODUCTION

Connue depuis l'antiquité, le prolapsus génital est une saillie (ptose) permanente ou à l'effort, intra vaginale ou extériorisée d'une ou de plusieurs composantes des viscères pelviens suite à la dégradation de leur système de soutènement et de suspension.

Il s'agit d'une pathologie exclusivement féminine pouvant toucher les parois vaginales antérieures ou postérieures, l'utérus ou le dôme vaginal qui peut survenir à tout âge.

Le prolapsus génital est une affection fréquente et bénigne mais qui peut devenir handicapante surtout lorsqu'elle est associée à une incontinence urinaire d'effort. Bien que ce soit encore un sujet tabou et trop de femmes n'osent pas en parler et vivent dans l'inconfort, sa reconnaissance clinique est, en général, facile, la difficulté réside dans la reconnaissance précise des lésions anatomiques dont dépend le traitement.

L'étiopathogénie de prolapsus génital reste controversée mais plusieurs facteurs de risque ont été décrits : les accouchements multiples, la macrosomie fœtale, la ménopause, la constipation chronique, les antécédents de prolapsus urogénital et toute cause d'hyperpression pelvienne.

Le traitement reste essentiellement chirurgical, il s'agit d'une chirurgie de restauration anatomique mais aussi fonctionnelle. Ainsi la prise en charge de prolapsus pose un problème vu la multiplicité de techniques chirurgicales.

La stratégie chirurgicale dépend des dégradations anatomiques, des troubles fonctionnels, de l'âge de la patiente, son degré d'activité sexuelle et aussi des préférences de chaque chirurgien et de son expérience.

C'est dans ce cadre que nous avons réalisé cette étude au centre hospitalier national de Pikine ayant pour objectifs :

- Décrire le profil épidémiologique et clinique des patientes porteuses de prolapsus génital ;
- Décrire les aspects thérapeutiques.

PREMIERE PARTIE

I. EPIDEMIOLOGIE

La prévalence du prolapsus génital est mal connue, il représente 13% des indications d'hystérectomies au Québec, et ils font l'Object de 500000 interventions/an aux USA selon l'étude de Cosson [1].

En France, la prévalence 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%). Après 65ans ,30% des interventions chirurgicales majeures pour pathologie bénigne et maligne correspondent à des cures des prolapsus. La majorité des interventions est réalisée entre 45 et 75 ans, et l'âge moyen des patientes est de 60 ans [2].

L'incidence augmente également avec les nombres d'accouchements par voie basse et le poids fœtal à la naissance : 44% des femmes qui ont un prolapsus ont accouché au moins une fois. Les prolapsus est rare chez le nullipare (6%). La chirurgie des hystérectomies et les vulvectomies peuvent augmenter l'incidence.

Le prolapsus peut s'accompagner de :

- troubles urinaires à type d'incontinence à l'effort, hyperactivité vésicale avec pollakiurie et urgenturie et dysurie ;
- troubles anorectaux type de constipation, de dyschesie ou d'incontinence anale ;
- troubles génitaux, dyspareunie, métrorragies.

En Afrique, Lukmany en Ethiopie a retrouvé une prévalence des prolapsus génitaux de 19,9 % sur l'ensemble des opérations gynécologiques [3].

II. RAPPEL ANATOMOPHYSIOLOGIQUE [10,16]

La fréquence et l'aspect spécifique des prolapsus pelvi génitaux dans l'espèce humaine sont une conséquence directe de la station érigée, qui conditionne la forme du bassin, la direction des pressions abdominales, le mécanisme de la parturition.

Dans les conditions spécifiques à l'espèce humaine et aux grands singes anthropoïdes, la fermeture de l'orifice caudal du bassin repose sur le diaphragme pelvien, et tout particulièrement l'aponévrose pelvienne et le faisceau pubo-rectal du releveur.

Les viscères pelviens sont également maintenus par les densifications du tissu conjonctif pelvien que sont les ligaments viscéraux.

L'étude analytique et la nomenclature de ces structures sont nécessaires avant d'envisager la synthèse de leur organisation fonctionnelle.

1. Fascias pelviens

Les fascias sont les couches conjonctives enveloppant viscères et muscles. Il s'agit du fascia rectal, vaginal, utérin, urétral, vésical et du fascia du diaphragme pelvien (« aponévrose pelvienne dans l'ancienne nomenclature »).

2. Ligaments viscéraux

Les ligaments viscéraux représentent un renforcement conjonctif du tissu cellulaire pelvien.

Ils sont divisés en deux groupes : les ligaments latéraux et les ligaments sagittaux. Les ligaments latéraux sont au nombre de trois : génital, vésical, rectal.

Le ligament génital est en fait le plus puissant et représente le moyen majeur de suspension de l'utérus et il comprend :

- Le paramètre qui accompagne l'artère utérine ;
- Le paracervix qui stabilise le col et le vagin et ;
- Le paracolpos : stabilise le vagin.

Les ligaments sagittaux sont constitués par les ligaments utéro- sacrés et par les ligaments vésico-utérins. L'ensemble étant prolongé par les ligaments pub-vésicaux et le tout Constituant une lame sacro-recto-génito- pubienne.

3. Espaces de dissection

C'est sur leur dissection que repose la chirurgie du prolapsus par voie vaginale. On distingue :

- L'espace rétro-pubien (de Retzius) entre la symphyse pubienne et la vessie ;
- L'espace rétro-rectal entre le fascia rectal et le fascia rétro-rectal ;
- Les espaces vésico-vaginal et vésico-utérin limités en bas par les accolements entre l'urètre et le vagin ;
- L'espace recto-vaginal dont l'entrée est limitée par voie vaginale par l'accolement entre le cap anal et le vagin au-dessus du centre tendineux du Périnée et par voie haute par la réunion des ligaments utérosacrés en arrière du col utérin ;
- Les fosses para-vésicales : leur plancher est formé par le muscle élévateur de l'anus et leur orifice supérieur est situé entre les vaisseaux iliaques en dehors et l'artère ombilicale en dedans. Elles sont comprises entre, médialement la vessie, latéralement le muscle obturateur, en arrière le

paracervix et en avant l'espace rétro pubien. Elles sont traversées par les vaisseaux obturateurs ;

- Les fosses para rectales qui se situent entre le paracervix en avant, le rectum et le ligament utérosacré en dedans, le muscle piriforme latéralement et le muscle élévateur de l'anus en arrière.

4. Moyens de fixité du pelvis

Les moyens de fixité du pelvis qui peuvent servir de point d'ancrage dans le traitement chirurgical du prolapsus génital sont :

- Le ligament longitudinal antérieur : qui descend sur la face antérieure du rachis et se fixe jusqu'à la face antérieure de la deuxième vertèbre sacrée.

Il représente le point de suspension des prothèses utilisées lors des cures du prolapsus génital ou de prolapsus anal par promontofixation ;

- L'arc tendineux du fascia pelvien : fait partie du fascia pelvien. C'est un renforcement tendineux constituant en partie l'étoile de Roggie ;
- Le ligament sacro épineux : il se dirige en arrière et médialement pour s'insérer sur les deux dernières vertèbres sacrées et sur les deux premières coccygiennes. Les ligaments sacro-épineux représentent le point d'ancrage de la sacrospinofixation selon Richter pour les cures de prolapsus du fond vaginal.

5. Diaphragme pelvien et périnée

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

- la partie externe pelvi coccygienne statique, se fixe sur le ligament Ano coccygien ;

- la partie interne puborectale, dynamique (elle élève et ferme le canal anal), Naît de la face postérieure du corps du pubis, se dirige en bas et en arrière et se termine en arrière du rectum, solidaire du sphincter externe strié de l'anus, en s'unissant à son homologue controlatéral ;

Quelques fibres de la partie interne du releveur se rendent cependant au Centre tendineux (noyau fibreux central) du périnée : c'est le muscle pubovaginal.

Le maintien de la statique pelvienne dépend à ce niveau de l'intégrité du centre tendineux du périnée, situé entre vagin et canal anal, solidaire du faisceau élévateur par continuité des structures conjonctives.

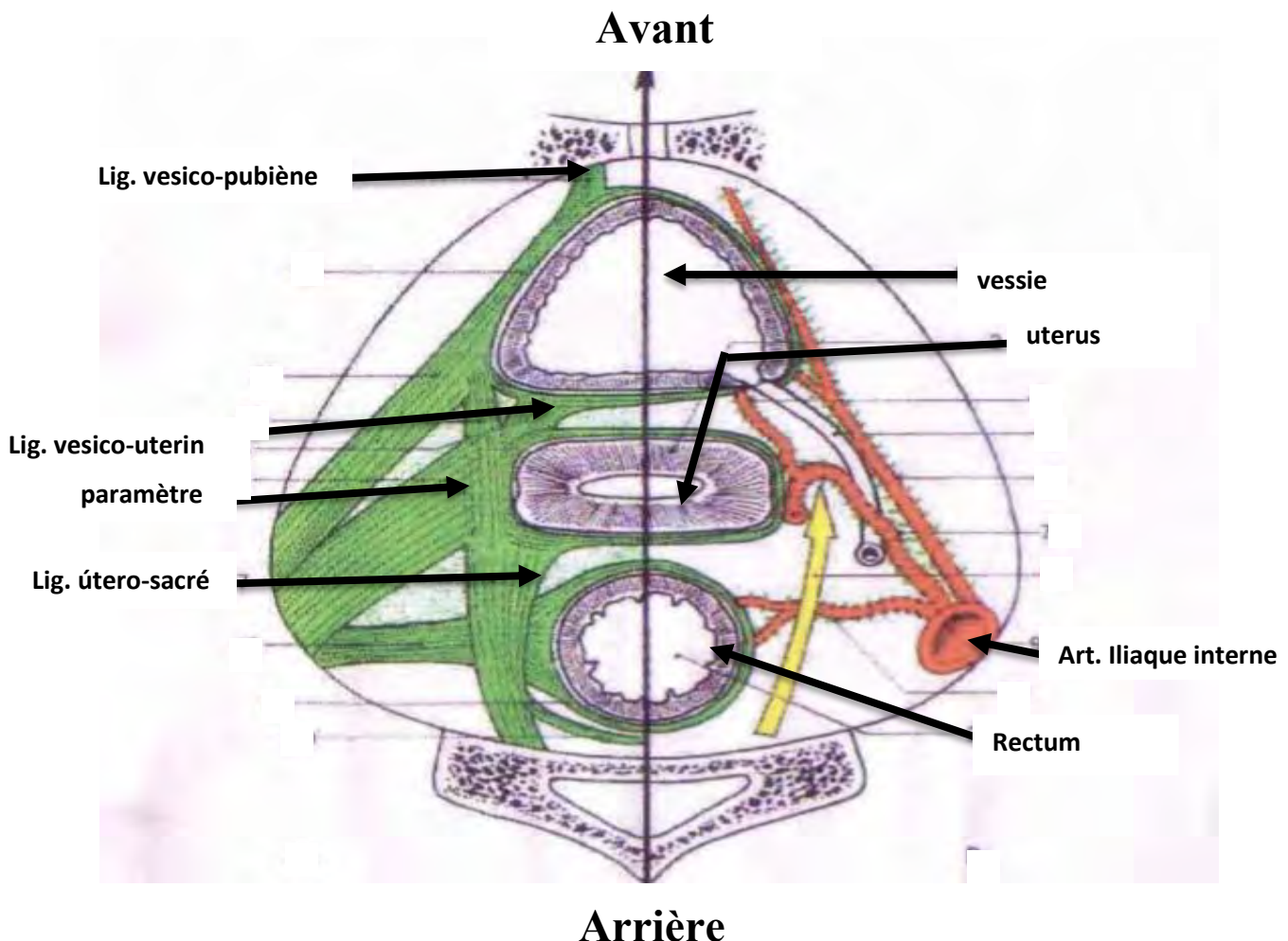


Figure 1: Coupe transversale du bassin [4].

6. Structures conjonctives pelviennes

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

Les fascias viscéraux, couches conjonctives superficielles, recouvrent tous les Organes pelviens.

Les ligaments viscéraux (anciens ailerons viscéraux) sont organisés autour des branches de l'artère hypogastrique. Ils sont en continuité avec des formations antéropostérieures (ligaments pubovésicaux, vésicoutérins, utérosacrés).

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

Les paramètres et surtout les paracervix se densifient près de la région cervico-isthmique de l'utérus ; Vers le bas, ils s'étendent jusqu'au fascia pelvien. Ils ont un rôle essentiel dans la suspension de l'utérus.

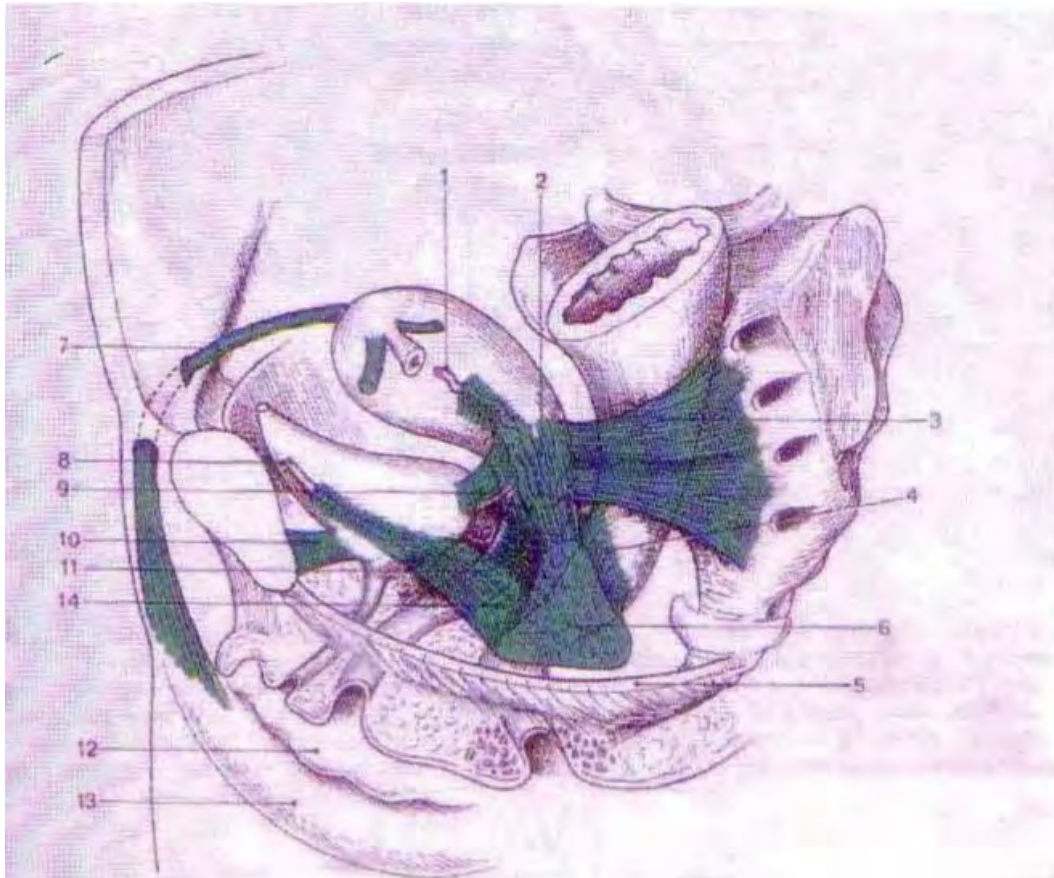


Figure 2: Moyens de fixité de l'utérus [4,5]

Systèmes de maintien de l'utérus. 1 artère utérine – 2 paramètres – 3 ligament utéro sacré – 4 ligament rectal latéral – 5 diaphragme pelvien – 6 section de la base du ligament large 7 ligament rond – 8 artère ombilicale – 9 ligament vesico utérin – 10 ligaments vésico-pubien – 11 paracevix - 12 petite lèvre – 13 grande lèvre - 14 ligament vésical latéral.

7. Fonctions du plancher pelvien [5]

L'orientation des viscères pelviens permet de s'opposer à la pression abdominale. Ces viscères se disposent, en station debout, en « marches d'escalier ». Le fond utérin repose sur la vessie, la vessie repose sur le vagin, le col utérin et le vagin s'appuie sur le centre tendineux du périnée, le rectum et le ligament anococcygien maintenus par les muscles élévateurs.

Lorsque la paroi abdominale et le plancher pelvien sont de bonne qualité, la résultante des forces de pression est dirigée vers la concavité sacrée et le périnée

Postérieur.

Les viscères se déplacent vers l'arrière et non vers le bas à la poussée d'effort.

Le relâchement des muscles du rachis et de la paroi abdominale, lié à l'âge et à l'obésité, entraîne une antéversion du bassin : Les pressions sont alors dirigées vers la fente urogénitale.

L'effort de retenue peut être volontaire, avec mise en jeu synergique du muscle élévateur et du sphincter externe de l'anus.

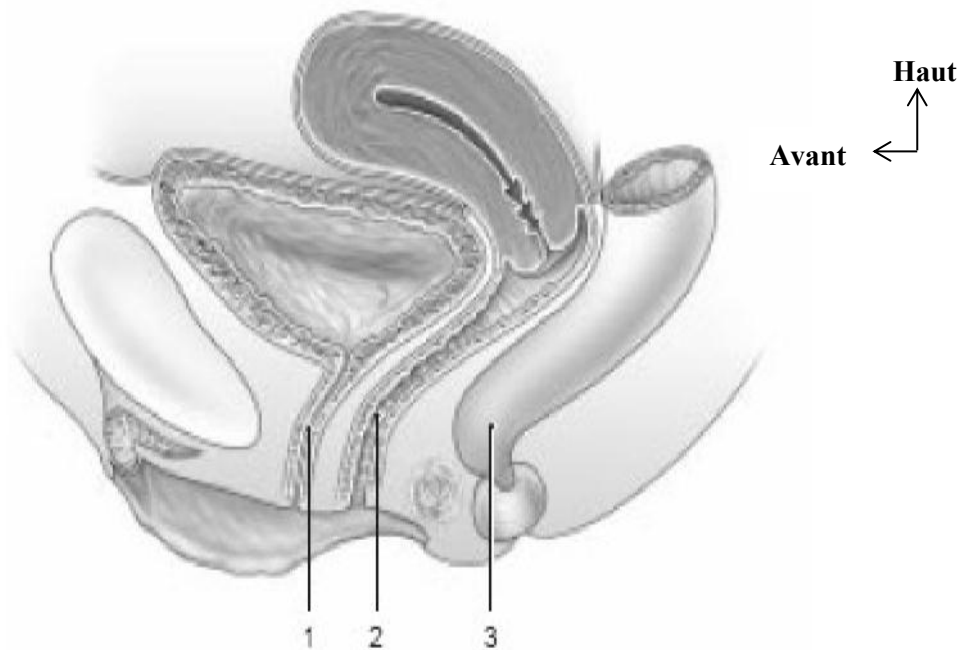


Figure 3: Coupe sagittale du petit bassin féminin

1 : Cap vésico-urétral 2 : Cap vaginal 3 : Cap anorectal

III. ETIOPATHOGENIE

Le trouble de la statique pelvienne et le prolapsus apparaissent lorsque l'équilibre anatomique et mécanique entre la pression abdominale et les forces de résistance périnéale est rompu.

1. Altérations du tissu de soutien

La résistance à la traction du tissu conjonctif est diminuée de façon significative chez les patientes porteuses d'un prolapsus, en particulier le point de résistance maximale.

Une augmentation de l'extensibilité de la paroi vaginale est aussi observée.

La quantité totale de collagène dans le paramètre est globalement diminuée chez les patientes porteuses de prolapsus, par rapport à une population témoin, indépendamment du statut hormonal. Plusieurs auteurs ont mis en évidence dans

la sous muqueuse vaginale, les ligaments utérosacrés et les paramètres, une diminution de ce rapport par augmentation du collagène des patientes présentant un prolapsus.

2. Facteurs ostéoarticulaires

Des modifications du squelette axial et pelvien reliées au risque de prolapsus urogénital ont été mises en évidence dans de nombreuses études cas-témoin. Une accentuation de la cyphose thoracique, une diminution de la lordose lombaire, une modification l'orientation verticale du détroit supérieur et une augmentation de son diamètre transverse sont les principaux éléments retrouvés liés au risque de prolapsus.

3. Facteurs de risques

3.1. Âge

Le prolapsus génital est une pathologie qui touche surtout la femme âgée. Cette pathologie n'épargne cependant pas la femme jeune puisque 27 % des patientes âgées de 18 à 29 ans ont un prolapsus anatomique de grade supérieur ou égal à 2 même si toutes ces patientes ne sont pas symptomatiques [6]. Ceci peut s'expliquer par le vieillissement des tissus qui vont être soumis à des contraintes mécaniques répétées tout au long de la vie.

3.2. Parité

La parité est un facteur de risque nettement identifié dans la littérature [2,7]. Le risque augmente avec le nombre d'accouchements. Handa rapporte une augmentation de 1,4 de l'odd ratio après chaque accouchement [8].

3.3. Voie d'accouchement

Il semblerait que l'accouchement par césarienne soit un facteur protecteur comparé à l'accouchement par voie basse. Gyhagen et al, ont retrouvé deux fois plus de prolapsus chez les patientes ayant accouché une fois par voie vaginale comparativement aux patientes ayant été césarisées, que cette césarienne ait été programmée ou non [9].

3.4. Macrosomie fœtale

Il semblerait qu'un poids de naissance de plus de 4000 g soit un facteur de risque de prolapsus génital. Gyhagen a retrouvé une augmentation du risque de Prolapsus de 3 % pour chaque 100 g supplémentaires de poids de naissance [9].

3.5. Facteurs de risque d'hyperpression abdominale

L'obésité est un facteur de risque de prolapsus génital [10 ; 11,12 ;]. Handa a retrouvé la circonférence abdominale comme facteur de risque de prolapsus mais pas l'indice de masse corporelle (IMC) [2]. La constipation ainsi que les maladies pulmonaires chroniques pourraient également être un facteur de risque de prolapsus en raison des efforts de poussées.

On peut imaginer pour les mêmes raisons qu'une activité sportive assidue, sollicitant de façon chronique le plancher pelvien et le périnée.

3.6. Facteurs de risque iatrogéniques

L'hystérectomie est souvent considérée comme un facteur de risque de prolapsus génital et cette question est fréquemment posée par les patientes en consultation préopératoire [2]. La section des ligaments cardinaux et utérosacrés pourrait expliquer la survenue du prolapsus après une hystérectomie totale.

4. Classification de prolapsus génitaux [6,13]

Les classifications les plus souvent utilisées sont celles de Baden et Walker et de l'international continence society (ICS).

Elles utilisent une représentation du vagin du profil avec pour point de repère l'orifice hyménéal.

Classification de BADEN et WALKER

Elle repose sur la position de différents éléments du prolapsus par rapport à l'orifice hyménéal. Le vagin est séparé en 3 segments : antérieur, moyen et postérieur, eux même scindés en 3 compartiments chacun : urètre (urétrocèle) et vessie (cystocèle) pour le segment antérieur, utérus (hystérocèle) pour le segment moyen, cul de sac de douglas (colpocèle) et rectum (rectocèle) pour le segment postérieur.

L'évaluation se fait chez une personne en décubitus dorsal, en position gynécologique, associé à un effort de poussée abdominale.

La descente des organes génitaux est alors évaluée par rapport à l'orifice hyménéal qui est le point de référence.

Tableau I: Classification de Baden et walker

Stade	Situation du prolapsus
1	Intravaginal
2	Affleurant la vulve
3	Dépassant l'orifice vulvaire
4	Totalement extériorisé

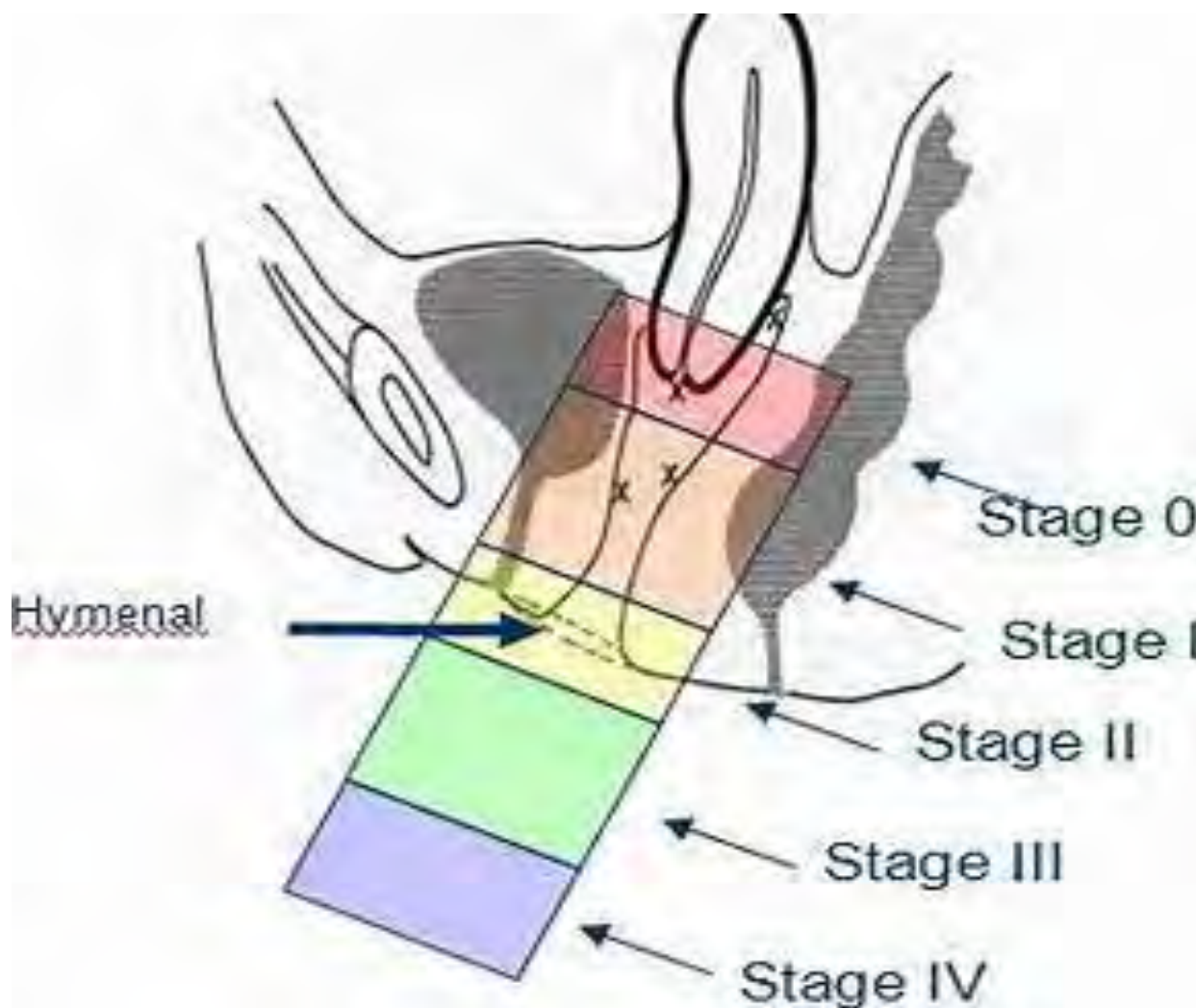


Figure 4: Classification de Baden et Walker, Stades 0, I, II, III et IV du prolapsus génital [13]

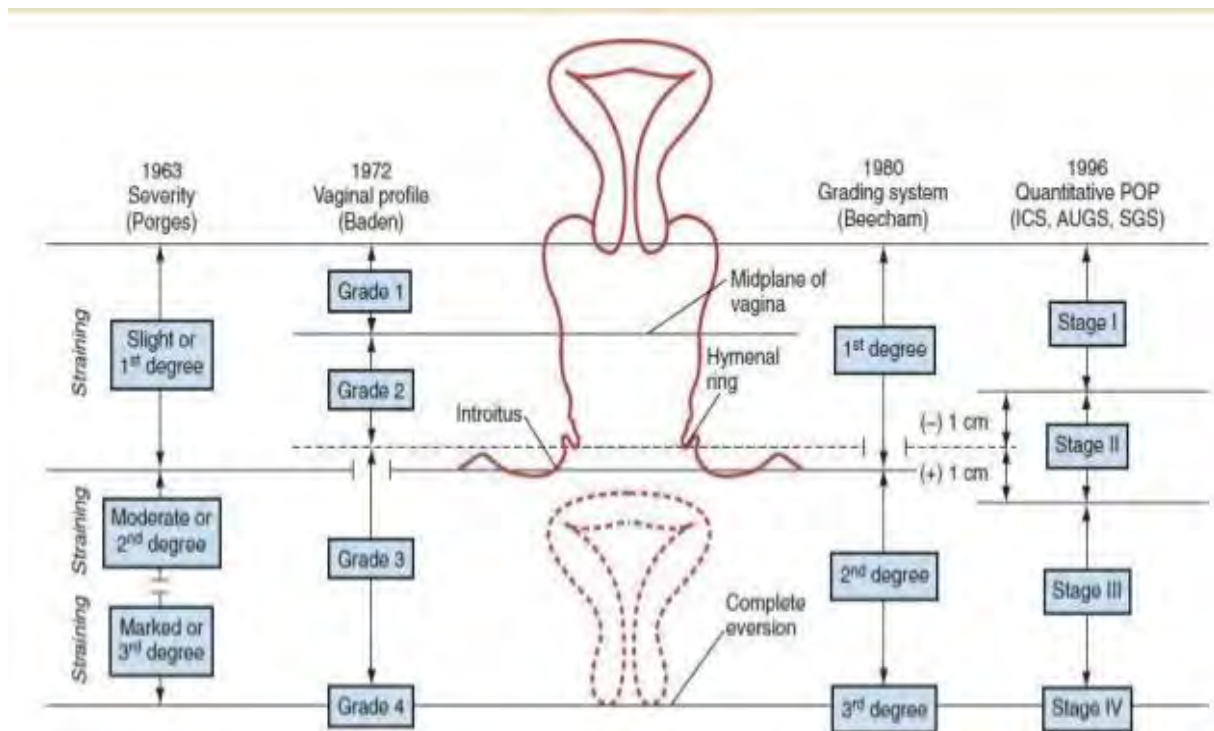


Figure 5 : Comparaison des systèmes d'évaluation utilisés généralement.

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

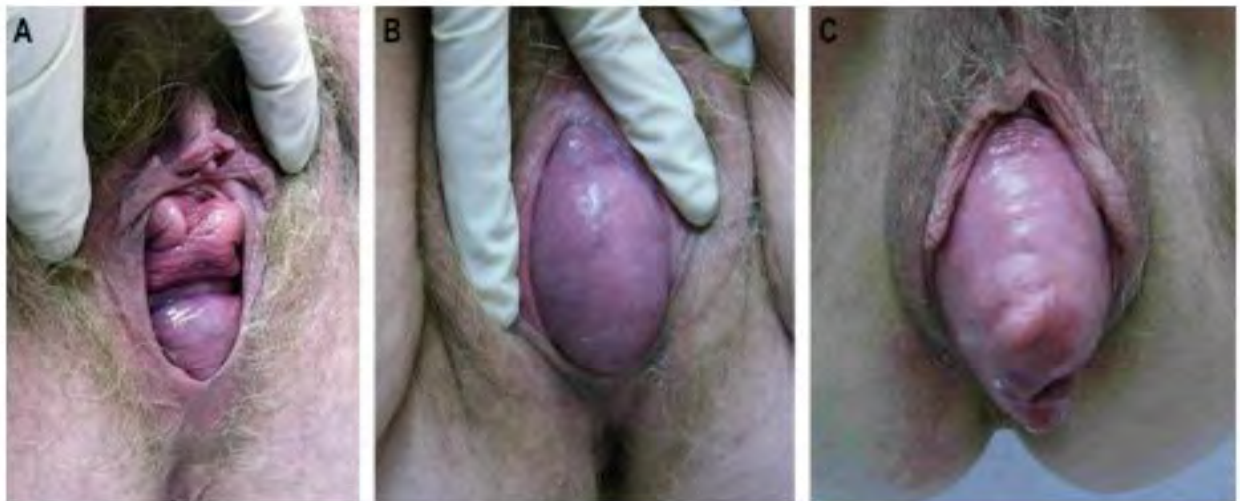


Figure 6 : Trois stades des prolapsus selon la classification de BADEN et WALKER.

A.Stade 2. B.Stade 3. C.Stade 4 [6].

Classification de l'ICS : pelvic organ prolapse quantification system (POP Q)

L'international continence society a défini en 1996, une classification ayant Comme but d'être objective, reproductible, tout en précisant les conditions d'examen et les examens cliniques accessoires pour permettre une description quantitative et une classification ordinaire du prolapsus.

Cette classification recommande une description des segments vaginaux

Prolabés sans présumer de leur contenu, de recourir à la poussée abdominale

Maximale et de s'aider de la traction par pince et de l'examen debout.

Elle définit le type de table de l'examen utilisé, de valves, de réplétion vésicale, le contenu rectal et les critères de mesure. Les mesures des prolapsus sont effectuées par rapports à des points de repères anatomiques :

- L'orifice vulvaire est le point 0, ce qui est en dedans est chiffrés en négatifs, ce qui est en dehors est chiffrés en positifs.
- Un point accessoire, le plan de l'épine ischiatique, (fond du vagin) Six points anatomiques sont définis :

➤ **Au niveau de la paroi vaginale antérieur :**

- **Aa**, située 3 cm en dedans du méat, variant de -3cm à +3 cm, -3cm Correspond à sa position normale et + 3 cm correspond au degré maximal de la cystocèle.
- **Ba**, point le plus distal de la paroi vaginale antérieur par rapport à Aa, situé à -3cm en absence de prolapsus, il aurait une valeur de +3cm dans les cas d'une version complète du fond utérin en cas d'hystérectomie totale.

➤ **Au niveau du segment moyen**

- **C** correspond au col utérin ou au fond vaginal en cas d'hystérectomie
- **D** le point qui représente la position du cul de sac vaginal postérieur

➤ **Au niveau de la paroi vaginale postérieur :**

- **AP**, point situé à la partie médiane de la paroi vaginale postérieur, à 3 cm de l'hymen, il peut varier de -3cm à +3 cm
- **BP**, le point le plus distal de la paroi vaginale postérieur, par rapport à AP, situé par définition à -3cm en absence de prolapsus, il aurait une valeur de + cm des cas d'éversion complète du fond utérin chez les patientes hystérectomies.

Autres repères : gh (diamètre du diaphragme vaginal) tvl (longueur vaginale total), pb (épaisseur du périnée).

Lors de l'examen clinique on mesure gh, tvl, pb puis à l'aide des valves on mesure Aa, Ba, Ap, Bp, C et D.

Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q)

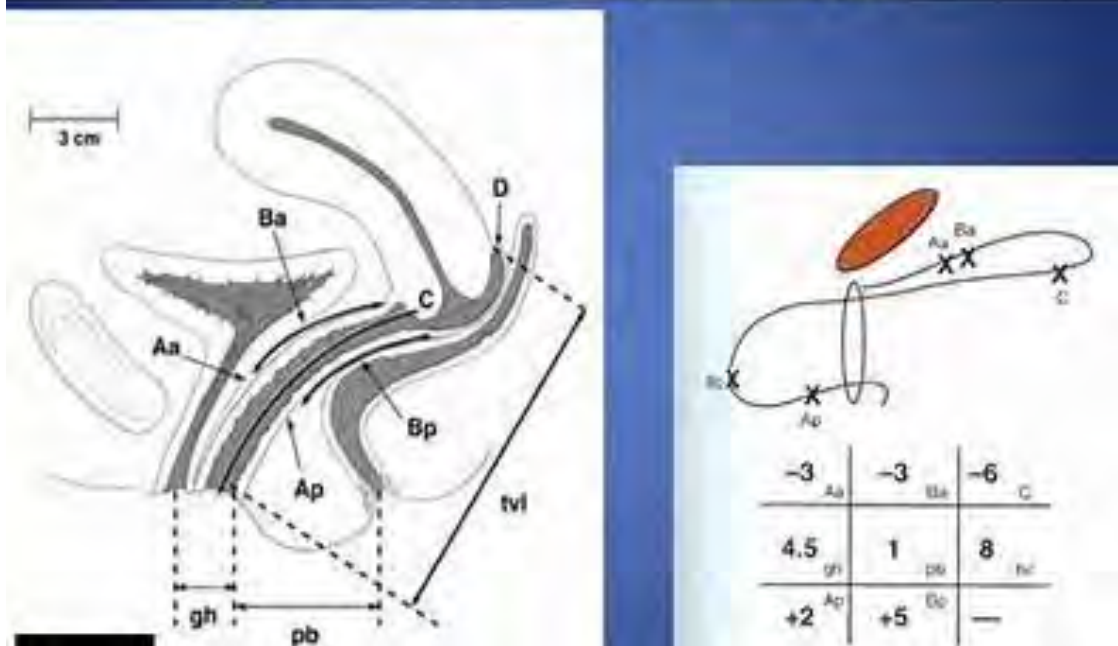


Figure 7: Classification de POP-Q.

Repères permettant la classification : **six points vaginaux** : Aa, Ba, C, D, Bp et Ap. **gh** : diamètre du diaphragme vaginal **Pb** : épaisseur du périnée. **Lvt** : longueur vaginale total [6].

A partir de ces 9 mesures on classe les prolapsus en 5 stades :

- ✓ **Stade 0** : pas de prolapsus, tous les points sont à plus de 3cm au-dessus de l'hymen.
- ✓ **Stade 1** : tous les points sont au moins de 1 cm au-dessus de l'hymen.
- ✓ **Stade 2** : le point le plus bas se place à +1 cm et -1 cm de part et d'autre de l'hymen
- ✓ **Stade 3** : le point le plus bas est situé à +1cm au-dessous de l'hymen, mais la longueur maximale de l'extériorisation est au moins inférieure de 2 cm à la longueur vaginale totale.
- ✓ **Stade 4** : retournement vaginale complet.

IV. ASPECTS CLINIQUES [8, 10, 14]

1. Interrogatoire

L'interrogatoire recherche des antécédents médicaux, obstétricaux et chirurgicaux.

Signes fonctionnels

Il peut s'agir d'une sensation de boule vaginale, de gêne, de pesanteur pelvienne et/ou extériorisation d'un organe génito- urinaire. La tuméfaction orificielle, permanente ou à l'effort au cours de la journée.

2. Examen physique

Inspection vulvaire

Elle appréciera le degré de la ptose et l'étage concerné mais aussi la présence ou non d'une éventuelle fuite urinaire à l'effort de toux.

Examen au speculum

La manœuvre de la valve antérieure, qui expose la paroi postérieure du vagin, et la manœuvre de la valve postérieure qui permet de juger un bombement du segment vésical.

Toucher vaginal

Combiné au palper abdominal, permet d'apprécier l'utérus et ses annexes, le degré de ptose des organes.

La manœuvre de Bonney peut être réalisée durant le toucher vaginal pour apprécier une fuite urinaire.

Toucher rectal

Combiné au toucher vaginal : il permet d'explorer la cloison recto-vaginale. D'apprécier l'épaisseur sa consistance et de compléter le bilan musculaire.

3. Examens complémentaires

En principe, l'interrogatoire et l'examen clinique suffisent à porter le diagnostic et à choisir l'indication thérapeutique [15]. Le bilan paraclinique permet d'évaluer le retentissement du prolapsus. On note entre autres le bilan infectieux et le bilan urodynamique.

V. TRAITEMENT

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.

1. But

- Améliorer la qualité de vie de la patiente
- Réparer les lésions associées
- Prévenir et traiter les complications
- Eviter les récides

2. Principes opératoires

- Fixation directe ou pexie à un tissu abdomino- pelvien
- Suspension indirecte de l'organe
- Soutènement de l'organe

3. Moyens

3.1. Non chirurgicaux

❖ Physiothérapie de rééducation pelvienne

Ce traitement conservateur suffit en cas de symptômes modérés, son rôle serait d'augmenter la force musculaire et la contraction volontaire du périnée « stop-pipi » en réponse à une augmentation de la pression abdominale à l'image du verrouillage périnéal à la toux pour la prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort [13, 16,17].

❖ Pessaires [18,19]

Ce sont des dispositifs mécaniques (cupules, anneaux ou cubes de soutien vaginal) introduits dans le vagin ou l'anus dans le but de maintenir les organes descendus dans leur position normale afin de soulager les symptômes. Considéré uniquement utiles chez des patientes inopérables y compris chez les femmes jeunes, en raison de son efficacité relative et de son innocuité.



Figure 8: Types des pessaires.

A Cube en tandem (Silicone) **B** Hodge avec balle (Silicone) **C** Risser (Silicone) **D** Smith (Silicone) **E** Hodge avec support (Silicone) **F** Hodge (Silicone) **G** Cube (Silicone) **H** Hodge avec support & balle (Silicone) **I** Régula (Silicone) **J** Gehrung (Silicone) **K** Gehrung avec balle (Silicone) **L** Gellhorn flexible (Silicone) **M** Gellhorn 95 % rigide (Silicone) **N** Inflatoball (Latex) **O** Shantz (Silicone) **P** Anneau avec support (Silicone) **Q** Anneau avec balle (Silicone) **R** Dish d'incontinence (Silicone) **S** Dish d'incontinence avec support (Silicone) **T** Ring avec support & balle (Silicone) **U** Anneau (Silicone) **V** Beigne (Silicone) **W** Anneau d'incontinence (silicone).



Figure 9 : Types des pessaires [18,19]

3.2. Moyens chirurgicaux

De nombreuses techniques et voies d'abord sont envisageables. Cependant les résultats sur le plan anatomique et fonctionnel sont généralement équivalents.

❖ Voie vaginale

- **Chirurgie de l'étage postérieur [3,15]**
 - ✓ **Myorraphie des releveurs de l'anus** : c'est un rapprochement sur la ligne médiane des muscles élévateurs de l'anus.
 - ✓ **Technique de Richter ou sacrospinofixation vaginale** : elle consiste en une suspension du dôme vaginal sur un des deux ligaments. Sacro épineux par l'intermédiaire d'un fil non résorbable [3].
 - ✓ **Intervention de Richardson** : c'est une suspension de l'isthme et des ligaments utérosacrés au ligament sacro-épineux.
 - ✓ **Technique de Mac call ou Duglassectomie** : résection du sac herniaire de l'élytrocèle. Pour la cure d'un entérocele.
 - ✓ **Interposition prothétique inter-recto vaginale (prothétique).**
- **Chirurgie de l'étage moyen [9]**
 - ✓ **Intervention de Richardson** : il s'agit d'une suspension de l'utérus au ligament sacro épineux, de manière unilatérale, par l'intermédiaire du col, de l'isthme, des ligaments utérosacrés ou des bandelettes vaginales.
 - ✓ **Intervention de Manchester et artifice de shirodkar** ; il s'agit d'une mise en tension des ligaments utérosacrés et suspension à la face antérieure de l'isthme.
 - ✓ **Copocléisis** ; C'est l'intervention chirurgicale consistant à la fermeture du vagin par avivement et une suture de ses parois.
- **Chirurgie de l'étage antérieur [14,17]**
 - ✓ **Colporraphie antérieure** : plusieurs techniques peuvent être décrites tel que la plicature sous urétrale de Marion Kelly, et les suspensions (Bologna, stamey) etc...
 - ✓ **Intervention de Campbell** ; croisement des utérosacrés sous la symphyse pubienne.

- ✓ **Interposition d'une plaque prothétique** : elle se fait entre la vessie et le vagin afin de recréer une cloison vésico-vaginale solide.
- ✓ **Recréation d'un hamac sous vésical** par la pose de prothèses sous vésicales par voie trans-obturatrice.

❖ Voie abdominale

- **Promontofixation utérine** : c'est la technique de référence. Elle consiste à fixer l'isthme utérin au ligament vertébral commun antérieur au niveau du promontoire, en regard du disque L5-S1 par des fils non résorbables. Cette technique traite à la fois les étages antérieurs et moyen. L'intervention associe un traitement de la cystocèle par traction au niveau de la cloison vésico-vaginale antérieure et une réparation postérieure avec mise en place d'une prothèse dans la cloison recto vaginale [6,20, 21, 22, 23].



Figure 10 : Fixation des prothèses au promontoire [9,24].

❖ Voie coelioscopique

Une promontofixation aux bandelettes peut être réalisée comme lors de l'utilisation de fil non résorbable en voie haute.

4. 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 du prolapsus, de l'état général de la malade et les tares de la patiente [20,22].

4.1. Prolapsus génital de la femme âgée

La voie d'abord vaginale a une place capitale pour la cure de prolapsus génital de la femme âgée. La triple opération périnéale représente une alternative à la fermeture vaginale par colpocleisis. La sacrospinofixation ainsi que la colpopérinéorraphie associée ou non à une hystérectomie, sont également utilisés pour traiter le prolapsus génital chez la femme âgée de plus de 70 ans. Ce là nécessite une évaluation précise du désir de la patiente concernant la préservation de sa fonction sexuelle et une identification de la comorbidité [1, 19, 25].

4.2. Prolapsus génital de la femme jeune

La promontofixation par voie abdominale reste la technique de choix pour traiter les prolapsus génitaux chez une femme jeune de moins de 50 ans et ou ayant une activité sexuelle normale, pour éviter le risque de dyspareunie et des cicatrices vaginales. L'augmentation de la coelioscopie comme voie d'abord est de plus en plus indiquée, principalement dans les formes sévères, stades 3 et 4 ; Hystéropiose prédominante, prolapsus rectal intra anal associé, douleurs pelvi-périnéales chroniques [26].

4.3. Récurrence de prolapsus génital

Le prolapsus récidivant est un prolapsus comme les autres. Le changement de voie d'abord est souvent licite, de même que la mise en place d'une prothèse de renforcement. La prise en charge, les informations et les taux de complications sont les mêmes. En revanche, les possibilités techniques sont plus limitées [20]. Chez les femmes âgées et ayant renoncé à toute activité sexuelle, une intervention est menée par voie naturelle consistant en une colpectomie étendue associée à une myorraphie des muscles élévateurs de l'anus.

Si la patiente est jeune et ou sexuellement active, 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 [25].

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I. OBJECTIFS

- Décrire le profil épidémiologique et clinique des patientes porteuses de prolapsus génital.
- Décrire les aspects thérapeutiques des prolapsus génitaux.

II. CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie-obstétrique du CHNP.

1. Situation géographique et cadre général

Le centre Hospitalier National de Pikine sis ex-Camp Militaire de Thiaroye a été inauguré le 26 Décembre 2006. Il comporte plusieurs types de services : Les services médicaux, les services administratifs, et les services techniques.

➤ Les services médicaux

Comportent :

- le service social ;
- la pharmacie ;
- le laboratoire ;
- le service d'imagerie médicale ;
- la morgue ;
- le bloc opératoire ;
- le service de pédiatrie ;
- le service de gynécologie-obstétrique ;
- le service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) ;
- le service de chirurgie ;
- le service d'ophtalmologie ;
- le service de médecine interne ;
- le service d'anesthésie-réanimation, et
- le service des consultations externes.

➤ Services administratifs

Ils comportent :

- un service d'accueil ;
- un bureau des entrées, et
- une administration.

➤ Services techniques

Ils rassemblent :

- la maintenance ;

- la buanderie ;
- la cuisine, et
- l'unité de sécurité.

2. Description du cadre de l'étude proprement dit

➤ Les locaux

Le service de gynécologie et d'obstétrique comporte :

- Trente-deux lits d'hospitalisations répartis en 12 salles
- une salle d'accouchement dotée d'une salle de travail avec 6 lits et de deux box d'accouchements. La salle d'accouchement communique avec le bloc opératoire et une salle de néonatalogie
- un centre obstétrique d'accueil des urgences

➤ Le personnel

Il comprend :

- deux professeurs : un professeur titulaire, chef de service et un professeur assimilé ;
- un maître de conférence titulaire ;
- deux gynécologues obstétriciennes ;
- des internes titulaires des hôpitaux de Dakar ;
- des médecins inscrits au DES de gynécologie obstétrique ;
- deux médecins anesthésistes ;
- quatre techniciens anesthésistes ;
- trois aides opératoires ;
- treize sages-femmes réparties dans différents secteurs ;

➤ Le fonctionnement

Le service dispose d'un bloc opératoire qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour les urgences gynécologiques et obstétricales, et cinq jours par semaine pour les interventions programmées. La consultation externe est assurée tous les jours ouvrables par les DES gynécologue-obstétriciens, et des sages-femmes. L'équipe se retrouve tous les jours ouvrable pour une réunion permettant des échanges sur les dossiers des patientes admises. Une visite des patientes hospitalisées est effectuée quotidiennement. La garde est assurée par les médecins en spécialisation

et les internes, les équipes se relayent tour à tour toutes les vingt-quatre heures.

III. METHODOLOGIE

➤ **Type d'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 41 cas de prolapsus génitaux menée au Centre Hospitalier National de Pikine.

➤ **Période d'étude**

L'étude a été réalisée sur une période de 5 ans, allant du 1^{er} Janvier 2015 au 31 Décembre 2019.

➤ **Population de l'étude**

L'étude a porté sur l'ensemble des cures de prolapsus génitaux enregistrées au service de gynécologie obstétrique du CHNP.

➤ **Critères d'inclusion**

Ont été incluses dans l'étude, toutes les patientes présentant un prolapsus génital et prises en charge dans le service pendant la période de l'étude.

➤ **Critères de non-inclusion**

Nous avons exclu toutes les patientes ne présentant de prolapsus génital et des patients enregistrés au bloc sur le protocole opératoire dont le dossier n'a pas été retrouvé.

➤ **Collecte des données**

Les données ont été recueillies à l'aide des dossiers cliniques d'hospitalisation. Ces données ont été saisies dans le logiciel Sphinx V5 grâce à un masque de saisie préalablement établie. L'analyse a été effectuée avec les logiciels Excel 2010 et Epi info 7.2.

➤ **Paramètres de l'étude**

- **Epidémiologiques** : l'âge ; parité ; voie d'accouchement ; modalité d'accouchement (antécédents de macrosomie) ; ménopause ; âge de la ménopause ; profession ; antécédents chirurgicaux ; antécédents médicaux.
- **Cliniques (motive de consultation)** : incontinence urinaire et type d'incontinence ; pesanteur ; tuméfaction de la vulve ; cystocèle ; hystérocèle ; urétérocèle ; élytrocèle ; distance ano -vulvaire ; affections associées.
- **Type de prolapsus** : cystocèle ; hystérocèle ; élytrocèle ; rectocèle ; urétérocèle.

- **Grade par type de prolapsus** : grade 1 ; grade 2 ; grade 3 ; grade 4. De la classification de Baden Walker.
- **Voie d'abord** : voie basse (vaginale) ; voie haute (abdominale) ; voie coelioscopique.
- **Incontinence urinaire** : à l'effort.
- **Type d'intervention** : Hystérectomie ; cure de cystocèle ; triple intervention périnéale ; colporraphie ; cure de rectocèle ; cure d'incontinence urinaire d'effort ; Bologna ; colpocleisis ; promontofixation.
- **Evolution après la cure de prolapsus** : favorable ou complications.
- **Duré d'hospitalisation** : jours dans le service après la chirurgie.

➤ **Définition des paramètres d'étude**

Nous avons considéré comme :

- Nullipare : aucun accouchement ;
- Primipare : un seul accouchement ;
- paucipare : 2 à 4 accouchements
- Multipare : 5 à 6 accouchements ;
- Grande multipare : plus de 6 accouchements.

➤ **Analyse des données**

L'analyse a été effectuée avec les logiciels Excel 2010 et Epi info 7.2.

IV. RESULTATS

1. Epidémiologie

➤ Population d'étude

Durant cette étude, nous avons enregistré 41 patientes.

➤ Age

L'âge moyen des patientes était 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 % (figure 11).

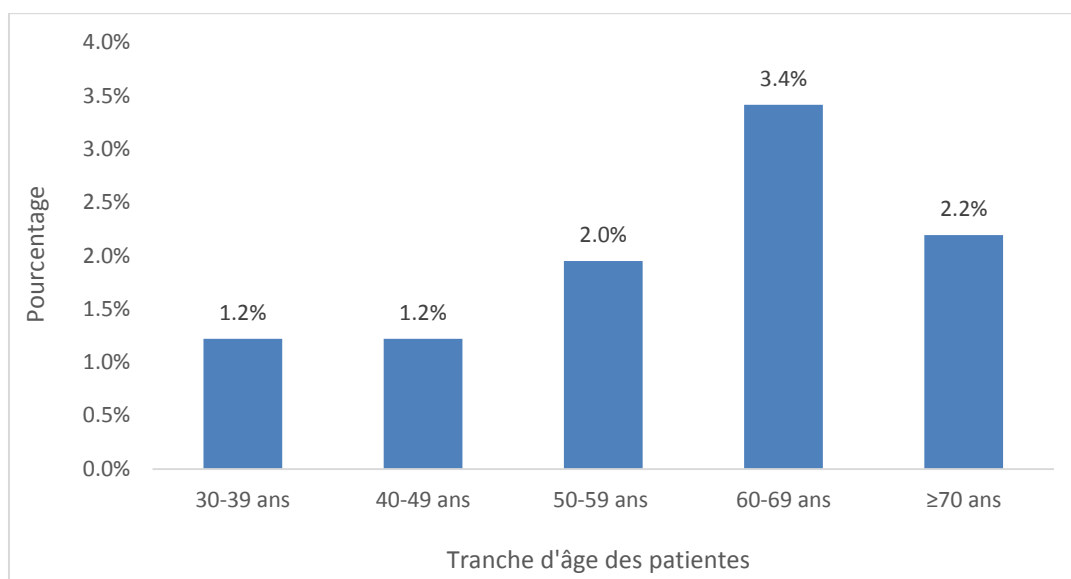


Figure 11: Répartition des patientes selon les tranches d'âge des patientes

➤ Antécédents

○ Gynéco-obstétricaux

▪ Gestité

La gestité était renseignée chez 36 patientes dont la moyenne était de 6,3 gestes avec un écart type de 2,8 et des extrêmes de 1 et 12 gestes. Plus de la moitié des patientes (52,8%) étaient des grandes multigestes (figure 12).

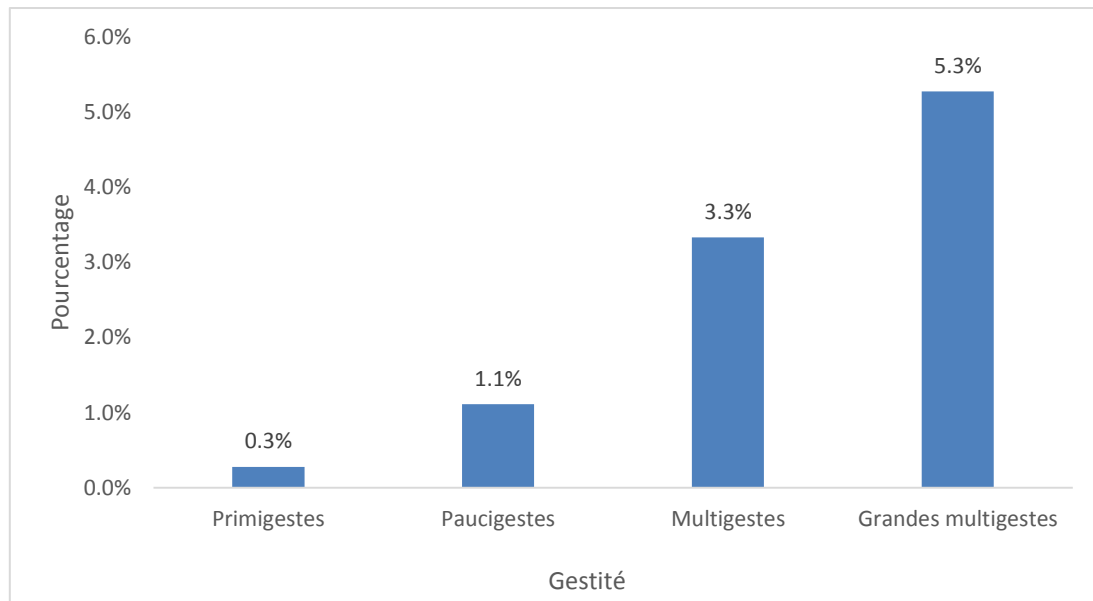


Figure 12: Répartition des patientes selon la gestité

▪ Parité

La parité était renseignée chez 36 patientes dont la moyenne était de 5,9 pares avec un écart type de 2,6 et des extrêmes de 1 et 12 pares. La moitié (50%) des patientes étaient des grandes multipares (figure 13).

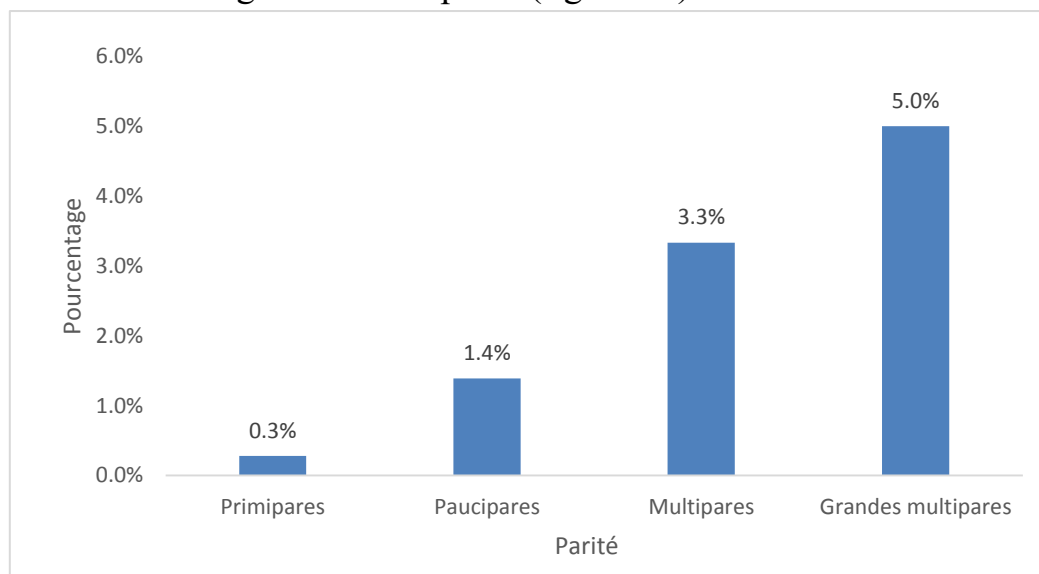


Figure 13: Répartition des patientes selon la parité

▪ Ménopause

La notion de ménopause était renseignée chez 32 patientes. Parmi ces dernières, 81,3% (N=26) étaient ménopausées. L'âge à la ménopause était renseigné chez 16 patientes dont la moyenne était de 41,3 ans.

▪ Mode d'accouchement

La presque totalité des patientes (97%) avait accouché par voie basse dont 7 accouchements de macrosome. Seule une patiente avait accouché par césarienne.

○ Antécédents chirurgicaux

Au total, 7 patientes (17,1%) avaient des antécédents chirurgicaux. Ces derniers étaient constitués le plus souvent de Cure de prolapsus (9,8%), d'un cas de laparotomie (2,4%), d'un cas de ligature et section des trompes (LST) et d'un cas de polype.

○ Antécédents médicaux

Au total, 10 patientes (24,4%) avaient des antécédents médicaux. L'HTA était le principal antécédent retrouvé chez 7 patientes (17,1%) ; on comptait 4 patientes diabétiques (9,8%) et une patiente de constipation (2,4%).

2. Clinique

➤ Motif de consultation

Les motifs de consultation étaient renseignés chez 33 patientes. La tuméfaction à la vulve était retrouvée chez presque toutes ces dernières (tableau II).

Tableau II : Répartition des patientes selon les motifs de consultation

Motifs de consultation	Fréquence	Pourcentage
Tuméfaction à la vulve	31	93,9
Incontinence urinaire d'effort	6	18,2
Sensation de gêne	1	3,0
Pesanteur	1	3,0

➤ Type de prolapsus

La cystocèle était retrouvée chez toutes les patientes. Plus de la moitié des patientes présentait un prolapsus de l'étage postérieur (tableau III).

Tableau III: Répartition des patientes selon les types de prolapsus

Types de prolapsus	Fréquence	Pourcentage
Cystocèle	41	100,0
Hystérocele	34	82,9
Elytrocele	31	75,6
Rectocèle	21	51,2
Urétérocele	1	3,0

➤ Grades par type de prolapsus

Concernant l'étage antérieur, près de la moitié (46%) des patientes présentaient une cystocèle de grade III alors que seulement une patiente sur quatre avait un prolapsus du troisième degré de l'étage postérieur (figure 14).

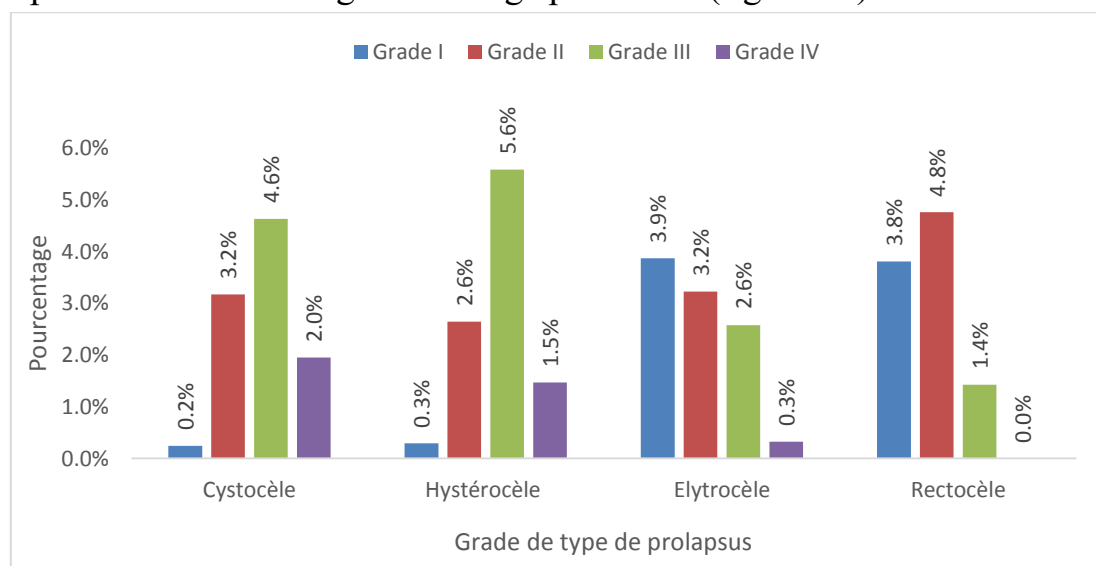


Figure 14: Répartition des patientes selon le grade des types de prolapsus

➤ Incontinence urinaire

La notion d'incontinence urinaire était renseignée chez 22 patientes. Elle était notée chez 45,6% des patientes (soit 10 patientes).

3. Traitement

Toutes nos patientes avaient bénéficié d'un traitement chirurgical.

➤ Voie d'abord

La voie basse était presque pratiquée chez toutes les patientes 95,1 % (soit 39 cas), alors que seule 2 patientes ont été abordées par voie haute (4,9%).

➤ Type d'intervention

La triple intervention périnéale (TIP) était principale intervention pratiquée (tableau IV)

Tableau IV : Répartition des patientes selon les types d'intervention

Voie d'abord	Type intervention	Effectif	Pourcentage
Basse	Triple intervention périnéale	18	46,2
	Hystérectomie par voie vaginale	17	43,6
	Colpocleisis	10	25,6
	Cure de cystocèle	5	12,8
	Bourse sous vésicale	2	5,1
	Plicature du fascia de Halban	1	2,6
	Plicature du Fascia de Halban (PFH); HTR; artifice de Richter	1	2,6
	Myorrhaphie des releveurs	1	2,4
	Non renseigné	1	2,5

➤ Evolution

Presque la totalité des patientes 90,2% avaient une évolution favorable ; quatre patientes (9,8%) avaient des complications dont 1 cas hémorragie per-opératoire et 2 cas hémorragies post-opératoires et un déséquilibre diabétique (tableau V).

Tableau V : Répartition des patientes selon l'évolution

Devenir	Type	Effectif	Pourcentage
Complications	Hémorragie per opératoire	1	2,4
	Hémorragie post opératoire	2	4,9
	Déséquilibre diabète T2/	1	2,4
	Hyperglycémie J3		
Favorable		37	90,2
Total		41	100,0

➤ **Durée d'hospitalisation**

La durée moyenne d'hospitalisation était renseignée chez 39 patientes dont la moyenne était de 3,2 jours avec un écart-type de 1,1 jour. Les extrêmes étaient de 1 et 6 jours (figure 15).

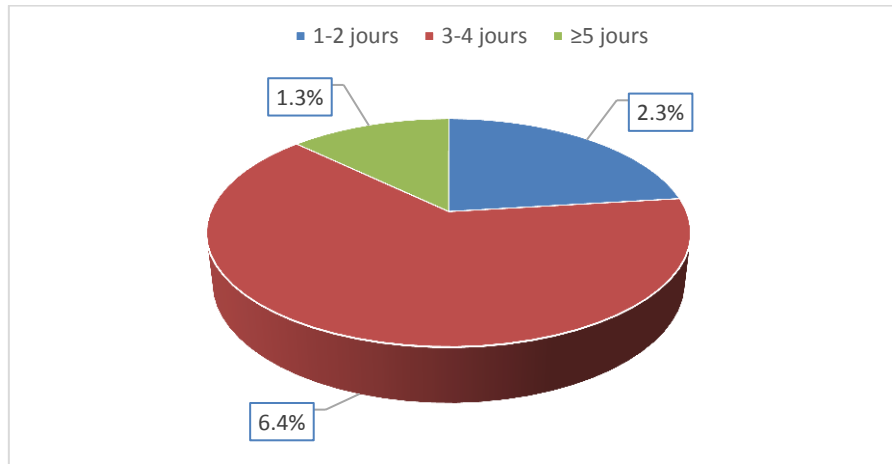


Figure 15: Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

V. DISCUSSION

1. Limite de l'étude

Le caractère rétrospectif de notre étude et le nombre limité des dossiers.

2. Prévalence générale

Durant cette étude, nous avons colligé 41 cas de prolapsus génital sur un total de 1180 cas d'intervention chirurgicale gynécologique soit un taux de 3,4 %.

3. Age

Dans notre étude, l'âge moyen des patientes était de 58,1 ans avec des extrêmes de 30 et 80 ans. La tranche d'âge la plus représentative était de celle 60-69 ans (34,2 %). L'âge moyen de survenu du prolapsus de nos malades est légèrement inférieur à celui de Tegerstedt et de celui de Nygaard [2, 27]. Ceci peut s'expliquer par la multiparité qui survient à un âge jeune dans notre contexte mais aussi l'absence de traitement de la ménopause.

4. Parité

La parité moyenne était de 5,9 accouchements dans notre étude. La moitié (50%) des patientes étaient des grandes multipares. Plusieurs études dans la littérature retrouvent la parité comme le principal facteur de risque de prolapsus [17]. En effet la multiparité serait à l'origine d'une hyper laxité ligamentaire.

5. Mode d'accouchement

Dans notre étude, la presque totalité des patientes (97%) avait accouché par voie basse dont 7 accouchements de macrosome. En comparaison aux résultats obtenus par B. Delval [26] portant une étude sur 37 patientes, le poids de naissance dans le groupe de prolapsus est significativement plus élevé que le groupe témoin.

En revanche, l'extraction instrumentale ne constitue pas un facteur de risque et la césarienne ne semble pas avoir un effet protecteur, suggérant que seules les grossesses et leur nombre ont un effet sur le plancher pelvien. L'accouchement par voie basse a longtemps été considéré comme le déterminant quasi exclusif du POP. La plupart des grandes études épidémiologiques ont montré une association très significative avec le nombre d'accouchement par voie basse. Les traumatismes des structures de soutien, musculaires et nerveuses surviennent

surtout pendant la deuxième phase du travail, quand la tête du fœtus distend et écrase le plancher pelvien [19].

6. Ménopause

Dans notre étude, la notion de la ménopause était renseignée chez 32 patientes. Parmi ces dernières, 81,3% (N=26) étaient ménopausées. L'âge à la ménopause était renseigné chez 16 patientes dont la moyenne était de 41,3 ans. 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 [1,28].

7. Motif de consultation

Dans notre étude, la tuméfaction à la vulve constitue 93,9% de cas. Notre étude rejoint celle de J.Elamri [25] objectivant ce signe dans 88,33 %. Dans Toutes ces études, la sensation de boule intra vaginale ou vulvaire, constitue le signe d'appel.

8. Type de prolapsus

Dans notre série, la cystocèle était retrouvée chez toutes les patientes. 82,9% d'hystérocèle et plus de la moitié des patientes présentait un prolapsus de l'étage postérieur. Chiffres qui se rapprochent de ceux retrouvés dans la majorité des séries. Pour l'étage antérieur : O.Lasri [15] 86,8% ; A.Laatiris [29] 85,71%

9. Traitement

Dans notre étude, toutes les patientes avaient bénéficié d'un traitement chirurgical. La voie basse représentait le 95,1 % des interventions. La triple intervention périnéale (TIP) était la principale intervention pratiquée représentant 46,6%. L'hystérectomie par voie vaginale 43,6% et 10 cas de colpocleisis, soit 25,6%.

O.Lasri [15], 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, sans aucun cas de colpocleisis. J.Elamri [25] opte la voie basse chez 79,41%, TIP est réalisée chez 68,52% des patientes de sa série associée à l'hystérectomie.

10. Evolution

Presque la totalité des patientes de notre série 90,2% avait une évolution favorable. ; Quatre patientes (9,8%) avaient des complications dont 1 cas hémorragie peropératoire, 2 cas hémorragies post-opératoires et un déséquilibre diabétique. Aucun cas de transfusion n'as pas étai noté. Par contre, WS.Von Perchman [18] compare dans une série de 92 patientes, l'intervention de Lefort associée à une myorraphie de releveurs avec pratique d'une hystérectomie simultanée, il note une perte sanguine supérieure et un taux plus élevé de transfusion dans le groupe ayant subi une hystérectomie

K.Nieminen [30] a rapporté dans une étude regroupant 25 femmes traitées par spinofixation selon Richter avec (12cas) ou sans hystérectomie vaginale (13 cas), 3 cas de transfusion dans le groupe d'hystérectomie.

CONCLUSION ET RECOMANDATIONS

Le prolapsus génital est un motif fréquent de consultation en gynécologie. La connaissance des bases physiopathologiques est un élément essentiel. Le tableau clinique peut être polymorphe. Un bilan urodynamique peut parfois être nécessaire avant la prise en charge. Le traitement des prolapsus génitaux a connu une forte progression ces dernières décennies allant de l'usage des tissus autologues aux prothèses mais aussi l'essor de la voie coelioscopique. La bonne maîtrise des indications opératoires et des techniques opératoires sont essentiels pour la qualité de vie des patientes et femmes en ménopause.

RECOMMANDATIONS

Au vu de nos résultats ; nous recommandons :

➤ **Aux Autorités**

- Créer/veiller une politique sanitaire qui facilite l'accessibilité financière de femmes âgées aux structures de santé ;
- Mettre à la disposition des soignants les moyens adéquats pour la prise en charge des prolapsus génitaux.

➤ **Aux personnels de santé**

- Instaurer des programmes de formation continue pour la prise en charge des prolapsus génitaux.
- Veiller à assurer la sécurité et la qualité des accouchements
- Promouvoir la rééducation périnéale après tout accouchement
- Dépister précocement et prendre en charge de manière adéquate les prolapsus génitaux de stades 1 et 2.
- Promouvoir et assurer la planification familiale.

REFERENCES

1. **Cosson M, Narducci F, Lambaudie E, Occelli B, Querleu D, Crépin G.** Prolapsus génitaux. EMC Elsevier, Gynécologie 2002;290-A-10.
2. **Nygaard I, Bradley C, Brandt D.** Pelvic organ prolapse in des progrès older women: prevalence and risk factors. *Obstet Gynecol* 2004; 104(3):489—97
3. **Lukmany.** Utero-vaginal prolapse: a rural distability of the young. *East African Medical Journal*; 1995; 72; n°1: 2-9.
4. **Kamina P.** Précis d'anatomie clinique. Paris: Maloine; 2005.
5. **Fatton, M. Cayrac, V. Letouzey, F. Masia, E. Mousty, P. Marès, M. Prudhomme, R. de Tayrac ;**Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien 2014.
6. **Swift S., Woodman P., O'Boyle A., Kahn M., Valley M., Bland D., et al.** Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects *Am J Obstet Gynecol* 2005 ; 192: 795806
7. **Gyhagen M., Bullarbo M., Nielsen T.F., Milsom I.** Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery *BJOG* 2013 ; 120: 152160 [crossref]
8. **Handa V.L., Blomquist J.L., McDermott K.C., Friedman S., Munoz A.** Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth *Obstet Gynecol* 2012 ; 119 (2Pt1): 233239 [crossref]
9. **Elharrech Y, Hajji F, Chafiki M, Ghadouane GH, Ameur 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
10. **Handa V.L., Garrett E., Hendrix S., Gold E., Robbins J.** Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women *Am J Obstet Gynecol* 2004 ; 190: 2732
11. **Kim.C.M, Jeon.M.J, Chung.D.J, Kim.S.K, Kim.J.W AND BA .S.W** Risk factors for pelvic organ prolapse *J. Gynecol Obstet* 2007; 98: 248-51
12. **Kudish B.I., Iglesia C.B., Gutman R.E., Sokol A.I., Rodgers A.K., Gass M., et al.** Risk factors for prolapse development in w hite, black, and Hispanic women *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2011 ; 17: 8090
13. **Hendrix S.L., Clark A., Nygaard I., Aragaki A., Barnabei V., McTiernan A.** Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative:

gravity and gravidity Am J Obstet Gynecol 2002 ; 186: 1160-1166
[interref]

14. **Richardson DA, Scotti RJ, Ostergard D.** Surgical management of uterine prolapse in young women. J. Reprod Med 1989; 6:388-92
15. **Lasri O, Bannani A.** Traitement chirurgical du prolapsus génitaux à propos de 36 cas. Thèse Doctorat Médecine, Fès; 2008,
16. **Henri P. Kinesither** Rev 2006;(51):39-41. [En ligne] 24 Octobre 2011. <http://alister.org/adminpanel/fstore/1515STOP.PIPL.pdf>
17. **Odile C-B.** Faire ou ne pas faire le stop-pipi ? Là est la question L'évolution d'une pratique. [En ligne] 24 Octobre 2011. www.aapi.asso.fr/upload/dl/Note09.pdf
18. **Bierto I.** Intravaginal slingplasty. Acta Chir Belg 2004; 700-4.
19. **Costantini E, Mearini L, Bini V, Zucchi A, Mearni E, Porena M.** Uterus preservation in surgical correction of urogenital prolapse. European Urology 2005; 48:642-649.
20. **A. Naveau, P. Panel.** Voie d'abord en cas de récurrence d'un prolapsus génital. La Lettre du Gynécologue (2014), n° 391 - 392.
21. **Asmae Hamri, A. SOUMMANI** les prolapsus génitaux, 2011 à propos de 76 cas [These Med.], Université Sidi Mohamed Ben Abdellah
22. **Salomon. LJ, Detchev. R.** Treatment of anterior vaginal wall prolapse skin collagen implant by the Trans obturator route. Eur Urol, 2004, 219-225
23. **Swift SE.** The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. Am J Obstet Gynecol 2000; 183(2) 277-85.
24. **Cotte B, Dumoussat E, Boda C, Mansoor A.** Comparison of trans obturator tape (TOT) and tension-free vaginal tape (TVT) using perineal ultrasound. Gynecol Obstet Fertil 2006; 34:298-303.
25. **El amri J, Laghzaoui M.** Prolapsus génital à propos de 68 cas [Thèse : Med], Rabat, 2011.
26. **Deval B, Rafii A, Aflach N, Levardon M.** Prolapsus de la femme jeune, étude des facteurs de risque. Gynecol Obstet Fertil 2002 ; 30:673-6
27. **Tegerstedt G, Maehle-Schmidt M, Nyrén O, Hammarström M.** Prevalence of symptomatic pelvic organ prolapse in a Swedish population. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2005 ; 16(6) :497-503.

- 28. Wu J.M., Vaughan C.P., Goode P.S., Redden D.T., Burgio K.L., Richter H.E., et al.** Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in US women *Obstet Gynecol* 2014 ; 123: 141148 [crossref]
- 29. Laartiris A, Faik M.** La promontofixation dans la cure chirurgicale du prolapsus génital chez la femme à propos de 14 cas. Thèse Doctorat Médecine; Rabat; 2006; n°283,162 pages
- 30. Nieuman M.** TVT and TVT-Obturator: comparison of two operative procedures. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 131:89–92.

RESUME

Introduction

Le prolapsus génital est une ptose des organes pelviens (vessie, utérus, rectum) à travers de la partie antérieure du plancher pelvien, lié à une faiblesse et à un relâchement du système de support du pelvis. Le diagnostic est essentiellement clinique. Plusieurs techniques opératoires peuvent être utilisées pour améliorer le confort de la malade.

Objectifs

Décrire le profile épidémiologique et clinique des patientes porteuses de prolapsus génital.

Décrire les aspects thérapeutiques des prolapsus génitaux.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive portant sur 41 cas de prolapsus génitaux au service de gynécologie et obstétrique du CHNP, durant une période de 5 ans allant de 2015 à 2019.

Résultats

L'analyse de nos données a montré que la tranche d'âge la plus représentative est de 60-69 ans (34,2 %). La parité moyenne de 5,9 accouchements, dont la moitié (50%) est des grandes multipares. (97%) avait accouché par voie basse. 81,3% des femmes ménopausées, dont l'âge moyenne était de 41,3 ans. La tuméfaction à la vulve constitue 93,9% le motive de consultation. Le cystocèle était le type de prolapsus retrouvée chez toutes les patientes à 82,9%. Sur le plan thérapeutique, la voie basse représentait le 95,1 % des interventions alors que la triple intervention périnéale (TIP) était la principale intervention pratiquée. 90,2% avait une évolution favorable et la durée moyenne d'hospitalisation de 3-4jours.

Conclusion

Le prolapsus génital est un motif fréquent de consultation en gynécologie.

Le traitement des prolapsus génitaux a connu une forte progression ces dernières décennies allant de l'usage des tissus autologues aux prothèses mais aussi l'essor de la voie coelioscopique. La bonne maitrise des indications opératoires et des techniques opératoires sont essentiels pour la qualité de vie des patientes.