

Prolapsus urogénital

Aspects de la prise en charge chirurgicale dans une maternité de référence du Niger. À propos d'une étude rétrospective de 336 cas sur 3 ans

Prolaps

*Management at the maternity reference of Niger.
Retrospective study about 336 cases*

M. NAYAMA ^{1a} *, M. GARBA ^{1a}, N. IDI ^{1a}, S. SAHABI ^{1a}, M. OUMARA ^{1a},
S. GUÉDÉ ^{1a}, M. ISSOUFOU ^{1a}, B. DJIBRILL ^{1b}, M. COSSON ²
(Niamey, Niger - Lille)

Résumé

Introduction : le prolapsus urogénital ou trouble de la statique des organes pelviens de la femme représente une pathologie très fréquente, qui apparaît et s'accroît avec le temps. Notre étude réalisée dans une maternité de référence d'un pays en développement nous permet d'évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques des patientes présentant un prolapsus urogénital en vue de formuler des recommandations adaptées pour améliorer la prise en charge.

Méthodologie : une étude rétrospective sur une période qui s'étend du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2010, soit 3 ans, a été réalisée au sein de la maternité Issaka Gazobi de Niamey. Nous avons inclus toutes les patientes admises pour prolapsus urogénital et dont la prise en charge chirurgicale s'est effectuée dans le service.

- 1 - Maternité Issaka Gazoby de Niamey - BO 10975 Niamey - Niger
 - a. Gynécologue-obstétricien
 - b. Anesthésiste-réanimateur
- 2 - Hôpital Jeanne de Flandre - 2 avenue Oscar Lambret - 59000 Lille

* Correspondance : madinayama@hotmail.com

Résultats : 336 patientes présentant un prolapsus urogénital ont été incluses, soit une fréquence de 8,30 % des patientes hospitalisées dans le service de gynécologie. L'âge moyen des patientes était de 37,45 ans. 72,7 % des patientes étaient en âge de procréer et 16,9 % des patientes étaient ménopausées. 72,7 % des patientes avaient un prolapsus au stade 3. Les facteurs traumatiques liés à l'accouchement constituaient la majorité des causes (76,7 %). 65 % des patientes avaient bénéficié d'un traitement conservateur. Les voies d'abord avaient été une voie basse auprès de 64 % des patientes, une voie haute auprès de 30 % des patientes et une intervention par voie mixte auprès de 6 % des patientes. Aucun décès maternel n'a été enregistré.

Conclusion : le prolapsus urogénital constitue une préoccupation dans les centres spécialisés. Un accent doit être mis au niveau des soins obstétricaux d'urgence en vue de sa prévention. L'enseignement des techniques classiques de la prise en charge chirurgicale des prolapsus par voie basse est à préserver dans nos régions compte tenu des ressources dont disposent nos pays en développement malgré l'essor des nouvelles techniques en Occident.

Mots clés : prolapsus urogénital, cure chirurgicale, Niamey, Niger

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Nayama Madi, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

INTRODUCTION

Le prolapsus urogénital ou trouble de la statique des organes pelviens de la femme représente une pathologie très fréquente, qui apparaît et s'accroît avec le temps [1, 2]. Il s'agit d'une pathologie bénigne n'entamant qu'exceptionnellement le pronostic vital mais créant une gêne fonctionnelle très importante notamment dans les stades avancés, nécessitant alors une prise en charge thérapeutique dans la majorité des cas chirurgicaux. Longtemps négligé dans nos régions pour des raisons d'ignorance (analphabétisme, considérations socioculturelles), de l'insuffisance d'infrastructure sanitaire d'accueil, de dépistage et surtout de l'insuffisance cruciale du personnel qualifié pour la prise en charge chirurgicale, le prolapsus urogénital pose un problème, un réel problème de santé publique. Les techniques opératoires proposées durant ce siècle ont beaucoup évolué, témoins d'une meilleure connaissance de l'anatomie et de la physiopathologie, mais aussi d'une approche globale au cours de la prise en charge allant de la prévention au traitement curatif [1-4].

Notre étude réalisée dans une maternité de référence d'un pays en développement nous permet d'évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques des patientes présentant un prolapsus urogénital en vue de formuler des recommandations adaptées pour améliorer la prise en charge.

I. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive au sein d'un établissement de référence nationale de niveau 3, maternité Issaka Gazobi de Niamey Niger.

La période de l'étude s'étend du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2010. Sur une période de 3 ans, nous avons inclus toutes les patientes admises pour prolapsus urogénital et dont la prise en charge chirurgicale s'est effectuée dans le service.

Nous avons relevé les caractéristiques épidémiologiques, le mode de prise en charge, les complications et le pronostic à court et moyen termes des patientes. Les données ont été traitées et analysées grâce aux logiciels Épi info 6 et le test de Khi2 a été utilisé.

II. RÉSULTATS

Durant la période de notre étude, 4 047 patientes ont été hospitalisées dans le service de gynécologie. 336 patientes présentant un prolapsus urogénital ont été opérées, soit une fréquence de 8,30 %.

Nous avons notifié, selon la répartition des patientes en fonction des années, que 106 cas (31,50 %) ont été enregistrés en 2008, 102 cas (30,40 %) en 2009 et 128 cas (38,10 %) en 2010.

Les caractéristiques épidémiologiques des patientes sont représentées dans le tableau 1. L'âge moyen des patientes est de 37,45 ans avec des extrêmes allant de 15 à 75 ans. La tranche d'âge la plus concernée est celle comprise entre 20 à 30 ans (131 patientes, 38,9 %). Nous avons constaté que 9 patientes (2,6 %) ont un âge inférieur à 20 ans et 61 patientes (18,2 %), un âge supérieur à 50 ans. Le niveau d'instruction des patientes a été évalué : 275 patientes (81,8 %) n'ont pas été scolarisées et 328 patientes (97,5 %) sont sans profession.

Tableau 1 - Caractéristiques épidémiologiques des patientes

Caractéristiques des patientes	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Âge (ans)		
< à 20	9	2,6
20 à 30	131	38,9
31 à 40	96	28,6
41 à 50	39	11,7
51 à 60	39	11,7
61 à 75	22	6,5
Niveau d'instruction		
Aucune	275	81,8
Primaire	48	14,3
Secondaire	13	3,9
Supérieur	0	0
Provenance		
Niamey	70	20,8
Dosso	83	24,7
Tillabéri	183	54,5
Parité		
Nullipares	4	1,3
Primipares	13	3,9
Paucipares	66	19,5
Multipares	109	32,5
Grandes multipares	144	42,8
Statut hormonal		
Patiente en âge de procréer	244	72,7
Pré-ménopause	31	9,1
Péri-ménopause	4	1,3
Post-ménopause	57	16,9

La parité moyenne est de 5 avec des extrêmes variant de 0 à 14. Les grandes multipares représentent la majorité des patientes (144 cas, 42,8 %) et 4 patientes (1,3 %) sont des nullipares.

Le mode d'accouchement des patientes a été notifié : 306 patientes (92,2 %) ont accouché par voie basse et 26 patientes (7,8 %) ont bénéficié d'une césarienne.

Le lieu d'accouchement des patientes est dominé par les accouchements à domicile (235 patientes, 70,8 %) par rapport aux accouchements dans une formation sanitaire (97 patientes, 29,2 %).

Nous avons évalué le statut hormonal des patientes : 244 patientes (72,7 %) sont en âge de procréer et 61 patientes (16,9 %) sont ménopausées.

La provenance des patientes a permis de constater que 266 patientes (79,2 %) sont issues des régions avoisinantes de Niamey, parcourant une distance variant de 30 à 180 km pour accéder au centre de référence.

Le mode d'admission des patientes a permis de constater que 265 patientes (78,90 %) sont des références par les autres structures sanitaires et 71 patientes (21,10 %) sont venues d'elles-mêmes pour une prise en charge de leur pathologie.

Les motifs de consultations des patientes représentés au tableau 2 sont multiples. La tuméfaction vulvaire ou vaginale (288 patientes, 85,7 %), l'impression de perte d'organes (153 patientes, 45,5 %) et la dysurie (127 patientes, 37,7 %) sont les symptômes les plus fréquents.

Un examen clinique urogénital complet a été réalisé à l'admission des patientes.

Tableau 2 - Motifs de consultation des patientes

Motif de consultation	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Tuméfaction vulvaire ou vaginale	288	85,7
Impression de perte d'organes	153	45,5
Dysurie	127	37,7
Constipation	122	36,4
Dyspareunie	122	36,4
Pesanteur pelvienne et/ou hémorragie	114	33,8
Pollakiurie	96	28,6
Incontinence urinaire	31	9,1

Une stadification des prolapsus a permis de constater que :

- 4 patientes (1,3 %) présentaient un prolapsus au stade 1 (prolapsus intravaginal),
- 87 patientes (26 %) un prolapsus au stade 2 (prolapsus à la vulve) et,
- 245 patientes (72,7 %) un prolapsus au stade 3 (prolapsus dépassant la vulve).

Une qualification des prolapsus urogénitaux a permis de notifier :

- 66 patientes (19,5 %) présentaient un prolapsus de l'étage antérieur uniquement,
- 92 patientes (27,3 %) un prolapsus de l'étage moyen uniquement,
- 4 patientes (1,3 %) un prolapsus de l'étage postérieur uniquement,
- 77 patientes (23,4 %) un prolapsus des étages antérieur et moyen,
- 26 patientes (7,8 %) un prolapsus des étages antérieur et postérieur,
- 22 patientes (6,5 %) un prolapsus des étages moyen et postérieur et,
- 48 patientes (14,3 %) avaient une atteinte des 3 étages.

Les étiologies des prolapsus urogénitaux représentées au niveau du tableau 3 nous permettent de constater que les facteurs traumatiques liés à l'accouchement constituaient la majorité des causes (258 patientes, 76,7 %). La ménopause a été incriminée auprès de 57 patientes (16,9 %) et les causes iatrogènes après une chirurgie gynécologique auprès de 22 patientes (6,5 %).

Tableau 3 - Circonstances étiologiques des prolapsus urogénitaux

Étiologies	Nombre (sur 336 patientes)	Pourcentage (%)
Facteur constitutionnel	4	1,3
Accouchements dystociques (forceps, déchirures périnéales)	162	48,1
Accouchement de gros bébés (poids ≥ à 4 000 g)	96	28,6
Hystérectomie	22	6,5
Cure de prolapsus	13	3,9
Ménopause	57	16,9

Des examens complémentaires ont été réalisés dans le cadre d'un bilan de prise en charge de prolapsus urogénital. Toutes nos patientes ont bénéficié d'une échographie pelvienne et d'un examen cyto-bactériologique des urines, 319 patientes (95 %) ont bénéficié d'un dépistage des lésions précancéreuses du col utérin par la méthode d'inspection visuelle après application d'acide acétique (5 %) et de lugol fort. Aucune pathologie n'a été dépistée. Aucune patiente n'a bénéficié d'un bilan urodynamique, ni d'un examen digestif spécialisé (déféco-graphie, anorectoscopie, échographie périnéale) par manque d'équipe-ment.

Un bilan biologique de routine à la charge des patientes (NFS, glycémie à jeun, dosage de l'urée sanguine et la créatinémie) et une consultation d'anesthésie sont réalisés systématiquement avant toute intervention gynécologique réglée. Le bilan cardiologique par contre dépend de l'âge (supérieur à 45 ans) et des antécédents des patientes.

La prise en charge a été exclusivement chirurgicale dans notre série. Il ressort de la nature des interventions effectuées que 196 patientes (58,3 0%) ont bénéficié d'un traitement conservateur, 118 patientes (35,10 %) d'un traitement radical, 22 patientes (6,60 %) d'une cure de récurrence de prolapsus post-hystérectomie.

Les voies d'abord ont été une voie basse auprès de 215 patientes (64 %), une voie haute auprès de 101 patientes (30 %) et une inter-vention par voie mixte auprès de 20 patientes (6 %).

Les techniques opératoires réalisées en cas de prise en charge par voie basse sont représentées au tableau 4. Nous réalisons la cure de cystocèle selon la technique de Marion Kelly, qui consiste ici en une plicature du fascia sous-vésical suivie d'une colpectomie antérieure, suivie d'une myorrhaphie des releveurs de l'anus. Cette technique a été utilisée auprès de 79 patientes (36,75 %).

Tableau 4 - Nature des gestes effectués par voie basse

Nature de l'intervention	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Triple intervention par voie basse (hystérectomie, cure de cystocèle, myorrhaphie des releveurs de l'anus)	114	53
Traitement du moignon vaginal (cure de cystocèle, rectocèle et myorrhaphie des releveurs de l'anus)	22	10,25
Traitement de la cystocèle (étage antérieur et myorrhaphie des releveurs de l'anus)	79	36,75
TOTAL	215	100

L'hystérectomie totale selon la technique décrite par Dargent avec réalisation d'un temps antérieur, moyen (hystérectomie totale) et postérieur (myorrhaphie des releveurs de l'anus) a été réalisée auprès de 114 patientes (53 %).

Les patientes présentant une récurrence de prolapsus post-hystérectomie (22 cas, 10,25 %) ont bénéficié d'une cure de cystocèle selon la technique de Marion Kelly suivie d'une cure de rectocèle et une myorrhaphie des releveurs de l'anus.

Concernant la prise en charge par voie haute, 97 patientes (96 %) sur les 101 cas opérés ont bénéficié d'un traitement conservateur, consistant en une hystéropexie postérieure avec un fil non résorbable associée à un raccourcissement des ligaments ronds, sans mise en place de matériel prothétique. 4 patientes (4 %) ont par contre bénéficié d'un traitement radical.

La voie mixte réalisée a consisté en la réalisation d'une hystéropexie associée à une myorrhaphie des releveurs de l'anus pour l'ensemble des 20 patientes.

Dans notre étude, 10 patientes (76,90 %) parmi les 13 patientes présentant une récurrence de cure du prolapsus par voie haute ont encore bénéficié d'une hystéropexie avec myorrhaphie des releveurs de l'anus et 3 patientes (23,10 %) d'un traitement radical par voie basse, compte tenu de leur âge et parité.

Nous avons enregistré 10 cas (3 %) d'infections postopératoires ayant nécessité une antibiothérapie. Aucun cas d'hémorragie postopératoire n'a été enregistré. La durée d'hospitalisation est de 4 jours en moyenne, avec des extrêmes allant de 2 à 7 jours maximum. Les consultations postopératoires à 1 mois et 3 mois d'intervalle, de pratique courante dans notre service, n'ont signalé aucune pathologie auprès des patientes. Aucun décès maternel n'a été enregistré.

III. DISCUSSION

Le prolapsus des organes pelviens demeure une pathologie fréquente. La prévalence est estimée à 30,8 % au sein d'une population suédoise âgée de 20 à 59 ans [5]. Aux États-Unis, 16 % des hystérectomies sont réalisées pour ce motif sur un total de 500 000 interventions chirurgicales annuelles [6]. Au Burkina, 19,89 % des hystérectomies sont réalisées pour prolapsus génital selon Dao [7]. Dans notre série les prolapsus urogénitaux représentaient 8,30 % des

hospitalisations dans le service de gynécologie. Nous avons aussi constaté une augmentation notable de la prise en charge chirurgicale des prolapsus passant de 31,50 % en 2008 à 38,10 % en 2010.

Les troubles de la statique pelvienne sont beaucoup plus fréquents chez les femmes ménopausées selon Querleu [4] et Sfar [8] qui avaient notifié respectivement un taux de 72,58 % et 65,8 % pour ce groupe d'âge. La demande en matière de trouble de la statique pelvienne, selon Jacquetin [2, 9] et Cosson [3], serait par conséquent à multiplier par 10 dans les 30 ans à venir compte tenu de l'augmentation du nombre de femmes âgées. Par contre il ressort de notre étude que le prolapsus urogénital était plus fréquent auprès des patientes jeunes, âgées de moins de 41 ans (70,1 %) et en âge de procréer (72,7 %). Seules 16,9 % des patientes sont ménopausées. Cette situation pourrait s'expliquer dans notre série par la fréquence plus élevée des facteurs traumatiques d'origine obstétricale (76,7 %), par une fécondité très élevée (75,3 % des patientes étaient au minimum 4^e pare) et surtout par un taux d'accouchements assistés (23 %) très faible dans notre pays. Des mesures préventives urgentes s'imposent basées sur la scolarisation de la jeune fille, l'implication des hommes dans la santé de la reproduction, l'amélioration de la qualité des soins, en particulier les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, et l'augmentation de la prévalence contraceptive permettant de réduire sensiblement certains facteurs de risque d'origine traumatique des prolapsus urogénitaux.

Les conditions de l'accouchement jouent un rôle majeur dans la survenue des prolapsus urogénitaux par lésions musculaires directes mais aussi un dysfonctionnement neuromusculaire par atteinte du nerf pudendal. La grossesse aussi elle-même joue un rôle favorisant majeur. Selon Mant [10], un risque relatif de 10,9 est retrouvé pour les multipares de 4 enfants *versus* les nullipares. Dans notre série, nous avons enregistré 4 cas de prolapsus génital chez une nullipare de moins de 20 ans. Il s'agissait d'une cause liée à des facteurs constitutionnels : anomalie d'ordre tissulaire (tissu conjonctif défectueux ou maladie du collagène) expliquant la laxité tissulaire anormale, responsable des prolapsus familiaux selon Jacquetin [2] et Cosson [3, 11].

La prise en charge d'un utérus polyfibromateux nécessite un dépistage secondaire d'une descente du fond vaginal et/ou d'une fuite urinaire. Dans notre série 6,5 % des patientes avaient présenté un prolapsus secondaire suite à une hystérectomie. Nous avons aussi constaté que 3,9 % des patientes avaient présenté une récurrence de cure de prolapsus dans notre série. Notre taux de récurrence postopératoire est très sous-estimé, surtout compte tenu du matériel utilisé pour la promontofixation. Cela est dû à une fréquentation très faible des

patientes en postopératoire et à un manque d'enregistrement des données des patientes opérées. De nombreuses études occidentales rétrospectives montrent qu'environ 30 % des patientes opérées d'un prolapsus génital nécessiteront une ré-intervention pour récurrence du prolapsus, et qu'environ 10 à 20 % nécessiteront également une ré-intervention pour une incontinence urinaire [2, 3, 11]. Par conséquent beaucoup de techniques opératoires sont abandonnées ou modifiées dans le but de diminuer la prévalence des troubles de la statique pelvienne consécutive à des facteurs iatrogènes.

La majorité de nos patientes ont consulté tardivement dans notre série. La stadification du prolapsus urogénital en effet augmente en fonction de l'âge de la patiente : le maximum de stade 1 est enregistré entre 30 et 39 ans, le stade 2 entre 50 et 59 ans et 21 % des stades 3 se voient après 70 ans selon l'étude réalisée par Swift [12]. Dans notre étude, 85,71 % des patientes présentent une tuméfaction vulvaire ou vaginale à leur admission, 36,4 % des patientes au stade de constipation et 72,7 % des patientes présentaient un prolapsus au stade 3 à l'examen clinique. Querleu et Crépin [4] n'avaient notifié qu'un taux de 16,2 % de tuméfaction vulvaire ou vaginale dans leur série. Certaines considérations socioculturelles, traditionnelles considèrent comme tabou le prolapsus génital ou hydrocèle féminine, expliquant le retard de consultation des patientes dans notre série. Des campagnes de sensibilisation et de communication pour inciter les patientes à consulter plus tôt s'imposent. Parallèlement un allègement de l'accessibilité financier doit aussi être réalisé. Le coût d'une intervention pour prolapsus (85 000 F CFA, 131 euros) est très élevé par rapport au PNB au Niger (90 000 F CFA, 139 euros par an et par habitant).

Nous avons constaté une fréquence élevée d'atteinte de l'étage antérieur (65,5 % des patientes), une dysurie (37,7 % des patientes) et une incontinence urinaire auprès de 9,10 % des patientes durant notre étude. Ce fort taux de cystocèle associé ou non à une fuite urinaire qui représente l'essentiel de l'affection de l'étage antérieur pourrait relever d'un comportement socioculturel nuisible qui se pratique fréquemment par ignorance : accouchement à vessie pleine par hydratation régulière par voie orale de la patiente au cours des accouchements non médicalisés. Le travail prolongé, les efforts expulsifs avant la dilatation complète, les expulsions actives prolongées, les manœuvres d'expression abdominale et les déchirures périnéales sévères fréquemment enregistrées dans nos régions sont aussi responsables de prolapsus urogénital.

Le caractère modeste de nos examens complémentaires confirme la thèse selon laquelle un interrogatoire le plus complet associé à un

examen minutieux permet de limiter grandement le recours aux examens paracliniques pour le diagnostic du prolapsus utérin [2, 3]. Par contre nous remarquons dans notre étude l'absence des examens urodynamiques qui pourtant sont d'un apport important dans le diagnostic et surtout la prise en charge de certaines gênes fonctionnelles en l'occurrence les incontinences urinaires.

La cure chirurgicale des prolapsus actuellement impose des connaissances en anatomie et en physiopathologie en vue d'une prise en charge rationnelle et complète. Il s'agit d'une chirurgie uniquement réparatrice, à visée fonctionnelle et non urgente. Les spécialistes intervenant sur les prolapsus doivent à l'heure actuelle avoir les compétences d'un gynécologue obstétricien, de l'urologue, du colpoproctologue, du neurologue et du sexoproctologue [2-4]. Les principes du traitement chirurgical des prolapsus imposent en effet : une correction de l'ensemble des troubles, une restauration des systèmes de suspension et de soutènement, une prévention des troubles secondaires (urinaires, sexuels et rectaux), de ne pas s'obstiner à privilégier une seule technique opératoire, de s'adapter aux réalités du terrain (obésité, antécédents chirurgicaux, défauts masqués et qualité des tissus disponibles) et de réaliser une information détaillée des échecs et complications possibles des techniques opératoires [2-4, 11].

Les voies d'abord chirurgical multiples et variées dépendent des conditions générales, locales, de l'âge des patientes, du désir ou non de grossesse des patientes et des moyens dont dispose le praticien surtout dans nos régions.

Le consensus actuel demeure la voie abdominale pour un abord en cas de prolapsus auprès des patientes jeunes et la voie basse en cas de patientes plus âgées (> à 60 ans) ou auprès des patientes à haut risque chirurgical compte tenu de son moindre risque de retentissement postopératoire (3 fois moindre par rapport à la laparotomie) et à l'accès direct aux défauts, aux ligaments pelviens [2, 3, 13-15]. La voie d'abord endoscopique permettant une cure des prolapsus en partie ou en totalité demeure une alternative dans les formations disposant d'un équipement adapté [16]. Dans notre série, les conditions d'admission des patientes, la stadification et la qualification des prolapsus nous ont imposé un abord vaginal (64 %) beaucoup plus important que la voie abdominale (30 %) malgré la moyenne d'âge (37,45 ans) de nos patientes. Par contre ce facteur épidémiologique nous a indiqué un traitement conservateur réalisé auprès de 58,30 % des patientes. L'hystéropexie est le traitement conservateur réalisé par voie haute dans notre service. Cette technique présente une morbidité élevée (laparotomie) et un taux de récurrence (30 à 40 %) lié à l'absence de

matériel prothétique comme cela est recommandé [3, 4]. Cette absence d'utilisation de prothèse est due à leur coût et au risque infectieux qu'elles présentent. Les conséquences obstétricales ultérieures seront la réalisation d'une césarienne prophylactique qui n'est pas dénuée de complications surtout maternelles. La technique de Richardson [3], traitement conservateur par voie basse consistant en la suspension de l'isthme utérin et des ligaments utéro-sacrés au ligament sacro-épineux par l'intermédiaire d'un fil non résorbable, sans atteinte de la fertilité de la femme, est mieux indiquée dans nos régions. En effet, cette technique opératoire, en dehors d'une légère dyspareunie suite à une rétroversion utérine, autorise l'accouchement par voie basse à distance de l'intervention. Sa morbidité est faible (peu de laparotomie) et son coût moindre en matériel. Le seul problème principal demeure la formation requise pour cette technique.

Depuis la description du TVT (Tension-free Vaginal Tape) par Ulmsten [17] en 1996, la prise en charge chirurgicale des prolapsus urogénitaux connaît un réel bouleversement dans les pays occidentaux. L'interposition de prothèses synthétiques dans la correction chirurgicale des prolapsus permet actuellement la cure de tous les étages par voie vaginale [3,18-20]. L'effet bénéfique n'est pas à démontrer pour les patientes, pour les services hospitaliers par rapport à la durée d'hospitalisation, pour les praticiens car le risque de récurrence est moindre par rapport à la voie basse classique. Mais la question qui demeure dans nos régions est le coût de ces prothèses qui va entraîner une sélection des patientes et la qualité de la prévention des infections qu'offrent nos formations sanitaires pour une meilleure tolérance de ces nouvelles techniques opératoires.

Durant notre étude, les complications postopératoires sont moindres et le suivi postopératoire immédiat et à court terme est bon, mais très court. Mais le risque de récurrence de la promontofixation surtout chez des patientes jeunes désirant des grossesses ultérieures est très important selon les données de la littérature. Une étude prospective sur le suivi obstétrical des patientes ayant une cure de prolapsus est ainsi justifiée pour évaluer de la qualité du traitement dans nos régions.

CONCLUSION

Le prolapsus urogénital constitue une préoccupation dans les centres spécialisés pour sa prise en charge. Un accent doit être mis au niveau des soins obstétricaux d'urgence en vue de sa prévention. Des

campagnes de sensibilisation et de communication pour inciter les patientes à consulter plus tôt s'imposent. Une adaptation des techniques opératoires pour améliorer le pronostic obstétrical des patientes jeunes est nécessaire. L'enseignement des techniques classiques de la prise en charge chirurgicale des prolapsus par voie basse est à préserver dans nos régions compte tenu des ressources dont disposent nos pays en développement malgré l'essor des nouvelles techniques opératoires en Occident.

Bibliographie

- [1] Barrat J, Pigné A, Marpeau L. Le prolapsus génital et son traitement. 2^e édition, Masson, Paris 1990.
- [2] Jacquetin B, Amblard J. Statique pelvienne. Prolapsus. Traité de gynécologie. Édition Flammarion, Paris 2005:310-321.
- [3] Cosson M, Querleu D, Dargent D. Chirurgie vaginale. Techniques chirurgicales. Éditions Masson, Paris 2004.
- [4] Querleu D, Crepin G, Blanc B. Prolapsus génitaux. Édition Techniques. Encycl Med Chir (Paris, France), Gynécologie 1991; 290(A10):14.
- [5] Samuelsson EC, Arne Victor FT, Tibblin G, Svardsudd KF. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. Am J Obstet Gynecol 1999 Feb;180(2 Pt 1):299-305.
- [6] Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Obstet Gynecol 1997 Apr;89(4):501-6.
- [7] Dao B, Toure B, Sano D, Bambara M, Koalaga A, Da E, Bazie AJ. Hysterectomies in tropical zones: experience of one African maternal health service. 141 cases in Burkina Faso. Tunis Med 2001 Jan;79(1):47-50.
- [8] Sfar E, Marrai K, Chelli H, Kharouf M, Chelli M. Results at Rabta Tunis Maternity and Neonatology Center of the surgical treatment of genital prolapse. 193 cases in 7 years (1982-1988). Rev Fr Gynecol Obstet 1992;87(1):7-11.
- [9] Lubet KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. Am J Obstet Gynecol 2001 Jun;184(7):1496-501.
- [10] Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. Br J Obstet Gynaecol 1997 May;104(5):579-85.
- [11] Lucot JP, Cosson M. Statique pelvienne. Incontinence urinaire. Traité de gynécologie. Édition Flammarion, Paris 2005:322-331.
- [12] 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 Aug;183(2):277-85.
- [13] Ocellini B, Narducci F, Cosson M, Ego A, Decocq J, Querleu D, Crepin G. Abdominal colposacroplexy for the treatment of vaginal vault prolapse with or without urinary stress incontinence. Ann Chir 1999;53(5):367-77.

- [14] Cosson M, Boukerrou M, Narducci F, Occelli B, Querleu D, Crepin G. Long-term results of the Burch procedure combined with abdominal sacrocolpopexy for treatment of vault prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003 Jun;14(2):104-7.
- [15] Boukerrou M, Orazi G, Nayama M, Boodhun R, Crepin G, Cosson M. Technique de la promontofixation : suspension au promontoire par fils ou Tackers® ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2003 Oct;32(6):524-8.
- [16] Dubuisson JB, Jacob S, Chapron C, Fauconnier A, Decuypere F, Dubernard G. Laparoscopic treatment of genital prolapse: lateral utero-vaginal suspension with 2 meshes. Results of a series of 47 patients. *Gynecol Obstet Fertil* 2002 Feb;30(2):114-20.
- [17] Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996;7(2):81-5.
- [18] Cosson M, Collinet P, Occelli B, Narducci F, Crepin G. The vaginal patch plastron for vaginal cure of cystocele. Preliminary results for 47 patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001 Mar;95(1):73-80.
- [19] Von Theobald P, Labbe E. La triple opération périnéale avec prothèses. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2003 Oct;32(6):562-70.
- [20] Debodinance P, Berrocal J, Clave H, Cosson M, Garbin O, Jacquetin B, Rosenthal C, Salet-Lizee D, Villet R. Évolution des idées sur le traitement chirurgical des prolapsus génitaux. Naissance de la technique TVM. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2004 Nov;33(7):577-88.