

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNEE : 2022

N° 143

**CURE DE PROLAPSUS GÉNITAL FÉMININ PAR
PROMONTO-FIXATION COELIOSCOPIQUE AU CENTRE
HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE : RESULTATS
PRELIMINAIRES A PROPOS DE NEUF CAS.**

**THESE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ETAT)**

Présentée et soutenue publiquement

Le 20 juillet 2022

Par

Fatine MESSARI

201305ND9

MEMBRES DU JURY

PRESIDENT	:	M	Alassane	DIOUF	Professeur titulaire
MEMBRES	:	M	Abdoul Aziz	DIOUF	Professeur assimilé
		M	Mamour	GUEYE	Professeur assimilé
DIRECTEUR DE THESE	:	M	Abdoul Aziz	DIOUF	Professeur assimilé
CO-DIRECTEUR		M	Moussa	DIALLO	Maitre de Conférences Titulaire

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE

DECANAT & DIRECTION

DOYEN

M. BARA NDIAYE

PREMIER ASSESSEUR

M. MOMAR CODE BA

DEUXIEME ASSESSEUR

M. MASSAMBA DIOUF

CHEF DES SERVICES ADMINSTRATIFS

M. HAMDIATOU LY

DAKAR, LE 1 JANVIER 2022

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 – 2022

I. MEDECINE

PROFESSEURS TITULAIRES

Mme Fatou Diallo	AGNE	Biochimie Médicale
M. Abdoulaye	BA	Physiologie
Mme Mariame Guèye	BA	Gynécologie-Obstétrique
M. Momar Codé	BA	Neurochirurgie
M. Mamadou Diarrah	BEYE	Anesthésie-Réanimation
M. Boubacar	CAMARA	Pédiatrie
M. Amadou Gabriel	CISS	Chirurgie Cardio- vasculaire
M. Cheikh Ahmed Tidiane	CISSE	Gynécologie – Obstétrique
M. Mamadou	CISSE	Chirurgie Générale
§M. Jean Marie	DANGOU	Anatomie et Cytologie Patho.
M. Ahmadou	DEM	Cancérologie
M. Daouda	DIA	Gastro-Entérologie & Hépatologie
M. Mouhamadou Lamine	DIA	Bactériologie-Virologie
+*M. Ibrahima	DIAGNE	Pédiatrie
M. Bay Karim	DIALLO	O.R.L
M. Saïdou	DIALLO	Rhumatologie
*M. Babacar	DIAO	Urologie
M. Maboury	DIAO	Cardiologie
§M. Alassane	DIATTA	Biochimie Médicale
M. Charles Bertin	DIEME	Orthopédie – traumatologie
*Mme Marie Edouard Faye	DIEME	Gynécologie-Obstétrique
M. Madieng	DIENG	Chirurgie Générale
*M. Mame Thierno	DIENG	Dermatologie-Vénérologie
M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie Thoracique & Cardio-vasculaire
M. Amadou Gallo	DIOP	Neurologie
M. Ibrahima Bara	DIOP	Cardiologie
M. Mamadou	DIOP	Anatomie
M. Papa Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
M. Saliou	DIOP	Hématologie – Clinique
Mme Sokhna BA	DIOP	Radiologie
M. Alassane	DIOUF	Gynécologie – Obstétrique
Mme Elisabeth	DIOUF	Anesthésie-Réanimation
M. Raymond	DIOUF	O.R.L
M. Saliou	DIOUF	Pédiatrie
Mme Awa Oumar Touré	FALL	Hématologie – Biologique
M. Papa Ahmed	FALL	Urologie
M. Adama	FAYE	Santé Publique
M. Babacar	FAYE	Parasitologie
M. Papa Lamine	FAYE	Psychiatrie
*M. Papa Moctar	FAYE	Pédiatrie

Mme Louise	FORTES	Maladies Infectieuses
§M. Lamine	GUEYE	Physiologie
M. Serigne Maguèye	GUEYE	Urologie
M. El Hadji Fary	KA	Néphrologie
+*M. Mamadou Mourtalla	KA	Médecine Interne
M. Ousmane	KA	Chirurgie Générale
M. Abdoul	KANE	Cardiologie
M. Oumar	KANE	Anesthésie – Réanimation
M. Abdoulaye	LEYE	Endocrinologie-Métabolisme & Nutrition
Mme Fatimata	LY	Dermatologie-Vénérologie
M. Alassane	MBAYE	Cardiologie
Mme Ndèye Maïmouna Ndour	MBAYE	Médecine Interne
*M. Mouhamadou	MBENGUE	Hépatologie / Gastro-entérologie
M. Mamadou	MBODJ	Biophysique & Médecine Nucléaire
M.		
. Jean Charles	MOREAU	Gynécologie – Obstétrique
M. Philippe Marc	MOREIRA	Gynécologie – Obstétrique
M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie-Orthopédie-Traumatologie
Mme Fatou Samba Diago	NDIAYE	Hématologie Clinique
M. Issa	NDIAYE	O.R.L
M. Mouhamadou Bamba	NDIAYE	Cardiologie
M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie
M. Mor	NDIAYE	Médecine du Travail
Mme Ndèye Fatou Coulibaly	NDIAYE	Orthopédie-Traumatologie
M. Ousmane	NDIAYE	Pédiatrie
M. Papa Amadou	NDIAYE	Ophtalmologie
*M. Souhaïbou	NDONGO	Médecine Interne
*M. Cheikh Tidiane	NDOUR	Maladies Infectieuses
M. Alain Khassim	NDOYE	Urologie
M. Jean Marc Ndiaga	NDOYE	Anatomie& Organogenèse
M. Oumar	NDOYE	Biophysique& Médecine Nucléaire
M. Gabriel	NGOM	Chirurgie Pédiatrique
*M. Abdou	NIANG	Néphrologie
M. El Hadji	NIANG	Radiologie
M. Lamine	NIANG	Urologie
Mme Suzanne Oumou	NIANG	Dermatologie-Vénérologie
M. Abdoulaye	POUYE	Médecine Interne
Mme Paule Aïda Ndoeye	ROTH	Ophtalmologie
M. Abdoulaye	SAMB	Physiologie
M. André Daniel	SANE	Orthopédie-Traumatologie
Mme Anne Aurore	SANKALE	Chirurgie Plastique et reconstructive
Mme Anna	SARR	Médecine Interne
*M. Ibrahima	SECK	Santé Publique & Médecine Préventive
M. Moussa	SEYDI	Maladies Infectieuses
*M. Masserigne	SOUMARE	Maladies Infectieuses
M. Ahmad Iyane	SOW	Bactériologie-Virologie
+*M. Papa Salif	SOW	Maladies Infectieuses
M. Mouhamadou Habib	SY	Orthopédie-Traumatologie
Mme Aïda	SYLLA	Psychiatrie d’Adultes
M. Assane	SYLLA	Pédiatrie

§M. Cheickna
M. Abdourahmane
M. Mamadou Habib
M. Roger Clément Kouly
Mme Nafissatou Oumar

SYLLA
TALL
THIAM
TINE
TOURE

Urologie
O.R.L
Psychiatrie d'Adultes
Parasitologie-Mycologie
Pneumo-ptisiologie

+ Disponibilité
* Associé
§ Détachement

PROFESSEURS ASSIMILES

M. Abou	BA	Pédiatrie
Mme Aïssata Ly	BA	Radiologie
*M. El Hadji Makhtar	BA	Psychiatrie d'adultes
M. Idrissa	BA	Pédopsychiatrie
M. Idrissa Demba	BA	Pédiatrie
Mme Mame Sanou Diouf	BA	O.R.L
M. Pape Salmane	BA	Chirurgie Thoracique & Cardio-Vasculaire
M. Mamadou Diawo	BAH	Anesthésie-Réanimation
Mme Marie Louise	BASSENE	Hépto-Gastro-entérologie
M. El Hadji Amadou Lamine	BATHILY	Biophysique Médicale & Nucléaire
M. Malick	BODIAN	Cardiologie
M. Momar	CAMARA	Psychiatrie
Mme Fatou	CISSE	Biochimie Médicale
§M. Mamadou Lamine	CISSE	Gynécologie-Obstétrique
M. Mamadou	COUME	Gériatrie
M. Richard Edouard Alain	DEGUENONVO	O.R.L
M. Hamidou	DEME	Radiologie & Imagerie Médicale
M. Ngor Side	DIAGNE	Rééducation Fonctionnelle
M. Chérif Mouhamed Moustapha	DIAL	Anatomie Pathologique
M. Djibril	DIALLO	Gynécologie-Obstétrique
Mme Mama Sy	DIALLO	Histologie-Embryologie
Mme Viviane Marie Pierre Cissé	DIALLO	Maladies Infectieuses
M. Boubacar Ahy	DIATTA	Dermatologie-Vénérologie
M. Souleymane	DIATTA	Chirurgie Thoracique
M. Demba	DIEDHIOU	Médecine Interne
Mme Marie Joseph	DIEME	Anatomie Pathologique
*M. Mamadou Moustapha	DIENG	Cancérologie
Mme Seynabou Fall	DIENG	Hématologie Clinique
M. Boundia	DJIBA	Médecine Interne
M. Abdoulaye Dione	DIOP	Radiologie
M. Assane	DIOP	Dermatologie-Vénérologie
M. Ousseynou	DIOP	Biophysique & Médecine Nucléaire
M. Abdoul Aziz	DIOUF	Gynécologie-Obstétrique
M. Assane	DIOUF	Maladies Infectieuses
M. Momar	DIOUM	Cardiologie
M. Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
M. Lamine	FALL	Pédopsychiatrie
Mme Anna Modji Basse	FAYE	Neurologie
Mme Fatou Ly	FAYE	Pédiatrie & Génétique Médicale
§Mme Mame Awa	FAYE	Maladies Infectieuses
M. Magaye	GAYE	Anatomie-Chirurgie vasculaire
M. Pape Macoumba	GAYE	Radiothérapie
Mme Mame Diarra Ndiaye	GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Mamour	GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Modou	GUEYE	Pédiatrie
M. Aly Mbara	KA	Ophtalmologie
M. Daye	KA	Maladies Infectieuses
M. Ibrahima	KA	Chirurgie Générale

M. Sidy	KA	Cancérologie
M. Baïdy Sy	KANE	Médecine Interne
Mme Yacine Dia	KANE	Pneumo-phtisiologie
M. Amadou Ndiassé	KASSE	Orthopédie-Traumatologie
M. Younoussa	KEITA	Pédiatrie& Génétique Médicale
M. Charles Valérie Alain	KINKPE	Orthopédie-Traumatologie
M. Ahmed Tall	LEMRAHOTT	Néphrologie
Mme Fatou Aw	LEYE	Cardiologie
M. Mamadou Makhtar Mbacké	LEYE	Médecine Préventive
M. Papa Alassane	LEYE	Anesthésie-Réanimation
M. Aïnina	NDIAYE	Anatomie
M. Ciré	NDIAYE	O.R.L
M. Lamine	NDIAYE	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. Maodo	NDIAYE	Dermatologie-Vénérologie
+*M. Papa	NDIAYE	Médecine Préventive
M. Papa Ibrahima	NDIAYE	Anesthésie Réanimation
M. Boucar	NDONG	Biophysique& Médecine Nucléaire
Mme Ndèye Dialé Ndiaye	NDONGO	Psychiatrie d'Adultes
Mme Maguette Mbaye	NDOUR	Neurochirurgie
M. Oumar	NDOUR	Chirurgie Pédiatrique
Mme Marie Diop	NDOYE	Anesthésie-Réanimation
Mme Ndèye Aby	NDOYE	Chirurgie Pédiatrique
M. Aliou Alassane	NGAÏDE	Cardiologie
M. Babacar	NIANG	Pédiatrie& Génétique Médicale
*M. Mouhamadou Mansour	NIANG	Gynécologie-Obstétrique
M. Aloïse	SAGNA	Chirurgie Pédiatrique
Mme Magatte Gaye	SAKHO	Neurochirurgie
Mme Abibatou	SALL	Hématologie Biologique
M. Simon Antoine	SARR	Cardiologie
M. Mamadou	SECK	Chirurgie Générale
M. Moussa	SECK	Hématologie Clinique
Mme Sokhna	SECK	Psychiatrie d'adultes
Mme Marième Soda Diop	SENE	Neurologie
M. Mohamed Maniboliot	SOUMAH	Médecine Légale
M. Aboubacry Sadikh	SOW	Ophtalmologie
Mme Adjaratou Dieynabou	SOW	Neurologie
M. Abou	SY	Psychiatrie d'adultes
M. Khadime	SYLLA	Parasitologie-Mycologie
M. Alioune Badara	THIAM	Neurochirurgie
M. Ibou	THIAM	Anatomie Pathologique
Mme Khady	THIAM	Pneumo-phtisiologie
M. Aliou	THIONGANE	Pédiatrie & Génétique Médicale
M. Mbaye	THIOUB	Neurochirurgie
M. Alpha Oumar	TOURE	Chirurgie Générale
M. Silly	TOURE	Stomatologie & Chirurgie maxillo-faciale
M. Mamadou Mour	TRAORE	Anesthésie-Réanimation
M. Cyrille	ZE ONDO	Urologie

+ Disponibilité

*Associé

§ Détachement

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

M. Léra Géraud Cécil Kévin	AKPO	Radiologie & Imagerie Médicale
Mme Ndèye Marème Sougou	AMAR	Santé Publique
M. Nfally	BADJI	Radiologie& Imagerie Médicale
M. Djibril	BOIRO	Pédiatrie& Génétique Médicale
Mme Maïmouna Fafa	CISSE	Pneumologie
Mme Mariama Safiétou Ka	CISSE	Médecine Interne
M. Mohamed	DAFFE	Orthopédie-Traumatologie
M. André Vauvert	DANSOKHO	Orthopédie-Traumatologie
M. Mohamed Tété Etienne	DIADHIOU	Gynécologie-Obstétrique
M. Saër	DIADIE	Dermatologie-Vénérologie
M. Jean Pierre	DIAGNE	Ophtalmologie
Mme Nafissatou	DIAGNE	Médecine Interne
Mme Salamata Diallo	DIAGNE	Hépatologie / Gastro-Entérologie
M. Abdoulaye Séga	DIALLO	Histologie-Embryologie
M. Moussa	DIALLO	Gynécologie-Obstétrique
M. Mor	DIAW	Physiologie
Mme Aïssatou Seck	DIOP	Physiologie
M. Amadou	DIOP	Bactériologie-Virologie
M. Momar Sokhna dit Sidy Khoya	DIOP	Chirurgie Cardio-vasculaire
M. Mayassine	DIONGUE	Santé Publique
M. Maouly	FALL	Neurologie
M. Mbaye	FALL	Chirurgie Infantile
M. Atoumane	FAYE	Médecine Interne
M. Blaise Félix	FAYE	Hématologie
Mme. Maria	FAYE	Néphrologie
M. Omar	GASSAMA	Gynécologie-Obstétrique
M. Ndiaga Matar	GAYE	Neurologie
M. Alioune Badara	GUEYE	Orthopédie Traumatologie
M. Mamadou Ngoné	GUEYE	Gastro-Entérologie& Hépatologie
M. Abdoul Aziz	KASSE	Cancérologie
Mme Ndèye Aïssatou	LAKHE	Maladies Infectieuses& Tropicales
M. Yakham Mohamed	LEYE	Médecine Interne
Mme Indou Dème	LY	Pédiatrie
*M. Birame	LOUM	O.R.L & Chirurgie cervico-faciale
Mme Aminata Diack	MBAYE	Pédiatrie
Mme Fatimata Binetou Rassoule	MBAYE	Pneumologie
Mme Khardiata Diallo	MBAYE	Maladies Infectieuses
M. Papa Alassane	MBAYE	Chirurgie Pédiatrique
Mme Awa Cheikh Ndao	MBENGUE	Médecine Interne
M. Magatte	NDIAYE	Parasitologie-Mycologie
§M. Khadim	NIANG	Médecine Préventive
M. Aliou Abdoulaye	NDONGO	Pédiatrie
M. Ndaraw	NDOYE	Neurochirurgie
M. Moustapha	NIASSE	Rhumatologie
Mme Marguerite Edith D.	QUENUM	Ophtalmologie
M. Lamine	SARR	Orthopédie Traumatologie
Mme Nafy Ndiaye	SARR	Médecine Interne

M. Ndéné Gaston	SARR	Biochimie
*M. Babacar	SINE	Urologie
M. Abdou Khadir	SOW	Physiologie
§M. Doudou	SOW	Parasitologie-Mycologie
M. Ousmane	THIAM	Chirurgie Générale
M. Souleymane	THIAM	Biochimie
*M. Jean Augustin Diégane	TINE	Santé Publique-Epidémiologie

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

Mme Houra	AHMED	O.R.L
Mme Aïssatou	BA	Pédiatrie
M. El Hadji Boubacar	BA	Anesthésie-Réanimation
M. Massamba	BA	Gériatrie
Mme Nafissatou Ndiaye	BA	Anatomie Pathologie
Mme Djénéba Fafa	CISSE	Pédiatrie
M. Ousmane	CISSE	Neurologie
M. Abdoulaye	DANFA	Psychiatrie
M. Boubacar Samba	DANKOKO	Médecine Préventive
M. Gabriel Nougnygnon Comlan	DEGUENONVO	Anatomie Pathologique
M. Sidy Ahmed	DIA	Médecine du Travail
M. Souleymane	DIAO	Orthopédie-Traumatologie
M.Papa Amath	DIAGNE	Chirurgie Thoracique & Cardio-vasculaire
Mme Armandine Eusébia. Roseline	DIATTA	Médecine du Travail
Mme Yaay Joor Koddu Biigé	DIENG	Pédiatrie
M. Baïdy	DIEYE	Bactériologie-Virologie
M. Ndiaga	DIOP	Histologie-Embryologie et Cytogénétique
M. Doudou	DIOUF	Cancérologie
M. Mamadou Lamine	DIOUF	Pédopsychiatrie
M. Mamoudou Salif	DJIGO	Biophysique & Médecine Nucléaire
M. Biram Codou	FALL	Médecine Interne
M. Cheikh Binetou	FALL	Parasitologie-Mycologie
Mme Marième Polèle	FALL	Hépto-Gastro-entérologie
M. Moustapha	FAYE	Néphrologie
M. Mamadou Lassana	FOBA	Chirurgie Plastique et reconstructive
M. Abdou Magib	GAYE	Anatomie Pathologique
Mme Mame Vénus	GUEYE	Histologie-Embryologie
Mme Salimata Diagne	HOUNDJO	Physiologie
M. Mohamed	JALLOH	Urologie
M. Soulye	LELO	Parasitologie et Mycologie
M. Isaac Akhéaton	MANGA	Parasitologie et Mycologie
M. Mansour	MBENGUE	Néphrologie
M. Joseph Salvador	MINGOU	Cardiologie
M. Joseph Matar Mass	NDIAYE	Ophtalmologie

Mme. Mame Téné	NDIAYE	Dermatologie-Vénérologie
M. Mouhamadou Makhtar	NDIAYE	Stomatologie & Chirurgie maxillo-faciale
M. Ibrahima	NDIAYE	Psychiatrie
M. Michel Assane	NDOUR	Médecine Interne
M. El Hadji Oumar	NDOYE	Médecine Légale
Mme. Médina	NDOYE	Urologie
Mme Aïssatou Ahmet	NIANG	Bactériologie-Virologie
M. Abdourahmane	SAMBA	Biochimie
M. Alioune	SARR	Urologie
M. El Hadji Cheikh Ndiaye	SY	Neurochirurgie
M. El Hadji Malick	SY	Ophtalmologie
M. Amadou	SOW	Pédiatrie
M. Djiby	SOW	Médecine Interne
Mme Maïmouna	TOURE	Physiologie
Mme Racky	WADE	Anatomie et Organogenèse Option Psychiatrie

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

II. PHARMACIE

PROFESSEURS TITULAIRES

M. Makhtar	CAMARA	Bactériologie-Virologie
Mme Aminata Sall	DIALLO	Physiologie
Mme Rokhaya Ndiaye	DIALLO	Génétique
M. Mounibé	DIARRA	Physique Pharmaceutique
M. Alioune	DIEYE	Immunologie
*M. Amadou Moctar	DIEYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
M. Yérime Mbagnick	DIOP	Chimie Analytique
M. Djibril	FALL	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
M. Alioune Dior	FALL	Pharmacognosie
M. Mamadou	FALL	Toxicologie
M. Papa Madièye	GUEYE	Biochimie
M. Modou Oumy	KANE	Physiologie
Mme Ndèye Coumba Touré	KANE	Bactériologie-Virologie
M. Gora	MBAYE	Physique Pharmaceutique
M. Babacar	MBENGUE	Immunologie
M. Bara	NDIAYE	Chimie Analytique
M. Daouda	NDIAYE	Parasitologie
Mme Maguette Dème Sylla	NIANG	Immunologie
Mme Philomène Lopez	SALL	Biochimie
M. Mamadou	SARR	Physiologie
M. Serigne Omar	SARR	Chimie Analytique & Bromatologie
M. Matar	SECK	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Oumar	THIOUNE	Pharmacie Galénique
M. Alassane	WELLE	Chimie Thérapeutique

PROFESSEURS ASSIMILES

Mme Aïda Sadikh	BADIANE	Parasitologie
Mme Kady Diatta	BADJI	Botanique & Cryptogamie
M. William	DIATTA	Botanique et Biologie végétale
MmeThérèse	DIENG	Parasitologie
M. Amadou	DIOP	Chimie Analytique
M. Cheikh	DIOP	Hydrologie
M. Louis Augustin D.	DIOUF	Physique et Biophysique
M. Ahmadou Bamba Koueimel	FALL	Pharmacie Galénique
*M. Babacar	FAYE	Biologie Moléculaire et cellulaire
M. Macoura	GADJI	Hématologie
Mme Rokhaya Sylla	GUEYE	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
M. Youssou	NDAO	Droit et Déontologie Pharmaceutiques
Mme Arame	NDIAYE	Biochimie
*Mme Halimatou Diop	NDIAYE	Bactériologie-Virologie
M. Mouhamadou	NDIAYE	Parasitologie-Mycologie

Mme Mathilde M.P. Cabral	NDIOR	Toxicologie
M. Idrissa	NDOYE	Chimie Organique
M. Abdoulaye	SECK	Bactériologie-Virologie
*M. Mame Cheikh	SECK	Parasitologie-Mycologie
M. Madière	SENE	Pharmacologie
Mme Awa Ndiaye	SY	Pharmacologie
Mme Fatou Gueye	TALL	Biochimie
M. Yoro	TINE	Chimie Organique
Mme Aminata	TOURE	Toxicologie

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

*M. Firmin Sylva	BARBOZA	Pharmacologie
M. Mamadou	BALDE	Chimie Physique Générale
Mme Awa Ba	DIALLO	Bactériologie-Virologie
M. Adama	DIEDHIOU	Chimie Thérapeutique & Organique
M. Assane	DIENG	Bactériologie-Virologie
M. Khadim	DIONGUE	Parasitologie-Mycologie
Mme Absa Lam	FAYE	Toxicologie
Mme. Rokhaya	GUEYE	Chimie Analytique & Bromatologie
*M. Moustapha	MBOW	Immunologie
*M. Mamadou	NDIAYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. El Hadji Malick	NDOUR	Biochimie
M. Mbaye	SENE	Physiologie
M. Papa Mady	SY	Biophysique

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

Mme Fatoumata	BAH	Toxicologie
Mme. Néné Oumou Kesso	BARRY	Biochimie Pharmaceutique
M. Oumar	BASSOUM	Epidémiologie et Santé publique
M. Serigne Ibra Mbacké	DIENG	Pharmacognosie
M. Jean Pascal Demba	DIOP	Génétique Humaine
M. Moussa	DIOP	Pharmacie Galénique
M. Alphonse Rodrigue	DJIBOUNE	Physique Pharmaceutique
*M. Moustapha	DJITE	Biochimie Pharmaceutique
M. Djiby	FAYE	Pharmacie Galénique
*M. Gora	LO	Bactériologie-Virologie
M. Abdou	SARR	Pharmacognosie
Mme Khadidiatou	THIAM	Chimie Analytique & Bromatologie

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

III. CHIRURGIE DENTAIRE

PROFESSEURS TITULAIRES

Mme Khady Diop	BA	Orthopédie Dento-Faciale
M. Khaly	BANE	Odontologie Conservatrice
Mme Fatou Lèye	BENOIST	Odontologie Conservatrice
M. Henri Michel	BENOIST	Parodontologie
Mme Adam Marie Seck	DIALLO	Parodontologie
M. Joseph Samba	DIOUF	Orthopédie Dento-Faciale
M. Babacar	FAYE	Odontologie Conservatrice
M. Daouda	FAYE	Santé Publique
M. Cheikh Mouhamadou M.	LO	Santé Publique
M. El Hadj Babacar	MBODJ	Prothèse Dentaire
M. Papa Ibrahima	NGOM	Orthopédie Dento-Faciale
M. Mouhamed	SARR	Odontologie Conservatrice
Mme Soukèye Dia	TINE	Chirurgie Buccale
§M. Babacar	TOURE	Odontologie Conservatrice

PROFESSEURS ASSIMILES

Mme Adjaratou Wakha	AIDARA	Odontologie Conservatrice
M. Abdoulaye	DIOUF	Parodontologie
M. Massamba	DIOUF	Santé Publique
Mme Aïssatou Tamba	FALL	Pédodontie-Prévention
M. Malick	FAYE	Pédodontie
*M. Moctar	GUEYE	Prothèse Dentaire
*M. Mouhamadou Lamine	GUIRASSY	Parodontologie
Mme Aïda	KANOUTE	Santé Publique Dentaire
M. Papa Abdou	LECOR	Anatomo-Physiologie
§Mme Charlotte Faty	NDIAYE	Chirurgie Buccale
M. Paul Dèbé Amadou	NIANG	Chirurgie Buccale
M. Babacar	TAMBA	Chirurgie Buccale

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

M. Abdou	BA	Chirurgie Buccale
M. Mamadou	DIATTA	Chirurgie Buccale
Mme Mbathio	DIOP	Santé Publique
Mme Binetou Cathérine	GASSAMA	Chirurgie Buccale
M. Pape Ibrahima	KAMARA	Prothèse Dentaire
M. Cheikh	NDIAYE	Prothèse Dentaire
Mme Diouma	NDIAYE	Odontologie Conservatrice
M. Mamadou Lamine	NDIAYE	Radiologie Dento maxillo-Faciale
M. Seydina Ousmane	NIANG	Odontologie Conservatrice
Mme Farimata Youga Dieng	SARR	Matières Fondamentales
Mme Anta	SECK	Odontologie Conservatrice
Mme Soukèye Ndoeye	THIAM	Odontologie Pédiatrique
Mme Néné	THIOUNE	Prothèse Dentaire

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

M. Alpha	BADIANE	Orthopédie Dento-Faciale
Mme Khady	BADJI	Prothèse Dentaire
Mme Binta	CISSE	Prothèse Dentaire
M. Ahmad Moustapha	DIALLO	Parodontologie
M. Mamadou Tidiane	DIALLO	Odontologie Pédiatrique
M. Mor Nguirane	DIENE	Odontologie Conservatrice
M. Amadou	DIENG	Santé Publique
M. Khalifa	DIENG	Odontologie Légale
M. Serigne Ndam	DIENG	Santé Publique
M. El Hadji Ciré	DIOP	Odontologie Conservatrice
M. Abdoulaye	DIOUF	Odontologie Pédiatrique
Mme Ndèye Nguiniane Diouf	GAYE	Odontologie Pédiatrique
M. Mouhamad	KANE	Chirurgie Buccale
M. Alpha	KOUNTA	Chirurgie Buccale
M. Oumar Harouna	SALL	Matières Fondamentales
M. Sankoug	SOUMBOUNDOU	Odontologie Légale
M. Diabel	THIAM	Parodontologie
M. Amadou	TOURE	Prothèse Dentaire

+Disponibilité

*Associé

§Détachement



**Au nom d'ALLAH le Tout Clément,
Le Très Miséricordieux
Louange à ALLAH, Seigneur de l'univers,
Qui m'a donné la force et le courage d'avancer
Dans les moments les plus difficiles
Que ta lumière continue d'éclairer mon chemin
Au nom du prophète MOUHAMMED (PSL)
Qu'ALLAH Le Très Haut le bénisse et bénisse sa
famille et ses compagnons.
Amine**

DEDICACES

A mes trésors, mes parents et ma fierté,

Abdellah M, Najia C

Merci à vous d'exister, sans vous je ne serai pas là ;

L'amour que j'éprouve pour vous ne se décrit pas ;

Quand je me regarde dans un miroir, mon visage qui ressemble tant aux vôtres ;

Vous avez veillé sur moi, vous m'avez tout donné, tout appris ;

Je vous prêterai ma force pour que vous puissiez l'utiliser ;

PAPA

Permettez-moi de vous exprimer mon grand amour, mon attachement et ma plus haute considération pour votre personne, bien que tout l'encre du monde ne pourrait suffire pour exprimer mes sentiments envers un être très cher ;

Je suis très fière d'être votre fille et de pouvoir enfin réaliser, ce que vous avez tant espéré et attendu de moi. Merci d'être le meilleur exemple et le meilleur de tous les pères ;

Vous n'avez jamais cessé de déployer jour et nuit tous vos efforts afin de subvenir à nos besoins, nous encourager, nous EDUQUER et nous aider à choisir le chemin de la réussite ;

Votre patience, votre bonne volonté, vos conseils précieux ainsi que votre confiance en moi ont été m'ont beaucoup aidé dans ma réussite ;

Je serai toujours là pour vous, vous êtes mon papa, l'homme et le héros de ma vie, vous êtes unique ;

Merci de m'avoir élevé ainsi, merci pour votre confiance et merci d'être mon papa. Grâce à vous je suis devenue la personne que je suis, j'espère être votre fierté comme vous l'êtes pour moi ;

Je veux que vous preniez soin de vous et je prie Dieu le plus puissant de vous protéger, car vous et maman, vous êtes ma raison de vivre ;

Je ne vous dis pas souvent *JE T'AIME*, mais sachez qu'au plus profond de mon cœur, que vous êtes le meilleur cadeau de Dieu, le meilleur papa au monde, vous êtes plus qu'un trésor... Je t'aime ;

Mon très cher papa, veuillez trouver, dans ce modeste travail, le fruit de vos sacrifices ainsi que l'expression de ma profonde affection et ma vive reconnaissance ;

Puisse Dieu, le tout puissant, vous préserver et vous accorder santé, longue vie et bonheur... YA RABBI.

MAMAN

Maman, mon ange, ma source d'affection et mon amour pour le reste de la vie ;

Si Dieu a mis le paradis sous les pieds des mères, ce n'est pas pour rien ;

Maman vous m'avez donné la vie et l'envie de vivre ;

Dieu m'a donné la meilleure des intentions, la meilleure amie et la meilleure des mamans ;

Affable, honorable, aimable : vous représentez pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi ;

Votre prière et votre bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études ;

Vous avez fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études, vous êtes l'amie que tout le monde souhaite avoir ;

Votre pouvoir de nous comprendre sans effort, votre parole, vos conseils en or, votre tendresse ... sont la meilleure thérapie que j'ai eue ;

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que vous méritez pour tous les sacrifices que vous n'avez pas cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte ;

Je vous dédie ce travail en témoignage brut d'années de sacrifices, d'encouragement et de prière ; le fruit de cet amour inconditionnel que je vois chaque jour dans vos yeux ;

J'espère ne jamais trahir votre confiance en moi et vous rendre de plus en plus fière de moi et de votre éducation ;

Puisse Dieu, le tout puissant, vous préserver et vous accorder santé, longue vie et bonheur... YA RABBI ;

Maman, je vous dis tout simplement *JE T'AIME...Tu le sais*.

Aux meilleurs frères du monde,

Oussama, Ouail ;

Ces quelques lignes, ne sauraient traduire le profond amour que je vous porte ;
C'est très important pour moi de vous montrer à quel point vous êtes les meilleurs des frères ; Je ne pourrai d'aucune manière exprimer mon attachement et mon affection pour vous. Tant de moments partagés et de souvenirs merveilleux ;

Je tiens à remercier Dieu le plus grand et le plus puissant de m'avoir offert une telle bénédiction, une grande fierté et de la meilleure tendresse au monde ;

D'après Plutarque : « Un frère est un ami donné par la nature » ; Mais il n'est pas seulement un ami mais aussi une protection, une tendresse, une force et un mélange de toutes les relations et tous les sentiments du monde ;

A tous les moments d'enfance passés avec vous mes frères, en gage de ma profonde estime pour l'aide que vous m'avez apporté. Vous m'avez soutenu, réconforté et encouragé. Puissent nos liens fraternels se consolider et se pérenniser encore plus ;

Je vous remercie pour chaque instant, pour toute intention, pour tous les sentiments, l'amour et les encouragements ;

J'implore Allah, le tout puissant, de vous apporter tout ce qu'il y a de meilleur dans cet univers ;

Je vous dédie ce travail, en témoignage de ces liens uniques et forts qui nous unissent ;

Puisse cette fraternité se pérennise et se consolide à jamais YA RABBI.

A ma sœur, ma belle-sœur et ma chère amie ILHAM ;

Tu es ma sœur, ma meilleure amie et ma confidente. Nous avons partagé beaucoup de moments ensemble, de bons comme de mauvais, mais tu as toujours trouvé le mot qu'il fallait pour me redonner le sourire, m'encourager et me pousser à donner le meilleur de moi-même.

Les mots me manquent pour exprimer tout ce que tu représentes pour moi.

Je vous dédie ce modeste travail en témoignage de mon grand amour et ma profonde affection.

Que dieu, tout puissant, vous garde, vous procure santé, bonheur et longue vie.

A mon adorable neveu : MIZMIZ

Je t'aime mon cœur, je t'aime plus que tout.

Que Dieu le plus puisse te protège et te bénisse.

A mes défunts grands-parents ;

Vos souhaits les plus chers étaient de me voir dans le domaine médical, et de me voir contente de ce que je réalise, et j'ai eu l'honneur de l'être. J'ai pu voir une énorme fierté à travers vos yeux.

Vous avez toujours été pour moi un exemple à suivre.

Vos sourires et vos bons conseils me suivront à jamais dans ma vie, et j'espère ne jamais les oublier.

Je n'arrive toujours pas à réaliser que vous n'êtes plus avec nous, et que je vais plus sentir vos odeurs, et entendre vos voix.

Merci de m'avoir fait confiance, merci d'avoir cru en moi.

J'aurai aimé vous voir le jour de ma thèse, et vous dédié directement ce travail, mais la volonté de Dieu l'a voulu ainsi.

Puisse Dieu vous avoir en sa sainte miséricorde et que ce travail soit une prière pour vos âmes.

Je vous aime, et je vous aimerai pour toujours.

A la meilleure des tantes et le meilleur des oncles ;

Jamila ; Hanie

Merci d'avoir été un soutien pour moi pendant toutes ces longues années.

Je vous admire pour votre gentillesse et votre générosité et vous souhaite que du bonheur et de la santé pour les années à venir.

Veillez accepter l'expression de mon amour, ma gratitude pour vos prières, soutiens et encouragements.

Merci encore une fois d'être un membre de ma famille.

A toute ma famille

Dieu est témoin de toute la profonde affection que je vous porte.

Je vous souhaite une vie pleine de réussite, santé, bonheur et succès.

Je vous dédie ce travail.

A mon meilleur ami

Mustapha OUSSOUS

Le meilleur cadeau que le Sénégal m'a offert... Tu as été pour moi une source de joie mais aussi de soutien, de motivation et d'encouragement.

J'ai beaucoup appris de toi, de ton dévouement, ta générosité et ton fort caractère, même s'il n'est pas toujours facile, mais tu resteras l'incarnation du meilleur ami que tout le monde rêve d'avoir.

Tu m'as toujours protégé tel un frère, tu m'as écouté tel un thérapeute, et tu es resté à mes côtés lors de mes échecs comme mes réussites tel un vrai bon ami.

J'ai trouvé en toi le refuge de mes secrets, de mes mauvais moments et chagrins.

Nous avons partagé beaucoup d'aventures ensemble et pleins de moments de joie, d'euphorie, de folie, ainsi que ceux les plus durs.

Ton soutien moral a été une grande motivation pour moi. Merci d'avoir contribué à faire de ces années les plus belle de ma vie.

Je te souhaite une vie personnelle pleine de joie et de bonheur, et aussi une vie professionnelle pleine de succès.

Qu'ALLAH le plus puissant, te préserve du mal et t'accorde santé et réussite.

A mon cher ami

Oualid MOUKHTARI

En souvenirs des moments inoubliables passés ensemble, de nos joies, de nos fous rires, de nos craintes et de nos disputes.

Saches bien que tu m'es très cher, tu as toujours répondu présent dans toutes les circonstances depuis notre première année au Sénégal.

Je ne sais pas si tu es naïf ou fou, mais une chose est certaine, tu es un ami formidable.

Nous avons commencé cette aventure ensemble, nous sommes restés amis dans les hauts et les bas de nos vies.

Merci d'être l'épaule sur laquelle je peux toujours compter.

Qu'Allah te procure une vie pleine de santé, de bonheur, de joie avec une carrière flamboyante.

A ma très chère amie

Meriem BOUZGUENDA

Le beau cadeau que la médecine m'a offert... Arrivée dans ma vie telle un ouragan, je n'ai jamais pensé qu'on allait si bien s'entendre. Et nous voilà 6 ans après... nous avons partagé la joie et la peine, les bons et les mauvais moments. Je profite de cette occasion pour que je te dise à quel point tu es importante pour moi.

Ce parcours nous aura forgées et équipées, je le crois, pour une belle carrière à venir.

Tu n'as jamais cessé de croire en moi, de me soutenir et de m'encourager. Merci pour tout ya mariouma...

Je suis vraiment honorée de t'avoir dans ma vie, et de t'avoir connue.

J'espère que notre amitié durera pour toujours. Je te souhaite tout le bonheur du monde, te voir réaliser tes rêves...

Qu'ALLAH nous garde à jamais amies dans la joie et la prospérité.

A mes amis

Lina BERRADA et Soufiane LAKNIZI

Vous avez été pour moi une source de joie mais aussi de soutien et d'encouragement.

De par votre sincérité et votre honnêteté, vous avez pu entrer dans mon petit monde et y occuper une place particulière.

LINA

Merci pour les bons moments qu'on a partagés ensemble, nos discussions tardivement la nuit, les idées de Sherlock Holmes qui nous viennent soudainement...

Je n'arrive pas à trouver un discours qui exprimera bien mon amour, ma reconnaissance envers toi et ma gratitude ;

**C'est le hasard qui fait la famille, mais c'est le cœur qui fait les amis. **

Merci sœurlette pour tout le temps passé, et pour l'avenir.

Je vous souhaite une très belle vie, pleine de bonheur et d'amour.

A la plus douce

RIHAB KHAMOUSS

Une amitié d'exception,

Ton amitié a fait de moi une personne meilleure ;

Ce chapitre de la vie, on l'a vécu ensemble, avec tous les hauts et les bas.

A nos années de galères et à nos nuits blanches, à tout le stress qu'on a vécu.

Je te dédie ce travail qui est le tien, je ne peux trouver les mots justes et sincères pour exprimer mon amour, mon attachement, mon affection et l'admiration que j'éprouve à ton regard.

A ma 2^{ème} famille sénégalaise

A mon oncle Babacar SALL et sa merveilleuse femme tati Lisa ;

Vous avez été pour moi un refuge, un soutien, une force, et tout ce que le mot famille désigne.

Vous m'avez accueilli les bras ouverts, avec autant de tendresse qu'une vraie famille puisse donner à sa fille.

Vous êtes des personnes qui ont marqué positivement ma vie, je vous remercie pout tout.

Je profite de la présente occasion pour vous remercier pour tout le soutien, la sympathie et l'amour que vous m'accordez.

Que Dieu le tout puissant vous comble de santé, de bonheur, d'amour et vous prouve une longue vie pleine de joie.

A la personne qui m'a appris le vrai sens de l'amitié

Feten SBEI ;

Ma meilleure amie, la vie fait qu'en ce jour tu vis loin de mes yeux, mais jamais loin de mon cœur. Cette amitié à distance me fait réaliser à quel point notre relation est solide.

Tu es l'une des rares personnes dans ma vie qui m'a aidé à devenir ce que je suis aujourd'hui ! Merci pour cela.

Tu n'es pas avec moi en ce moment, mais malgré cela, je ressens ton soutien, ton amour et ton attention à travers les kilomètres.

Tu mérites un million de remerciements et tous les câlins que je peux te faire.

Certes on s'est séparé par la distance mais jamais par le cœur.

Je t'aime JILANI.

A la plus joyeuse

Fatiza

C'est difficile de dire merci à une personne qui mérite bien plus que des simples mots.

J'espère que je pourrai rembourser ne serait-ce qu'une partie de l'amitié que tu m'as donnée.

Merci d'avoir veillé sur moi, depuis notre première rencontre,

Merci de m'avoir aimé, de me pardonner ;

Merci d'être le bon exemple d'une vraie sœur, une véritable bonne vivante.

Je t'aime.

A mes belles découvertes :

Imane BARIKALLA, Zainab CHBOUKI

Amaninou et Zaynou, certes on n'a pas passé beaucoup de temps ensemble, j'aurai aimé vous connaître plus et de vous aimer encore plus.

Merci pour les moments passés qu'on a partagés, je suis sûre que cette formidable amitié n'aura pas de pause et on se verra beaucoup plus inchallah.

Vous êtres des personnes merveilleuses, pleines de joie, de vie et de sophistication.

Je vous dédie ce modeste travail en témoignage de mon grand amour et ma profonde affection Que dieu, tout puissant, vous garde, vous procure santé, bonheur et longue vie.

A la personne la plus gentil

Dr Mahfoud ;

Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon respect et mon affection. Vous avez toujours été là pour moi, à partager les moments les plus difficiles, mais aussi les plus joyeux.

Veuillez trouver, chères amies et sœurs, dans ce travail le fruit de votre dévouement, l'expression de ma gratitude et mon profond amour.

Puisse Dieu vous préserver des malheurs de la vie, vous procurer longue vie et réaliser tous vos rêves.

A l'unique

Salma EL MOULOUDI

Salma, l'artiste au grand cœur, je n'ai jamais cru à ce qu'une amitié peu naître au bout de quelques petits bons moments partagés ;

Malgré qu'on n'ait pas passé beaucoup de temps ensemble mais tu as pu avec ton beau sourire et ta pureté, être l'amie exceptionnelle.

Je remercie le bon Dieu qui a croisé nos chemins, en espérant que notre amitié durera à l'infini.

A mes amis

Gassama, Irène, Awa

Je ne trouverai jamais l'expression forte pour vous exprimer mon affection.
Trouvez ici l'assurance de mon profond respect et de mon fidèle attachement.

A l'exceptionnelle

Oumeima OTMANI

Seules les fausses amitiés souffrent de la distance, et « plus l'ami est ancien, meilleur il est ! ».

Les circonstances ont voulu qu'on se voit de moins en moins, mais saches que mon amour pour toi est si grand que la distance ne peut rien y changer.

Je te remercie pour toutes les fois où tu étais là pour moi, pour me soutenir, me conseiller et m'aimer.

Puisse cette entente et cet amour durer à jamais, Je t'aime Micosse !

A mon cher ami

Mohamed Amine ERRAJI

Ce travail est mon occasion de te dire à quel point, tu es une personne unique ;
Malgré la distance qui nous sépare, tu m'as prouvé une amitié indéfectible tout au long de ces années ;

Tu trouveras dans ce travail le fruit de ton dévouement, l'expression de ma gratitude et mon respect ;

Puisse Dieu te préserver des malheurs de la vie, te procurer longue vie et réaliser tous tes rêves.

A mes chers voisins de la Médina

Mr Fallou, Fatou, Ismaila, Ablaye, Seydou

Vous m'avez accueilli les bras ouverts ;

Merci d'être le bon exemple des voisins, plutôt de la bonne famille. Je me sentais toujours en sécurité comme si j'étais chez moi ;

J'implore dieu qu'il vous apporte bonheur et santé.

A tous mes camarades de promotion

Mon séjour à vos côtés était pour moi un réel plaisir.

Au MAROC

Ma patrie, ma fierté, tu es dans mon cœur.

Ma terre natale à laquelle toutes mes pensées et mon amour convergent.

J'espère contribuer généreusement à ton développement et maintenir ton ascension vers la gloire.

A travers toi, nous n'oublions pas non plus ce continent ; oui ce beau continent qu'est l'AFRIQUE, continent paisible où il fait le bon vivre.

Au SENEGAL

Mon deuxième pays, le pays de la Teranga, de la chaleur humaine, de la générosité ; le pays où j'ai passé les plus beaux moments de ma vie, où j'ai eu la chance de réaliser mon plus beau rêve.

En dehors du diplôme, ce pays m'a permis murir et de devenir ce que je suis.

Symbole de paix, d'unité, de fraternité, et de soleil, ce petit pays aura toujours une place particulière dans mon cœur.

**A NOS MAITRES ET
JUGES**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,
MONSIEUR LE PROFESSEUR ALASSANE DIOUF**

Nous sommes particulièrement sensibles à l'honneur que vous nous faites, en acceptant spontanément de présider ce jury de thèse, malgré vos multiples occupations.

Nous avons toujours admiré vos qualités scientifiques et pédagogiques, de même votre disponibilité constante et votre rigueur dans le travail.

A cela s'ajoutent vos qualités humaines qui nous inspirent un profond respect et font de vous un professeur exemplaire et digne d'admiration.

En témoignage de notre reconnaissance infinie, veuillez recevoir, très cher Maître l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR ABDOUL AZIZ DIOUF**

Transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable.

Nous vous sommes infiniment reconnaissants pour l'amabilité et la spontanéité avec lesquelles vous avez accepté de diriger ce travail.

Vous nous avez éblouis par votre sympathie, votre modestie et vos immenses qualités humaines.

Ce travail est le fruit de votre parfaite, de votre disponibilité, de la diligence de vos réponses à nos nombreuses demandes d'informations, et surtout de votre savoir-faire.

Nous vous remercions pour avoir consacré à cette thèse une partie de votre précieux temps, de nous avoir guidé dans ce travail avec attention, rigueur et bienveillance.

Veuillez accepter, cher maître, nos profonds et sincères remerciements, notre profonde gratitude et notre grande estime pour l'aide que vous nous avez accordé dans la réalisation de ce travail.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAMOUR GUEYE

C'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger dans notre jury. Nous vous sommes très reconnaissants de la spontanéité et de l'amabilité avec lesquelles vous avez accepté de juger notre travail, malgré vos multiples occupations.

Votre modestie, vos qualités humaines et intellectuelles ont nourri en nous une grande estime. L'occasion nous est offerte pour vous exprimer toute notre reconnaissance.

Permettez-nous cher maître, de vous exprimer nos chaleureux remerciements, notre profond respect et l'expression de notre plus haute considération.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE MEMOIRE

DOCTEUR MOUSSA DIALLO

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour avoir accepté de co-diriger et m'avoir permis de réaliser ce travail. Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre aide, votre soutien tout au long de ce travail. Votre modestie, votre pédagogie et votre simplicité ont fasciné tout apprenant qui vous a côtoyés.

Recevez nos sincères remerciements pour le soutien que vous nous apporté tout au long de ce travail.

« Par délibération la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation »

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ICS** : International Continence Society
- IMC** : Indice de masse corporelle
- IRM** : Imagerie par résonnance magnétique
- IUE** : Incontinence urinaire d'effort
- IUE** : Incontinence urinaire d'effort
- MPP** : Muscles du plancher pelvien
- POPQ** : Pelvic Organ Prolapse Quantification
- TOP** : Triple opération périnéale
- TOT** : Trans – Obturator – Tape
- TSH** : Le traitement hormonal substitutif
- TVT** : Tension free vaginal tape

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Image représentant les principaux types de prolapsus génital	5
Figure 2 : Le rétinaculum du fascia pelvien et les ligaments pelviens chez la femme	7
Figure 3 : Coupe transversale du bassin féminin	10
Figure 4 : Les moyens de fixité de l'utérus	11
Figure 5 : Coupe sagittale du petit bassin féminin.....	12
Figure 6 : Image représentant la classification du prolapsus génital selon l'International Continence Society	15
Figure 7 : Image représentant la comparaison des systèmes d'évaluation utilisés généralement.....	16
Figure 8 : Les trois stades du prolapsus génital selon la classification de BADEN et WALKER. (A)Stade 2. (B)Stade 3. (C)Stade 4	17
Figure 9 : Position du spéculum dans le vagin.....	18
Figure 10 : Différents types de pessaires	22
Figure 11 : La sacrospinofixaion de type de Richter	24
Figure 12 : La promontofixation	27
Figure 13 : La promontofixation : fixation des prothèses après hystérectomie subtotale	29
Figure 14 : La fixation des prothèses au promontoire	29
Figure 15 : La péritonisation	30
Figure 16 : Mise en place des trocars.....	32
Figure 17 : Exposition, 1er temps opératoire.....	33
Figure 18 : La Dissection postérieure (A, B).....	34
Figure 19 : La pose de la prothèse postérieure.....	35
Figure 20 : La Préparation du temps antérieur (A, B)	36
Figure 21 : La promontofixation	38
Figure 22 : La vue finale de la double promontofixation coelioscopique.	38

Figure 23 : Répartition des patientes selon leurs tranches d'âge.	55
Figure 24 : Répartition des patientes selon la gestité.....	56
Figure 25 : Répartition des patientes selon la parité.	56
Figure 26 : Répartition des patientes selon le grade des types de prolapsus.	58

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patientes selon les motifs de consultation.....	57
Tableau II : Répartition des patientes selon les types de prolapsus.	58
Tableau III : Répartition des patientes selon les types d'intervention.	59
Tableau IV : Répartition des patientes selon l'évolution.	60

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE	1
I. GÉNÉRALITÉS	4
I.1. Définition	4
I.1.1. Définition anatomo-clinique	4
I.2. Épidémiologie	5
I.3. Rappel anatomo-physiologique	6
I.3.1. Fascias pelviens	7
I.3.2. Ligaments viscéraux	7
I.3.3. Espaces de dissection	8
I.3.4. Moyens de fixité du pelvis	9
I.3.5. Diaphragme pelvien et périnée	9
I.3.6. Structures conjonctives pelviennes	10
I.3.7. Fonctions du plancher pelvien	12
I.4. Les facteurs de risque	13
I.4.1. Âge	13
I.4.2. Parité	13
I.4.3. Voie d'accouchement	13
I.4.4. Macrosomie fœtale	13
I.4.5. Facteurs de risque d'hyperpression abdominale	13
I.4.6. Facteurs de risque iatrogéniques	14
I.5. Classification des prolapsus génitaux	14
I.5.1. Classification du prolapsus génital selon l'International Continence Society	14
I.5.2. Classification de Baden et Walker	15
I.6. Diagnostic positif	17
I.6.1. Interrogatoire	17

I.6.2. Signes fonctionnels	17
I.6.3. Examen physique	17
I.6.4. Examens complémentaires.....	18
I.7. Traitement	19
I.7.1. Buts	19
I.7.2. Moyens.....	19
I.7.2.1. Traitement non chirurgicale.....	19
I.7.2.2. Traitement chirurgical.....	22
I.7.3. Indications thérapeutiques	39
I.7.3.1. Prolapsus génital de la femme âgée.....	39
I.7.3.2. Prolapsus génital de la femme jeune.....	40
I.7.3.3. Prolapsus génital récidivé	41
DEUXIÈME PARTIE	1
I. LES OBJECTIFS	51
II. CADRE D'ETUDE	51
II.1. Situation géographique et cadre général.....	51
II.2. Description du cadre de l'étude proprement dit	52
III. METHODOLOGIE	53
IV. RESULTATS	55
IV.1. Épidémiologie	55
IV.2. Clinique.....	57
IV.3. Traitement	59
V. DISCUSSION.....	60
V.1. Limite de l'étude.....	60
V.2. Prévalence générale	60
V.3. Âge.....	60
V.4. Parité.....	61
V.5. Mode d'accouchement	61
V.6. Ménopause.....	61

V.7. Motif de consultation.....	62
V.8. Type de prolapsus.....	62
V.9. Traitement.....	62
V.10. Evolution	62
CONCLUSION	64
REFERENCES	68

INTRODUCTION

Connu depuis l'antiquité et décrit dans les traités de médecine depuis l'Égypte antique, le prolapsus génital correspond à la ptôse des organes pelviens à des degrés divers. Il représente l'anomalie la plus fréquente des troubles de la statistique pelvienne en gynécologie [1].

Le prolapsus génital est un problème de santé qui se produit exclusivement chez les femmes, et qui peut être défini comme une hernie dans la cavité vaginale dans laquelle s'engagent un ou plusieurs éléments du contenu abdomino-pelvien [2]. Ce prolapsus peut dégrader la qualité de vie des patientes, et peut être handicapant surtout lorsqu'il est associé à une incontinence urinaire d'effort, voir des troubles de l'image corporelle ou à la fonction sexuelle [3]. Par conséquent, cette affection bénigne est considéré comme un sujet inviolable et tabou pour les femmes.

Les symptômes sont disproportionnés par rapport à la réalité anatomique des lésions, ce qui ne dispense pas d'un examen clinique minutieux pour évaluer les diverses ptôses et leurs degrés [4].

L'étiopathogénie du prolapsus reste controversée, d'où la diversité des techniques opératoires. Plusieurs facteurs de risques sont décrits par les antécédents de prolapsus urogénital, les antécédents familiaux de la perte de tonicité musculaire liée à l'âge, les accouchements multiples, la macrosomie, la ménopause, la constipation chronique, la toux chronique, et toute autre cause d'hyperpression pelvienne [5].

Au fil du temps, les connaissances quant à la physiopathologie des prolapsus ne sont étoffées en même temps que les moyens de traitement (notamment chirurgical) se sont diversifiés et améliorés.

Le traitement des prolapsus génitaux reste essentiellement chirurgical. Il s'agit d'une chirurgie de restauration anatomique et fonctionnelle des éléments concernés. Les éléments de la prise en charge 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 et dépend aussi des choix des équipes chirurgicales [6].

On sait que le traitement, y compris chirurgical, n'est indiqué que lorsque le prolapsus retentit sur la qualité de vie. En revanche, la question reste entière quant à la stratégie chirurgicale à adopter, selon les troubles présents et selon la patiente. La promonto-fixation s'est imposée comme le traitement de choix du prolapsus de la femme jeune, désireuse de grossesse et est considérée comme étant une technique ancienne bien documentée pour le traitement des prolapsus génitaux. Elle peut se faire par laparotomie comme par coelioscopie. Ce pendant rares sont les études locales évaluant cette technique opératoire.

C'est dans ce sens que nous avons décidé de mener une enquête au centre hospitalier national de Pikine portant sur 9 cas de promontofixation pour le prolapsus génital avec comme objectifs :

- Étudier le profil épidémiologique et clinique des patientes porteuses de prolapsus génital.
- Décrire les aspects thérapeutiques
- Décrire les résultats de la promontofixation dans le court et moyen terme.

PREMIÈRE PARTIE

I. GÉNÉRALITÉS

I.1. Définition

Le mot prolapsus signifie « chute » en latin. Le prolapsus génital (ou « descente d'organes » dans le langage courant) est un déplacement anormal, d'un, deux ou trois organes du pelvis vers le bas, avec, éventuellement, l'extériorisation de cet organe à travers l'orifice vulvaire ou à travers l'anus [7].

Il regroupe plusieurs pathologies en fonction de l'organe concerné par ptose (**Figure 1**). Les plus communément observés sont :

- Rectocèle : descente du rectum dans le vagin
- Cystocèle : prolapsus de la vessie
- Hystérocèle : prolapsus de l'utérus
- Elytrocèle : prolapsus du cul de sac de Douglas
- Urétrocèle : prolapsus de l'urètre.

I.1.1. Définition anatomo-clinique

Toute saillie permanente ou à l'effort, dans la lumière vaginale ou à l'orifice vulvaire ou hors de celui-ci, de tout ou partie des parois vaginales plus ou moins doublées de la vessie, du rectum et des cul-de-sac péritonéaux adjacents, ainsi que le fond vaginal solidaire du col utérin [8].

Le prolapsus génital peut intéresser un ou plusieurs compartiments :

- Prolapsus de l'étage antérieur (**A**) : Il s'agit d'un bombement de la paroi vaginale antérieure, contient le plus souvent la vessie **cystocèle (figure 2. A)**, rarement (urétrocèle).
- Prolapsus de l'étage moyen (**B**) : L'hystéroptose est définie par une descente de tout l'utérus (col et corps utérin).
 - L'**hystérocèle (figure 2. B)** : correspond à la descente de l'utérus dans la cavité vaginale pouvant à l'extrême être extériorisée hors de l'orifice vulvaire.

- Trachélocèle : si la descente du col utérin est associée à un allongement hypertrophique de sa portion intravaginale.
- Prolapsus de l'étage postérieur (C) : Il s'agit d'un bombement de la paroi vaginale postérieure contenant le rectum **rectocèle (figure 2. D)** ou le cul de sac de Douglas **élytrocèle (figure 2. C)**. Lorsque l'élytrocèle contient des anses grêles, on parle d'entérocèle.

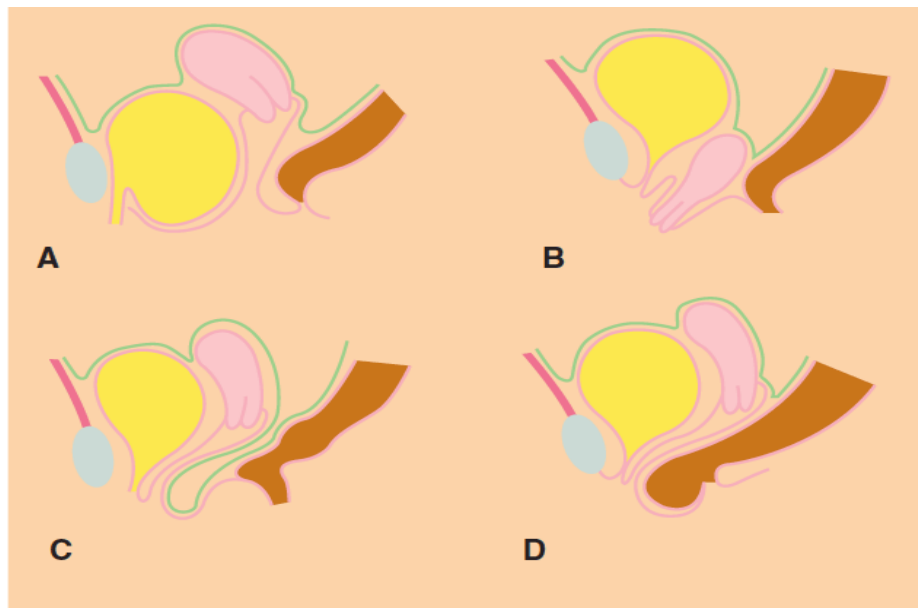


Figure 1 : Image représentant les principaux types de prolapsus génital (A) Cystocèle, (B) hystérocèle, (C) élytrocèle et (D) rectocèle [13].

I.2. Épidémiologie

La prévalence des prolapsus est mal connue, elle varie de 2,9 à 11,4% ou 31,8 à 97,7% selon que l'on utilise un questionnaire ou un examen clinique respectant la classification Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ). L'incidence cumulée de la chirurgie atteint 11% au-delà de 70 ans. L'âge est associé significativement à une augmentation de la prévalence des prolapsus jusqu'à 50 ans. Après la ménopause, c'est la sévérité des prolapsus qui est associée à l'âge, la prévalence restant stable. Les prolapsus constituent un problème de santé publique auquel vont devoir faire face de plus en plus les médecins en

raison des revendications légitimes de soins des patientes et de l'amélioration de l'espérance de vie sans handicap associé. Il conviendra de bien identifier les divers facteurs de risque afin de pratiquer une médecine préventive et diagnostiquer les différents stades avancés symptomatiques du prolapsus nécessitant une prise en charge chirurgicale [9].

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 à type de constipation, de dyschésie 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 [10].

I.3. Rappel anatomo-physiologique

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 abdominale, 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.

I.3.1. Fascias pelviens

Les tissus décrits comme « fascia pelvien » ou « aponévrose pelvienne » constituent une lame de tissu conjonctif qui recouvre latéralement les muscles pariétaux, élévateurs de l'anوس et obturateur interne, et se poursuit médialement avec la gaine fibreuse des viscères pelviens (**Figure 2**).

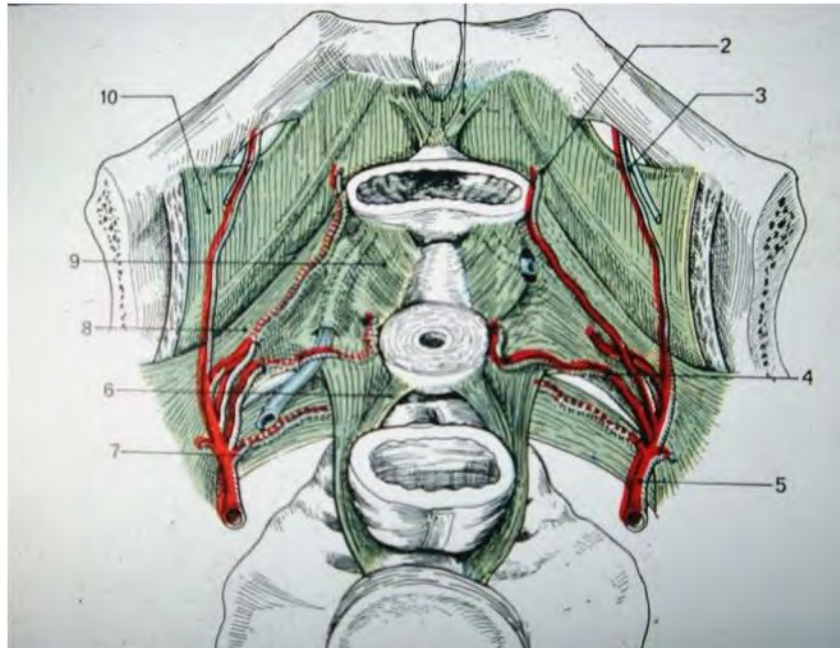


Figure 2 : Le rétinaculum du fascia pelvien et les ligaments pelviens chez la femme [11].

Ce tissu conjonctif, qui fournit le support des viscères pelviens, est unique ; il est moins bien organisé que le tissu conjonctif des tendons et des ligaments du système squelettique.

I.3.2. 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.

I.3.3. 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 fosse 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.

I.3.4. 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 les points d'ancrage de la sacrospinofixation selon Richter pour les cures de prolapsus du fond vaginal.

I.3.5. Diaphragme pelvien et périnée

Le diaphragme pelvien est constitué des muscles releveurs (élevateurs) de l'anus, des muscles ischio-coccygiens et du fascia (aponévrose) pelvien qui les recouvre.

Les muscles 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 parie interne du releveur se rendent cependant au centre tendineux (noyau fibreux central) du périnée : c'est le muscle pubovaginal.

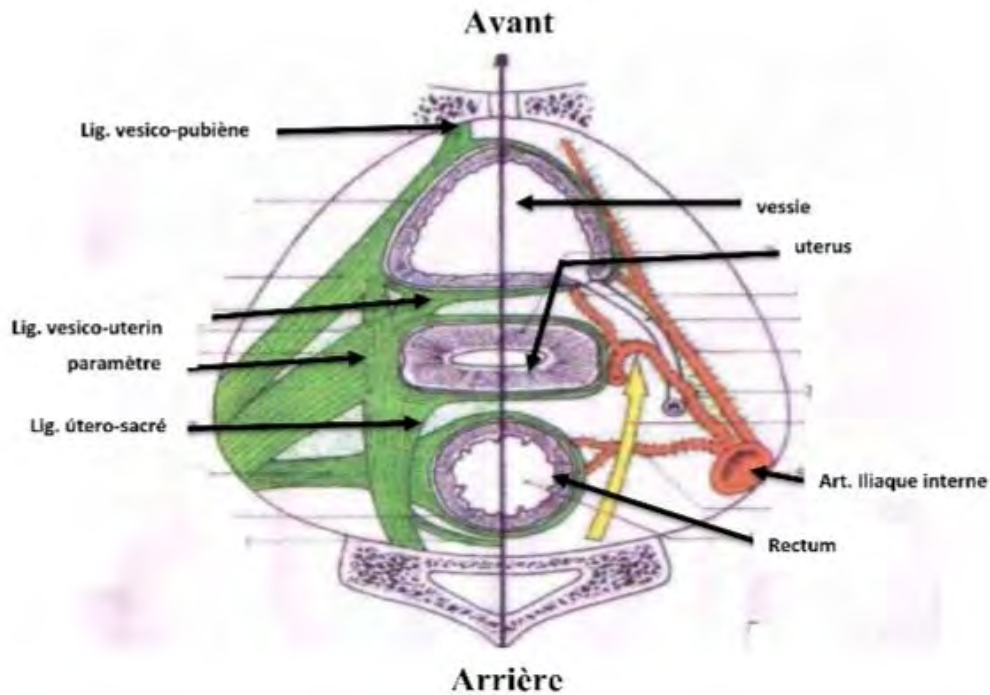


Figure 3 : Coupe transversale du bassin féminin [11]

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

I.3.6. Structures conjonctives pelviennes

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

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

Les ligaments viscéraux (anciens ailerons viscéraux) sont organisés autour des branches de l'artère hypogastrique. Ils sont en continuité avec des formations antéro-postérieures (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 jouent un rôle essentiel dans la suspension de l'utérus.

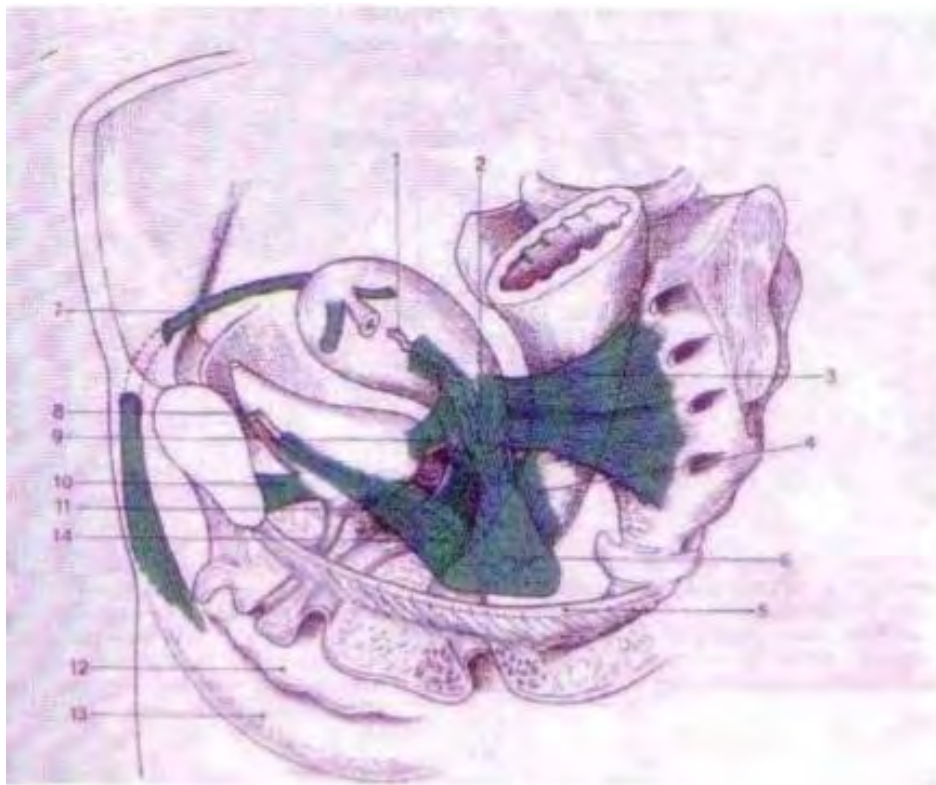


Figure 4 : Les moyens de fixité de l'utérus [11 ; 12].

Systèmes de maintien de l'utérus. 1 Artère utérine – 2 Paramètres – 3 Ligament uréthro-sacré – 4 Ligament rectal latéral – 5 Diaphragme pelvien – 6 Section de la base du ligament large – 7 Ligament rond – 8 Artère ombilicale – 9 Ligament vésico-utérin – 10 Ligaments vésico-pubien – 11 Paracervix – 12 Petite lèvre – 13 Grande lèvre – 14 Ligament vésical latéral.

I.3.7. Fonctions du plancher pelvien

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 ano-coccygien 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.

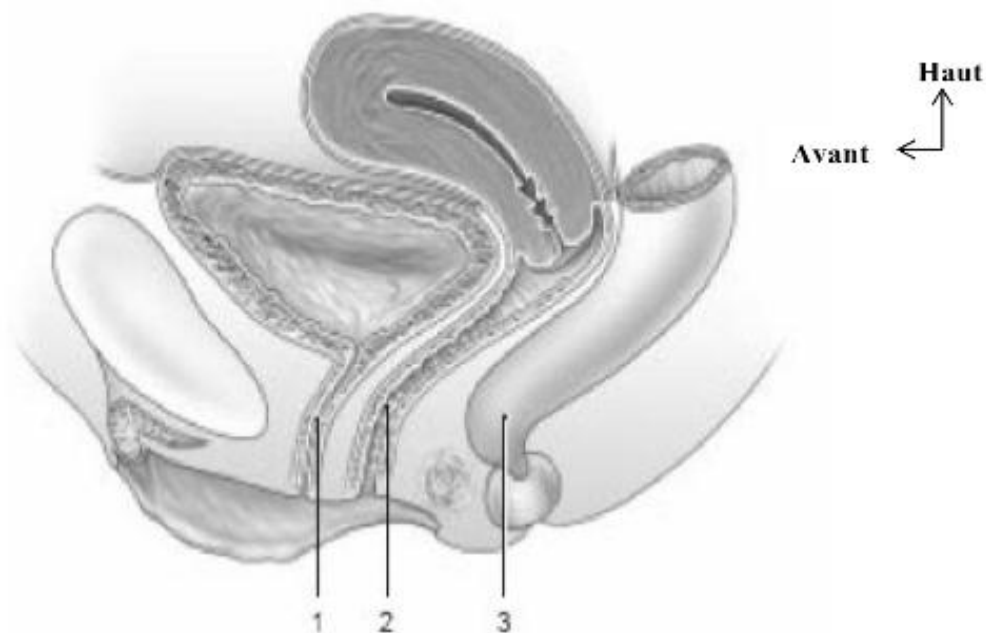


Figure 5 : Coupe sagittale du petit bassin féminin

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

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

I.4. Les facteurs de risque

I.4.1. 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 [13]. Ceci peut s'expliquer par le vieillissement des tissus qui vont être soumis à des contraintes mécaniques répétées tout au long de la vie.

I.4.2. Parité

La parité est un facteur de risque nettement identifié dans la littérature [14, 15]. Le risque augmente avec le nombre d'accouchement. Handa rapporte une augmentation de 1,4 de l'odd ratio après chaque accouchement [16].

I.4.3. 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].

I.4.4. 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 100g supplémentaires de poids de naissance [17].

I.4.5. Facteurs de risque d'hyperpression abdominale

L'obésité est un facteur de risque de prolapsus génital [18, 19, 20]. Handa a retrouvé la circonférence abdominale comme facteur de risque de prolapsus

mais pas d'indice de masse corporelle (IMC) [14]. 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.

I.4.6. 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 pré-opératoire [14]. La section des ligaments cardinaux et utérosacrés pourrait expliquer la survenue du prolapsus après une hystérectomie totale.

I.5. Classification des prolapsus génitaux

De nombreux systèmes de quantification des prolapsus génitaux depuis la classification de Baden et Walker ont été élaborés. Cette stadification repose sur la position des différents éléments de prolapsus par rapport à l'hymen. Elle reste aujourd'hui la classification la plus couramment utilisée en pratique comme dans la littérature. Cependant, certains experts ont envisagé le manque de reproductibilité et de spécificité de la terminologie de Baden et Walker, amenant la création d'un nouveau système de mesure par l'ICS (International Continence Society) [21].

I.5.1. Classification du prolapsus génital selon l'International Continence Society

Cette classification (**figure 6**) fait appel à un ensemble de neuf mesures en centimètres avec repérage de point vaginaux et périnéaux dont la compréhension n'est pas aisée et la pratique rébarbative. L'interprétation des mesures n'est pas aisée et son utilisation pour des calculs statistiques ou de comparaison de

l'efficacité chirurgicale est totalement impossible. De plus, la mesure des neuf points de référence et le repère que constituent les reliquats hyménéaux sont inutilisables pour les comparaisons radiologiques. Cela constitue donc le défaut majeur de cette classification, étant donné le développement prometteur actuel de l'imagerie par résonnance magnétique (IRM) qui tend à devenir un examen standard [22].

Pour cela la classification de Baden et Walker a le mérite d'avoir été souvent utilisée comme référence dans le monde entier tout en restant très pratique [21].

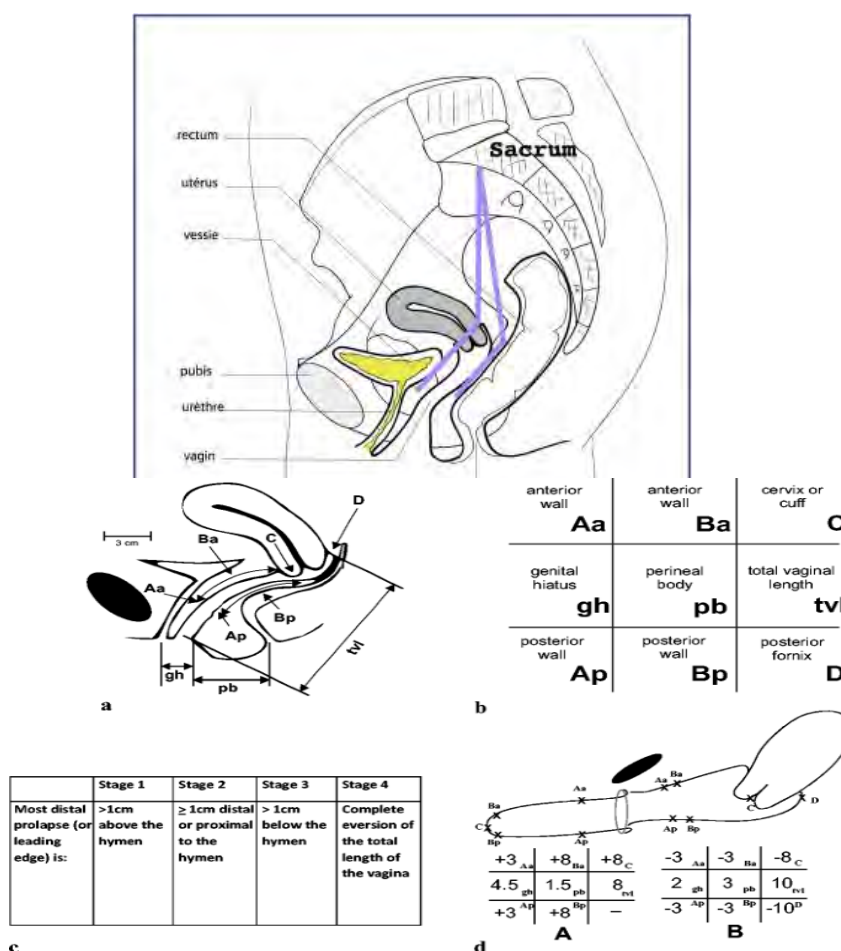


Figure 6 : Image représentant la classification du prolapsus génital selon l'International Continence Society [21].

I.5.2. Classification de Baden et Walker

L'examen clinique se réalise chez une patiente en décubitus dorsal, en position gynécologique, associé à un effort de poussée abdominale maximal (manœuvre

de Valsalva). La descente des organes génitaux est alors évaluée par rapport à l'hymen qui est le point de référence. La classification concerne les différents étages génitaux, soit d'avant en arrière : cystocèle, hystéroptose, élytrocèle et rectocèle [21].

- 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 de l'étage par rapport à l'hymen.

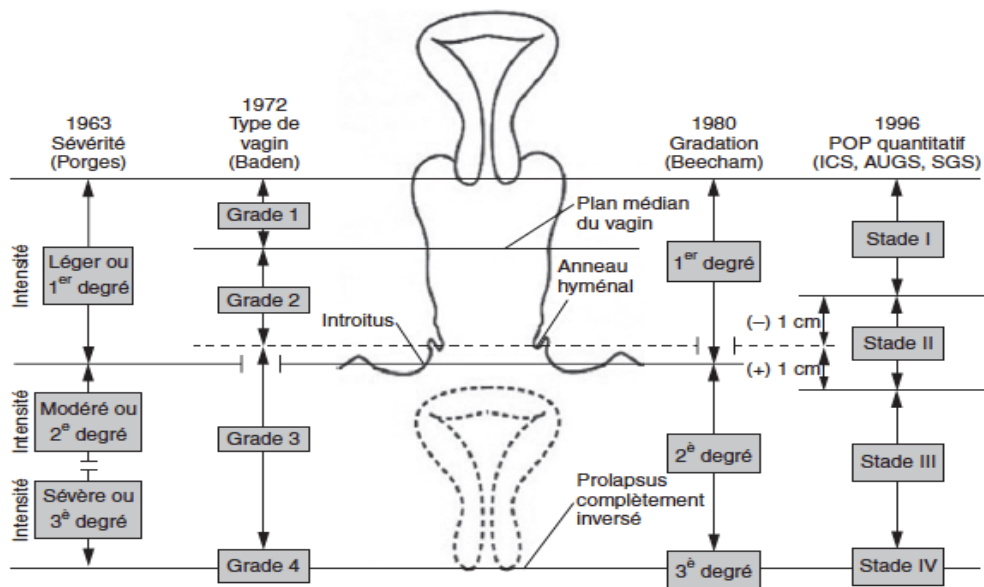


Figure 7 : Image représentant la comparaison des systèmes d'évaluation utilisés généralement [22].

Le schéma ci-dessous récapitule les différentes classifications, utilisées pour la stadification du prolapsus génitaux (voir **figure 7**) [22]



Figure 8 : Les trois stades du prolapsus génital selon la classification de BADEN et WALKER. (A)Stade 2. (B)Stade 3. (C)Stade 4 [13].

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

I.6. Diagnostic positif [16,18,23]

I.6.1. Interrogatoire

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

I.6.2. Signes fonctionnels

Il s'agit 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.

I.6.3. 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 spéculum

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 consistance et de compléter le bilan musculaire.

I.6.4. Examens complémentaires

En principe, l'interrogatoire et l'examen clinique suffisent à porter le diagnostic et à choisir l'indication thérapeutique [24]. Le bilan paraclinique permet d'évaluer le retentissement du prolapsus. On note entre autres le bilan infectieux et le bilan urodynamique.

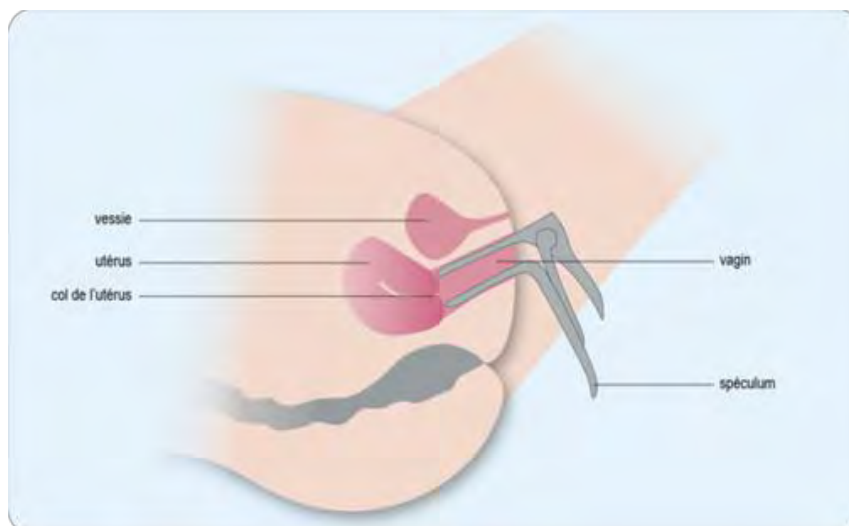


Figure 9 : Position du spéculum dans le vagin [25].

I.7. Traitement

Selon les auteurs, il n'y a pas d'indication à un traitement chirurgical quel que soit le stade du prolapsus s'il n'est pas symptomatique, exception faite des « prolapsus compliqués » : dilatation du haut appareil urinaire, rétention vésicale incomplète, troubles trophiques locaux [26].

Le traitement chirurgical ne s'envisage qu'après avoir discuté la place des traitements conservateurs rééducatifs ou par dispositif médical, ce traitement non chirurgical peut être envisagé soit en raison du caractère modéré de l'anomalie anatomique, soit en raison du caractère modéré des symptômes, soit en raison de l'âge et/ou des comorbidités de la patiente [27].

I.7.1. Buts

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

I.7.2. Moyens

I.7.2.1. Traitement non chirurgical

Abstention chirurgicale

L'abstention chirurgicale est une option :

- Soit face à une symptomatologie dont le lien avec une pathologie clinique et anatomique n'est pas mis en évidence et donc le gain pour la patiente est peu évident.
- Soit dans le cas d'un terrain rendant particulièrement à risque une intervention pour le bénéfice attendu, par exemple les cas d'hypertension artérielle, insuffisance coronaire, de troubles respiratoires ou autres tares associés pouvant mettre en jeu le pronostic vital en cas de chirurgie.
- Soit lorsque le bénéfice escompté est incertain [28].

Selon Letouzey [28], l'abstention chirurgicale n'engage pas le pronostic vital de la personne, hormis pour le cas rare du prolapsus totalement extériorisé avec plicature urétérale et dilatation d'amont pouvant aboutir à l'insuffisance rénale obstructive.

Notre série rapporte une patiente ayant l'indication d'abstention chirurgicale. Lasri [24], a rapporté l'indication d'abstention chirurgicale chez 5,5% des cas dans sa série.

D'une autre part Hamri [29], n'a objectivé aucune indication d'abstention chirurgicale dans sa série soit 0%. Pourcentage idem à celui de la série de Belachkar [30].

Hormonothérapie

Bien que l'utilisation du traitement hormonal substitutif, en particulier par voie vaginale, soit fréquente dans la prise en charge des troubles de la statique pelvienne débutant, il existe peu de publications prouvant leur efficacité [27].

Lang et al [31], ont pu montrer un taux d'estrogènes sériques et de récepteurs aux œstrogènes dans les ligaments cardinaux et utérosacrés, plus bas chez les femmes présentant un prolapsus génital avant la ménopause, par opposition à celles n'en présentant pas.

L'efficacité du traitement hormonal seul ou en association avec la rééducation périnéale a ainsi été plusieurs fois rapportée tandis que l'efficacité spécifique sur les troubles de la statique pelvienne est peu publiée [32, 33, 34].

Selon Le Normand [35], On peut prescrire une hormonothérapie locale pour améliorer la trophicité des tissus vaginaux pour en diminuer l'irritation ou pour préparer à la chirurgie.

Rééducation périnéale

Il existe une grande diversité des programmes de renforcement musculaire étudiés dans la littérature. La rééducation périnéale repose sur :

- L'augmentation de 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 [36, 37, 38] ;

- L'augmentation progressivement de la quantité et l'intensité des exercices. Un nombre de 30 contractions par jour d'intensité croissante peut être proposé comme un minimum [39].

Selon Thubert, et al [40], l'effet de la rééducation sur les symptômes du prolapsus génital reste donc modéré à faible. La rééducation peut être utile dans cette indication quand les symptômes sont modérés et qu'un autre traitement (pessaire ou chirurgie) n'est pas envisagé.

Pessaire

Le pessaire est un dispositif placé dans le vagin pour soutenir les parois vaginales en prolapsus ou pour assurer une continence urinaire 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.

Les pessaires sont principalement faits de silicone de qualité médicale ; seuls les plus grands formats de pessaire sont faits d'acier chirurgical recouvert de silicone [41].

On place le pessaire sous les organes génitaux dans le vagin, entre la face postérieure de la symphyse pubienne et la concavité sacrée, tout en imposant un changement tous les deux ou trois mois, des injections vaginales avec surveillance du col.



Figure 10 : Différents types de pessaires [41].

Selon Robert [41], les pessaires comptent un taux de réussite élevé et un taux de complication minimal pour ce qui est de la prise en charge de l'incontinence et du prolapsus. Lorsque leur ajustement s'avère réussi, ils sont associés à un taux élevé de satisfaction des patientes. Ils devraient donc être considérés comme des moyens de traitement de première intention pour toutes les femmes qui présentent un prolapsus des organes pelviens et/ou une incontinence urinaire à l'effort.

I.7.2.2. Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical est le traitement de référence des prolapsus. Seuls les prolapsus symptomatiques constituent une indication de traitement.

Il est possible d'opérer, par voie vaginale, par voie abdominale (promontofixation) et dans de rares cas par voie trans-anale (uniquement pour la rectocèle).

Son objectif est de repositionner les organes pelviens pour restaurer non seulement une anatomie normale mais surtout une fonction normale des organes pelviens et un confort [35].

Choix de la voie d'abord

Le choix de la voie d'abord dépend des conditions générales et locales, mais également de choix d'école.

En prenant en considération les avantages et inconvénients propres à chaque voie d'abord, il faudra insister avant tout sur les polyvalences chirurgicales qui permettent de proposer un grand nombre de techniques et donc de voies d'abord en fonction de chaque cas.

- Selon l'étude prospective randomisée de Benson et al [42], le résultat est meilleur après la voie abdominale.
- Roovers et al [43], comparaient la chirurgie vaginale associant hystérectomie avec fixation vaginale aux ligaments utérosacrés et colporraphie antérieure et/ou postérieure et chirurgie abdominale par promontofixation. Les deux groupes étaient comparables en termes de résultats anatomiques mais un avantage pour la voie vaginale en termes de satisfaction des patientes était observé.
- Fatton [44], a montré que le confort périnéal et sexuel des patientes était équivalent après chirurgie par voie haute ou par voie basse.

Voie basse

La voie vaginale est l'opération de choix du prolapsus génital, car elle permet le traitement des trois composantes habituelles du prolapsus.

La majorité des prolapsus peut être opérée par voie basse [45].

Elle a comme avantages :

- La possibilité de réalisation sous anesthésie locorégionale
- Des suites plus simples
- Une durée d'hospitalisation plus courte
- La possibilité de traiter d'autres lésions associées.

La triple opération périnéale (TOP) est l'opération de choix du prolapsus génital, car elle traite les trois composantes habituelles du prolapsus génital.

La TOP avec hystérectomie est l'intervention classique de référence qui consiste à utiliser les tissus en place pour doubler et renforcer, et à fixer le fond vaginal à des ligaments plus solides de façon à replacer celui-ci dans une position anatomique normale, et qui se base sur 3 temps : Le 1^{er} temps consiste en une hystérectomie vaginale, suivi par le temps antérieur qui consiste en la remise en place et le maintien de la vessie par la dissection et la suture du fascia de Halban. Et on termine par le temps postérieur en réparant la composante rectale du prolapsus.

- **Chirurgie de l'étage postérieur [10 ;12]**

Technique de Richter ou sacrospinofixation vaginale : La sacrospinofixation vaginale, décrite par l'autrichien K. Richter en 1968 et dont les premiers résultats à long terme ont été publiés par ce même auteur en 1981 [46]. Elle consiste à fixer le dôme vaginal ou l'isthme utérin au ligament sacro-épineux ou sacrosciatique.

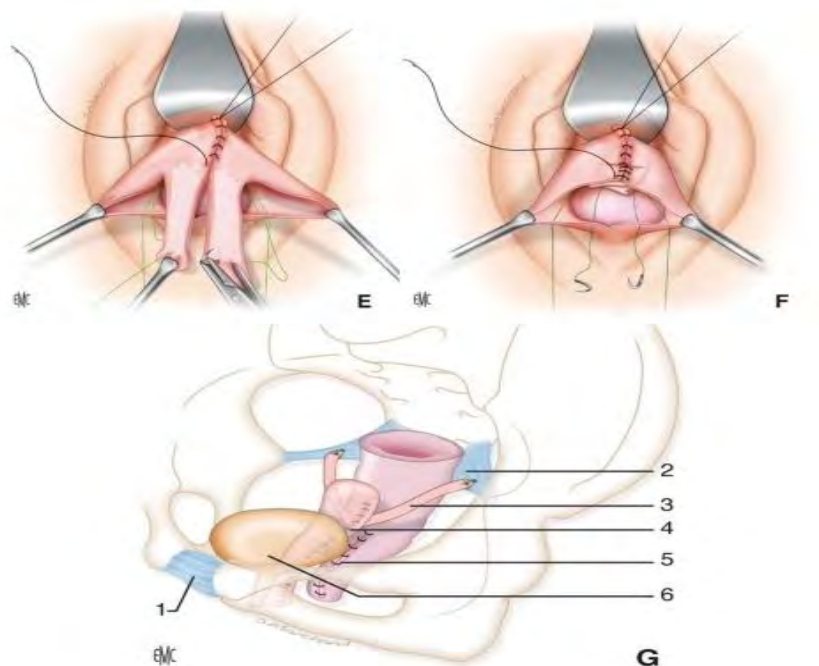


Figure 11 : La sacrospinofixaion de type de Richter [53].

Elle consiste en une suspension du dôme vaginal sur un des deux ligaments. Sacro épineux par l'intermédiaire d'un fil non résorbable [10].

Technique de Mac call ou Douglasséctomie : c'est une résection du sac herniaire de l'élytrocéle. Pour la cure d'un entérocéle.

Interposition prothétique inter-recto vaginale (prothétique).

- **Chirurgie de l'étage moyen [6]**

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 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.

La 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 [23 ; 38]**

Colporraphie antérieure : plusieurs techniques peuvent être décrites telle 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

Les opérations par voie haute abdominale sont d'apparition plus tardive, au 19^e siècle. L'opération dite d'Alquier-Alexander est la première opération décrite

portant sur l'amélioration des moyens de suspension utérins. Elle consiste en un rétrécissement extra-abdominal des ligaments ronds. Le raccourcissement d'un seul ligament suffisait à soutenir correctement l'utérus. Imaginée par Alquier en 1840, cette opération fut surtout recommandée par Alexander et Adams qui l'ont pratiquée presque simultanément, le premier à la fin de 1881, le second au commencement de 1882. Elle était plutôt indiquée pour corriger les rétroversions utérines. Il est également fait mention de la pratique de l'hystérectomie totale dans les cas de prolapsus compliqués ou irréductibles. Mais à cette période des techniques de fixation directe médiane du corps utérin à la paroi abdominale antérieure de Czerny-Terrier, de Leopold et de Pozzi sont les techniques les plus efficaces par voie abdominale [47]. Leur description est faite dans le « manuel pratique d'opérations gynécologiques » par Voronoff en 1899. Celui-ci mentionne qu'un allongement du col utérin, une cystocèle ou rectocèle associée indique la réalisation d'un geste complémentaire par voie vaginale.

Thomas Watkins propose, en 1898, une alternative à l'hystérectomie. Il pense qu'il n'est pas approprié d'enlever l'utérus de façon systématique, sauf situation pathologique. Son intervention consiste à amputer le col utérin et à appuyer la vessie à la paroi postérieure de l'utérus, relevant ainsi sa partie inférieure. Ces opérations d'interposition de l'utérus entre vessie et paroi vaginale antérieure ont été très populaires à la fin du 19^e siècle.

Les échecs au niveau de l'étage antérieur ont amené l'école de Broca à la pose d'un hamac sous-vésical en matériel synthétique. Il s'agissait initialement de grands hamacs pelviens tendus depuis la symphyse pubienne jusqu'à la paroi postérieure du bassin soutenant vessie, utérus et rectum. Scali a progressivement modifié la technique en fixant au promontoire le col utérin et le vagin, en utilisant une prothèse synthétique sous-vésicale et prérectale [48].

Ce n'est qu'à partir de 1994 que la même technique a été développée par voie laparoscopique [49].

La technique qui finalement va devenir la référence pour la voie abdominale est la promontofixation utérine, décrite par Ameline et Hugier dans les années 1950. 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 (**Figure 12**). On peut rapporter les mots de J. Huguier dans son traité de chirurgie de l'utérus : « La seule suspension physiologiquement logique est une suspension postérieure en direction de S3. Elle semble peu réalisable, aussi la suspension la moins illogique est celle qui suspend vers l'arrière, quoique trop haut, aux disques lombosacrés, seul point d'amarrage semblant possible dans cette région ».



Figure 12 : La promontofixation [75].

- **Promontofixation par laparotomie**

La technique utilisée actuellement est celle décrite par Scali. Les bases de l'intervention reposent sur la dissection intervésico et rectovaginale 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 [50].

Traitement du prolapsus génital par promontofixation laparoscopique : recommandations pour la pratique clinique. Progrès en urologie ((2016) 26, S27-S37), 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 laparotomie ou par coelioscopie [51].

➤ Principaux temps techniques de la promontofixation par laparotomie
(**Figures 13, 14**) :

L'intervention implique un abord de la cavité péritonéale, qui est le plus souvent une incision transversale sus pubienne selon Pfannenstiel.

Après avoir écarté les anses iléales et le sigmoïde, le péritoine pariétal postérieur est incisé à droite du promontoire sous les vaisseaux iliaques communs afin de dégager le ligament vertébral antérieur.

Après ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, on pratique ensuite un décollement du plan vésico-utérin puis vésicovaginal afin de dégager la face antérieure du vagin. La face postérieure du vagin est exposée par une ouverture de la poche recto-utérine (douglasséctomie).

Une bandelette de matériel non résorbable est alors fixée à la paroi vaginale antérieure par des points non transfixiants ; elle passe sous le ligament large. Si une bandelette postérieure est mise en place, celle-ci réalisera un cloisonnement rectovaginal avec des points de fixation sur les muscles élévateurs de l'anus en bas et sur les ligaments utérosacrés en haut. L'autre extrémité de chaque bandelette est fixée au ligament vertébral antérieur au niveau préalablement préparé à droite du promontoire.



Figure 13 : La promontofixation : fixation des prothèses après hystérectomie subtotale [54].

Une péritonisation sera ensuite réalisée de façon à recouvrir les bandelettes afin d'éviter le risque d'occlusion si l'intestin grêle entre en contact avec la bandelette [50, 52, 53].

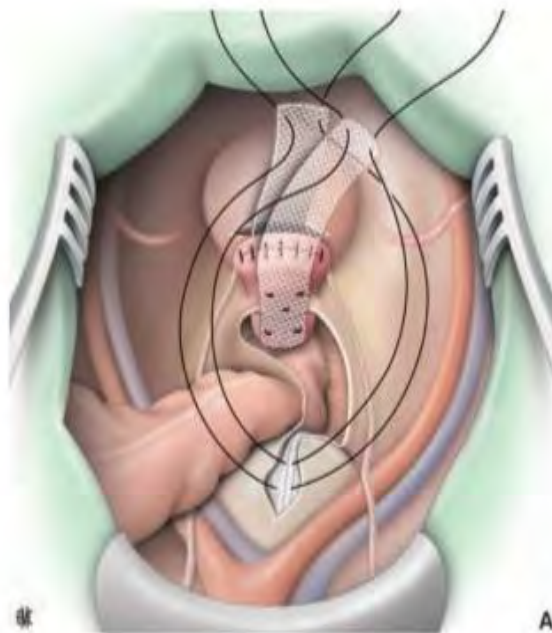


Figure 14 : La fixation des prothèses au promontoire [78].

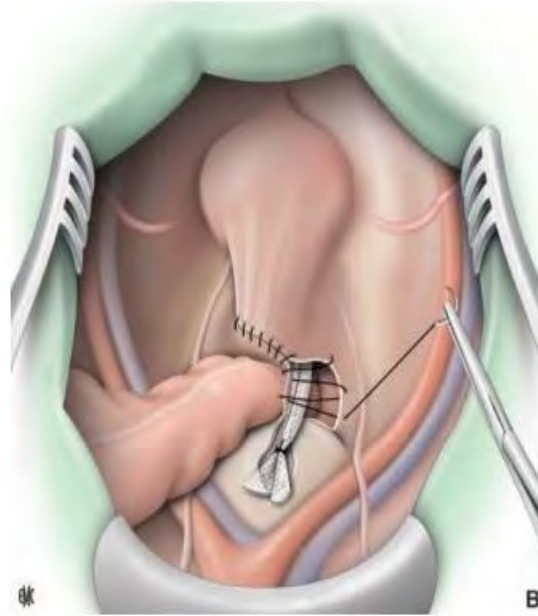


Figure 15 : La péritonisation [54].

- **Hystéropexie antérolatérale de Kapandji par laparotomie**

La cervico-isthmo-suspension de Kapandji constitue une alternative à la promontofixation. Elle peut être par voie laparotomique ou coelioscopique [55]. Cette intervention commence classiquement par une incision type Pfannenstiel et se termine par une extra-péritonisation de la bandelette par confection de tunnels sous péritonéaux et amarrage latérale de la bandelette.

- **Promontofixation par coelioscopie**

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 [56].

La voie coelioscopique permet de réduire la morbidité de la laparotomie. Les études de cohortes en confirment la faible morbidité, avec toutefois 2,7% de

complications majeures (plaies vésicales 2%, plaies de l'intestin grêle 1,25%, hémorragie 1,25%, plaies rectales 0,4% principalement) et un taux de réintervention dans les 30 jours de 1,6% [57]. Le taux de conversion peropératoire en laparotomie est estimé à 2,7%. Les taux d'expositions prothétiques (3,4%) et les résultats anatomiques semblent similaires pour la laparotomie et la cœlioscopie [58, 59, 60]. La durée de séjour est retrouvée plus courte après cœlioscopie.

La promontofixation laparoscopique reste souvent possible quel que soit le passé chirurgical pelvien, y compris en cas d'antécédent de pose de matériel prothétique. La préparation opératoire est standardisée accompagnée d'une antibioprophylaxie, d'une prévention antithrombotique, et en cas d'antécédents chirurgicaux pelviens, d'une préparation digestive [61].

Déroulement de l'intervention

La patiente est installée en décubitus dorsal, position gynécologique, jambes légèrement fléchies.

Les fesses sont au ras de la table afin de faciliter la mobilisation de la valve vaginale. Le badigeonnage abdominal et vaginal est complet.

Les deux bras sont installés le long du corps, la patiente est sondée stérilement, la colonne vidéo est positionnée entre les jambes. Des matelas en gel siliconé sont positionnés au niveau des points de pression (coudes, genoux) jouant un rôle protecteur. Un Trendelenburg marqué (30°) est effectué dès que la patiente est endormie.

L'opérateur procède à une incision périombilicale inférieure de 1 cm au bistouri lame 11 et mise en place d'une aiguille de Palmer. Ce geste est suivi d'une mise en place du trocart de 10 mm de diamètre ombilical pour l'optique 0° puis mise en place de trois trocarts de 5 mm, deux trocarts au-dessus et en dedans des épines iliaques antérosupérieures, à environ deux travers de doigt de celles-ci et un à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse pubienne (**Figure 16**) [62].

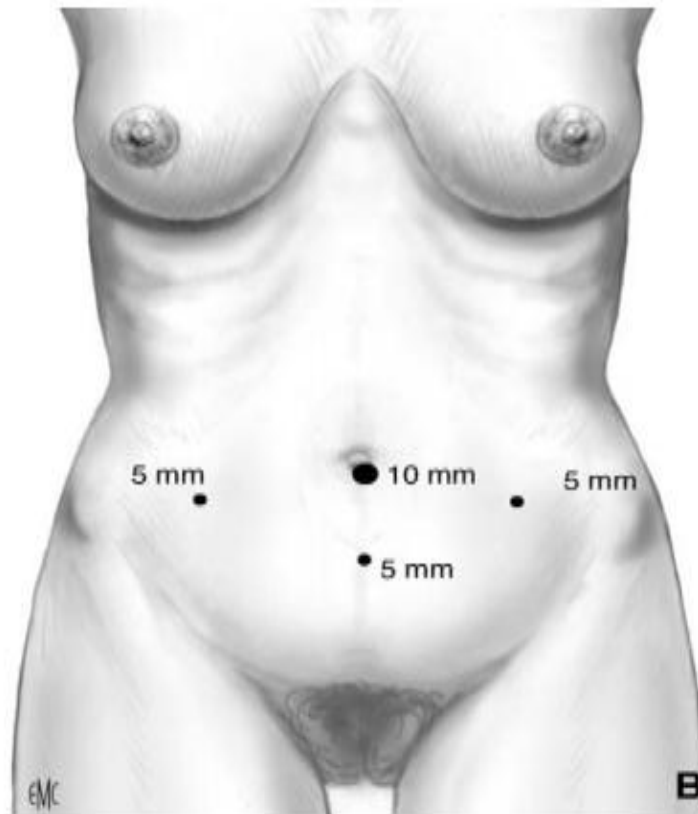


Figure 16 : Mise en place des trocars [62].

Le premier temps opératoire est l'exposition du promontoire [62] (**figure 16**). Ce geste nécessite un repérage anatomique soigneux, les rapports du promontoire sont la bifurcation aortique, les vaisseaux sacrés médians, l'uretère droit et la veine iliaque primitive gauche.

La dissection doit être suffisante pour permettre la mise en place d'une ou deux sutures dans le ligament commun vertébral antérieur sans risque pour les structures adjacentes. Le péritoine est incisé verticalement vers le bas.



Figure 17 : Exposition, 1er temps opératoire [62].

Dissection postérieure : (Figure 17).

L'incision péritonéale commencée au niveau du promontoire sera prolongée en avant en direction du cul de sac de Douglas, elle sera située en dedans et à une distance suffisante de l'uretère droit. Cette incision permettra la péritonisation de la prothèse en fin d'intervention.

La dissection recto-vaginale débute après avoir tracté le rectum vers l'arrière et placé l'utérus en avant. Latéralement on identifie en dehors du rectum les muscles releveurs de l'anus sur lesquels sera fixée la prothèse [63].



Figure 18 : Dissection postérieure (A, B) [62].

Pose de la prothèse postérieure : (Figure 18)

Cette prothèse est en forme de clé à molette et ne sera pas fixée sur le vagin pour éviter toute ulcération ultérieure [62].

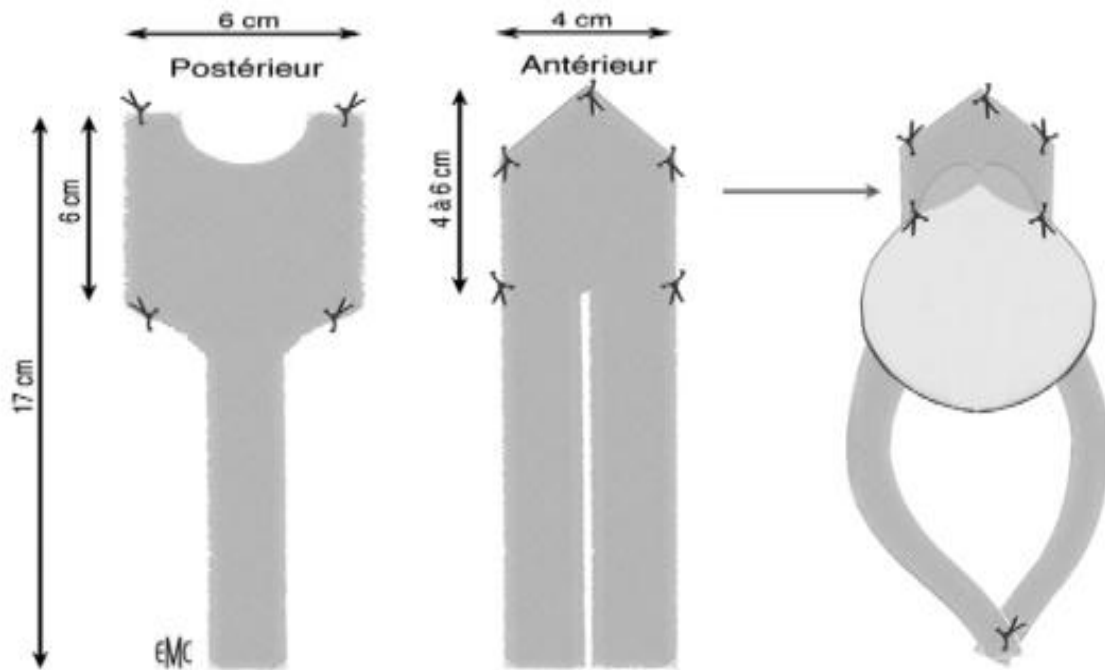


Figure 19 : Pose de la prothèse postérieure [62].

La fixation du matériel prothétique sera réalisée plus haut horizontalement par rapport au canal anal, dont le sommet sera solidarisé aux ligaments utéro-sacrés par deux points de fil non résorbables. Puis on réalise une péritonisation postérieure du cul de sac de Douglas afin de fermer ce décollement postérieur et de rapprocher les ligaments utéro-sacrés.

Selon Mandron [62], la pose de la prothèse postérieure indispensable, élément de stabilité mécanique de la réparation chirurgicale allant contrer les forces de pression intra-abdominales sur les trois points d'attache : muscles élévateurs, ligaments utérosacrés et promontoire.

En effet, si la pose de la prothèse postérieure est évidente en cas de prolapsus de l'étage postérieur associé, elle est aussi nécessaire en prévention d'une récurrence postérieure, complication fréquente dans le traitement isolé des colpocèles antérieures [64].

Préparation du temps antérieur : (figure 19)

Cette préparation se base sur la création de deux fenêtres droite et gauche dans le ligament large.

Ces 2 fenêtres serviront de passage des deux jambages de la prothèse antérieure puis on procède à une dissection et un décollement de l'espace vésico-utérin et vésico-vaginal créant de ce fait un espace triangulaire qui sera la loge future de la prothèse.

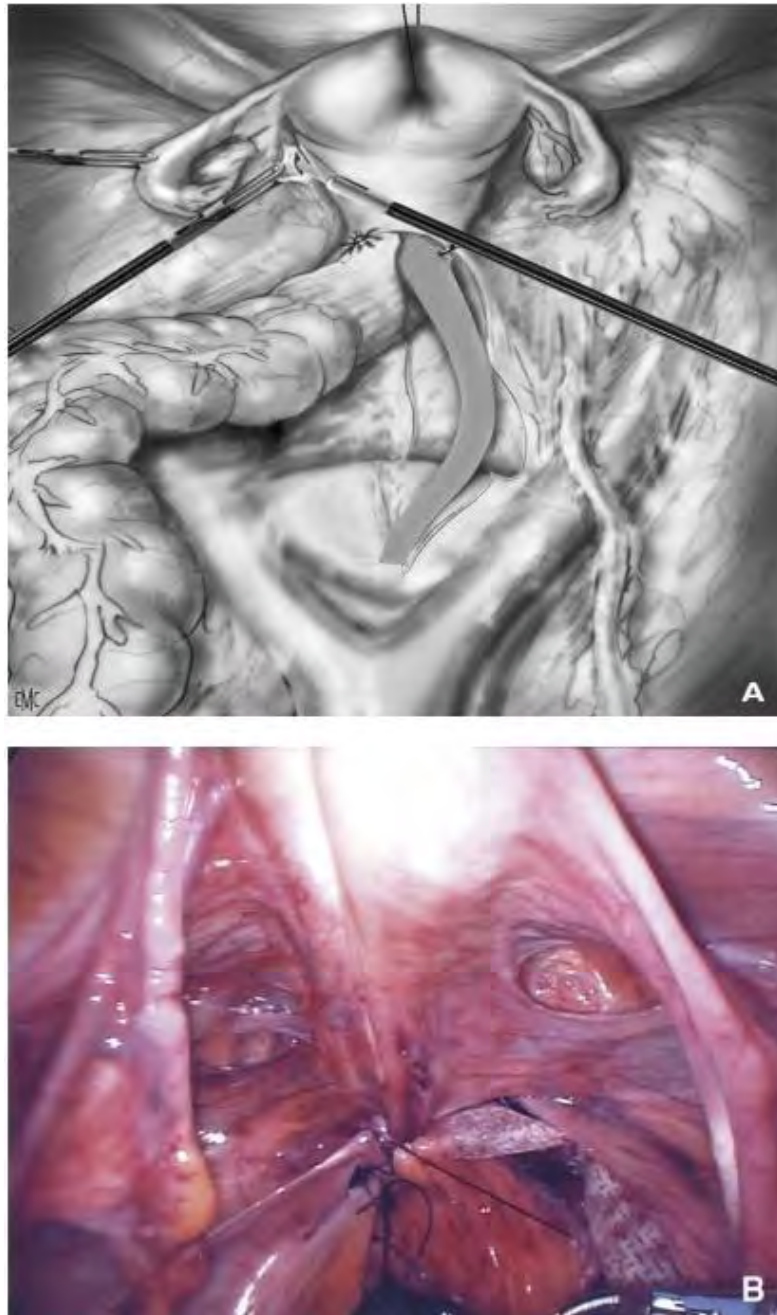


Figure 20 : La Préparation du temps antérieur (A, B) [62].

Pose de **la prothèse antérieure** :

La plaque antérieure va être solidarisée à la face antérieure du vagin par cinq points séparés. Pour les deux points supérieurs, il faut veiller à bien se fixer sur l'isthme utérin afin d'éviter un mauvais amarrage utérin, l'utérus pouvant alors jouer un rôle de piston entre la bandelette antérieure et postérieure et être ainsi responsable d'une hystéroptose isolée secondaire.

Dans les grandes cystocèles, il est possible de rajouter des points de fixation médians solidarissant le vagin à la plaque. Les deux jambages sont ensuite passés dans les deux fenêtres précédemment créées dans les ligaments larges [62].

Ensuite **la Promontofixation** : (figure 21)

Passage du point sur le promontoire à l'aide d'une aiguillée de fil non résorbable n°0 triangulaire et fixation avec une légère traction de la bandelette postérieure puis de la bandelette antérieure.

Ce point est réalisé par un nœud extracorporel (nœud de Roeder) bloqué par un nœud intracorporel.

Cette promontofixation sera réalisée alors que la valve vaginale a été retirée afin de bien corriger la cystocèle, la rectocèle et l'hystéroptose. Il convient de fixer avec une « légère » traction ces bandelettes pour faire contre-pression à l'hyperpression intra-abdominale créée par le pneumopéritoine car si l'on pose les bandelettes comme on le faisait en chirurgie classique par laparotomie, on obtient une mauvaise réduction du prolapsus [62].



Figure 21 : La promontofixation [62].

Péritonisation :

On effectue une bourse antérieure fermant le cul de sac antérieur et une bourse postérieure fermant le cul de sac postérieur (en cas de prothèse postérieure).

La bandelette doit être recouverte latéralement par des bourses ou des surjets successifs.



Figure 22 : La vue finale de la double promontofixation coelioscopique [62].

• **Variantes :**

- Association d'une hystérectomie subtotale : L'hystérectomie subtotale est préférable à une hystérectomie totale, en raison du risque infectieux. Les différents décollements doivent être effectués avant l'hystérectomie.
- Cure isolée de cystocèle /colpocèle postérieur : Une seule prothèse est posée en antérieur ou en postérieur, une fixation de l'étage moyen est systématiquement associée.
- Cure d'élytrocèle dougласsectomie : en laparotomie elle est quasiment systématique, en particulier en cas de douglas profond ou d'élytrocèle.
 - La promontofixation par laparotomie a démontré son efficacité dans le traitement du prolapsus sur un grand nombre de patientes et avec un recul important. La technique laparoscopique reproduit les mêmes temps opératoires avec une morbidité réduite et bénéficie depuis peu du développement de l'assistance robotique. De nombreuses variantes techniques se sont développées autour de cette intervention et rendent parfois difficile l'analyse des résultats [65].

I.7.3. Indications thérapeutiques

I.7.3.1. Prolapsus génital de la femme âgée

Les données de la littérature mettent en évidence la place capitale des techniques chirurgicales par abord vaginal pour la cure de prolapsus génital de la femme âgée.

La triple opération périnéale représente une alternative à la fermeture vaginale par colpocleisis pour traiter le prolapsus génital de la femme de plus de 70 ans.

La sacrospinofixation ainsi que la colpopérinéorraphie associée ou non à une hystérectomie, font partie des techniques utilisables de façon réaliste chez la femme âgée de plus de 70 ans pour une morbidité et une mortalité acceptable.

La cure chirurgicale du prolapsus de la femme âgée nécessite une évaluation précise du désir de la patiente, notamment concernant la préservation de sa

fonction sexuelle, une identification de la comorbidité, la connaissance parfaite de la technique chirurgicale retenue pour la correction anatomique, une étroite collaboration entre l'équipe anesthésique et l'équipe chirurgicale ainsi qu'une vigilance accrue lors de la surveillance du postopératoire [66].

I.7.3.2. Prolapsus génital de la femme jeune

Même si le prolapsus génital affecte essentiellement la femme âgée, il n'est pas rare d'être confronté à une demande de correction chirurgicale avec conservation utérine chez une femme de moins de 50 ans. Avant d'opter pour une technique chirurgicale plutôt qu'une autre, il semble essentiel de bien poser l'indication de cette chirurgie fonctionnelle : qui faut-il opérer et quand ? La technique chirurgicale doit avoir alors la particularité de prendre en compte la préservation de l'utérus, voire de la fertilité si la femme est en âge de procréer. Certaines corrections chirurgicales, telle la promontofixation, étaient connues comme étant peu compatibles avec l'extension d'un utérus gravide. Aussi, en cas de désir de grossesse, des interventions par voie basse (Richardson, Manchester) pouvaient elles être préférées. À l'heure actuelle, si la promontofixation a fait ses preuves en termes de correction anatomique même après grossesse, une question nouvelle se pose : peut-on remplacer cette intervention par la pose de prothèses par voie vaginale ? À l'aide de la littérature récente, on constate que la promontofixation, dans sa diversité, reste la technique de choix pour traiter une femme de moins de 50 ans. En effet, les retentissements importants des prothèses vaginales, notamment sur la vie sexuelle des patientes, ne permettent pas de proposer ce mode de correction chirurgicale en première intention. Cette question sera probablement à renouveler dans plusieurs années, lorsque les prothèses vaginales auront atteint le degré de souplesse et de résistance escompté [67].

En pratique, la voie abdominale est supposée avoir des résultats plus durables à très long terme et provoque moins de cicatrices vaginales, au prix d'un risque général plus important : elle est donc souvent proposée à la femme jeune.

I.7.3.3. Prolapsus génital récidivé

Les patientes ayant une récurrence de prolapsus ne représentent pas une population spécifique, et 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 [68]. 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 encore jeune et 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 [6].

DEUXIÈME PARTIE

I. OBJECTIFS

- Étudier le profil épidémiologique et clinique des patientes porteuses de prolapsus génital.
- Décrire les aspects thérapeutiques
- Décrire les résultats de la promontofixation dans le court et moyen terme.

II. CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHNP.

II.1. Situation géographique et cadre général

Le Centre Hospitalier National de Pikine six 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 et d'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 comportent :
 - Un service d'accueil ;
 - Un bureau des entrées ; et
 - Une administration.
- Services techniques rassemblent :
 - La maintenance ;
 - La buanderie ;
 - La cuisine ; et
 - L'unité de sécurité.

II.2. Description du cadre de l'étude proprement dit

- Les locaux

Le service de gynécologie et d'obstétrique comportent :

- Deux professeurs : un professeur titulaire, chef de service et un professeur assimilé ;
- Un maître de conférences titulaires ;
- Des internes titulaires des hôpitaux de Dakar ;
- Des médecins inscrits au DES de gynécologie obstétrique ;
- Deux médecins anesthésistes ;
- Des aides opérateurs ;
- Vingt 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 ouvrables 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 relayant tour à tour les vingt-quatre heures.

III. METHODOLOGIE

▪ Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 9 cas de prolapsus génitaux traités par la promontofixation, menée au Centre Hospitalier National de Pikine.

▪ Période d'étude

L'étude s'est déroulée pendant la période 2018-2021.

▪ Population de l'étude

L'étude a porté sur la cure de prolapsus génitaux par la promontofixation par voie coelioscopique au service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHNP.

▪ Critères d'inclusion

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

▪ Critères de non-inclusion

Nous avons exclu les patientes traitées par la promontofixation alors qu'elles n'avaient pas de prolapsus génital ; ce fut le cas d'une patiente qui présentait une agénésie vaginale.

▪ 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.

▪ Paramètre de l'étude

- Epidémiologie : l'âge ; classe d'âge ; parité ; Motif de consultation ; voie d'accouchement ; modalité d'accouchement (antécédents de

macrosomie) ; ménopause ; âge de la ménopause ; profession ; antécédents chirurgicaux ; antécédents médicaux.

- Clinique (motivation de consultation) : incontinence urinaire et type d'incontinence ; pesanteur ; tuméfaction de la vulve ; cystocèle ; hystérocele ; élytrocele ; distance ano-vulvaire ; affections associées.
- Type de prolapsus : cystocèle ; hystérocele ; élytrocele ; rectocèle ; urétrocele.
- Grade par type de prolapsus : grade 1 ; grade 2 ; grade 3 ; grade 4, de la classification de Baden et Walker.
- Voie d'abord : voie basse (vaginale) ; voie haute (abdominale) ; voie coelioscopique.
- Incontinence urinaire : à l'effort.
- Type d'intervention : promontofixation.
- Évolution après la cure de prolapsus : favorable ou complications.
- Durée d'hospitalisation : par 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 multiparité : plus de 6 accouchements.

▪ Analyse des données

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

IV. RESULTATS

IV.1. Épidémiologie

- Population d'étude

Durant cette étude, nous avons enregistré 9 patientes qui ont bénéficié d'une promontofixation par voie coelioscopique.

- Âge

L'âge moyen des patientes était de 38,56 avec des extrêmes de 20 et 70 ans. La tranche d'âge 30 à 39 ans était majoritaire à 44,5% (**figure 23**).

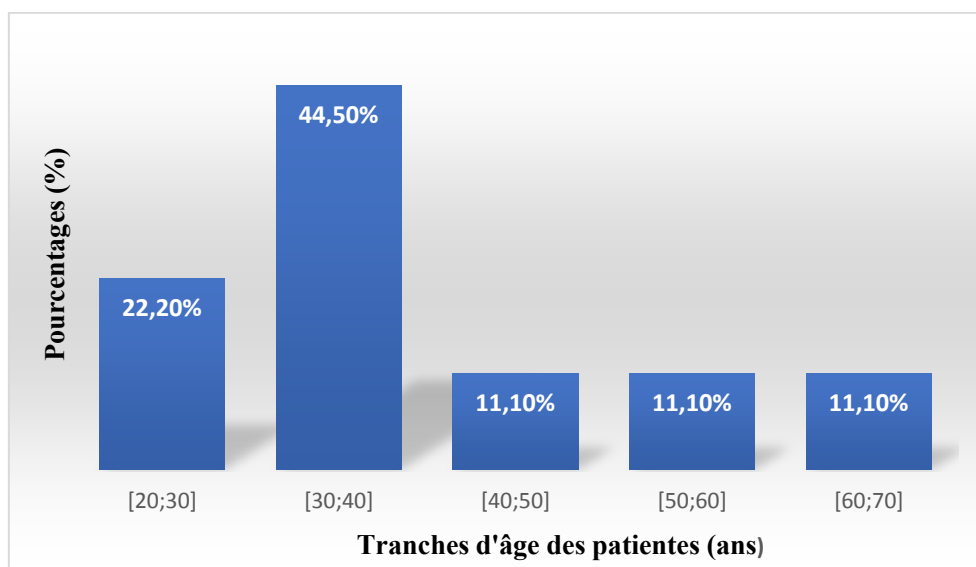


Figure 23 : Répartition des patientes selon leurs tranches d'âge.

- Antécédents

○ Gynécologique et obstétricaux

La gestité était renseignée chez 6 patientes dont la moyenne était de 4,7 grossesses avec un écart type de 1,15 et des extrêmes de 2 à 9 gestes. Plus de la moitié des patientes (66,7%) étaient des paucigestes (**figure 24**).

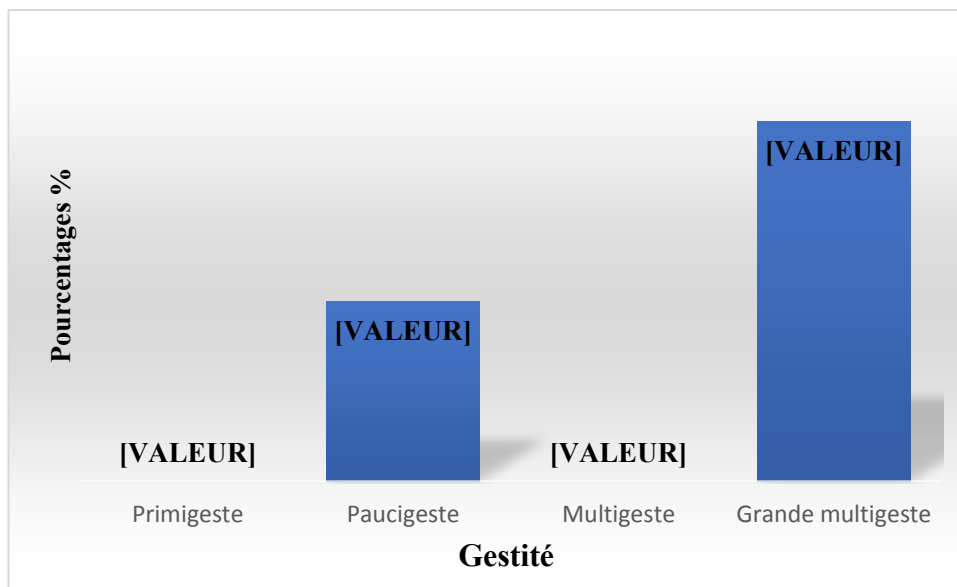


Figure 24 : Répartition des patientes selon la gestité.

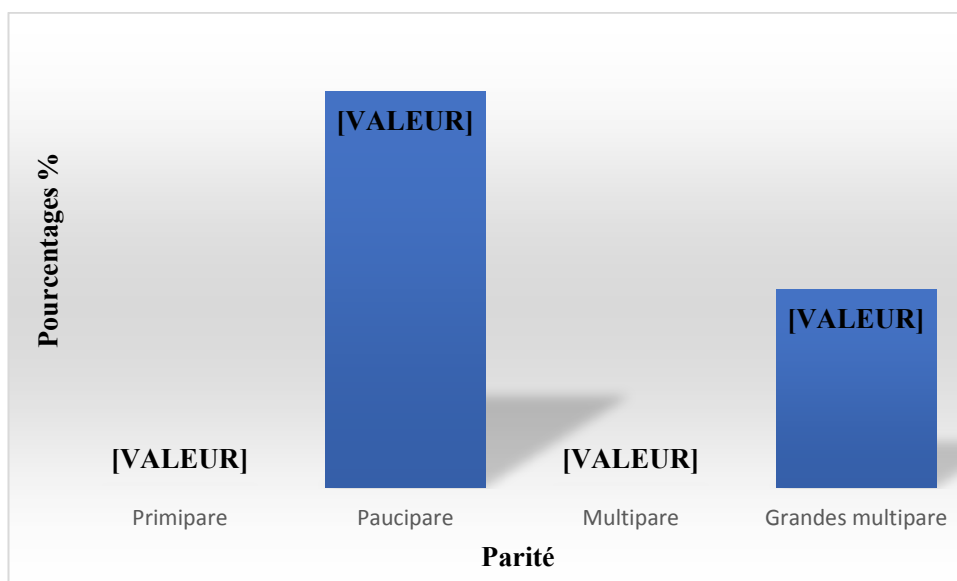


Figure 25 : Répartition des patientes selon la parité.

La parité était renseignée chez 6 patientes dont la moyenne était de 4,2 accouchements avec un écart type de 1,03 et des extrêmes de 2 et 7. Plus de la moitié (66,7%) des patientes étaient paucipares (**figure 25**).

- Mode d'accouchement

La totalité des patientes (100%) avait accouché par voie basse dont 3 accouchements de macrosome.

- Ménopause

La notion de ménopause n'était renseignée chez aucune patiente.

- Antécédents chirurgicaux

Au total, 4 patientes (44,4%) avaient des antécédents chirurgicaux. Ces derniers étaient constitués le plus souvent de dystocie (33,3%), et d'un cas d'avortement (11,1%).

- Antécédents médicaux

Aucun antécédent médical n'était renseigné chez les patientes.

IV.2. Clinique

- Motif de consultation

Les motifs de consultation étaient renseignés chez les 9 patientes. La tuméfaction à la vulve était retrouvée chez presque toutes ces dernières (**tableau I**).

Tableau I : Répartition des patientes selon les motifs de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Tuméfaction vulvaire	7	77,8%
Descente d'organe	1	11,1%
Sensibilité vulvo-vaginale	1	11,1%

- *Type de prolapsus génital*

Tableau II : Répartition des patientes selon les types de prolapsus.

Type de prolapsus	Fréquence	Pourcentage
Cystocèle	7	77,8%
Hystéroccèle	7	77,8%
Elytroccèle	6	66,7%
Rectocèle	5	55,6%
Urétroccèle	0	0%

- *Grades par type de prolapsus*

Concernant l'étage antérieur, plus de la moitié (71,4%) des patientes présentaient une cystocèle de grade II (**figure 26**), alors que deux patientes sur neuf avaient un prolapsus de l'étage moyen (Trachélocèle) par allongement hypertrophique du col.

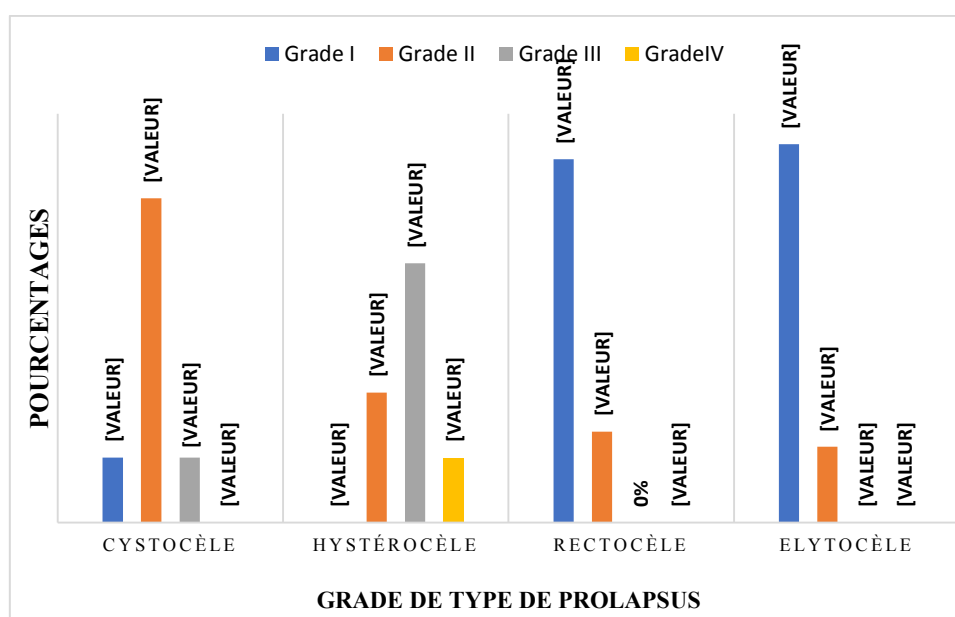


Figure 26 : Répartition des patientes selon le grade des types de prolapsus.

- *Incontinence urinaire*

La notion d'incontinence urinaire était renseignée chez une seule patiente soit 11,1% des patientes.

IV.3. Traitement

Toutes nos patientes avaient bénéficié d'un traitement chirurgical.

- *Voie d'abord*

La voie haute était pratiquée chez toutes les patientes, alors que deux patientes ont été abordées par voie mixte 22,1%.

- *Type d'intervention*

La promontofixation coelioscopique était la principale intervention pratiquée chez toutes les patientes (**tableau III**).

Tableau III : Répartition des patientes selon les types d'intervention.

Voie d'abord	Type d'intervention	Effectif	Pourcentage
Haute	Promontofixation	7	77,7%
	coelioscopique		
Basse	Amputation du col	1	11,1%
	Myorrhaphie des releveurs	1	11,1%

- **Durée d'hospitalisation**

La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours pour toutes les patientes.

- Évolution

La procédure opératoire était réussie dans 88,9% des cas ; une seule patiente (11,1%) avait des complications hémorragiques par blessure de l'artère sacrale médiale obligeant une laparoconversion (**tableau IV**). Cependant, l'évolution était favorable pour toutes les patientes malgré quelques plaintes telles qu'une constipation ou une dyspareunie.

Tableau IV : Répartition des patientes selon l'évolution.

Évolution	Effectif	Pourcentage
Constipation	1	11,1%
Dyspareunie/ Sécheresse vaginale	1	11,1%
Aucune	6	66,7%
Total	9	100,0%

V. DISCUSSION

V.1. Limite de l'étude

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

V.2. Prévalence générale

Durant cette étude, nous avons colligé 9 cas de prolapsus génital traités par promontofixation sur un total de 1995 interventions chirurgicales gynécologiques, soit un taux de 0,45 %.

V.3. Âge

Dans notre étude, l'âge moyen des patientes était de 38,5 ans avec des extrêmes de 20 à 70 ans. La tranche d'âge la plus représentative était de celle 30-39 ans

(44,5%). L'âge moyen de survenue du prolapsus de nos malades est inférieur à celui de Tegerstedt et de celui de Nygaard [14 ;15]. Ceci peut s'expliquer par la multiparité qui survient à un âge jeune dans notre contexte.

V.4. Parité

La parité moyenne était de 4,2 accouchements dans notre étude. Plus de la moitié (66,7%) des patientes étaient paucipares. Plusieurs études dans la littérature retrouvent la parité comme le principal facteur de risque de prolapsus [38]. En effet la multiparité serait à l'origine d'une hyperlaxité ligamentaire.

V.5. Mode d'accouchement

Dans notre étude, la totalité des patientes (100%) avait accouché par voie basse dont 3 accouchements de macrosome. En comparaison aux résultats obtenus par Delval [69] 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 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 nerveux surviennent surtout pendant la deuxième phase du travail, quand la tête du fœtus distend et écrase le plancher pelvien [70].

V.6. Ménopause

Dans notre étude, la notion de la ménopause n'était renseignée chez aucune de nos patientes.

V.7. Motif de consultation

La tuméfaction à la vulve était retrouvée chez presque toutes nos patientes (77,8%). Notre étude rejoint celle de Elamri [72] objectivant ce signe dans 88,3%.

V.8. Type de prolapsus

La cystocèle et l'hystérocèle étaient retrouvée chez la majorité des patientes (77,8%). 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 : Lasri [24] (86,8%) et Laatiris [73] (85,7%).

V.9. Traitement

Dans notre étude, toutes les patientes avaient bénéficié d'un traitement chirurgical par coelioscopie. La voie coelioscopique pure représentait 88,9% (soit 7 patientes) des interventions, alors que deux patientes avaient été abordées par voie mixte 22,1%.

Lasri [24], dans son étude, la voie vaginale représentait 86,1% des interventions réalisées. Elamri [72] opte la voie basse chez 79,4%.

V.10. Évolution

Presque la totalité des patientes 88,9% avaient une évolution favorable ; une seule patiente (11,1%) avait des complications dont une hémorragie par blessure de l'artère sacrale médiale et une laparoconversion. Aucun cas de transfusion n'a été noté. Par contre, Von Perchman [71] compare dans une série de patientes, l'intervention de Lefor 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.

Nieminen [74] a rapporté dans une étude regroupant 25 femmes traitées par spinofixation selon Richter avec (12 cas) ou sans hystérectomie vaginale (13 cas), 3 cas de transfusion dans le groupe d'hystérectomie.

CONCLUSION

Le plancher pelvien constitue l'élément essentiel du maintien des organes intra pelviens aidé par les autres éléments de suspension représentés par les ligaments viscéraux. La détérioration de ces différents éléments de soutien aboutit aux prolapsus génitaux par l'expulsion de l'un ou de l'ensemble des organes intra pelviens hors de l'enceinte abdominopelvienne.

Le prolapsus génital est un motif fréquent de consultation en gynécologie, et se définit comme toute saillie, permanente ou à l'effort des organes pelviens (vessie, utérus, rectum) à travers la fente urogénitale à la partie antérieure du plancher pelvien.

La connaissance des bases physiopathologiques est un élément essentiel, qui fait intervenir différents facteurs :

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

Au terme de cette étude rétrospective et les résultats obtenus, certaines conclusions peuvent être dégagées : l'affection est relativement fréquente, et ne touche pas que la femme âgée et ménopausée. Le premier signe clinique qui motive la consultation médicale est la tuméfaction à vulve puis la sensation de la descente des organes génitaux.

Le diagnostic d'un prolapsus génital est facile, ne nécessite pas d'examen complémentaire, un bon examen clinique suffit ; mais la fréquence des troubles urinaires liés ou associés aux prolapsus, donc un bilan urodynamique peut parfois être nécessaire avant la prise en charge.

Le choix de la conduite thérapeutique dépend de l'âge, de l'état général, de la variété du prolapsus, de l'existence d'une incontinence urinaire et le désir de grossesse.

Le traitement des prolapsus génitaux a connu une forte progression ces dernières décennies allant de l'usage des tissus autologues aux prothèses mais aussi la promontofixation qui constitue la technique de référence, et a pour principal objectif de :

- Corriger l'anomalie (le prolapsus utéro/vaginal) de manière efficace et durable. Pour ce faire, il faut utiliser des éléments prothétiques pour pallier l'affaiblissement des structures naturelles de soutènement et d'orientation. Elle est réalisée le plus souvent par coelioscopie [76] ;
- Traiter chirurgicalement les éventuelles affections génitales engendrées par la pathologie [76] ;
- Prévenir l'apparition d'une incontinence urinaire postopératoire et la traiter si nécessaire [76].

L'analyse de nos observations a montré que la tranche d'âge la plus affectée se situe entre 30 et 39 ans, et que la parité moyenne est de 4,2. La notion de la ménopause n'était renseignée chez aucune de nos patientes, et la tuméfaction à la vulve constitue le premier motif de consultation (77,8%). L'incontinence urinaire est associée au prolapsus dans 11,1% des cas. L'association lésionnelle la plus fréquente étant le prolapsus Grade II de l'étage antérieure (Cystocèle).

Une observation sur le long terme permet notamment de constater l'efficacité de cette technique dans la correction d'un prolapsus. Les résultats sont encore plus probants dans les cas de récurrences (après l'utilisation d'autres méthodes). Parfois, la chirurgie peut démasquer une incontinence urinaire qui était compensée par la descente d'organe. Celle-ci est traitée secondairement si jamais c'était le cas [76].

L'évolution est favorable dans la majorité des cas, avec une satisfaction observée dans 89,9% des cas ; et étant non favorable à la suite d'une hémorragie par blessure de l'artère sacrale médiale et laparotomie dans 11,1% des cas.

Ces résultats montrent ainsi que la promontofixation est une réalité dans nos CHU malgré les nombreuses difficultés de cette voie d'abord au Sénégal. Le

défi majeur est l'élargissement de cette procédure dans les autres structures hospitalières en passant par le renforcement des compétences des équipes, l'équipement en instrument et en intrant, mais aussi la maintenance du matériel d'endoscopie.

REFERENCES

1. Bernard P

Prolapsus génital et incontinence urinaire chez la femme. Corpus Médical - Faculté de Médecine de Grenoble, 2002.

2. Watelet A, Legendre G.

ANNEXE DE SESSION - Recommandations pour la pratique clinique CNGOF Le prolapsus, 2017.

3. Hamri A, Asmouki H, Soummami A

Service de Gynécologie Obstétrique B, Hôpital mère et enfant. CHU Mohammed VI, Marrakech, 2011.

4. Keita M, Samaké A, Haidara D, Diallo M, Diakité IK, Diassana M, Diassana B, Diallo M, Bagayoko A, Tall S, Cissé A, Traoré CB.

Prévalence et traitement chirurgical des prolapsus génitaux à la maternité du Centre de santé de Référence de la commune VI district de Bamako, 2018.

5. Diouf AA, Biaye B, Diallo M, Diallo AK, Niass A, Del Pilar M, Cissé ML, Diouf A.

Aspects cliniques et prise en charge chirurgicale des prolapsus génitaux au Centre Hospitalier National de Pikine (Dakar, Sénégal), 2020.

6. Elharrech Y, Hajji F, Chafiki 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. Bafghi A

Centre de chirurgie gynécologique et mammaire Nice ;2012.

8. Deval B, Madelenat P.

Reconstruction du plancher pelvien par voie coelioscopique. Périnéologie 2005;1-5.

9. Lousquy R, Costa P, Delmas V, Haab F.

Prog Urol, 2009, 13, 19, 907-915.

10. Lukmany.

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

11. Kamina P.

Précis d'anatomie Clinique. Paris : Maloine ; 2005.

- 12. Fatton, M. Cayrac, V. Letouzey, F. Masia, E. Mousty, P. Marès, M.**
Prudhomme, R. de taylor ; Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien 2014.
- 13. 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 Gynecol 2005 ; 192 (3) : 795-806.
- 14. Nygaard I, Bradley C, Brandt D.**
Pelvic organ prolapse in des progress older women: prevalence and risk factors. Obstet Gynecol 2004; 104(3):489---97.
- 15. 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 213; 120: 152160 [crossref].
- 16. 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].
- 17. Elharrech Y, Hajji F, Chafiki 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.
- 18. 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.
- 19. Kim.C.M, Jean.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.
- 20. 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 white, black, and Hispanic women Female Pelvic Med Reconstr Surg 2011; 17: 890.
- 21. Cosson M, Narducci F, Lambaudie E, Occelli B, Querleu D, Crépin G.**
Prolapsus génitaux. EMC Elsevier, Gynécologie 2002;290-A-10.

22. Mouritsen L.

Classification and evaluation of prolapse. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2005; 19:985-911.

23. Richardson D.A, Scotti R.J, Ostergard D.

Surgical management of uterine prolapse in young women. J. Reprod Med 1989 ; 6 :388-92.

24. Lasri O, Bannani A.

Traitement chirurgical du prolapsus génitaux à propos de 36 cas. Thèse Doctorat Médecine, Fès ; 2008 ; n°115 ,142 pages.

25. Passweg D.

Prolapsus génital, partie 1 : diagnostic et anatomie de l'appareil urogénital. Forum médical suisse. 2016 ;16(32) :630-634.

26. Haab F, Costa P

Delmas.Prise en charge des prolapsus génito-urinaires. Progrès en urologie (2009) 19, 1098—1102.).

27. Conquy S, Costa P, Haab F, Delmas V.

Traitement non chirurgical du prolapsus. Progrès en urologie (2009) 19, 984—987.

28. Letouzey V , Fritel X, Pierre F, Courtieu C , Marès P, de Tayrac R.

Quelle information délivrer à une patiente avant une chirurgie de prolapsus ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité 38 (2010) 255–260.

29. Hamri A, Asmouki H.

LES PROLAPSUS GENITAUX a propos de 74 cas. Thèse Doctorat Médecine, Marrakech, 2011, n°87, 150 pages.

30. L.Belachkar.

Promontofixation des prolapsus génitaux : expérience du service d'urologie CHU Hassan II. Thèse doctorat de médecine Fès. 2016. n°24/16. 169 pages.

31. Lang JH, Zhu L, Sun ZJ, Chen J.

Estrogen levels and estrogen receptors in patients with stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Int J Gynaecol Obstet 2003;80(1):35—9.

32. Braekken IH, Majida M, Ellström Engh M, Holme IM, Bø K.

Pelvic floor function is independently associated with pelvic organ prolapse. BJOG 2009;116:1706–14.

33. Sliker-ten Hove M, Pool-Goudzwaard A, Eijkemans M, Steegers-Theunissen R, Burger C, Vierhout M.

Pelvic floor muscle function in a general population of women with and without pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J 2010;21:311–9.

34. Moen MD, Noone MB, Vassallo BJ, Elser DM.

Urogynecology Network. Pelvic floor muscle function in women presenting with pelvic floor disorders. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2009;20:843–6.

35. Le Normand L.

Prise en charge du prolapsus génito-urinaire. Progrès en urologie (2014) 24,925—928.

36. 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 ; 11601166 [interref].

37. Henri P., Kinesither.

Rev 2006; (51):39-41. [En ligne] 24 Octobre 2011.

<http://alister.org/adminpane/fstore/1515STOP.PIPI.pdf>.

38. 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.

39. Rodriguez-Trowbridge E, Fenner DE.

Conservative management of pelvic organ prolapse. Clin Obstet Gynecol 2005; 48: 668-681.

40. Thubert T, et al.

Rééducation pelvi-périnéale et troubles de la statique pelvienne de la femme. Gynécologie Obstétrique & Fertilité (2015). Disponible sur : (<http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.03.026>).

41. Magali Robert, Jane A. Schulz, MD, Marie-Andrée Harvey.

Mise à jour technique sur l'utilisation des Pessaires. J Obstet Gynaecol Can 2016;38(12S):S264eS276.

42. Benson JT, Lucente V, McClellan E.

Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects : a prospective randomized study with long-term outcome evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 1996 ; 175 : 1418-21.

43. Roovers JP, van der Vaart CH, Van Der Bom JG, Van Leeuwen JH, Scholten PC, Heintz AP.

A randomised controlled trial comparing abdominal and vaginal prolapse surgery : effects on urogenital function. *BJOG* 2004 ; 111 : 50-6.

44. Fatton.B, Grunberg.P, Ohana. M, Mansour. A, Jacquetin. B.

Cure de prolapsus chez la femme jeune. *Jobyn* : 1993 ; 1 : 133-143.

45. Magnin G

Chirurgie des prolapsus par voie basse. *La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique* (3e édition), 2011, Pages 301-328.

46. Richter K, Albrich W.

Longterm results ligament by the vaginal route (vaginal fixation sacrospinalis vaginalis). *Am J Obstet Gynecol* 1981;141:811-6.

47. Voronoff.

Manuel pratique des opérations gynécologiques par le Dr Voronoff précédé d'une préface du Dr A. Ricard Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des hôpitaux.

48. Scall P, Blondon J, Bethoux A, Gérard M.

Operations of supportsuspension by upper route in the treatment of vaginal prolapse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1974 ;3 :365-78.

49. Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C.

Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol* 1994 ;84 :885-8.

50. Wagner L, Macia F, Delmas V, Haab F, Costa P.

Traitement chirurgical du prolapsus par promontofixation par laparotomie. Principes techniques et résultats. *Progrès en urologie* (2009) 19, 988—993.

51. Faltin DL

Épidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2009) 38, S146–S152.

52. Lansac J, Body G, Magnin G.

La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique. Paris: Masson; 2004.

53. Cundiff GW, Harris RL, Coates K, Low VH, Bump RC, Addison WA.
Abdominal sacral colpoperineopexy: a new approach for correction of posterior compartment defects and perineal descent associated with vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177(6):1345—53.

54. Lefranc Jp.

Techniques de traitement chirurgical des prolapsus génitaux par voie abdominale. EMC Elsevier 2009 ;825-41.

55. Lefranc.JP, Benhaim.Y, Lauratet.B, Vincens.E, Leguevaque.P, Motton.S, Gesson Paute.A, Souletboly.M, Rimailho.J, Hoff.J.

Techniques de traitement chirurgical des prolapsus génitaux par voie abdominale. *Techniques Chirurgicales_ Gynécologie* 2009, 41-825.

56. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C.

Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;4:CD004014.

57. Ganatra A, Rozet F, Sanchez-Salas R, Barret E, Galiano M, Cathelineau X, et al.

The current status of laparoscopic sacrocolpopexy: a review. *Eur Urol* 2009;55:1089-1105.

58. L. Boulanger, J.-P. Lucot, M. Boukerrou, P. Collinet, M. Cosson.

Traitement chirurgical du prolapsus génital chez les femmes âgées de plus de 80 ans *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006; 35 : 685-690.

59. Nygaard I, et al.

Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review *Obstet Gynecol* 2004 ; 104 : 805-823.

60. Hsiao K.C., Latchamsetty K., Govier F.E., Kozlowski P., Kobashi K.C.

Comparison of laparoscopic and abdominal sacrocolpopexy for the treatment of vaginal vault prolapse. *J Endourol* 2007; 21 : 926-930.

61. Mugnier L, Gastron R, Hoepffner J, Piertchaud.

Technique de promontofixation laparoscopique. *Interfaces en urologie* No2, MonteCarlo, MONACO (04/02/2005) 2005, vol. 39, SUP5 (77p.) (bibl. :dissem.), pp. S126-S131.

62. Mandron E, Bryckaert PE.

Prolapsus et colpocèle antérieure. Double promontofixation coelioscopique. Technique. Annales d'urologie 39 (2005), 247–256.

63. Botshorishvili R, Rivoire C, Jardon K, Brabishong B, Pouly JL, Wattiez A, Mage G, Canis M.

Le traitement coelioscopique des prolapsus génitaux avec mise en place de prothèse dans les espaces vésico et recto vaginaux. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2005, 4 (4) : 43-49.

64. Villet R, Buzelin JM, Lazorthes F.

Les troubles de la statique pelvienne de la femme. Paris : Vigot ; 1995.

65. Wagner L, Meurette G, Vidart A, Warembourg S, Terassa T, Berrogain, Ragni NE, Le Normand L.

Traitement du prolapsus génital par promontofixation laparoscopique : recommandations pour la pratique clinique. Progrès en urologie (2016) 26, S27-S37.

66. Menard JP, Mulfinger C, EstradeJP, Agostini A, Blanc B.

Chirurgie du prolapsus génital de la femme âgée de plus de 70 ans: revue de la littérature. Gynécologie Obstétrique & Fertilité36 (2008) 67–73.

67. E. Delarue, P. Collinet, F. Sabban, J.-P. Lucot, M. Cosson.

Traitement du prolapsus génital chez la femme jeune : voie vaginale ou voie coelioscopique ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité 36 (2008) 1043–1049.

68. A. Naveau, P. Panel.

Voie d'abord en cas de récurrence d'un prolapsus génital. La Lettre du Gynécologue (2014), n° 391-392.

69. Deval B, Rafii A, Aflach N , Levardon M.

Prolapsus de la femme jeune, étude des facteurs de risque. Gynecol Obstet Fertil 2002; 3:673-6.

70. 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.

71. Biertero I.

Intravaginal slingplaty. Acta Chir Belg 2004; 700-4.

72. El amri J, Laghaoui M.

Prolapsus genital à propos de 68 cas [thèse : Med], Rabat, 2011.

73. 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.

74. Nieuman M.

TVT and TVT-Obturator: comparison of two operative procedures. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007; 131:89-92.

75. Davody A P.

Urology Davody, 7 août 2015.

(-<https://urologie-davody.fr/prolapsus-genital/promontofixation-robotisee/double-promonto-fixation-par-robot-da-vinci/>).

76. Reinaud.

« Les femmes et l'accès à la santé » – Sondage OpinionWay pour les mutuelles MGEN et LMDE–2011.

<https://www.opinion-way.com/fr/sondage-d-opinion/sondages-publies/les-femmes-et-l-acces-a-la-sante-pour-la-mgen-et-la-lmde/viewdocument.html>

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure 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 je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque».

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Vu :

Le Président du Jury

Le Doyen

Vu et permis d'imprimer

Pour le recteur, Président de l'Assemblée d'Université

Cheikh Anta Diop de Dakar et par délégation

Le Doyen

RESUME

Introduction

Le prolapsus génital est une ptose des organes pelviens (vessie, utérus, rectum) à travers la fente uro-génitale à la partie antérieure du plancher pelvien, lié à un relâchement et à une faiblesse du système de support du pelvis. Le diagnostic positif est essentiellement clinique. Afin d'améliorer le confort de la malade, la promontofixation est notée comme technique de référence.

Objectifs

Les objectifs de l'étude étaient de :

- Étudier le profil épidémiologique et clinique des patientes porteuses de prolapsus génital.
- Décrire les aspects thérapeutiques
- Décrire les résultats de la promontofixation dans le court et moyen terme.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive portant sur 9 cas de prolapsus génitaux traités par promontofixation coelioscopique au service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHN de Pikine, durant une période de 4 ans allant de 2018 à 2021.

Résultats

L'analyse de nos données a montré que la tranche d'âge la plus représentative est de 30-39 ans (44,7%), avec un âge moyen de 38,56 ans. La parité moyenne de 4,2 accouchements, dont plus que la moitié (66,7%) est des paucipares. La totalité (100%) des cas avait accouché par voie basse, dont 3 accouchements de macrosome. La tuméfaction à la vulve constituait le motif de consultation avec 77,8%. Le cystocèle était le type de prolapsus retrouvée chez la majorité des patientes à 77,8%. Sur le plan thérapeutique, la voie coelioscopique pure représentait 77,8% des interventions alors que la voie mixte était observée dans 22,2%. Une lapara-conversion était effectuée chez une patiente pour plaie vasculaire non compliquée. La durée d'hospitalisation était de 3 jours et l'évolution favorable malgré quelques plaintes fonctionnelles.

Conclusion

Le traitement des prolapsus génitaux a connu une forte progression au Sénégal avec cette série de promontofixation qui constitue la technique de référence. La bonne maîtrise des indications opératoires et des techniques opératoires est essentielle pour la qualité de vie des patientes.

Mots clés

Prolapsus génital – Promontofixation – Coelioscopie – Sénégal .