

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNEE : 2021

N°234

**FAISABILITÉ ET INTÉRÊT DE LA PROMONTOFIXATION PAR
VOIE COELIOSCOPIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DU
PROLAPSUS GÉNITAL : à propos de 12 cas au Centre
Hospitalier National de Pikine**

**MEMOIRE
POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ETUDES SPECIALISÉES
EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE**

Présenté et soutenu

Le 25 Novembre 2021

Par

Dr Hajar BENTALEB

Née le 22 Novembre 1986 à RABAT (Maroc)

Président	M. Alassane	Diouf	Professeur Titulaire
Membres	M. Abdoul Aziz	DIOUF	Professeur Assimilé
	M. Moussa	DIALLO	Maître de Conférences Titulaire
Directeur de mémoire	M. Abdoul Aziz	DIOUF	Professeur Assimilé
Co-Directeur de mémoire	M. Moussa	DIALLO	Maître de Conférences Titulaire

DEDICACES

**Je rends grâce au tout puissant Allah,
de m'avoir donné la force et le
courage de faire cette formation de
spécialisation et d'élaborer ce travail
de mémoire**

Je dédie ce modeste travail

A mes chers parents, pour leur soutien, leur patience, leur encouragement et leur amour durant ma spécialisation.

A ma famille pour leurs prières et leur enthousiasme, merci pour votre amour, et votre présence dans ma vie, que Dieu vous garde longtemps près de moi.

A mes amies Rahadat, Mbinina et Cherine pour leurs conseils et leur soutien psychique, **et d'avoir supporté mes sauts d'humeur après les post-garde.**

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre maître et président du jury,

Le Professeur Alassane Diouf

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury de mémoire. Nous avons pu apprécier à travers vos enseignements, vos qualités humaines et professionnels, votre simplicité et votre spontanéité faisant de vous un exemple.

Recevez, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de nos sentiments fidèlement dévoués.

A notre maître et juge,

Le Professeur Abdoul Aziz Diouf

C'est un honneur pour nous de vous compter parmi notre jury de mémoire.

Nous avons particulièrement apprécié votre enseignement, votre savoir, votre rigueur pédagogique et médicale, et vos qualités humaines font de vous l'un des meilleurs maîtres.

Que Dieu vous assiste.

A notre maître et juge,

Le Docteur Moussa DIALLO

C'est un grand honneur de vous compter parmi les membres de notre jury de mémoire. Merci pour votre encouragement, votre encadrement, votre accompagnement et votre présence remarquable au cours de ma formation en Gynécologie-Obstétrique

Merci mon cher maîtres et que Dieu vous assiste.

LISTE DES ABREVIATIONS

CHNP : Centre Hospitalier National de Pikine

POPQ : Pelvic Organ Prolapse Quantification

AVB : Accouchement par voie basse.

FDA : Food and Drug Administration.

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Préparation du promontoire et dissection postérieure avec mise en place de la prothèse postérieure	12
Figure 2: Mise en place de la prothèse antérieure et promontofixation	14
Figure 3: Aspect après trachélectomie	21
Figure 4: Prolapsus de stade IV associé à un allongement hypertrophique du col utérin	20
Figure 5: Plaque de polypropylène en deux bandelettes antérieure et postérieure.	23
Figure 6: Mise en place de la prothèse antérieure avec passage des bandelettes à travers les ligaments larges.	24
Figure 7: Fermeture et enfouissement des prothèses.	24
Figure 8: Hystérectomie subtotale première avant la mise en place de la prothèse.....	25
Figure 9: Aspect final et correction de la ptose.	25

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Classification anatomique du prolapsus selon Baden et Walker	22
--	----

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS SUR LE PROLAPSUS	4
1. EPIDÉMIOLOGIE	5
1.1. Facteurs de risque	6
1.1.1. Altération du tissu de soutien	6
1.1.2. Facteurs ostéoarticulaires.....	7
1.1.3. Facteur génétique	7
1.1.4. Age, gestité et parité	7
1.1.5. Hyperpression abdominale	7
1.1.6. Facteurs iatrogènes.....	7
2. TRAITEMENT ET INNOVATIONS EN LAPAROSCOPIE	8
2.1. La rééducation périnéale	8
2.2. Le pessaire.....	8
2.3. Les estrogènes	8
2.4. Traitement chirurgical	9
2.4.1. Voie vaginale	9
2.4.2. La voie laparotomique	10
2.4.3. La voie cœlioscopique	10
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	15
1.Objectifs	16
1.1.Objectif général	16
1.2.Objectifs spécifiques	16
2.Méthodologie	16
2.1. Type et période d'étude	16
2.2. Population d'étude	16
2.3. Critères d'inclusion	16
3. Collecte des données	17
4. Cadre d'étude	17

4.1. Situation géographique du Centre Hospitalier National de Pikine ...	17
4.2. Organisation du CHNP	17
5. Patientes et méthodes	20
5.1. Bilan préopératoire	20
5.2 L'étape opératoire	22
5.3 L'étape post-opératoire	25
6.RÉSULTATS	27
6.1Caractéristiques socio-démographiques.....	27
6.2Caractéristiques cliniques.....	27
6.3Caractéristiques opératoires	28
6.4Suivi des patientes	29
7.DISCUSSION	30
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	34
REFERENCES BIBLIOGRPHIQUES	38

INTRODUCTION

Le prolapsus génital est une migration anormale permanente ou transitoire d'un ou plusieurs organes pelviens modifiant la forme et/ou la situation des parois vaginales pouvant aller jusqu'à leur extériorisation à travers la fente urogénitale **[1]**.

C'est une affection fréquente qui concerne principalement les femmes après 45 ans, dont les formes anatomiques sont variées associant diversement :

- la colpocèle antérieure : cystocèle, urétrécèle plus rarement
- le prolapsus de l'étage moyen : hystérocèle, trachélocèle ou en cas d'hystérectomie ; retournement vaginal ; et
- le prolapsus de l'étage postérieur : rectocèle ou élytrocèle

Le risque du prolapsus chez ces femmes dépend de facteurs tels que le nombre d'accouchements par voie basse, la **difficulté de ces accouchements et le type du travail**. Plusieurs autres causes ont été décrites : ménopause, antécédent de prolapsus urogénital, constipation chronique.

C'est une pathologie très fréquente de nos jours vu, l'augmentation de l'espérance de vie. **Néanmoins, son incidence dans la population générale est difficile à évaluer** puisque beaucoup de femmes ne consultent jamais **[2]**, constituant pour elles un sujet tabou ou intégré dans le cortège des troubles liés à la ménopause et à la sénilité.

C'est une affection bénigne, mais qui nécessite un traitement puisque la **population féminine reste active malgré le vieillissement** mais aussi en raison de ses répercussions sur les fonctions urinaires, sexuelles et digestives.

Le très grand nombre de techniques opératoires rend compte de la difficulté de prise en charge de cette affection. Le point le plus délicat de toutes ces techniques réside dans le résultat du geste à long terme.

Les deux voies d'abord pour traiter chirurgicalement cette pathologie sont la voie vaginale et la voie abdominale. Classiquement, c'est la voie haute, imaginée déjà par Freund en 1889, décrite en France en 1957 à l'hôpital de Broca sous l'égide des professeurs Ameline et Hugier [3] sous forme d'une bandelette placée en hamac sous la vessie, puis bien codifiée, validée depuis plus de 30 ans et largement diffusée par Scali dès 1974, qui donne les meilleurs résultats à long terme et qui est donc indiquée chez les patientes jeunes ou chez les patientes déjà opérées [4]. Cette voie par laparotomie consiste en une fixation du vagin au promontoire à l'aide de bandelettes prothétiques. L'une est fixée entre le vagin et la vessie, l'autre entre le vagin et le rectum. Cette technique de promontofixation par laparotomie est considérée, par la majorité des auteurs, comme l'intervention de référence [5,6].

Depuis une dizaine d'année, une troisième voie d'abord est apparue : la voie laparoscopie, qui présente de nombreux avantages, en particulier du point de vue postopératoire immédiat. Mais cette voie est techniquement difficile à réaliser et nécessite un certain temps d'apprentissage.

Le but de ce travail est d'évaluer la faisabilité, l'efficacité et l'intérêt de cette voie laparoscopique dans le traitement des prolapsus génitaux par promontofixation, chez des patientes hospitalisées au service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine.

Les résultats obtenus de notre étude seront analysés et comparés aux différentes séries de littérature.

PREMIERE PARTIE : RAPPELS SUR LE PROLAPSUS GÉNITAL

1. EPIDÉMIOLOGIE

La fréquence exacte du prolapsus génital en population générale reste encore mal précisée. La difficulté à mesurer la prévalence du prolapsus tient à plusieurs facteurs. Les études peuvent être basées sur l'utilisation de questionnaires, de symptômes, auto-remplis le plus souvent. Les différentes études par définition ne peuvent que donner des chiffres de prévalence concernant des prolapsus symptomatiques, méconnaissant la plupart des lésions de bas stade et ne permettant pas de caractériser avec précision le types du prolapsus. Par ailleurs certaines études se basent sur la **notion d'examen clinique effectué en population générale**, mais le plus souvent limités en effectifs inclus compte tenu de leur complexité de réalisation. Certaines patientes expriment une réticence à parler de ce sujet intime, préférant ne pas être opérées, d'autres pensent que l'apparition d'un prolapsus fait partie du phénomène naturel du vieillissement et ne cherchent pas de soins médicaux **[20]**.

Au Québec, les prolapsus uro-génitaux représentent 13% des indications d'hystérectomies et font l'objet de 500.000 interventions environ par an. Aux Etats Unies, le risque cumulé de chirurgie pour le trouble de la statique pelvienne augmente avec l'âge pour atteindre 11,1% à 80 ans **[21]**. En Grande Bretagne, le prolapsus génital est responsable de 1/5 des indications de chirurgie gynécologique, son incidence annuelle est de 20 cas pour 10.000 femmes **[21]**.

Différentes séries ont étudié la prévalence des prolapsus génitaux en population générale. La prévalence des prolapsus est située entre 2,9 et 97,7 % selon les études. Elle varie entre 2,9 et 11,4 % en cas d'utilisation de questionnaire pour dépister les prolapsus ou entre 31,8 et

97,7 % en cas de pratique de l'examen clinique, avec la classification de Baden et Walker ou Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ).

En Afrique, les prolapsus utérins sont insuffisamment documentés. Au Maroc, la prévalence de différents types de prolapsus génitaux s'est relevée à 30,8% au sein d'une population âgée de 20-59 ans où les hystéroptoses et les cystocèles se sont révélées à 9,4% et 22,4%. Seuls 2% de cas de prolapsus génital atteignaient la vulve [22].

1.1. Facteurs de risque

1.1.1. Altération du tissu de soutien

- Les modifications biomécaniques :

La résistance à la traction du tissu conjonctif est diminuée de façon significative chez les patientes porteuses d'un prolapsus [17].

- Les modifications du collagène

La quantité totale de collagène dans le paramètre est globalement diminuée chez les patientes porteuses de prolapsus [18 ;19].

- Modification de l'élastine

Des prélèvements réalisés au niveau du fascia endopelvien ont permis de mettre en évidence une diminution de la quantité d'élastine [18].

- Modification des fibres musculaires lisses :

Dans la paroi vaginale des patientes présentant un prolapsus, les faisceaux musculaires lisses sont plus grêles, moins nombreux et désorganisés [16].

- Les lésions du muscle élévateur de l'anus :

Ce complexe musculaire peut être le siège de lésions directes ou indirectes par dénervation [14 ;15].

1.1.2. Facteurs ostéoarticulaires

Des modifications du squelette axial et pelvien reliées au risque de prolapsus urogénital ont été mises en évidence dans de nombreuses études [16].

1.1.3. Facteur génétique

Une incidence élevée des prolapsus au sein de certaines parentèles a été observée [15].

1.1.4. Age, gestité et parité

Le prolapsus génital est une pathologie qui touche surtout la femme âgée. Cette pathologie n'épargne pas la femme jeune puisque 27 % des patientes âgées de 18 à 29 ans ont un prolapsus [13].

Le risque augmente avec le nombre d'accouchements [14]. La césarienne est un facteur protecteur comparé à l'accouchement par voie basse [13,14]. La grossesse en elle-même est un facteur de risque [12]. Ceci peut être dû à l'imprégnation hormonale qui prépare les tissus mous à l'accouchement. Il semblerait qu'un poids de naissance de plus de 4000 g soit un facteur de risque de prolapsus génital [10].

1.1.5. Hyperpression abdominale

L'obésité est un facteur de risque de prolapsus génital [8, 11]. La constipation ainsi que les maladies pulmonaires chroniques sont un facteur de risque de prolapsus en raison des efforts de poussée [8].

1.1.6. Facteurs iatrogènes

L'hystérectomie est aussi considérée comme un facteur de risque de prolapsus génital [7,8,9].

2. TRAITEMENT ET INNOVATIONS EN LAPAROSCOPIE

2.1. La rééducation périnéale

La rééducation uro-gynécologique associe des exercices pour :

- la prise de conscience du plancher pelvien
- la tonification du plancher pelvien
- l'apprentissage du verrouillage périnéal à l'effort.

Les meilleurs résultats sont **obtenus sur les prolapsus antérieurs et moyens (cystocèle, hystéroptose)**. La rééducation, si elle ne modifie pas la situation anatomique, fait souvent disparaître la gêne fonctionnelle et permet de retarder l'intervention. En cas d'opération, des **releveurs trophiques sont un gage de solidité et la poursuite des exercices** assure une prévention des récurrences.

En résumé, la rééducation a un effet bénéfique sur la force musculaire, les troubles urinaires et digestifs associés et réduit le stade du prolapsus.

2.2. Le pessaire

Le pessaire doit être correctement posé : son hémicirconférence antérieure dans la fossette rétropubienne, son hémicirconférence postérieure dans le cul-de-sac postérieur.

Il nécessite des soins d'hygiène stricts quotidiens et une surveillance médicale régulière. Son indication est devenue, du fait des progrès de l'anesthésie, très exceptionnelle. Sa prescription **temporaire peut en faire un test thérapeutique et, par le confort apporté, encourager la patiente à se faire opérer.**

2.3. Les estrogènes

Les estrogènes à tropisme vaginal et cervical (Colpotrophine®) ou substitutifs de la ménopause améliorent la trophicité des muqueuses vaginale et vésicale et sont parfois d'un bon secours contre les troubles

fonctionnels (dyspareunie, cystalgie...). Ils constituent une excellente préparation à l'intervention chirurgicale. Il ne faut donc pas hésiter à les prescrire.

2.4. Traitement chirurgical

2.4.1. Voie vaginale

Elle comporte les étapes classiques de l'hystérectomie vaginale puis de la cure du prolapsus proprement dite.

o Temps antérieur

Comporte les étapes suivantes

- une dissection de la cystocèle et une ouverture des fosses paravésicales
- une plicature du fascia de Halban ;et
- une suspension paravaginale aux arcs tendineux du fascia pelvien

Cette technique peut associer divers artifices. Il peut s'agir de :

- **la confection d'un plastron ;ou**
- la cure de cystocèle par prothèse sous-vésicale transobturatrice
- l'intervention de Campbell qui **consiste en un croisement des deux ligaments utérosacrés sous la symphyse pubienne. Elle nécessite pour être réalisée, l'association d'une colpo-hystérectomie vaginale et la présence de deux ligaments utérosacrés de bonne qualité disséqués sur une longueur suffisante pour permettre leur ascension jusqu'à la symphyse pubienne.**

o Temps postérieur

Il se fait selon les étapes suivantes :

- une ouverture des fosses pararectales
- une sacro-spino-fixation selon Richter

Par ailleurs en association ou non avec ce temps, certains artifices peuvent être utilisés.

- **L'intervention de Richardson** : est une sacrospinofixation de l'utérus des ligaments sacro-épineux aux utéro-sacrés ou par l'intermédiaire des bandelettes vaginales.
- **L'intervention de Manchester**

C'est une sacrospinofixation de l'utérus des ligaments sacro-épineux aux ligaments utéro-sacrés ou par l'intermédiaire des bandelettes vaginales associée à une amputation du col

Par ailleurs, nous pouvons citer d'autres techniques comme la cure de rectocèle par prothèse inter-recto-vaginale, la douglassectomie et la myorrhaphie postérieure des éleveurs **de l'an**us.

2.4.2. La voie laparotomique

Elle est calquée sur celle de la voie vaginale à quelques différences près.

2.4.3. La voie coelioscopique

- Installation

La patiente est en décubitus dorsal et en position gynécologique, jambes légèrement fléchies. Elle est installée les fesses au ras de la table afin de faciliter la mobilisation utérine. Les deux bras sont installés le long du corps, la patiente est sondée stérilement, la colonne vidéo est positionnée entre les membres inférieurs. Des matelas en gel siliconé sont placés au niveau des points de pression (coudes, genoux) ; ils ont un rôle protecteur, mais ils limitent aussi la mobilisation de la patiente. Un position de Trendelenburg marqué (30°) est effectué dès que la patiente est endormie. Durant le temps de l'installation (badigeonnage, pose des champs), le grêle réintègre la cavité abdominale et libère ainsi la poche recto-utérine (cul-de-sac de Douglas).

- **Incisions et insertion des trocarts**

On procède à une incision péri-ombilicale pour la mise en place du premier trocart de 10mm de diamètre sous contrôle de la vue. On vérifie **les paramètres de sécurité avant l'insufflation progressive, jusqu'à une** pression maximale intra-abdominale de 12 mmHg. Puis on met en place trois trocarts supplémentaires : deux trocarts de 5mm au-dessus et en dedans des épines iliaques antéro-supérieures, à environ deux travers de doigt de celles-ci et un trocart de 10 mm à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse pubienne.

- **Exposition et dissection du promontoire**

On peut commencer par une fixation percutanée de l'utérus et parfois de la boucle sigmoïdienne avec une aiguille droite. L'intestin grêle est refoulé si nécessaire par un brassage du grêle et/ou une libération du bas fond cæcal. On obtient ainsi une exposition parfaite du pelvis autorisant le début de l'intervention en toute sécurité. Après une exposition du promontoire, on réalise ensuite une incision de la racine droite du mésorectum en direction du ligament utérosacré droit en libérant bien le mésorectum, geste qui servira à la péritonisation en fin d'intervention.

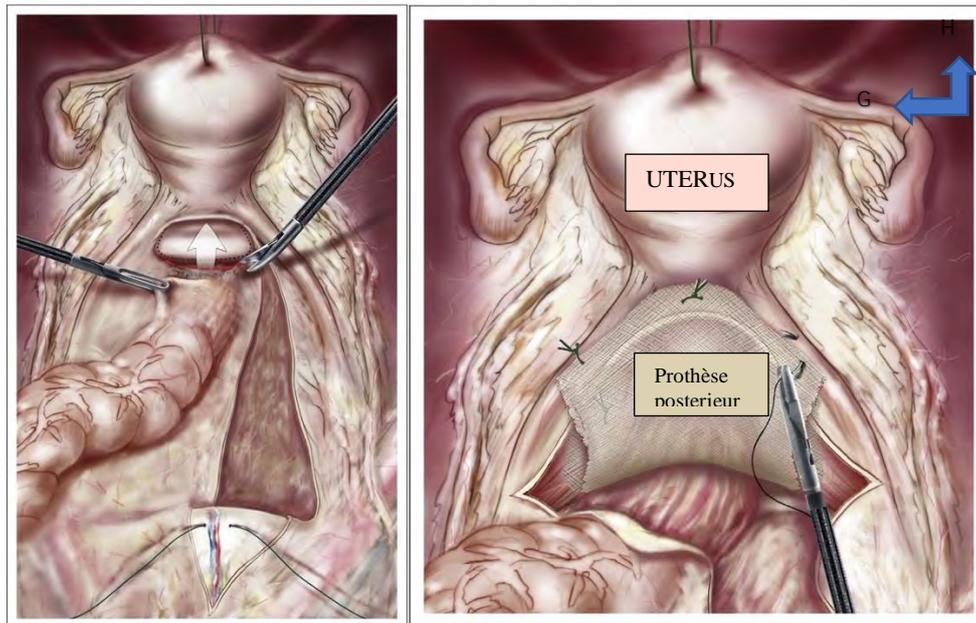


Figure 1: Préparation du promontoire et dissection postérieure avec mise en place de la prothèse postérieure

Dissection postérieure de la cloison recto-vaginale et pose de prothèse postérieure

On fait une incision arciforme de la poche recto-utérine, dite cul-de-sac de Douglas, en partant du ligament utérosacré droit vers le ligament utérosacré gauche, l'aide réclinant en haut et en avant le vagin (à l'aide d'une valve placée dans le vagin) et en bas et en arrière le rectum à l'aide d'une pince atraumatique.

Au niveau de la partie la plus basse de la dissection, il faut alors libérer latéralement à droite comme à gauche le rectum vers le périnée et l'angle anorectal sans faire de coagulation et ainsi découvrir les muscles élévateurs de l'anus qui seront libérés progressivement des attaches du rectum.

Les deux jambages de la prothèse seront fixés sur les muscles élévateurs par des points séparés de fils non-résorbables 2/0. Cette fixation sera réalisée le plus haut possible, horizontalement par rapport au canal anal,

et non pas sur la partie charnue du muscle élévateur, pour éviter de réaliser un « cravatage » du rectum qui pourrait entraîner des troubles de l'exonération.

Le sommet de la partie large de la bandelette postérieure sera solidarisé aux ligaments utérosacrés par deux points séparés de fil non-résorbable.

Dissection de l'espace vésico-vaginal et la pose de prothèse antérieure

Avant de libérer l'attache utérine percutanée, on crée une fenêtre droite et parfois gauche dans le ligament large (partie avasculaire) qui servira de passage aux jambages de la prothèse antérieure.

Ce temps peut être délicat chez les patientes ayant des antécédents de césarienne ou d'hystérectomie. Le décollement sera poursuivi vers le bas jusqu'au niveau du ballonnet de la sonde vésicale. À ce niveau, qui correspond au trigone, la dissection est souvent difficile, marquée par des adhérences devant conduire à l'arrêt de la dissection, car au-delà on risque de provoquer une irritabilité trigonale, génératrice d'hyperactivité vésicale.

La prothèse 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.

Les jambages sont ensuite passés dans les fenêtres créées dans les ligaments larges.

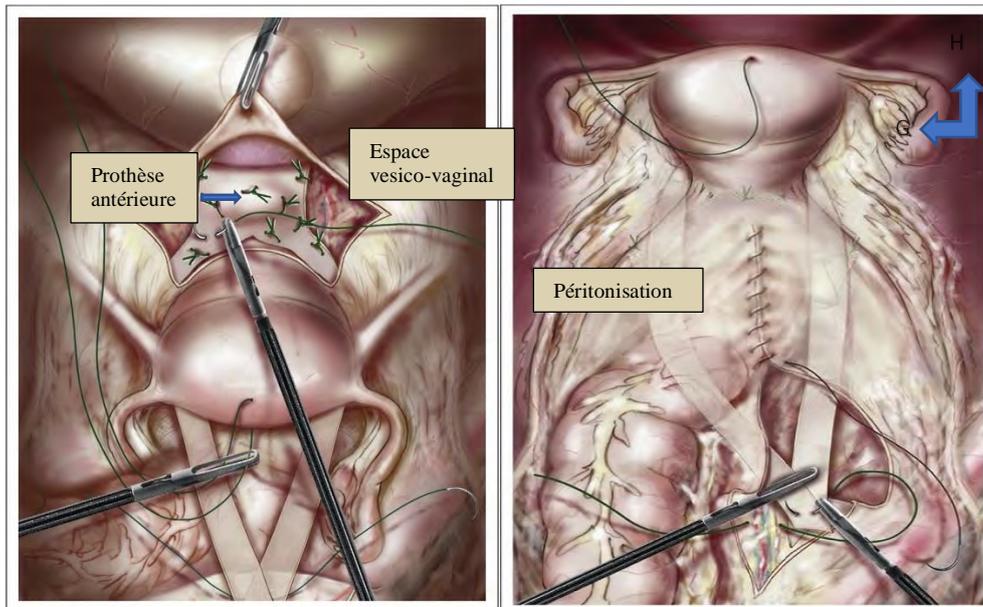


Figure 2: Mise en place de la prothèse antérieure et promontofixation

Fixation de la bandelette sur le promontoire et péritonisation

Le point sur le ligament vertébral antérieur au niveau du promontoire est passé à l'aide d'une aiguillée de fil non-résorbable triangulaire et on le fixe avec une légère traction de la bandelette postérieure, puis de la bandelette antérieure.

Il est important de recouvrir parfaitement les prothèses afin d'éviter toute adhérence intestinale qui pourrait être source d'une occlusion.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

1. Objectifs

1.1. Objectif général

Notre objectif est d'évaluer l'intérêt et notre expérience dans la prise en charge du prolapsus génital par voie coelioscopique, notamment par l'utilisation de bandelettes de polypropylène pour une promontofixation.

1.2. Objectifs spécifiques

L'intérêt de cette étude est d'évaluer sa faisabilité en milieu défavorisé son efficacité, son innocuité, et ses complications afin de promouvoir sa vulgarisation en milieu africain.

2. Méthodologie

2.1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive rapportant les 12 premiers cas de promontofixation par voie endoscopique dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine. La période de recrutement s'étendait du mois de Mars 2016 au mois de Juin 2021 ; soit un nombre total de 12 patientes.

2.2. Population d'étude

Douze patientes étaient prises en charge pour leur prolapsus. Elle concernait douze patientes présentant un prolapsus symptomatique.

2.3. Critères d'inclusion

Elle concernait toutes les patientes présentant un prolapsus génital extériorisé et symptomatique. La procédure opératoire impliquait obligatoirement l'utilisation d'une ou de deux bandelettes de polypropylène amarrées au promontoire par voie coelioscopique.

D'autres gestes mineurs pouvaient y être associés selon le cas (reprise de périnée ou trachélectomie).

3. Collecte des données

Nous nous sommes intéressés à l'analyse des données socio-démographiques, des caractéristiques cliniques, de la technique opératoire et des complications de la procédure opératoire. Les données étaient immédiatement enregistrées.

4. Cadre d'étude

4.1. Situation géographique du Centre Hospitalier

National de Pikine

Le Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP) est construit dans l'enceinte de l'ex camp militaire de Thiaroye.

Il se situe dans la commune d'arrondissement de Guinaw Rail Nord à 15 km de la ville de Dakar.

Le CHNP est le seul hôpital de niveau III au niveau de la banlieue dakaroise.

Il est limité :

- au Nord par la commune d'arrondissement de Thiaroye Gare
- au Sud par la commune d'arrondissement de Thiaroye- sur- Mer
- à l'Est par la commune d'arrondissement de Diamaguène-Sicap Mbao
- à l'Ouest par la commune d'arrondissement de Guinaw Rail Sud

4.2. Organisation du CHNP

Le Centre Hospitalier National de Pikine comprend plusieurs services :

- les services administratifs et les consultations externes
- le bloc opératoire qui est une unité d'intervention commune à toutes les spécialités chirurgicales dispose de trois salles, l'une pour les urgences et les deux autres pour les chirurgies programmées.

- la réanimation
- le service des urgences
- le service de chirurgie générale
- la médecine interne
- la pédiatrie
- la radiologie
- **le laboratoire d'analyse**
- la pharmacie centrale
- la morgue

Et enfin, le service de gynécologie et obstétrique, site de notre étude sur lequel nous allons s'appesantir.

➤ **Service de gynécologie et obstétrique du CHNP**

• **Description**

Le service de gynécologie et obstétrique du centre hospitalier de Pikine Comporte :

- 32 lits d'hospitalisation répartis dans 12 salles
- une salle d'accouchement dotée d'une salle de travail avec 6 lits et de 2 box d'accouchement.
- une salle d'accouchement qui communique avec le bloc opératoire comportant
 - une salle réservée à l'accueil et aux soins des nouveaux nés
 - un centre obstétrique d'accueil aux urgences
 - deux salles de consultations externes

• **Personnel du service de gynécologie et obstétrique**

Il comprend :

- Deux Professeurs dont un titulaire et un Assimilé de Gynécologie - Obstétrique dont un chef de service,

- trois Gynécologues-Obstétriciens dont un Maître-Assistant
- des Internes des Hôpitaux
- des Médecins en spécialisation en gynécologie-obstétrique
- des étudiants du troisième cycle de médecine (7^{ème} année)
- des étudiants en cinquième année de médecine
- une secrétaire,
- trente Sages-femmes
- dix-sept Infirmières
- des Infirmières stagiaires

- **Le fonctionnement**

Le service dispose d'un bloc opératoire qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour les urgences gynécologiques et obstétricales et deux jours pour les interventions programmées.

La consultation externe est assurée du lundi au vendredi par des médecins gynécologues-obstétriciens et une sage-femme.

L'équipe se retrouve tous les jours ouvrable pour une réunion permettant des échanges sur des dossiers de patientes admises.

Une visite des patientes hospitalisées est effectuée quotidiennement.

La garde est assurée par les médecins en spécialisation et les internes, les équipes se relayent à tour de rôle toutes les vingt-quatre heures.

Le service est axé sur trois vocations : les soins, l'enseignement et la recherche.

5. Patientes et méthodes

5.1. Bilan préopératoire

L'évaluation préopératoire comprenait un examen général, urologique et gynécologique. Au cours de cet examen, la gêne fonctionnelle était évaluée. On s'intéressait également à la situation matrimoniale conjugale notamment à l'existence d'une activité sexuelle.

Une stadification du prolapsus était réalisée et utilisait la classification de Baden et Walker (**Tableau 1**) car jugée plus simple d'utilisation et préférée à celle de POP-Q.

Cet examen clinique permet également de rechercher d'autres pathologies associées ou d'un diagnostic différentiel telle qu'un allongement hypertrophique du col utérin (**Figure 4**). Cette dernière était prise en charge avant l'étape coelioscopique.



Figure 3: Prolapsus de stade IV associé à un allongement hypertrophique du col utérin



Figure 4: Aspect après amputation du col de l'utérus

L'échographie pelvienne, était réalisée à la recherche d'une pathologie utérine pouvant parfois en être la cause. L'épaisseur de l'endomètre était mesurée pour les patientes ménopausée. Une analyse minutieuse des annexes était réalisée à la recherche d'une contre-indication de leur conservation. Les patientes bénéficiaient ensuite d'un examen cytologique du col utérin dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus ; ceci d'autant plus que le col est soumis au frottement en cas d'extériorisation complète.

A la fin de cette évaluation clinique, une information claire et concise est transmise à la patiente concernant la procédure opératoire et la possibilité d'une conversion en laparotomie en cas de nécessité absolue. La technique opératoire et son caractère définitif (lié à l'utilisation d'un matériel prothétique) étaient également expliqués.

Tableau I: Classification anatomique du prolapsus selon Baden et Walker

Stades	Localisations du prolapsus
Stade 1	Organe prolapsé en situation intra vaginale
Stade 2	Organe affleurant la vulve
Stade 3	Organe dépassant l'orifice vulvaire
Stade 4	Prolapsus totalement extériorisé

5.2 L'étape opératoire

Une anesthésie générale avait été réalisée pour l'ensemble des patientes. Toutes les procédures avaient été effectuées par la même équipe de chirurgiens. L'insufflation du CO₂ était réalisée par un abord dans l'hypochondre gauche puis un trocart sous-ombilical à vis de 10 mm est introduit sous contrôle de la vue. La cavité péritonéale et les organes intra-abdominaux étaient examinés. Un trocart auxiliaire de 5 mm était inséré, de préférence au-dessus de la symphyse pubienne. Il comportait les résultats de **l'exploration coelioscopique et le test de correction** du prolapsus par traction sur le corps utérin par voie abdominale.

A cette étape, une pathologie utérine ou annexielle était également recherchée afin de décider de la conservation ou non de ces derniers

Les étapes opératoires ne différaient pas de celles précédemment **décrites. Cependant, en l'absence de prothèse prédécoupée, une plaque** de polypropylène (utilisée pour les cures de hernies abdominales) était découpée. On confectionnait ainsi une plaque antérieure et une postérieure **(Figure 6).**

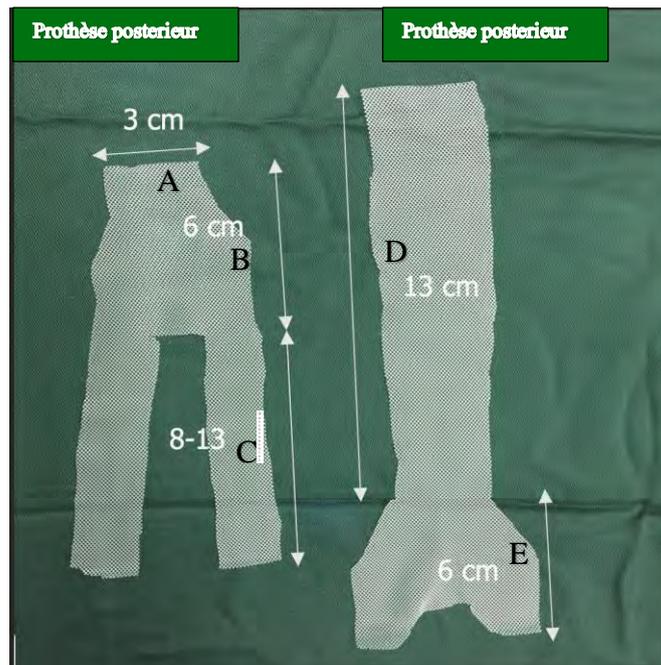


Figure 5: Plaque de polypropylène en deux bandelettes antérieure et postérieure. (Image de gauche : bandelette antérieure, Image de droite : bandelette postérieure)

- A** : Largeur de la pointe de la bandelette antérieure
- B** : Hauteur de la matrice de fixation de la bandelette antérieure
- C** : Longueur des bras des bandelettes
- D** : Longueur du bras de la bandelette postérieure
- E** : hauteur de la matrice de fixation de la bandelette postérieure

La longueur des bras des bandelettes était mesurée, en fonction du degré de ptose. Elle était par la suite ajustée lors de la fixation de ces derniers sur le promontoire avec un contrôle de la correction vaginale par l'aide. Dans trois cas nous avons recours à une réduction de 2 cm.

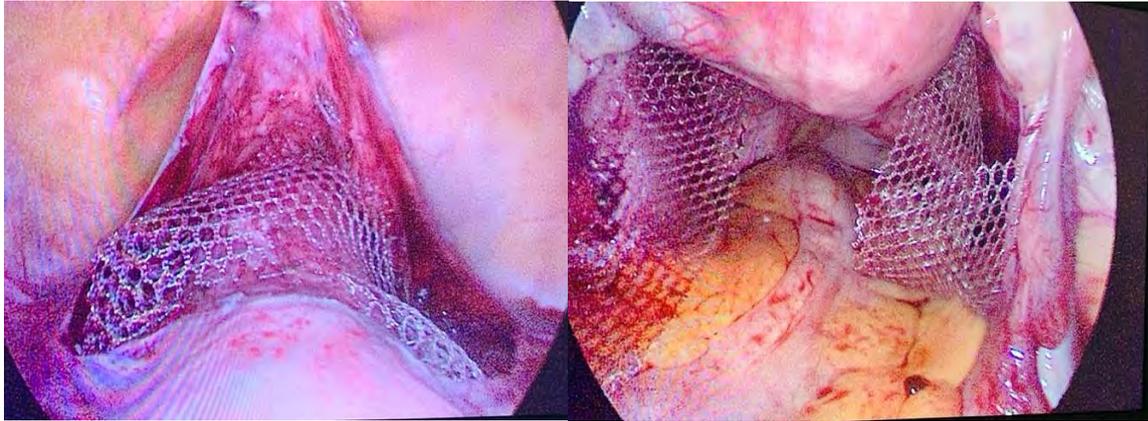


Figure 6: Mise en place de la prothèse antérieure avec passage des bandelettes à travers les ligaments larges.

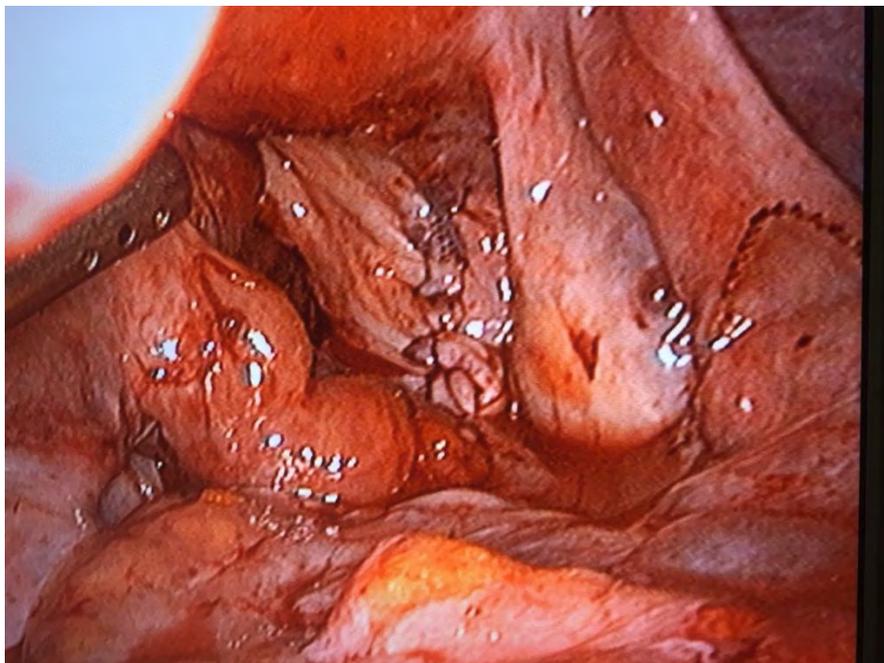


Figure 7: Fermeture et enfouissement des prothèses.

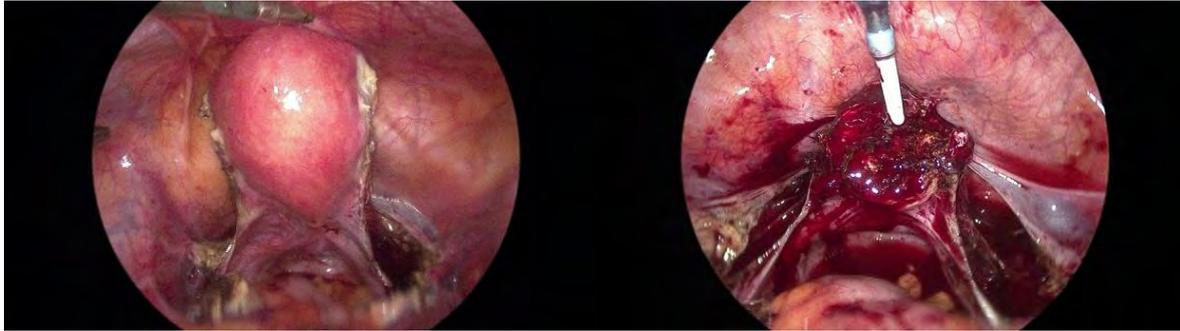


Figure 8: Hystérectomie subtotale première avant la mise en place de la prothèse

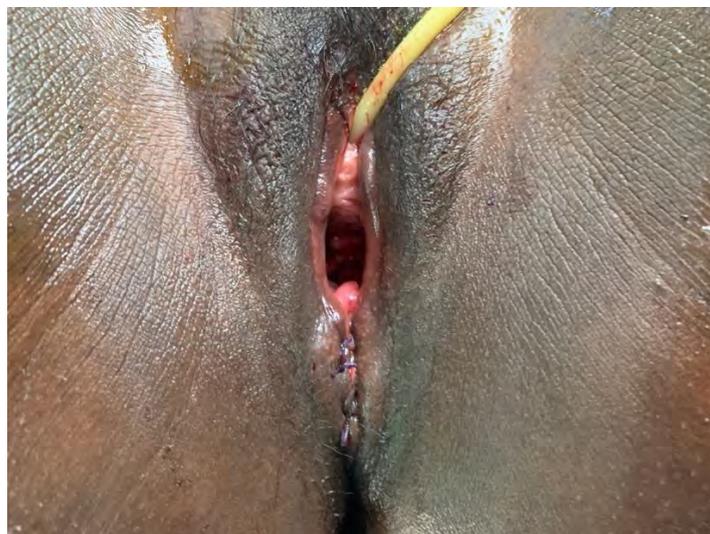


Figure 9: Aspect final et correction de la ptose.

5.3 L'étape post-opératoire

Les patientes étaient systématiquement admises en réanimation. Elles y avaient toutes bénéficié d'une transfusion sanguine. Des soins habituels étaient prodigués durant leur hospitalisation.

Dans les suites immédiates, les patientes bénéficiaient d'un traitement antalgique et anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS). Ce traitement antalgique était suffisant pour l'ensemble des patientes. Un traitement préventif de la maladie thromboembolique veineuse était réalisé avec une dose unique d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM).

Les spécimens opératoires étaient alors acheminés au laboratoire d'anatomie pathologique.

Un compte rendu détaillé de l'intervention était établi avec une copie remise à la patiente.

6. RÉSULTATS

Durant la période du recrutement qui s'étendait de Mars 2016 à Juin 2021, nous avons notifié 12 cas de prolapsus génital pris en charge par voie coelioscopique.

Le nombre total de patientes prises en charge pour cette même pathologie était de 70 soit une proportion de 17%. Les autres patientes ayant bénéficié d'une prise en charge vaginale ou abdominale.

6.1 Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen des patientes était de 40 ans. La plus âgée avait 78 ans et la plus jeune 36 ans. La parité moyenne des patientes était de 5,7.

Dix de nos patientes avaient exclusivement accouché par les voies naturelles. Un antécédent de césarienne était retrouvée chez deux patientes.

Dans la population étudiée, une constipation chronique était notée dans tous les cas. Aucune pathologie familiale affectant le collagène n'était retrouvée.

D'autres affections similaires étaient recherchées telles qu'une hernie de la paroi abdominale ou une discopathie vertébrale. Deux d'entre elles présentaient une symptomatologie herniaire inguinale.

6.2 Caractéristiques cliniques

Le poids moyen des patientes était de 78 kg avec des extrêmes de 62 et 118 kg.

Lors de l'examen clinique du prolapsus, une cystocèle était présente dans tous les cas. Elle était isolée chez une patiente.

Pour l'étage moyen, qui concernait l'hystérocele, une ptose de grade II était notée chez 3 patientes ; elle était de grade III chez 7 autres patientes (qui présentaient une extériorisation complète). Deux patientes présentaient un allongement hypertrophique du col utérin.

Pour l'étage postérieur, l'élytrocele de grade III était notée chez 7 patientes accompagnée d'un rectocèle. Elle était de grade II chez 3 patientes.

Dans la population étudiée, une béance vulvaire était constante.

Aucun désir de grossesse n'était noté chez les patientes non ménopausées bien qu'aucune d'entre elles n'aient opté pour une stérilisation tubaire.

6.3 Caractéristiques opératoires

Les différentes étapes étaient expliquées aux patientes.

La promontofixation était exclusivement réalisée par voie coelioscopique dans tous les cas.

Cette technique était associée à une réfection du périnée associant une **résection vaginale et une myorrhaphie des muscles releveurs de l'anus** dans tous les cas.

Une amputation première du col utérin était réalisée chez deux patientes **dans le cadre d'un allongement hypertrophique du col associé.**

Une hystérectomie subtotale était réalisée chez deux patientes ; **l'une ayant une myomatose utérine et l'autre une adénomyose.** Une annexectomie bilatérale y était alors associée.

La suspension vésico-utérine par la bandelette antérieure était systématique **et a concerné l'ensemble des patientes.** L'utilisation d'une bandelette postérieure était réalisée chez 8 patientes. Pour le reste, la

fermeture du péritoine et la tension de la bandelette antérieure associée au temps postérieur vaginal étaient suffisants.

En cours d'intervention, deux cas d'hémorragie secondaire à une lésion des vaisseaux sacraux médians étaient notés, mais sans complication majeure. Les résultats immédiats étaient satisfaisants dans tous les cas.

6.4 Suivi des patientes

Toutes les patientes, dans l'immédiat, avaient bénéficié d'un régime alimentaire adéquat pour limiter la constipation et au besoin aidé par un traitement laxatif.

Le suivi dans le court terme était satisfaisant chez toutes les patientes. Dans le moyen terme soit à 3 mois, une patiente avait récidivé par un lâchage de la fixation au niveau du promontoire. Cette dernière avait **bénéficié d'une seconde procédure** par voie vaginale. Dans tous les autres cas, aucune complication n'était notée. La reprise d'une vie sexuelle était effective.

Aucune grossesse n'a été signalée chez nos patientes en activité génitale.

7. DISCUSSION

Le prolapsus génital en Afrique reste une affection préoccupante. Sa **relative fréquence serait liée aux conditions de l'accouchement difficiles** et aux grossesses multiples **[19, 20, 23]**.

Pour ces patientes, le diagnostic est presque toujours fait au stade avancé comme en atteste nos résultats.

La prise en charge traditionnelle du prolapsus repose sur la rééducation du périnée et la chirurgie. Les méthodes instrumentales étant des **techniques d'attente**. La chirurgie, quand elle est réalisée, est habituellement faite par voie vaginale et combine une intervention des trois étages séparément **[1, 8, 9, 10]**.

La laparotomie est rarement une voie d'abord employée.

En Afrique et au Sénégal, la voie d'abord privilégiée est vaginale [3, 11, 12, 13].

Dans le monde entier, depuis plusieurs années, **l'utilisation des bandelettes** a révolutionné la prise en charge du prolapsus. Le gros **avantage étant la possibilité de conservation de l'utérus [2, 15, 16, 17, 18]**. Malheureusement ces méthodes utilisant des prothèses présentent le désavantage du « one shoot », car ne pouvant être retirées après une mise en place approximative ou après échec **[4]**. Leur coût et leur disponibilité également en constituent des limites non négligeables en milieu africain.

Par ailleurs, en 2008 la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a mis en garde contre le taux élevé de complications liées aux prothèses transvaginales d'un prolapsus génital **[1]**. Les avertissements de la FDA ont été soulignés par une revue systématique rapportant une incidence d'érosion de la mèche de 10,3 % au cours de la première

année postopératoire **[2]** ; la littérature récente sur la réparation transvaginale a confirmé cette incidence élevée **[3]**.

Pour toutes ces raisons, nous avons adapté leur utilisation à la coelioscopie. Le matériel utilisé est emprunté à la chirurgie pariétale qui est largement répandu. La découpe du matériel est inspirée du modèle conçu à cet effet **[5, 6, 7]**.

Par ailleurs, cette technique constitue une avancée non négligeable de **l'endoscopie en Afrique et permet dans une large mesure, la prise en charge simplifiée du prolapsus avec une ptose à des degrés différents d'organes des trois étages sans avoir recours à une intervention séparée** de ces derniers.

Le traitement chirurgical coelioscopique peut être considéré comme une réelle opportunité pour les femmes envisageant une grossesse.

Les approches transabdominales pour la chirurgie reconstructive pelvienne sont associées à une incidence beaucoup plus faible d'érosion du maillage **[1, 4]**. Cependant, la plupart des études décrivant l'érosion des mailles sont rétrospectives avec un suivi à court terme. La recherche portant spécifiquement sur la morbidité à long terme liée au maillage fait défaut.

La promontofixation coelioscopique est actuellement le traitement « préféré » du prolapsus du fond vaginal, et la rectopexie ventrale utilisant une bandelette est de plus en plus acceptée dans le monde pour le prolapsus rectal. Plus récemment, les deux procédures abdominales combinées ont été décrites et sont utilisées comme traitement de la pathologie combinée **[24]**.

Mais, les sociétés académiques doivent formuler des recommandations claires pour prévenir les interventions chirurgicales sur les patientes enceintes, définir un moment optimal après la chirurgie pour envisager une grossesse et éventuellement la meilleure intervention à proposer **[23]**.

Actuellement leur prise en charge coelioscopique reposant sur la promontofixation, constitue une référence du fait de la longévité du matériel prothétique ; **à condition d'être bien posé.**

Cette technique est sûre et comporte peu de complications per et post opératoires.

Dans notre série, nous avons enregistré une blessure des vaisseaux **sacrés médians en cours d'intervention et un arrachement d'une** prothèse probablement pas solidement fixée sur le ligament pré vertébral. Dans la surveillance post opératoire, aucune autre **complication n'avait été retrouvée.**

Dans une série de cohorte observationnelle avec un recul moyen de 48 mois, la complication la plus souvent retrouvée et inhérente à la **prothèse était son apparition dans le pelvis. Il s'agissait d'un cas d'érosion vaginale et deux cas d'érosion vésicale pour un nombre total de 130 cas ; ce qui n'était pas significatif [23].**

La morbidité liée à l'utilisation de matériel prothétique synthétique est un problème important en raison de l'impact potentiel sur la qualité de vie, de l'utilisation généralisée du maillage et de l'attention mondiale portée à ce sujet.

Ces dernières années, l'opinion publique s'est farouchement opposée à l'utilisation de greffons synthétiques. La peur de la morbidité liée aux

prothèses entraîne un sous-traitement de tous les troubles graves et invalidants du plancher pelvien.

Les résultats des différents travaux démontrent que les prothèses synthétiques placées au niveau abdominal pour la chirurgie reconstructive pelvienne ont un faible taux de complications à long terme, surtout si elles sont mises en place par voie endoscopique.

Ceci est un constat encourageant pour les patientes, les médecins et les institutions gouvernementales, dans un domaine marqué par une méconnaissance de l'utilisation du treillis. Ainsi, les chirurgiens utilisant un matériel synthétique pour la réparation du plancher pelvien sont encouragés à effectuer des examens ciblés et méticuleux à la recherche d'une érosion du matériel à long terme pour confirmer ces résultats.

Dans notre cas, ces constats restent valables d'autant plus que les taux de récurrences restent largement inférieurs comparés à ceux de l'utilisation des techniques traditionnelles ou celles utilisant des prothèses autologues. En Afrique, le défi reste majeur et nous devons nous engager davantage dans cette direction, car en réalité, en dehors de l'accroissement de l'espérance de vie des femmes, les autres facteurs de risque des ptoses d'organes sont largement notre apanage.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le prolapsus génital est un motif fréquent de consultation en Gynécologie. Le tableau clinique peut être polymorphe. Le traitement des prolapsus génitaux a connu une forte progression ces dernières **décennies avec l'essor** de la voie coelioscopique qui présente de nombreux avantages en particulier du point de vue postopératoire immédiat mais avec une technique difficile à réaliser.

L'objectif de notre étude était d'évaluer la faisabilité, l'efficacité et l'intérêt de cette voie laparoscopique dans le traitement des prolapsus génitaux par promontofixation, chez des patientes hospitalisées au **service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHNP.**

Il s'agissait d'un recrutement prospectif, descriptif, réalisé entre Mars 2016 et Juin 2021. Nous avons notifié 12 cas de prolapsus génital pris en charge par voie coelioscopique. Le nombre total de patientes prises en charge pour cette même pathologie **et durant la période d'étude** était de 70 cas ; soit une proportion de 17%.

L'âge moyen des patientes était de 40 ans avec des extrêmes de 36 ans et 78 ans. La parité moyenne des patientes était de 5,7. Une césarienne était retrouvée chez deux patientes. Dans la population étudiée, une constipation chronique était notée dans tous les cas.

Au plan diagnostique, une cystocèle était présente dans tous les cas. **Concernant l'hystérocèle, une ptose de grade II était notée chez 3 patientes et de grade III chez 7 patientes. Pour l'étage postérieur, l'élytrocèle de grade III était notée chez 7 patientes accompagnée d'un rectocèle. Elle était de grade II chez 3 patientes.**

Au plan thérapeutique, la promontofixation était exclusivement réalisée par voie coeliosopique avec une réfection du périnée associant une

résection vaginale et une myorrhaphie des **muscles releveurs de l'an**us chez 7 patientes.

Une amputation première du col utérin était réalisée chez deux patientes **dans le cadre d'un allongement hypertrophique du col associé.**

Une hystérectomie subtotale avec annexectomie bilatérale était réalisée chez deux patientes ; **l'une ayant une myomatose utérine et l'autre une adénomyose.**

La suspension vésico-utérine par la bandelette antérieure concernait **l'ensemble des patientes. L'utilisation d'une bandelette postérieure était** réalisée dans 50% des cas.

En cours d'intervention, deux cas d'hémorragie secondaire à une lésion des vaisseaux sacraux médians étaient notés, mais sans complication majeure.

Dans le post-opératoire immédiat, toutes les patientes avaient bénéficié **d'un régime alimentaire adéquat pour limiter la constipation et au besoin** aidé par un traitement laxatif.

Le suivi dans le court terme était satisfaisant chez toutes les patientes. Dans le moyen terme soit à 3 mois, une patiente avait récidivé par un lâchage de la fixation au niveau du promontoire. Cette dernière avait **bénéficié d'une seconde procédure par voie vaginale.**

Dans tous les autres cas, aucune complication n'était notée. La reprise d'une vie sexuelle était effective.

Nous pouvons donc conclure que la promontofixation par voie coelioscopique est un moyen thérapeutique chirurgical des prolapsus vaginaux à privilégier, vu la rareté de ses complications per et postopératoire.

Au décours de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Aux autorités**

- Mettre à la disposition des soignants les moyens adéquats pour la prise en charge des prolapsus génitaux
- Renforcer les capacités des prestataires dans le domaine de la coelioscopie
- Relever le plateau technique dans toutes les structures pour permettre une prise en charge coelioscopique des prolapsus.

➤ **Aux personnels de santé**

- Promouvoir la rééducation périnéale après tout accouchement
- Dépister précocement et prendre en charge de manière adéquate les prolapsus génitaux de stade 1 et de stade 2

REFERENCES

1. **Delcroix M, Guerin Du Masgenet B.** Prolapsus génital. Décision en Gynécologie Obstétrique. Editions Paris: Vigot;1996:496-506.

2. **Swift Se.**The distribution of pelvic organ support in a population of subjects seen for routine gynecologic care. Am J Obstet Gynecol 2000; 183:277—85.

3. **Hugier J, Scali P.** La suspension postérieure de l'axe génital au disque lombo-sacré dans le traitement de certains prolapsus. Presse Med 1958;66:781-4.

4. **Scali P, Blondon J, Bethoux A, Gerard M.** Les opérations de soutènements suspension par voie haute dans le traitement des prolapsus vaginaux. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1974;3:365-78.

5. **Lefranc Jp, Blondon J.** Chirurgie des prolapsus génitaux par voie abdominale. J Chir 1983;120:431-6.

6. **Perniceni T, Hattab R, Engelmann P.**Traitement des prolapsus vaginaux par voie haute. EMC, Techniques Chirurgicales. Uro-Gynecol, 41825;4606:1-10.

7. **Dubuisson, J., Veit-Rubin, N., Bouquet De Jolinière, J., & Dubuisson,** (2016). Laparoscopic Lateral Suspension: Benefits of a Cross-shaped Mesh to Treat Difficult Vaginal Vault Prolapse. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 23(5), 672.doi: 10.1016/j.jmig.2016.01.028
8. **Juenemann KP, Lue TF, Schmidt RA, Tanagho EA.** Clinical significance of sacral and pudendal nerve anatomy. *J Urol* 1988;139(1):74-80 [Review].
9. **Snooks SJ, Swash M, Henry MM, Setchell M.** Risk factors in childbirth causing damage to the pelvic floor innervation. *Int J Colorectal Dis* 1986;1(1):20-4.
10. **Snooks SJ, Swash M, Mathers SE, Henry MM.** Effect of vaginal delivery on the pelvic floor: a 5- year follow-up. *Br J Surg* 1990;77(12):1358—60.
11. **R. Yiou, P. Costa, F. Haab, V. Delmas.** Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien 2009.
12. **Corton MM.** Anatomy of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009; 36:401—19.
13. **Rahn DD, Roshanravan SM.** Pathophysiology of urinary incontinence, voiding dysfunction, and overactive bladder. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009; 36:463—74.

14. **Wallner C, Dabhoiwala NF, DeRuiter MC, Lamers WH.** The anatomical components of urinary continence. *Eur Urol* 2009; 55:932–43.
15. **Larson KA, Yousuf A, Lewicky-Gaupp C, Fenner DE, Delancey JO.** Perineal body anatomy in living women: 3-dimensional analysis using thin-slice magnetic resonance imaging. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203, 494.e15-494.e21.
16. **Hsu Y, Summers A, Hussain HK, Guire KE, Delancey JO.** Levator plate angle in women with pelvic organ prolapse compared to women with normal support using dynamic MR imaging. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194 :1427–33.
17. **Fatton, M. Cayrac, V. Letouzey, F. Masia, E. Mousty, P. Marès, M.** Prudhomme, R. de Tayrac ;Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien 2014
18. **Kamina P.** Précis d’anatomie clinique. Paris: Maloine; 2005.
19. **Margulies RU, Hsu Y, Kearney R, Stein T, Umek WH, Delancey JO.** Appearance of the levator ani muscle subdivisions in magnetic resonance Images. *Obstet Gynecol* 2006 ;107 :1064–9.

20. **Lousquy P, Costa V, Delmaa F, Haab.** Etats des lieux de l'épidémiologie des prolapsus génitaux. EMC Elsevier, Progrès en urologie.2009;19:907-915.
21. **Husaunndee. M. Rousseau, Deleflie M.** Traitement chirurgical des prolapsus génitaux par une nouvelle technique d'hystéropexie latérale prothétique combinant voie vaginale et coelioscopique. J. Gynecolobst et Bioreprod, 2003,320:24-7.
22. **Chiara G et al.** Pelvic organ descent and symptoms of pelvic floor disorders, American journal of obstetrics and gynecology,2005, p193, 53-7.
23. **Youssef Kharbach et al.** Pan African Medical Journal (ISSN: 1937-8688).
24. **Kyung Hwa Choi, Jae Yup Hong.** Management of Pelvic Organ Prolapse. Korean J Urol. 2014 Nov;55(11):693-702. doi: 10.4111/kju.2014.55.11.693.
25. **Daniel Gagyor, Vladimir Kalis, Martin Smazinka, Zdenek Rusavy, Radovan Pilka and Khaled M. Ismail.** Pelvic organ prolapses and uterine preservation: a cohort study (POP-UP study).

26. **Food and Drug Administration** (FDA) safety communication: Urogynecologic surgical mesh: update on the safety and effectiveness of transvaginal placement for pelvic organ prolapse. Rev lit arts am. Available at: <http://www.fda.gov/downloads/medical>. 2011.

RESUME

Objectifs : les objectifs étaient d'évaluer la faisabilité, l'efficacité, l'innocuité et les complications de la promontofixation par voie coelioscopique.

Méthode : il s'agissait d'une étude prospective descriptive, de Mars 2016 à Juin 2021. Etaient incluses dans l'étude les patientes ayant bénéficié de la promontofixation par voie coelioscopique.

Résultats : l'échantillonnage final comptait 70 patientes présentant un prolapsus génital. 12 patientes ont bénéficié de la promontofixation par voie coelioscopique soit une fréquence de 17 %. L'âge moyen des patientes était 40 ans, alors ; la parité moyenne était 5,7. 10 patientes ont accouché par voie basse.

Le poids moyen était de 78 kg. Dans notre étude, toutes les patientes présentaient une cystocèle et une béance vulvaire. A l'étage moyen, la ptose de grade II était présente chez 3 patientes, celle de grade III chez 7 patientes. À l'étage postérieur, l'élytrocèle de grade III était présente chez 7 patientes, et le rectocèle de grade II chez 3 patientes.

La promontofixation était exclusivement réalisée par voie coelioscopique dans tous les cas.

Cette technique était associée à une réfection du périnée associant une résection vaginale et une myorrhaphie des muscles releveurs de l'anus dans tous les cas.

Une trachélectomie première était réalisée chez deux patientes dans le cadre d'un allongement hypertrophique du col associé.

Deux patientes ont bénéficié d'une hystérectomie associée à une annexectomie. La bandelette antérieure était utilisée chez les 12 patientes et la bandelette postérieure chez 6 patientes.

Les complications dans notre série étaient marquées par 1 blessure des vaisseaux sacrés médians en cours d'intervention et 1 cas d'arrachement d'une prothèse.

Conclusion : la promontofixation par voie coelioscopique est une intervention de référence, vue la rareté de ses complications per et post opératoire et aussi en raison de la reprise de la vie normale et l'activité sexuelle normale. Le seul problème qui se pose est l'accessibilité et la faisabilité en Afrique.

Mots-clés : Promontofixation, coelioscopie, prolapsus.