



**Juin 2024, Volume 8
N°1, Pages 1 - 103**

**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**
Paule Aida Ndoye- **Ophthalmologie**
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**
Alioune BadaraThiam- **Neurochirurgie**
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**
Silly Touré - **Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale**

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (**Tunisie**)
Momar Codé Ba (**Sénégal**)
Cécile Brigand (**France**)
Amadou Gabriel Ciss (**Sénégal**)
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)
Antoine Doui (**Centrafrique**)
Aissatou Taran Diallo(**Guinée Conakry**)
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)
Babacar Diao (**Sénégal**)
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)
Papa Saloum Diop(**Sénégal**)
David Dosseh (**Togo**)
Arthur Essomba (**Cameroun**)
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)
Alexandre Hallode (**Bénin**)
Yacoubou Harouna (**Niger**)
Ousmane Ka (**Sénégal**)
Omar Kane (**Sénégal**)
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)
Fabrice Muscari (**France**)
Assane Ndiaye (**Sénégal**)
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)
Gabriel Ngom (**Sénégal**)
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)
Choua Ouchemi(**Tchad**)
Fabien Reche (**France**)
Rachid Sani (**Niger**)
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)
Zimogo Sanogo (**Mali**)
Adama Sanou (**Burkina Faso**)
Mouhmadou Habib Sy (**Sénégal**)
Adegne Pierre Togo (**Mali**)
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)
Maurice Zida (**Burkina Faso**)
Frank Zinzindouhou (**France**)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain de **Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Juin 2024, Volume 8,
N°1, Pages 1 - 103

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@homail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adehdem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints

Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufaziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

SOMMAIRE

Articles Originaux	Numéros de Pages
1) Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques du volvulus du colon pelvien à l'Établissement Public de Santé (EPS1) de Mbour : étude rétrospective à propos de 72 cas. Diouf A et al. 1	
2) Aspects épidémiologiques et diagnostiques des malformations congénitales observées dans deux services de chirurgie à Dakar. Koumaré IB et al. 10	
3) Étude préliminaire des traumatismes du système musculo-squelettique par accidents du trafic routier terrestre au CHU Aristide Le Dantec de Dakar. Diop B et al.19	
4) Évaluation de la colectomie idéale au cours du volvulus du côlon pelvien sans nécrose au service de chirurgie de l'Hôpital Ignace Deen. Camara NLY et al. 26	
5) Épidémiologie et prise en charge des traumatismes abdominaux au Centre Hospitalier Régional de Maradi au Niger. Maman Boukari H et al.32	
6) Occlusion intestinale aiguë par strangulation : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques dans le Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital National Ignace Deen CHU de Conakry. Camara NLY et al.40	
7) Evaluation d'un programme de simulation sur pelvi-trainer pour la réalisation des gestes de base en chirurgie mini invasive. Salihou AS et al. 47	
8) Anastomoses iléo-anales et colo-anales : indications et résultats au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Ignace Deen CHU de Conakry. Camara M et al.58	
9) Prolapsus génitaux : aspects épidémiologiques diagnostiques et thérapeutiques à propos de 58 cas. Thiam O et al..... 63	
10) Brûlure cutanée chez les enfants : aspects cliniques et thérapeutiques au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Ignace Deen, CHU de Conakry. Bangoura MS et al.73	
CAS CLINIQUES	
11) La polypose recto-colique dégénérée à propos de 4 cas au Service de Chirurgie de l'Hôpital Dalal Jamm. Faye PM et al.78	
12) Fécalome géant à propos d'une observation et revue de la littérature à l'Hôpital Donka. Camara FL et al..... 83	
13) Lymphome diffus à grandes cellules B révélé par une invagination intestinale chez le grand enfant : à propos d'un cas et revue de la littérature. Foadey MKS et al.....88	
14) Abord antéro-latéral de la charnière thoracolumbaire : expérience d'un cas de chylothorax par plaie iatrogène du canal thoracique. SY CN et al.93	
15) Lésion de l'artère poplitée et nécrose musculo-cutanée de la jambe en milieu rural : reconstruction par lambeaux pédiculés. Assere A et al.99	

CONTENTS

Original Articles	Pages Number
1) <i>Epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of the pelvic colon volvulus at the Public Health Center of Mbour : a retrospective study of 72 cases.</i> Diouf A et al.....1	9) <i>Genital prolapse : diagnostic and therapeutic epidemiological aspects of 58 cases.</i> Thiam O et al.....63
2) <i>Epidemiological and diagnostic aspects of congenital malformations observed in two surgical department in Dakar.</i> Koumare IB et al.....10	10) <i>Skin burn in children : clinical and therapeutic aspects in the general surgery department of the national teaching hospital Ignace Deen in Conakry.</i> Bangoura MS et al.....73
3) <i>Preleminary study of the Musculo-skeletal system injuries due to road traffic accidents at the Aristide Le Dantec Hospital in Dakar.</i> Diop B et al.....19	
4) <i>Evauation of ideal colectomy during pelvic colon volvulus without necrosis in the General Surgery Department of Ignace Deen Natinal Hospital.</i> Canara NLY et al.....26	CASES REPORTS
5) <i>Epidemiology and management of abdominal trauma at the Regional Hospital Center of Maradi in Niger.</i> Maman Boukari H et al.....32	11) <i>Four cases of degenerated recto-colic polyposis at the surgical department of Dalal Jamm Hospital.</i> Faye PM et al.....78
6) <i>Acute intestinal occlusion by strangulation: epidemiological, clinical and therapeutic aspects in teh General Surgery Department of the Ignace Deen National Hospital in Conakry.</i> Camara NLY et al.....40	12) <i>Giant fecaloma : a case report and review of literature at Donka Hospital.</i> Camara FL et al.....83
7) <i>Evaluation of a simulation program on pelvi-trainer for performing basic gestures in minimally invasive surgery.</i> Salihou AS et al.....47	13) <i>Diffuse large B-Cell Lymphoma revealed by intestinal invagination in older child: a case report and review of the literature.</i> Foadey MKS et al.....88
8) <i>Ileo-anal and colo-anal anastomosis : indications et results in the General Surgery department of Ignace Deen Teaching hospital in Conakry.</i> Camara M et al.....58	14) <i>Anterolateral approach to the thoraco-lumbar hinge: experience of a case with chylothorax by iatrogenic wound of the thoracic duct.</i> Sy CN et al.....93
	15) <i>Popliteal artery injury and musculo-cutaneous necrosis of the leg in a rural setting: reconstruction with pedicled flaps.</i> Assere A et al.....99

**PROLAPSUS GENITAUX : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DIAGNOSTIQUES
ET THERAPEUTIQUES A PROPOS DE 58 CAS.**

**GENITAL PROLAPSE: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC EPIDEMIOLOGICAL
ASPECTS OF 58 CASES**

**OUSMANE THIAM^{A*}, ABDOU NIASSE^C, PAPA MAMADOU FAYE^B,
MOHAMADOU LAMINE GUEYE^B, SOKHNA SY LO^D, MAMADOU SECK^B, ALPHA
OUMAR TOURE^B MAMADOU CISSE^A, MADIENG DIENG^B**

Service de chirurgie générale, CHU Aristide Le Dantec (Dakar-Sénégal).

^a *General Surgeon, General Surgery Department, CHU Dalal Jamm (Dakar-Senegal), email address: o_thiam@hotmail.fr*

^b *General Surgeon, General Surgery Department, CHU Aristide Le Dantec*

^c *General Surgeon, General Surgery Department, CHN de Pikine*

^d *Doctor of medicine, general medicine department, CHN Pikine*

Corresponding author: Doctor Ousmane THIAM, General Surgeon, Department of General Surgery, CHU Dalal Jamm (Dakar-Senegal), email address: o_thiam@hotmail.fr;
Phone: 00221779281751

RESUME

Le prolapsus génital est une issue permanente ou à l'effort à travers le vagin d'une ou de plusieurs viscères pelviens. C'est l'apanage des femmes âgées, multipares et ménopausées. Son diagnostic est clinique et le traitement essentiellement chirurgical. Le taux de récurrence reste non négligeable. Le but de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des prolapsus génitaux au service de chirurgie générale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar. **Matériels et méthode.** Nous avons réalisé une étude rétrospective portant sur les prolapsus génitaux opérés durant une période de 10 ans 6 mois allant du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Juillet 2019. Les paramètres étudiés étaient les données épidémiologiques, les données cliniques, la classification, les données paracliniques, le traitement chirurgical et les résultats. **Résultats.** Nous avons colligé 58 cas de prolapsus génitaux soit 0,55% des interventions en chirurgie programmée durant la période d'étude. L'âge moyen des

patientes était de 59 ans avec des extrêmes de 25 ans et 89 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 61 ans et 75 ans avec 25 cas (43,1%). Les multipares représentaient 46 cas (79,3%) et les paucipares 11 cas (19%). Les patientes ménopausées représentaient 44 cas (75,8%). La majorité de nos patientes (67,2%) étaient des femmes au foyer avec une notion de port de charge lourde. Toutes nos patientes avaient accouché par voie basse avec 13,3% d'accouchement dystocique. Huit patientes (13,7%) avaient eu des antécédents de chirurgie pelvienne. La durée moyenne d'évolution des symptômes était de 8 mois avec des extrêmes de 10 jours et 40 ans. Les signes fonctionnels étaient dominés par la sensation de boule vaginale dans 53 cas (91,3%). Nous avons eu 13 cas d'incontinence urinaire d'effort (22,4%) qui étaient tous associés à une cystocèle. Le prolapsus génital des trois étages était le plus fréquent avec 43,1%. Le grade III était le plus fréquent avec 43,3%. L'échographie

pelvienne était réalisée dans 74,1% des cas. La voie basse était réalisée dans 56 cas (96%). La triple intervention périnéale avec hystérectomie était le geste le plus réalisé dans 23 cas (41%). Deux cas (4%) de promontofixation utérine par voie haute avaient été réalisés. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours. La morbidité était de 4 cas (6,8%) dominée par l'infection urinaire. Six cas de récurrence avaient été notés (10,3%). **Conclusion.** Bien que le diagnostic clinique soit aisé, la prise en charge reste encore peu codifiée et nécessiterait la mise en place d'un questionnaire bien établi.

Mots-clés : prolapsus génital, incontinence urinaire, chirurgie voie basse, chirurgie périnéale

ABSTRACT

*Genital prolapse is a permanent or stressful exit through the vagina of one or more components of the pelvic viscera. It is frequent in elder, multiparous and menopausal women. Its diagnosis is clinical and the treatment essentially surgical. The recurrent rate is significant. The aim of our study was to describe the epidemiological, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects of genital prolapse in the general surgery department of Aristide Le Dantec Teaching Hospital in Dakar. **Materials and method.** It was a retrospective study interesting genital prolapse operated in the period of 10 years 6 months from January 1, 2008 to July 31, 2019. The studied parameters were epidemiological data, clinical data, classification, paraclinical data, surgical treatment and results. **Results.** We collected 58 cases of genital prolapse represented 0.55% of the surgical*

*activity during the study period. The mean age was 59 years with extremes of 25 and 89 years. The most represented age group was 61 and 75 years of age with 25 cases (43.1%). Patients over the age of 60 represented 50.1%. We had 46 cases of multiparous (79.3%) and 11 cases of pauciparous (19%). Postmenopausal patients represented 44 cases (75.8%). The majority of our patients, 67.2%, were housewives with the notion of carrying a heavy charge. All of our patients delivered vaginally with 13.3% obstructed labor. Eight patients (13.7%) had a history of pelvic surgery. The mean duration of symptom was 8 months with extremes of 10 days and 40 years. The functional signs were dominated by the sensation of a vaginal mass in 53 cases (91.3%). We had 13 cases of urinary incontinence (22.4%) and all associated with a cystocel. The three-stage genital prolapse was the most frequent (43.1%). The grade III was the most frequent (43.3%). Pelvic ultrasound was performed in 74.1%. The vaginal route was performed in 56 cases (96%). The triple perineal intervention with hysterectomy was the most performed procedure in 23 cases or 41%. Two cases (4%) of uterine promontofixation by laparotomy was done. The mean of hospital stay was 4 days. Morbidity was 4 cases (6.8%) and was dominated by urinary tract infection. Six cases of recurrence were noted (10.3%). **Conclusion:** Although the clinical diagnosis is easy, management is uncoded and would require the establishment of a well questionnaire.*

Keywords: genital prolapse, urinary incontinence, vaginal surgery

INTRODUCTION

Le prolapsus génital est une saillie permanente ou à l'effort, intra-vaginale ou extériorisée, d'une ou de plusieurs composantes des viscères pelviens. Exclusivement féminine, c'est une affection bénigne plus fréquente chez les personnes âgées et multipares. Elle reste handicapante surtout lorsqu'elle est associée à une incontinence urinaire d'effort [1]. Le diagnostic reste essentiellement clinique. Néanmoins, les examens d'imagerie comme l'IRM dynamique ou les explorations uro-dynamiques peuvent s'avérer utiles dans les cas complexes, notamment avant prise en charge chirurgicale et en cas de récurrence [2]. Son traitement est essentiellement chirurgical avec une voie d'abord abdominale ou vaginale. Il s'agit d'une chirurgie de restauration anatomique mais aussi fonctionnelle [3, 4]. La problématique de la prise en charge de cette pathologie relève de son étiopathogénie complexe souvent méconnue mais également de la diversité des méthodes thérapeutiques sans données consensuelles. Le but de cette étude était de relever les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives des prolapsus génitaux au service de chirurgie générale de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar.

MATERIELS ET METHODE

Nous avons réalisé une étude rétrospective transversale portant sur les dossiers des patientes opérées de prolapsus génital au service de chirurgie générale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar, durant la période allant du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Juillet 2019 (10 ans 6 mois). Etaient exclus, les dossiers des patientes présentant un prolapsus rectal isolé ainsi que ceux des patientes non opérées ainsi que les dossiers introuvables et incomplets. Les paramètres étudiés étaient les données épidémiologiques (âge, sexe), les signes cliniques et paracliniques, la classification des prolapsus selon Baden et Walker, les données thérapeutiques et évolutives.

RESULTATS

Les cures de prolapsus génitaux concernaient 58 cas soit 0,65% des interventions chirurgicales au programme réglé durant la période d'étude. L'âge moyen de nos patientes était de 59 ans avec des extrêmes de 25 ans et 89 ans (Figure 1).

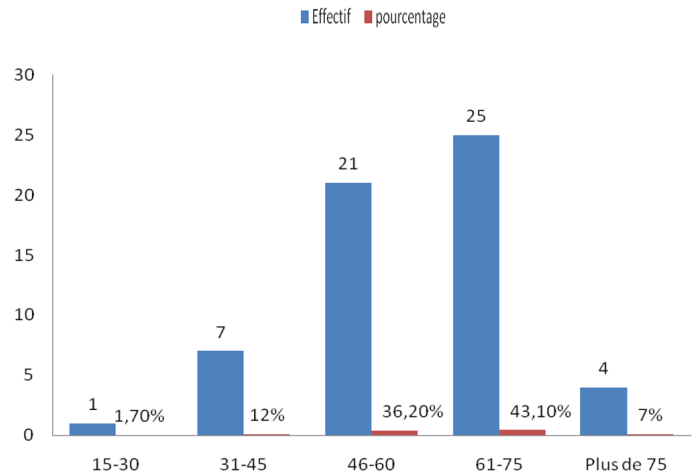


Figure 1: Répartition des patientes selon l'âge

La moitié des patientes (50,1%) avait plus de 60 ans. Quatorze de nos patientes sont issues du milieu rural soit 24% contre 44 patientes venant du milieu urbain soit 76%. Quarante-six (46) patientes étaient des multipares (≥ 3 enfants) (79,3%) contre 11 cas de paucipares (19%). La parité moyenne dans notre étude était de 3,2 avec des extrêmes de 0 et 14. Dans notre série, 50,1% des patientes avaient au moins 7 enfants. Nous avons eu 1 cas (1,7%) de nullipare de 42 ans aux antécédents de myomectomie. Les patientes ménopausées étaient majoritaires avec 44 cas (75,8%) sans substitution hormonale. La majorité de nos patientes (n=39 soit 67,2%) étaient des femmes au foyer avec une notion de port de charge lourde, suivie des commerçantes (n=10 soit 17,2%) puis des employées de bureau (n=9 soit 15,6%). Six cas (3,2%) d'accouchement dystocique avaient été notifiés et 13 cas (6,9%) d'épisiotomie. Huit patientes (13,7%) avaient eu des antécédents de chirurgie pelvienne avec 4 cas d'hystérectomie vaginale, 1 cas de

promontofixation rectale, 1 cas de cure de cystocèle et 2 cas de myomectomie. La durée moyenne d'évolution des symptômes était de 8 mois avec des extrêmes de 10 jours et 40 ans. Les signes fonctionnels étaient dominés par la sensation de boule vaginale dans 53 cas (91,3%) suivie des algies pelviennes dans 21 cas (36,2%) comme le montre la figure 2 (Figure 2).

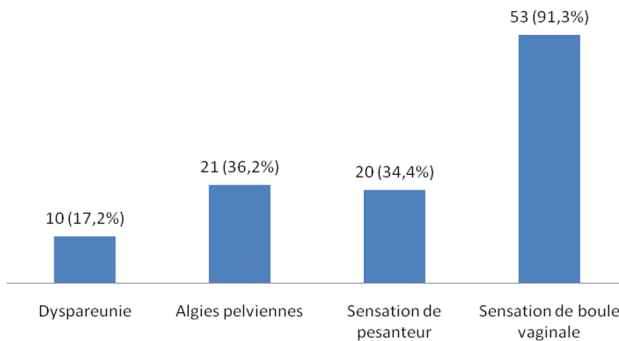


Figure 2 : Symptômes gynécologiques dans notre série

Nous avons eu 13 cas (22,4%) d'incontinence urinaire d'effort (IUE) qui étaient toutes associées à un cystocèle. Cinquante-trois patientes (91,3%) présentaient un prolapsus de l'étage antérieur isolé ou associé à des prolapsus des autres étages suivi du prolapsus de l'étage moyen isolé ou non dans 46 cas (79,3%) et de l'étage postérieur isolé ou non dans 27 cas (46,3%). Les 53 cas de prolapsus de l'étage antérieur étaient représentés par des cystocèles dont 9 cas (15,5%) étaient isolés tandis. Les 46 cas de prolapsus de l'étage moyen étaient représentés par 44 cas d'hystérocele (75,8%) et 2 cas de trachélocèle (3,4%). A l'étage postérieur, nous avons eu 25 cas (43,1%) de rectocèles (Figure 3 et 4).

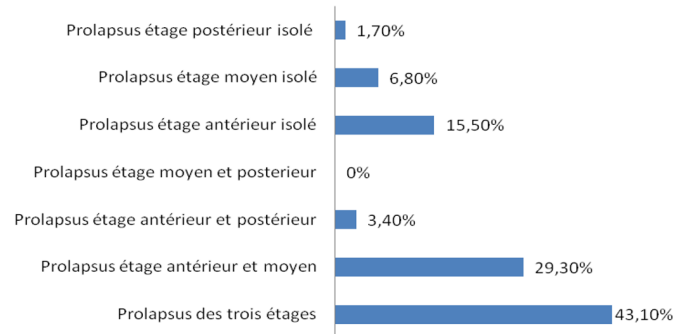


Figure 3 : Répartition des prolapsus selon l'association des étages

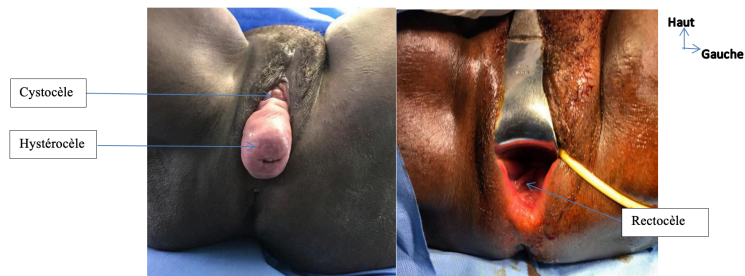


Figure 4 : Prolapsus génital des trois étages chez une de nos patientes

La manœuvre de Bonney était positive chez 6 de nos patientes dont 4 d'entre-elles ne signalaient pas une IUE à l'interrogatoire. Les pathologies associées étaient représentées par 2 cas maladie hémorroïdaire, 1 cas de myomatose utérine et 1 cas de prolapsus rectal. Un prolapsus de grade III était retrouvé chez 39 patientes (43,3%) et le prolapsus de grade II chez 33 patientes (36,6%) (Tableau I).

Tableau I : Répartition selon le grade du prolapsus tout étage confondu

Grade	Effectif	Fréquence relative
Grade I	14	15,5%
Grade II	33	36,6%
Grade III	39	43,3%
Grade IV	4	4,6%

Chez les patientes âgées de moins de 60 ans (n=29), le prolapsus de grade II était le plus fréquent avec 10 cas (17,2%) alors que le grade III était prédominant chez les patientes âgées de plus de 60 ans (n=16 soit 27,5%). Le prolapsus de grade III était

retrouvé chez 22 cas de multipares (37,9%) alors qu'il était retrouvé chez 5,1% des paucipares. Le grade III était le plus associé à l'IUE avec 6 cas (46,1%). Les bilans paracliniques réalisés, en dehors des bilans pré-opératoires, étaient l'ECBU dans 36 cas (62,1%) ayant retrouvé 1 cas d'infection urinaire, l'échographie pelvienne dans 43 cas (74,1%) ayant retrouvé 1 cas d'aérocologie et 2 cas de myomatose utérine et le frottis cervico-vaginal dans 31 cas (53,4%) qui a retrouvé 5 cas d'inflammation non spécifique du col utérin. Le bilan était

normal dans les autres cas. L'IRM pelvienne et le bilan urodynamique n'étaient pas réalisés chez nos patientes. Une cure chirurgicale de prolapsus était réalisée chez toutes nos patientes dont 56 cas (96%) par voie basse, 1 cas de laparotomie et 1 cas de Laparoscopie. La triple opération périnéale (TOP) était le geste le plus réalisé dans 23 cas (41%) suivie de la cure selon Marrion-Kelly avec hystérectomie vaginale dans 13 cas (23,2%) comme le montre le tableau II (**Tableau II**).

Tableau II : Gestes réalisés par voie basse chez nos patientes

Gestes	Effectif	Pourcentage
TOP avec hystérectomie	23	41%
Hystérectomie vaginale + Cure selon Marrion-Kelly	13	23,2%
Cure selon Marrion-Kelly	10	17,8%
Hystérectomie vaginale isolée	4	7,1%
Cure selon Marrion-Kelly + Myorrhaphie des releveurs + Colpopérinéorrhaphie postérieure	3	5,3%
Myorrhaphie des releveurs + Colpopérinéorrhaphie postérieure	2	3,5%
Hystérectomie + Myorrhaphie des releveurs	1	2,1%
TOTAL	56	100%

Les gestes associés aux cures de prolapsus étaient une hémorroïdectomie selon Milligan-Morgan dans 2 cas, une annexectomie bilatérale dans 32 cas, une myomectomie dans 1 cas et un cerclage anal dans 1 cas. Chez les 2 patientes opérées par voie haute, une promontofixation a été réalisée indiquée devant une hystérocèle chez une paucipare de 25 ans, et une hystérocèle associée à une myomatose utérine chez un nulligeste de 42 ans. Nous avons noté 1 cas (1,7%) de plaie vésicale lors d'une cure de cystocèle grade II selon Marrion-Kelly motivant une suture vésicale et une ablation de la sonde urinaire. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours. Les suites étaient simples chez 53 patientes (91,3%). La morbidité était de 4 cas (6,8%). Nous avons noté 2 cas

d'infection urinaire à *Escherichia Coli*, 1 cas d'hémorragie vaginale et 1 cas de rétention d'urine après ablation de la sonde urinaire. Six cas de récurrence (10,3%) ont été notés. La durée moyenne de survenue de la récurrence était de 180 mois avec des extrêmes de 6 mois et 96 mois (8 ans). Ils s'agissaient de 3 cas de cystocèle, 2 cas d'hystérocèle et 1 cas de trachélocèle. Le traitement avait consisté respectivement à une cure selon Marrion-Kelly (n=2), une kinésithérapie périnéale (n=1), une hystérectomie vaginale (n=2) et une cure de trachélocèle. Nous avons noté 1 cas de décès (1,7%) survenu au 3ème jour post-opératoire d'une TOP suite à un déséquilibre diabétique sur le mode acido-cétosique chez une patiente de 65 ans, multipare et diabétique, admise pour cure de prolapsus génital des trois étages avec

cystocèle grade III, rectocèle grade III et hystérocèle grade I.

DISCUSSION

La fréquence des prolapsus génitaux était de 0,55% dans notre étude. Ce taux était superposable à ceux retrouvés dans la plupart des séries africaines variant entre 0,46% et 1,4% des consultations gynécologiques [7, 10, 18]. Alors qu'en Europe et en Asie, la fréquence se situe souvent entre 2,9 et 97,7% [6]. Au Québec, les prolapsus uro-génitaux représentent 13% des indications d'hystérectomies et ils font l'objet de 500.000 interventions environ par an aux Etats-Unis, selon l'étude de **Cosson et Ocelli** [1]. Cette différence notable sur la fréquence des prolapsus génitaux dans nos contextes par rapport aux données occidentales pourrait s'expliquer par la différence des types de questionnaires utilisés, la population occidentale plus vieille, et une orientation de la majorité des patientes en service de gynécologie. L'âge moyen de nos patientes était de 59 ans. Cette moyenne d'âge varie entre 40 ans et 45 ans dans plusieurs séries africaines [6, 7]. Cette différence est liée à l'échantillon d'étude (58 cas pour notre série, 128 cas au Mali) d'une part mais également à la fréquence des traumatismes et déchirures périnéaux chez les patientes jeunes au Congo, d'autre part [7]. En France, la moyenne d'âge des prolapsus génitaux est de 61,8 ans avec une prédominance de la tranche d'âge entre 51 ans et 60 ans (36,1%) [1, 2]. L'âge a été rapporté par plusieurs auteurs comme étant un facteur de risque du prolapsus génital, du fait du vieillissement physiologique des différents tissus [9, 10]. Selon **Swift et al.**, environ 74 % des prolapsus génitaux surviennent chez des femmes âgées de plus de 70 ans avec un grade supérieur ou égal à II [8]. Néanmoins, le prolapsus génital n'épargne pas les femmes jeunes. Sept (12%) de nos patientes avaient un âge compris entre 31 ans et 45 ans et une patiente avait 25 ans. Dans une étude congolaise en 2017, cinq patientes (11,62%) avaient un âge compris entre 21

ans et 30 ans [7]. Dans une étude européenne, La prévalence des prolapsus par rapport aux différents groupes d'âge a été estimée à 6% chez les femmes jeunes entre 20 et 29 ans, 20% dans le groupe 30-39 ans, et de 45% dans le groupe 40-49 ans [9]. La proportion élevée de femmes relativement jeunes dans notre étude et dans certaines séries africaines, pourrait s'expliquer par le fait que dans nos pays en voie de développement, les prolapsus génitaux sont plutôt dûs aux lésions obstétricales dans les suites de couches immédiates occasionnées par les accouchements répétés et dystociques. Par contre dans les pays développés, les prolapsus sont surtout dûs à la carence hormonale et à l'atrophie sénile des tissus [1, 7, 9]. La majorité de nos patientes étaient multipares. Ceci a été noté dans la majorité des séries africaines.

Tableau III : Pourcentage de l'association IUE et Prolapsus génital dans la littérature

Séries	Pourcentage d'IUE
Notre étude	22,4%
Likilo [7]	11,62%
Peyrat [13]	47%

La grossesse est responsable, par l'augmentation du poids viscéral et l'élongation des moyens de suspension, d'une diminution secondaire du système d'amarrage des viscères pelviens [14]. Elle modifie l'axe de la résultante de la pression abdominale, la reportant vers l'avant en direction de la fente vulvaire pouvant expliquer l'incontinence et le prolapsus même chez la césarisée [14]. Par contre, en occident où la multiparité est rare, le vieillissement et la ménopause sont les principaux facteurs incriminés dans l'étiopathogénie du prolapsus génital. L'absence d'imprégnation hormonale des tissus pelviens sans substitution hormonale aggraverait le vieillissement et exposerait à

la survenue de prolapsus génital [11, 18]. Nous avons eu 19% de paucipares. Ce taux se rapproche avec ceux des séries africaines. Les traumatismes obstétricaux à type de déchirure périnéale, les antécédents de chirurgie pelvienne, le travail prolongé et les épisiotomies sont autant de facteurs incriminés dans la survenue du prolapsus génital chez les paucipares et nullipares [5, 9, 11, 15]. Sans parallélisme anatomo-clinique, la sensation de boule vaginale est le principal motif de consultation dans la majorité des séries suivies des algies pelviennes et des signes urinaires [7, 9, 13, 16, 17]. L'association incontinence urinaire d'effort et prolapsus génital, est largement rapportée dans la littérature (Tableau III). La fréquence de l'IUE lors d'un prolapsus génital est expliquée par l'hypermobilité urétrale ou une insuffisance sphinctérienne associée [9, 18]. Le prolapsus de l'étage antérieur prédomine dans les séries ainsi que les grades II et III.

Tableau IV : Fréquence de la chirurgie par voie basse des prolapsus génitaux dans la littérature.

Auteurs	Pourcentage chirurgie par voie basse
Notre étude	96%
Hamri [18]	91,8%
Likilo [7]	51,16%
Schweitzer [25]	94%

La prédominance du prolapsus du 2^{ème} et 3^{ème} degré pourrait s'expliquer par le fait que le plus souvent les patientes viennent à l'hôpital lorsque le prolapsus devenait très gênant et important suite à cette saillie permanente ou temporaire de l'organe prolabé à travers la vulve. Le diagnostic du prolapsus génital est essentiellement clinique [19, 20]. L'imagerie, l'endoscopie uro-génitale avec biopsie et les explorations dynamiques et infectieuses gardent leur intérêt dans l'évaluation de la statique pelvienne, la recherche des facteurs de risque et de pathologies organiques associées [1, 14]. Toutes nos patientes

avaient bénéficié d'un traitement chirurgical de leur prolapsus génital. Le principe du traitement du prolapsus génital était de corriger la dégradation anatomique en remontant l'organe prolabé et en le soutenant, le fixant dans sa position idéale ou à l'enlevant. Ceci dans le but de restaurer une anatomie et une physiologie normales du pelvis [21]. La voie basse était essentiellement notre voie d'abord (56 cas soit 96%). Cette voie est préférée par la majorité des équipes chirurgicales comme le montre le tableau IV (Tableau IV). Elle permet de traiter les trois composantes habituelles du prolapsus, de diminuer la durée d'hospitalisation et le risque d'iléus post-opératoire [22]. La cure d'emblée des trois étages domine largement dans les séries [1, 8]. Elle consiste à une cure du prolapsus de l'étage moyen en premier lieu avec ou sans conservation utérine (TOP conservatrice ou non conservatrice), suivie d'une plastie vaginale antérieure et enfin d'une plastie vaginale postérieure [16]. Elle représentait 50% (n=24) des interventions pour prolapsus génital dans la série de Toglia [19]. Toutes les TOP de notre série étaient non conservatrices. Ce qui se superposent aux données de la plupart des séries où la voie vaginale est souvent accompagnée d'une hystérectomie vaginale [16, 18, 19]. La TOP non conservatrice constitue donc le gold standard des cures de prolapsus génital. La patiente doit systématiquement être préparée à une hystérectomie. Néanmoins, le statut hormonal implique directement sur l'indication de l'hystérectomie. La prédominance des multipares ménopausées dans notre série explique la fréquence de la TOP non conservatrice, comme notée dans la majorité des séries africaines [7, 10, 18]. Certains auteurs recommandent un traitement hormonal oestrogénique par voie locale 15 jours à 3 semaines avant l'intervention pour minimiser les complications post-opératoires et les récurrences surtout chez les femmes ménopausées [1, 16, 18]. La voie haute est relativement rare dans la majorité des séries

africaines au détriment des séries occidentales. **Likilo et al.** au Congo rapportent 13,95% de promontohystéropexie [7]. Des séries marocaines rapportent des taux de 4% à 30% d'hystéropexie au promontoire par laparotomie [18, 20]. Par contre, cette voie est majoritairement dominante dans les séries occidentales et américaines. **Lecuru et Wagner** rapportent respectivement des taux de 74% et 98% [4, 21]. Dans les séries occidentales et américaines, la disponibilité et la pratique courante des cures laparoscopiques du prolapsus génital expliquerait la différence de la fréquence des indications de la voie haute par rapport aux équipes africaines. Néanmoins, la voie haute garde certains avantages. Par comparaison avec la voie vaginale, la promontofixation par laparotomie ou laparoscopie a fait la preuve de son efficacité avec un recul satisfaisant [4]. Cette voie d'abord permet la cure des trois étages du pelvis surtout avec l'utilisation de matériel prothétique [4, 21]. La voie haute s'est modernisée grâce à la coelioscopie qui a permis l'amélioration des résultats des cures de rectocèle, la conservation utérine avec des suites opératoires beaucoup plus confortables. La voie haute est peu délétère pour la vie sexuelle car elle respecte le vagin, préserve l'utérus et le col et n'entraînerait que peu de dyspareunie [4]. La voie haute permet de restituer une bonne anatomie et une bonne fonctionnalité. Nous avons noté un cas (1,7%) de plaie vésicale lors d'une cure de cystocèle grade II. Elles sont observées dans 2,5% des cas [4, 16]. Cette complication survient souvent lors de la dissection vésico-vaginale dans la cure des cystocèles par voie vaginale [17, 22]. Les autres incidents per-opératoires sont dominés par les saignements des espaces de dissection et les plaies digestives (**Tableau V**).

Tableau V : Fréquence des incidents peropératoires selon la voie d'abord [26]

Complications opératoires	Cœlioscopie	Laparotomie
Plaie vésicale	2 (3,4%)	1 (0,3%)
Plaie digestive	0%	2 (0,7%)
Plaie urétérale	0%	0%
Hémorragie	1 (1,7%)	2 (0,7%)

La morbidité dans notre étude était de 6,8% (n=4) alors qu'elle varie entre 0% et 10% selon la plupart des séries [1, 11, 18]. Elle est dominée par les complications infectieuses et thrombo-emboliques [1, 4]. A long terme, la récurrence et l'exposition prothétique sont les principales complications [1, 4, 23]. La récurrence peut être précoce, dans les 6 mois post-opératoire ou tardive au-delà de 6 mois post-opératoire [1, 23]. La récurrence précoce implique la mauvaise qualité de la cure chirurgicale alors que la récurrence tardive est souvent liée à une mauvaise qualité des tissus autologues [1, 23]. La majorité des auteurs affirment que la récurrence est nettement plus fréquente après cure par voie basse sans prothèse ni fermeture vaginale [1, 18, 23, 24].

CONCLUSION

Le prolapsus génital est une protrusion permanente ou à l'effort, à travers le vagin, d'un ou de plusieurs viscères pelviens. C'est une pathologie peu fréquente qui touche majoritairement les femmes âgées et ménopausées, mais n'épargne pas les femmes en âge de procréer. Le diagnostic est clinique mais le bilan uro-dynamique garde sa place surtout en cas de récurrence. La voie basse est la plus préférée mais doit tenir compte de la sexualité de la femme jeune.

Conflits d'intérêt

Aucun

REFERENCES

- 1- **Tinelli A., Malvasi A., Rahimi S., Negro R., Vergara D., Martignago R., et al.** Agerelated pelvic floor modifications and prolapse risk factors in postmenopausal women *Menopause. World J Obstet Gynecol* 2010;17:204-212.
- 2- **Pizzoferrato AC, Fritel X.** Explorations fonctionnelles avant chirurgie du prolapsus génital (bilan urodynamique, IRM dynamique). *Gynecol Obstet Fertil Sénolog* 2018; <http://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.06.005>.
- 3- **E. Ragnia, F. Haabb C.V, Delmasd E.P, Costaf G.** Physiopathologie des prolapsus génito-urinaires. *Progrès en Urologie* 2009;9(3):9-59.
- 4- **Lecuru F, Taurelle R, Clouard CH, Attal J.P.** Traitement chirurgical des prolapsus génitaux par voie abdominale. *Ann Chir* 1994;48(11):1013-1019.
- 5- **Nyggard I, Bradley C, Brandt D.** Pelvic organ prolapse in older Women: diagnosis, Prevalence and risk factors. *J Obst Gynecol* 2007;8:4-8.
- 6- **Rinne K.M., Kirkinen P.P.** What predisposes young women to genital prolapse? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;84:23-25.
- 7- **Likilo O. J, Bosenge N. J.D, Lemalema L.B, Kyembwa M.M, Taji L, Katenga B et al.** Prolapsus utérin: prévalence, facteurs de risque et prise en charge à Kisangani en République Démocratique du Congo. *Int J Innov Applied Studies* 2017;22(1):29-37.
- 8- **Swift S.E.** The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:277-285.
- 9- **Kim C.M, Jeon M.J, Chung D.J, Kim S.K, Kim J.W, Ba S.W.** Risk factors for pelvic organ prolapse. *J Gynecol Obstet* 2007;98:248-251.
- 10- **Handa V.L., Garrett E., Hendrix S., Gold E., Robbins J.** Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:27-32.
- 11- **Swift S., Woodman P., O'Boyle A., Kahn M., Valley M., Bland D., et al.** Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:795-806.
- 12- **Darshan A, Lakhey SB, Sharma J, Singh M, Shrestha B.** Prévalence de prolapsus génital. *Res Clin Obstet Gynaecol* 2005;19:913-924.
- 13- **Peyrat L, Bounit JM, Bruyere F.** Intestinal perforation as a complication of tension free vaginal tape procedure for urinary incontinence. *Eur Urol* 2001;5:603-605.
- 14- **Adhoue F, Soyeur L, Pariente JL, Le Guillou M, Ferriere JM.** Utilisation d'un Treillis de polypropylène (Gynemesh®) par voie vaginale dans le traitement des troubles de la statique pelvienne de la femme : Etude prospective chez 52 patientes. *Progrès en Urologie* 2004;14:192-196.
- 15- **Donon L, Le Normand L.** Bilan avant le traitement d'un prolapsus génital : Recommandations pour la pratique clinique. *Progrès en urologie* 2016;26(1):8-26.
- 16- **Altman M.** La prise en charge des prolapsus multi-compartmentaux par voie vaginale. *Progrès en Urologie* 2014;2:56-61.
- 17- **Young E.** La chirurgie des prolapsus par voie vaginale. *Gynecol Obstet Fertil* 2001;65:57-85.
- 18- **Hamri A, Soummami A.** Les prolapsus génitaux à propos de 76 cas. *Prog Urol* 2011;4:36-39.

- 19- Toglia ,Von Pechmann WS, Mutone M, Fuffe J, Hale DS.** Total colpocleisis with high placation for the treatment for advanced. Am. J. Obstet Gynecol 2003;189:121-126.
- 20- Rabhy M, Dakir M.** Prolapsus génital associé à L'IUE. Progrès en Urologie 2013;8:85-88.
- 21- L. Wagner, F. Macia, V. Delmas, F. Haab, P. Costa.** Grande série de cure de prolapsus génital par promontofixation laparotomique. Prog Urol 2009;19(13):988-993.
- 22- Mouritsen L.** Classification and evaluation of prolapse. Best Practice and Reseach Clinical Obstetrics and Gynaecology 2005;19:911-985.
- 23- Eric, Maher J, Barber C M.** Pelvic organe prolapse. Eur J obstetric Gynecology 2007;369:1027-1038.
- 24- Le Normand L, Cosson M, Cour F, Deffieux X, Donon L, Ferry P et al.** Recommandations pour la pratique clinique : synthèse des recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidvé de la femme par l'AFU, le CNGOF, la SIFUD-PP, la SNFCP, et la SCGP. J Gynecol Obstet biol Reprod 2016;45:1606-1613.
- 25- Schweitzer KJ, Vierhout ME, Milani AL.** Surgery for pelvic organ prolapse in women of 80 years of age and older. Acta Obstet Gynecol Scand 2005;84:286-289.
- 26- Cosson. M, Narducci. F, Lambadi. E, Ocelli.b , Querleu.D et Crepin.G.** Prolapsus génitaux. Encycl Méd Chir, Gynécologie, 290-A-10, 2002, 13p.