



Article original

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

Prevalence and consequences of the surgical treatment of the genital prolapse to the motherhood of the reference health center of Common VI of the district of Bamako

M Keita¹, A Samake¹, D Haidara¹, M Diallo², IK Diakité², M Diassana¹, B Diassana¹, M Diallo³, A Bagayoko¹, S Tall⁵, A Cissé¹, CB Traoré^{4, 6}

Résumé

Objectifs : évaluer la prévalence, et les conséquences du traitement chirurgical des prolapsus au centre de santé de référence de la Commune VI du District de Bamako.

Matériel et Méthodes : Nous avons réalisé une étude mixte rétrospective sur 4 ans (Janvier 2012-décembre 2015) et prospective pour 18 mois (janvier 2016-juin 2017), de type descriptif, dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI, portant sur 190 cas de prolapsus génital. L'étude a concerné toutes les patientes qui avaient consultées au service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune CVI et chez lesquelles le diagnostic de prolapsus génital avait été posé à partir des arguments cliniques.

Résultats : L'étude a concerné 190 patientes opérées pour prolapsus génitaux dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI.

La prévalence hospitalière du traitement chirurgical des prolapsus génitaux a été estimée à 17,2%. Les composantes anatomiques du prolapsus urogénital étaient : l'hystéroptose (76,8), cystocèle (78,4), rectocèle (58,4). La voie vaginale a été utilisée pour toutes les patientes. La triple opération périnéale avec hystérectomie a été pratiquée chez 31,6% de nos patientes. Les conséquences du traitement chirurgical sur la qualité de vie étaient : satisfaction sur le plan fonctionnel (66,3%), une baisse de la libido 51%), un rétrécissement et/ou un raccourcissement du vagin (45,2%), dyspareunie profonde (36,3%).

Conclusion : Notre étude a trouvé une prévalence élevée du traitement chirurgical par voie basse qui garde toujours sa place dans notre contexte, les impacts du traitement chirurgical du prolapsus sur la qualité de vie sont réels. La préparation préopératoire, et le suivi à long terme peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie des patientes.

Mots clés: prolapsus génital, hystérectomie vaginale ; centre de santé de référence commune VI Bamako (Mali).

Abstract

Objectives: To value the prevalence, and the consequences of the surgical treatment of the prolapses in the center of health of reference of the Commune VI of the District of Bamako.

Material and Methods: We had achieved a retrospective mixed survey on 4 years (January 2012, December 2015) and forecasting for 18 months (January 2016, June 2017), of descriptive type, has been achieved in the service of gynecology and obstetrics of the center of health of reference of the commune VI, on 190 cases of genital prolapse. The survey concerned all patients who had consulted to the service of gynecology and obstetrics of the center of health of reference of the commune VI and it which the genital prolapsed diagnosis had been put on the clinical basis.

Résultats: The survey concerned 190 patients operated for genital prolapses in the service of gynecology and obstetrics of the center of health of reference of the commune VI. The global prevalence of the surgical treatment of the genital prolapses has been estimated to 17, 2%. The anatomical components of the urogenital prolapse were: the hystéroptose (76, 8), cystocèle (78, 4), rectocèle (58, 4). The vaginal way has been used for all the patients. The triple perineal operation with hysterectomy has been practiced at 48.94% of our patients. The consequences of the surgical treatment on the quality of life were: a decrease of the sexual desire (34, 17%), a shrinkage and/or a shortening of the vagina (36, 3%), deep dyspareunie (36, 3%).

Conclusion: our survey found a high prevalence raised of the surgical treatment by low way that always keeps his/her/its place in our context, the impacts of the surgical treatment of the prolapse on the quality of life are real. The preparation preoperative, and the long-term follow-up can contribute to improve the quality of life of the patients.

Keywords: genital prolapse, vaginal hysterectomy, center of reference health commune VI Bamako (Mali)

Introduction

Les prolapsus génitaux sont des troubles de la statique pelvienne à l'origine d'une symptomatologie fonctionnelle variable : vésicale, rectale, sexuelle.

Dans nos pays, le prolapsus génital est une affection honteuse à cause des considérations socioculturelles est de découverte tardive. L'impact psychologique est particulièrement important surtout pour des femmes relativement jeunes.

Le prolapsus génital a également un impact socio-économique en raison du caractère invalidant et du coût élevé de la prise en charge.

Le diagnostic du prolapsus est essentiellement clinique, 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 leur degré. L'étiopathogénie du prolapsus reste controversée, d'où la diversité des techniques opératoires. Le traitement des prolapsus génitaux reste essentiellement chirurgical, il s'agit d'une chirurgie de restauration anatomique mais aussi fonctionnelle. La stratégie chirurgicale dépend des dégradations anatomiques, des troubles fonctionnels, de l'état de la patiente et des habitudes du chirurgien.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako est une maternité de 2^{ème} référence dans la pyramide sanitaire du Mali, où sont opérés les prolapsus génitaux depuis plusieurs années. Cependant aucune étude n'a été réalisée sur la question.

Ces raisons ont suscité en nous l'intérêt de mener cette recherche afin de déterminer la fréquence du traitement chirurgical dans notre structure et évaluer ses impacts tant au plan physique, psychique que social.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude mixte rétrospective sur 4 ans (Janvier 2012-décembre 2015) et prospective pour 18 mois (janvier 2016-juin 2017), de type descriptif, portant sur 190 cas de prolapsus génital opérés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI.

L'étude a concerné toutes les patientes qui avaient consultés au service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI et chez lesquelles le diagnostic de prolapsus génital avait été posé sur la base clinique.

Ont été inclus dans notre étude les cas de prolapsus génital qui avait été diagnostiqué cliniquement et opéré pendant la période d'étude dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI avec leur accord préalable.

Ont été exclues, les patientes qui avaient refusées l'intervention, et les patientes perdues de vue. Ainsi 11 de nos patientes avaient refusées l'intervention pour des raisons d'ordre économique et religieuses.

Une partie des données a été recueillie à partir du dossier médical, une autre partie lors d'entretiens directs au cours desquels, les patientes répondaient à un questionnaire qui leur était soumis avec leur accord préalable.

Les principales variables étudiées étaient relatives à la prévalence, aux caractéristiques sociodémographiques (âge, ethnie, niveau d'instruction, niveau socio-économique), les antécédents, les modalités et le vécu du traitement chirurgical. Ce vécu était déterminé par les conséquences physiques et psycho-sociales ressenties après l'intervention.

Les données ont été saisies et analysées en utilisant le logiciel SPSS version 2.0.

Résultats

L'étude a concerné 190 cas de prolapsus génitaux qui ont été opérés sur 1100 interventions chirurgicales gynécologiques. La prévalence globale du traitement chirurgical a été estimée à 17,2%.

L'âge moyen de nos patientes était de 43,5 ans avec des extrêmes allant de 17 ans à 84 ans. La parité moyenne était de 6,2. La notion d'accouchement dystocique était retrouvé chez 94 patientes soit 49,5% sous forme d'extraction instrumentale, de manœuvre manuelle, d'accouchement à domicile, d'accouchement de gros fœtus, d'accouchement gémellaire. La période de péri ménopause ou de ménopause a concerné 98 de nos patientes soit 51,5%. Concernant les antécédents chirurgicaux nous avons retrouvé 18 cas de récurrence (9,4%), il s'agit de patientes qui avaient été opérées préalablement dans d'autres structures à l'intérieur du pays (antécédent de cure de prolapsus par promontofixation :

12 (6,3%); antécédent de cure de prolapsus par voie basse : 6 (3%). Le gêne fonctionnel retrouvé chez 140 (73,6%) de nos patientes était ressentie sous forme de tuméfaction vulvaire. La douleur pelvienne était signalée 14 fois (7,3%).

Les troubles urinaires ont été retrouvés chez 4 de nos patientes (2%) à type de symptomatologie dite mineure de degré 1 selon nos critères de jugement

Les troubles rectaux ont été représentés par 15 (7,8%) cas de constipation chronique, nous n'avons pas retrouvé de cas d'incontinence anale.

La symptomatologie sexuelle retrouvée était la dyspareunie (5,2%). Les différentes composantes anatomiques du prolapsus ont été regroupées dans le tableau 3 ci après, cependant deux ou plusieurs composantes anatomiques pouvaient participer au prolapsus d'une même patiente

Tableau 1 : Composantes anatomiques du prolapsus

	Degré 1	Degré 2	Degré 3
Hystéroptose	5	10	146
Cystocèle	2	22	149
Rectocèle	5	6	111

L'elytrocèle a été retrouvé 3 fois soit dans 1,48% des cas.

Le tableau 2 regroupe les états associés au prolapsus

Tableau 2: états associés au prolapsus avant l'intervention

États associés	Nombre de cas
Vaginite	15
Atrophie vaginale	18
Elongation du col	3
Cystite	4
CIN 2	2

La voie vaginale a été utilisée chez toutes nos patientes. Le tableau 3 regroupe les différentes techniques opératoires utilisées.

Tableau 3 : technique opératoire traitement chirurgical du prolapsus

Technique chirurgicale	Effectif	%
TOP	18	9,5
TOP + Hystérectomie	60	31,6
TOP + LRT	6	3,1
TOP+ Hystérectomie + Annexectomie	33	17,4
TOP+ Hystérectomie+ Richter	19	10
Manchester + Sturmdoff + Musset	54	28,4
Total	190	100

Concernant les complications pendant les interventions nous n'avons pas eu d'accident chirurgicale, ni anesthésique. Les complications post opératoire immédiates ont été dominées par un cas de rétention urinaire aigue due à l'ablation accidentelle de la sonde urinaire à demeure deux après l'intervention.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 4 jours, avec un extrême de 8 jours. La mortalité a été nulle dans notre série. Le recul était faible variait de 6 mois à 5 ans. Après l'intervention de nouveaux symptômes avaient été rapportés (Figure 1).

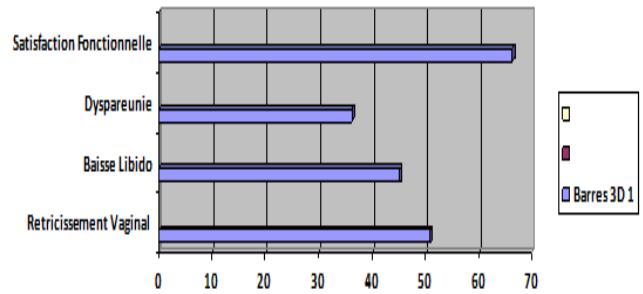


Figure 1 : Satisfaction fonctionnelle

Concernant la fertilité après cure de prolapsus, 54 (28,4%) patientes ont été opérées pour cure de prolapsus chez qui l'intervention de Manchester avait été pratiquée. Avec le recul faible la fertilité réelle ne pouvait être appréciée, cependant 8 (14,8%) de nos patientes après cette intervention avaient pue contracter une grossesse et une césarienne avait été pratiquée à terme.



Figure 2 : Prolapsus génital 3^{ème} degré chez une patiente de 49 ans



Figure 3 : Prolapsus génital 3^{ème} degré chez une patiente de 29 ans



Figure 4 : Prolapsus génital 3^{ème} degré chez une patiente de 19 ans



Figure 5 : Aspect de la vulve immédiatement après cure de prolapsus par la technique de Manchester

Discussion

Nous avons réalisé une étude mixte rétrospective sur 4 ans (Janvier 2012-décembre 2015) et prospective pour 18 mois (janvier 2016-juin 2017), de type descriptif, portant sur 190 cas de prolapsus génital opérés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI. Cette étude nous a permis de confirmer la prévalence élevée du traitement chirurgical des prolapsus ainsi que les impacts physiques et psychologiques post opératoires de cette intervention sont bien réels.

Notre étude avait permis de recenser 190 cas de prolapsus à des stades opérables. Nos chiffres sont proches de ceux de M. Salaheddine Achkif et coll. Au Maroc [1], et de ceux de Sfar à la maternité de Rabba à Tunis qui a rapporté en 7 ans une

série de 193 cas opérés [2], et supérieur à ceux de DIA et coll qui ont recensé en 19 ans 150 cas de prolapsus [3], et de Fanny et coll en Côte d'Ivoire qui trouve en 5 ans 31 cas [4]. Ces différences de chiffres peuvent être dues à des populations étudiées non comparables, mais surtout à la méthode de diagnostic employée posant le problème de la définition de la maladie.

La prévalence des prolapsus varie entre 2,9 et 11,4 % lorsque l'on utilise un questionnaire pour le dépistage et entre 31,8 et 97,7 % si les patientes sont examinées en adoptant la classification de Baden ou POPQ [1].

Concernant l'âge, nos patientes étaient moins jeunes que celle de la plus part des auteurs [1, 2, 3,4]. L'âge a été rapporté par plusieurs auteurs comme étant un facteur de risque prolapsus génital, du fait du vieillissement physiologique des différents tissus [5]. Le prolapsus génital peut toucher aussi bien la femme jeune que la femme âgée, mais à des fréquences variables. Le risque dans la vie d'une femme, tout âge confondu de subir une chirurgie pour prolapsus ou incontinence urinaire d'effort est d'environ 10%. [5].

La prévalence des prolapsus par rapport aux différents groupes d'âge a été estimée par Samuelson [5]. Elle est de 6% chez les femmes jeunes entre 20 à 29 ans, 20% dans le groupe 30-39 ans, et de 45% dans le groupe 40-49 ans. Ainsi, la prévalence dans le groupe de femmes de moins de cinquante ans est de 23%. Ce taux est de 39,8% chez la femme entre 50 à 59 ans [6], ces constats se rapprochaient de nos résultats, car dans notre étude, les taux les plus élevés étaient observés dans la tranche d'âge 30-39 (30%), et les plus faible (5%) était observé de dans la tranche d'âge 11-19ans.

Concernant les antécédents obstétricaux, la grande multiparité (parité moyenne 6,2%) et la notion d'accouchement traumatique (49,5%), étaient retrouvées. Ces constats étaient partagés par beaucoup dont G. Tegrestedt [7] qui rapportait (2,4 %) de prolapsus chez les patientes

nullipares, (8,8 %) chez les primipares, (9,8 %), et 20,8 % au-delà de cinq accouchements ; et ER. Trowbridge [8] montre que l'augmentation de la parité est associée à une augmentation de la prévalence des prolapsus de tous les compartiments. Certains auteurs ont démontré qu'il existait une association très significative avec le nombre d'accouchement par voie basse, et l'apparition du prolapsus génital, que les traumatismes des structures de soutien, musculaires et nerveuses survenaient surtout pendant la deuxième phase du travail, quand la tête du fœtus distend et écrase le plancher pelvien [9]. Ces constats confirment nos réalités socioculturelles. En effet selon EDS IV Mali [10], Les femmes maliennes entrent en union à un âge très précoce : parmi les femmes âgées de 25-49 ans à l'enquête, près du quart (21 %) étaient déjà en union en atteignant l'âge de 15 ans. En outre, deux tiers de ces femmes (66 %) étaient en union en atteignant 18 ans et la quasi-totalité (83 %) l'était en atteignant 25 ans. Concernant les antécédents chirurgicaux nous avons retrouvé 18 cas de récurrence (9,4%). il s'agissait de 12 cas de promontofixation (6,3%); et 6 cas de cure de prolapsus par voie basse (3%). Pour beaucoup d'auteurs [11], toute modification de la statique pelvienne augmente le risque de développement d'un prolapsus génital, et plus particulièrement l'hystérectomie. Ainsi, une intervention visant à traiter un compartiment antérieur risque d'affaiblir le compartiment opposé postérieur. Mant [11] rapporte un risque de prolapsus génital de 1%, 3 ans après une hystérectomie et de 5% 15 ans après.

La période de péri ménopause ou de ménopause a concerné 67 de nos patientes soit 35,26%. Notre résultat était inférieur à celui de M Salaheddine Achkif et coll. Au Maroc [1] qui avait trouvé dans sa série que (95,94 %) de ses patientes étaient ménopausées sans traitement hormonal substitutif ce qui est comparable avec la plupart des études objectivant que les femmes présentant des prolapsus génitaux étaient majoritairement ménopausées [12].

Ces mêmes auteurs avaient affirmés que la ménopause n'était pas une cause directe mais pourrait aggraver les traumatismes antérieurs.

En effet les fascias et ligaments, ainsi que les muscles et la paroi vaginale involuent sous l'effet de la carence ostrogénique [12]. Cette hormonodépendance pourrait expliquer la survenue et l'aggravation des prolapsus après la ménopause. Ces auteurs insistent sur le rôle du traitement hormonal substitutif de la ménopause dans la prévention des prolapsus génitaux [1,12].

L'étude clinique avait retrouvé la sensation de masse vulvaire comme étant le motif de consultation le plus fréquent (73,6) ce taux était proche de celui de M Salaheddine Achkif et coll. Au Maroc [1] qui avait trouvé (88,8%). Les troubles urinaires ont été retrouvés chez 4 de nos patientes (2%) à type de symptomatologie dite mineure, l'incontinence urinaire d'effort n'avait pas été retrouvée dans notre série, elle est de diagnostic difficile dans notre contexte compte tenu du fait que les examens spécialisés urodynamiques, et colpocystogramme sont rarement disponibles.

Concernant le bilan des lésions anatomiques l'hystéropose été la lésion la plus retrouvée, la forme extériorisée 3^{ème} degré a été la plus retrouvée (76,8%), par ailleurs les lésions associées au prolapsus étaient dominées par la vaginite (7,8), atrophie vaginale (9,4).

Dans notre étude le traitement chirurgical a été exclusivement par abord vaginal chez toutes nos patientes. A l'instar de nombreux auteurs [1, 3,4] notre préférence pour cette voie pourrait s'expliquer par le fait qu'elle de la diminution du temps d'intervention, l'hospitalisation est courte, des suites postopératoires généralement simples, absence de complication pariétale, moins de douleur en postopératoires avec un coût faible et la possibilité d'associer des gestes complémentaires périnéaux. Elle permet aussi une diminution des complications thromboemboliques (opérations avec jambes surélevées). Aussi les autres voies telle coelioscopique n'était pas encore vulgarisées chez nous. L'intervention de choix était la triple opération périnéale avec hystérectomie vaginale comme chez Dia et coll [3], et de Fanny et coll [4]. L'intervention de Richter avait été réalisée chez 19 (10%),

dans le cadre d'une mission humanitaire. Dans notre contexte la disponibilité de matériels faisait défaut, qui limitait la pratique de cette intervention qui pourrait apporté des bénéfices pour le traitement des élytrocèles [12].

Concernant le traitement conservateur l'intervention de Manchester avait été pratiquée chez 28,4% de nos patientes. Selon certains auteurs [12] la fertilité est altérée par le risque de sténose cervicale secondaire, cependant 8 (14,8%) de nos patientes après cette intervention avaient pues contracter une grossesse et une césarienne avait été pratiquée à terme.

Les conséquences du traitement chirurgical des prolapsus génitaux sur la qualité de vie étaient : une baisse du désir sexuel (45,2%), dyspareunie profonde (36,3%), un rétrécissement et/ou un raccourcissement du vagin (51,9%), Chez 33,4% une baisse de leurs performances professionnelles ou ménagères a été ressentie. Nos constats étaient partagés par Diouf A et al. [13] qui avaient trouvé après l'intervention, une baisse du plaisir au cours des rapports sexuels (38,6%), une baisse de la confiance en soi (31,4%), détérioration des rapports sociaux (5,7%), baisse de leurs performances professionnelles (27,1%).

Un soutien psychologique de l'entourage proche et la préparation pré opératoire constitueraient un mécanisme d'adaptation à cette nouvelle vie.

Conclusion

Notre étude a trouvé une prévalence élevé du traitement chirurgical par voie basse des prolapsus génitaux, les impacts du traitement chirurgical du prolapsus sur la qualité de vie sont réels. La préparation préopératoire, et le suivi à long terme peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie des patientes.

*Correspondance

Mamadou Keita
(madoukeit@yahoo.fr)

Reçu: 31 Mars, 2018 ; Accepté: 04 Avril, 2018; Publié: 19 Avril, 2018

¹Service de Gynéco-Obstétrique : Centre de Santé de Référence de la Commune VI, Bamako, Mali

²Service de Chirurgie Générale : Centre de Santé de Référence de la Commune VI, Bamako, Mali

³Service d'Anesthésie Réanimation : Centre de Santé de Référence de la Commune VI, Bamako, Mali

⁴Faculté de médecine et d'odontostomatologie, Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako.Mali

⁵Service de Gynéco-Obstétrique : Centre de Santé de Référence de la Commune V, Bamako, Mali

⁶Service d'Anatomie cytologie pathologiques du CHU Point G, Bamako, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2018

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

- [1] M salaheddine achkif, Thèse Med Maroc. N0 054/17.P 32, 54.
- [2] Sfar E, Marai K, Chelli H, Kharouf M, Chelli M. L'expérience du centre de Maternité et de néonatalogie de la Rabta Tunis dans le traitement des prolapsus génitaux. Rev Fr Gynécol Obstet, 1992, 87, 7-11
- [3] Dia A, Toure Ct, Diop Mb. Thognon Ph, Diop A. Genital prolapse in Dakar. Dakar Med. 1991; 36(1):39-46
- [4] Fanny M, Horo Ag, Toure Ecra Af, Manket-Kouassi E, Kone M, Traitement chirurgicale des prolapsus génitaux : expérience de la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Yopougon. Médecine d'Afrique Noire. 2010, vol 54, N^o2
- [5] Kim.C.M, Jeon.M.J, Chung.D.J, Kim.S.K, Kim.J.W and Ba .S.W. Risk factors for pelvic organ prolapseJ. Gynecol Obstet 2007;98 : 248-51
- [6] Yakine J. Prolapsus génital de la femme de moins de 50 ans : A propos de 56 patientes Thèse Méd Creteil 2005 ; 115
- [7] Tegerstedt G, Nyren O, Hammarstrom M. Prevalence of symptomatic pelvic organe prolapse in a Swedish population. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2005; 16:497-503
- [8] Trowbridge ER, Fytz NH, Patel DA, Delancy J, Fenner DE. Distribution of pelvic organ support measures in a population based sample of middle aged, community- dwelling African American and white women in Southeastern Michigan. AJOG 2008; 198(5), 548e1-6.
- [9] Zhu can, Bian Xu-Ming, Lon Yan, Lang Ling. Role of different childbirth strategies on pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence a prospective study. Chinese Medical Journal 2008;3:213-215.

- [10] Enquête Démographique et de Santé du Mali 2012-2013. [mail.cnom.sante.gov.ml/docs/FR286.pdf](mailto:cnom.sante.gov.ml/docs/FR286.pdf) P 52,57 consulté le 06 Avril 2018 à 21h 44.
- [11] Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse observations from the Oxford family planning associated study. *J Obstet Gynecol* 1997; 104:579-85.
- [12] Querleu D, Crepin G, Blanc B. Prolapsus génitaux. *Encycl Méd Chir Gynecol* 1991 ; 290, A 10 : 14p
- [13] Gueye M, Diouf Aa, Cisse A, Coulibaly As, Moreau Jc, Diouf A Conséquences de l'hystérectomie au centre hospitalier national de Pikine à Dakar *Tunisie Médicale* - 2014 ; Vol 92 (n°010) : 635-638

Pour citer cet article:

Keita Mamadou, Samake Alou, Haidara Dramane et al.. Prévalence et traitement chirurgical des prolapsus génitaux à la maternité du Centre de santé de Référence de la commune VI du district de Bamako . *Jaccr Africa* 2018; 2(2):234-241.