

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 6 ■ N° 16 (2011)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournier (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

O Ndiaye (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette ou par email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 25.000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article originale est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
 - Un titre concis, précis et traduit en anglais
 - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
 - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
 - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
 - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
 - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
 - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M . Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 218- 225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 349.
 - Pour une thèse:
 4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Sexualité et maternité précoces à Bangui (RCA)

Serdouma E, Gody C, Koffi A, Gondo D, Fongbia J P, Moussa E C, Sepou A.....1 - 4

La césarienne avant terme : à propos de 104 cas colligés à la maternité du CHU de Cocody.

Kouakou F, Adjoby R, Loue V, Kouame A, Konan J, Angoi V, Effoh N, Gondo D.....5 - 8

Pronostic des accouchements par le siège au CHU Gabriel Touré

Traore Y, Teguede I, Dicko Traore F, Thera T, Djire My, Diallo A, Sissoko A, Kone M, Mounkoro N, Dolo A.....9 - 13

Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie à la maternité du CHU de Cocody

N'guessan K, Adjoby R, Mian B, Loue V, Angoi V, Gondo D, Koffi A, Konan J, Kramo F, Abauleth R., Kouakou F.....14 - 17

Bilan de 164 laparoscopies gynécologiques effectuées dans 3 centres hospitaliers à Abidjan

Guié P, Djahan L, Bohoussou E, Saki C, Blegolé, Sidibé A.....18 - 21

Indications, accessibilité, acceptabilité et pronostic de l'avortement médicamenteux aux centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouedraogo et Sourou Sanou.

Millogo/Traore TFD, Akotionga M, Sanou SYG.....22 - 27

Les fistules vésico-vaginales à Kankan en Guinée : analyse de 56 cas

Bah I, Diallo AB, Sy T, Bah OR, Kante D, Guirassy S, Diallo A, Conde H, Keita F, Diallo MB.....28 - 31

Lésions génito-anales traumatiques (LGAT) au cours des agressions sexuelles : étude rétrospective de 69 cas.

Kouakou F, K Nguessan, Loué V, Mian B, Gondo D, Adjoby R, Kouamé A, Koimé H, Alla H.....32 - 36

Récidives après promontofixation par voie coelioscopique : mécanismes des Récidives à propos de 4 cas.

Mbaye M, Moreira PM, Gueye SMK, Foulot H, Diouf A, Moreau JC.....37 - 41

Estimations clinique et échographique du poids de naissance au cours du travail d'accouchement. A propos de 150 cas, colligés au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Yalgado Ouedraogo.

Ouedraogo A, Millogo F, Toure B, Ouedraogo CMR, Yameogo J, Thieba B, Lankoande J.....42 - 48

La mortalité maternelle à la maternité issaka gazobi étude prospective à propos de 139 cas sur 12 mois

Garba M, Halilou S, Idi N, Kamaye M, Alio A, Nayama M.....49 - 52

Analyse du taux de réalisation des paramètres biologiques de surveillance de la grossesse en consultation prénatale dans une maternité urbaine de Conakry.

Diallo FB, Baldé IS, Diallo A, Kaba K, Diallo Y, Nzuogo WHB, Diallo MB, Diallo MS.....53 - 57

CAS CLINIQUE

Insertion hépatique du placenta lors d'une grossesse abdominale : A propos d'un cas et revue de la littérature

Nguessan KLP, Mian B, Gondo D, Koffi A, Konan J, Angoi V, Alla H, Gbary E, Abauleth R, Boni S.....58 - 61

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Sexuality and precocious pregnancy in Bangui (CAR)

Serdouma E, Gody C, Koffi A, Gondo D, Fongbia J P, Moussa E C, Sepou A1 - 4

Caesarean section before term: about 104 cases seen at the maternity hospital of cocody

Kouakou F, Adjoby R, Loue V, Kouame A, Konan J, Angoi V, Effoh N, Gondo D.....5- 8

Prognosis of breach presentation delivery into Gabriel Touré teaching hospital

Traore Y, Teguate I, Dicko Traore F, Thera T, Djire My, Diallo A, Sissoko A, Kone M, Mounkoro N, Dolo A.....9 - 13

Fetal and maternal prognosis of eclampsia in the maternity at CHU of Cocody

N'guessan K, Adjoby R, Mian B, Loue V, Angoi V, Gondo D, Koffi A, Konan J, Kramo F, Abauleth R., Kouakou F.....14 - 17

Laparoscopy in gynecology about 164 cases performed in 3 hospitals in Abidjan

Guié P, Djahan L, Bohoussou E, Saki C, Blegolé, Sidibé A.....18 - 21

Indications, accessibility, acceptability and prognosis of medical abortion in Yalgado Ouedraogo and Sourou Sanou academics hospitals.

Millogo/Traore TFD, Akotionganga M, Sanou SYG.....22 - 27

Vesico vaginal fistulas in Kankan, Guinea: analysis of 56 cases

Bah I, Diallo AB, Sy T, Bah OR, Kante D, Guirassy S, Diallo A, Conde H, Keita F, Diallo MB.....28 - 31

Genital and anal traumatic injuries (GATI) during sexual assault: a retrospective study of 69 cases.

Kouakou F, K N'guessan, Loué V, Mian B, Gondo D, Adjoby R, Kouamé A, Koimé H, Alla H.....32 - 36

Recurrences of laparoscopic sacral colopexy: mechanism of recurrences about 4 cases

Mbaye M, Moreira PM, Gueye SMK, Foulot H, Diouf A, Moreau JC.....37 - 41

Clinical and echographic birth weight estimation during the labor.

In connection with 150 cases, collect in the gynaecology and obstetrics service of the university hospital yalgado ouédraogo of ouagadougou, burkina faso.

Ouedraogo A, Millogo F, Toure B, Ouedraogo CMR, Yameogo J, Thieba B, Lankoande J.....42 - 48

Maternal mortality in the maternity Issaka Gazobi prospective study about 139 cases in 12 months

Garba M, Halilou S, Idi N, Kamaye M, Alio A, Nayama M.....49 - 52

Analyze of the realization rate of biological survey parameters of pregnancy

During prenatal consultation in an urban maternity of conakry.

Diallo FB, Baldé IS, Diallo A, Kaba K, Diallo Y, Nzuogo WHB, Diallo MB, Diallo MS.....53 - 57

CASE REPORT

Liver insertion of the placenta during abdominal pregnancy:

A case report and literature review

N'guessan KLP, Mian B, Gondo D, Koffi A, Konan J, Angoi V, Alla H, Gbary E, Abauleth R, Boni S.....58 - 61

**RECIDIVES APRES PROMONTOFIXATION PAR VOIE COELIOSCOPIQUE :
MECANISMES DES RECIDIVES A PROPOS DE 4 CAS.**

*RECURRENCES OF LAPAROSCOPIC SACRAL COLOPEXY: MECHANISM OF
RECURRENCES ABOUT 4 CASES*

MBAYE M¹, MOREIRA PM¹, GUEYE SMK¹, FOULOT H², DIOUF A¹, MOREAU JC¹

¹Clinique gynécologique et obstétricale CHU Le Dantec de Dakar

²Hôpital St Vincent de Paul Groupe hospitalier Cochin-Paris V

Correspondances : Dr Maguette Mbaye Hôpital Le Dantec Avenue Pasteur BP 3001, Dakar
magatte4@yahoo.fr

RESUME

Les résultats des séries de promontofixation par voie coelioscopique sont très satisfaisants avec des taux de complications très faibles. Des cas de récidives ont été rapportés sans précision sur leur mécanisme de survenu ni sur leurs modalités de prise en charge. Nous rapportons notre expérience à propos de quatre cas de récidives qui avaient été traités par cœlioscopie au niveau de l'unité de Gynécologie du service de Médecine de la Reproduction du Groupe Hospitalier Cochin Saint Vincent de Paul, Paris. L'analyse de ces cas a permis de déceler les différents mécanismes de survenue dominés par les défauts techniques mettant en exergue l'importance de l'expérience de l'opérateur pour ce type d'intervention. La prise en charge par voie coelioscopique nous paraît tout à fait faisable sous réserve d'un respect stricte des différents temps de la technique opératoire doublé d'un contrôle de la correction du prolapsus en peropératoire.

Mots clés : Récidives ; promontofixation ; cœlioscopie ; prolapsus génital

SUMMARY

The results of the series of promontofixation by laparoscopy are very satisfactory with very low rates of complications. Cases of recurrences were reported without precision on their mechanism and modalities of treatment. We report our experience about four cases of recurrences that had been treated by laparoscopy at Gynaecology Department of Reproductive Health Medicine of Cochin Saint Vincent de Paul Hospital, Paris. The analysis of cases revealed various raised mechanisms dominated by technical defects showing importance of experience of the operator for this kind of intervention. Laparoscopy treatment is possible but need a respect of several operating steps associated with a control of correction of the prolapse during procedure.

Key-words: Recurrences; Laparoscopy; Sacrocolpopexy; genital prolapsed

INTRODUCTION

Le prolapsus génital demeure une affection fréquente atteignant plus de 50 % des femmes ayant accouché et responsable d'une importante morbidité et affectant la qualité de vie [1]. Son traitement reste essentiellement chirurgical et la diversité des techniques opératoires traduit la difficulté de sa prise en charge. La ligamentopexie postérieure ou promontofixation est actuellement reconnue comme étant l'intervention de référence pour le traitement par voie haute des prolapsus génitaux. La fiabilité de cette technique, décrite par Scali dans la cure du prolapsus génital [2,3] n'est plus à démontrer. Les résultats des différentes séries de promontofixation par laparotomie nous le confirment avec un taux de réussite de plus de 80 % en moyenne. L'utilisation de la voie endoscopique a permis, avec des résultats anatomiques et fonctionnels identiques, de reproduire les mêmes gestes techniques tout en gardant les avantages qu'offre cette chirurgie mini invasive. Malgré une longue courbe d'apprentissage pour cette voie [6], les résultats des séries de promontofixations coelioscopiques sont très satisfaisants avec un taux faible de complications. Des cas de récurrences ont cependant été rapportés mais à notre connaissance le type de récurrence et surtout les modalités de leur prise en charge ne sont pas précisés. Nous rapportons, dans ce travail, notre expérience sur la prise en charge des récurrences de prolapsus génital à la suite d'une promontofixation réalisée par voie coelioscopique. Il s'agit de quatre patientes qui avaient bénéficié d'une reprise de leur récurrence par la même voie coelioscopique.

CAS CLINIQUES

Patiente n°1

Madame Z. 44 ans ayant eu 3 accouchements par voie basse et qui avait bénéficié en Juin 2006 d'une promontofixation par voie coelioscopique (C2 H3 R1) utilisant 2 bandelettes de mersuture fixées sur les parois antérieure et postérieure du vagin. Elle avait présenté un an plus tard une récurrence sous forme d'une hystéroptose de stade 3 et une cystocèle de stade 2 gênant la patiente et associée à une incontinence urinaire d'effort à la toux et à la marche. Une réintervention par voie coelioscopique a été effectuée 14 mois après la chirurgie initiale.

L'exploration avait retrouvé une bandelette antérieure tendue comme un arc dans la cavité péritonéale entre le promontoire et la face postérieure du ligament large droit et qui était fixée sur environ un quart de la paroi antérieure du vagin.

Nous avons retiré la prothèse de la paroi antérieure du vagin et sectionné la prothèse à environ 2 cm sous le promontoire. Une hystérectomie subtotale avait été effectuée suivie de la mise en place d'une nouvelle prothèse « Ultrapro » fixée sur la face antérieure du vagin par 4 points d'éthibon 3/0.

L'ouverture du péritoine pariétal postérieur en regard du promontoire avait permis de visualiser une surface réduite du ligament vertébral commun antérieur et cette nouvelle prothèse avait été fixée par un point d'Ethibon 0 passé à travers le ligament et l'extrémité de la prothèse de mersuture fixée au promontoire permettant ainsi la correction de l'hystéroptose. La péritonisation était réalisée avec un surjet au vicryl 2/0 et par des points en «X» au PDS 2/0 permettant de sous-péritoniser la prothèse.

En fin d'intervention, une cure d'incontinence urinaire d'effort était réalisée par la mise en place d'une prothèse « Monarc » par voie trans-obturatrice antérieure de dehors en dedans.

Les suites opératoires étaient simples sans récurrence jusqu'à la troisième année du suivi.

Patiente n°2

Il s'agit d'une patiente de 38 ans, ayant eu 3 accouchements par voie basse et ayant bénéficié en novembre 2003 d'une promontofixation par voie coelioscopique pour prolapsus génital (C0 H3 R0). Elle avait présenté, après un délai d'un an et demi, une récurrence sous forme d'une hystéroptose de Stade 2 et une cystocèle de stade 1 confirmée au colpocystogramme. Une reprise par voie coelioscopique avait été décidée.

L'exploration avait permis de constater que la bandelette postérieure, libre dans le douglas, s'était désinsérée sur une large surface de la face postérieure du vagin où elle avait été fixée par des agrafes. Les 2 bandelettes semblaient d'autre part être fixées de façon lâche au niveau du promontoire avec des agrafes également.

Nous avons disséqué et libéré toute la bandelette postérieure du vagin postérieur et nous l'avions sectionnée ensuite en regard du ligament utérosacré droit où elle devenait sous péritonéale. Nous avons repris le clivage recto vaginal avec mise en place d'une bandelette « Ultrapro » fixée sur la face postérieure du vagin par 4 points d'éthibon 3/0 et par un pont d'éthibon 3/0 à l'extrémité distale de la bandelette postérieure qui était restée en place en sous-péritonéal.

Le péritoine pariétal postérieur en regard du promontoire avait été ensuite incisé. La bandelette à ce niveau avait été retirée pour exposer le ligament vertébral commun antérieur sur laquelle nous avons refixé la bandelette par un point d'éthibon 0.

L'ouverture du péritoine du cul de sac vésico-utérin avait permis de constater que la bandelette antérieure était fixée correctement sur la face antérieure du vagin. Nous avons complété cette fixation à la face antérieure de l'isthme par un point d'éthibon 2/0. Nous avons ensuite raccourci cette bandelette antérieure en la sectionnant sur 1,5 cm en arrière de la face postérieure du ligament large droit. Le rapprochement des 2 extrémités par un point d'éthibon 2/0 avait permis d'obtenir une tension plus importante sur la bandelette antérieure.

Une repéritonisation du cul-de sac de Douglas, du péritoine pariétal postérieur et du cul de sac vésico-utérin par du PDS 2/0 avait été effectuée.

En raison d'un allongement hypertrophique du col avec museau de tanche développé sur la lèvre antérieure, nous avons effectué une résection de la partie proéminente de la lèvre antérieure et de la lèvre postérieure à l'anse diathermique.

Les suites opératoires sont simples après un suivi de 4 ans avec un résultat anatomique satisfaisant selon la classification POP-Q (Aa : -3, Ba : -3, Ap : -3, Bp : -3).

Patiente n°3

Il s'agissait d'une patiente de 53 ans, aux antécédents de deux accouchements par voie basse, ayant bénéficié en septembre 2006 d'une promontofixation par voie coelioscopique pour prolapsus génital (C4 H3 R2) qui avait récidivé six mois plus tard sous forme d'une cystocèle de grade III et une hystéroptose de grade II. Une reprise par voie coelioscopique avait été décidée associée à une hystérectomie subtotale. L'exploration visualisait des adhérences vélamenteuses de l'annexe droite et du promontoire. Les deux bandelettes étaient solidement fixées au promontoire. Nous avons disséqué la bandelette antérieure après incision du péritoine au niveau cul de sac vésico-utérin permettant d'objectiver une latéralisation complète de la bandelette la rendant tout à fait inefficace. Le décollement vésico-vaginal avait été poursuivi jusqu'au repère du ballonnet de la sonde vésicale libérant une très large surface correspondant à la volumineuse cystocèle.

Après avoir effectué une hystérectomie subtotale, une nouvelle prothèse « Ultrapro » était fixée à la paroi vaginale antérieure et sur l'isthme à l'aide de 8 points d'éthibon 3/0 et son extrémité libre était solidarisée par un point l'éthibon 0 à l'extrémité distale de la première prothèse laissée en place et fixée au promontoire. Une repéritonisation antérieure et postérieure avait été effectuée afin

d'enfourer la prothèse.

Les suites sont simples après 3 années de suivi avec un résultat anatomique satisfaisant selon la classification POPQ (Aa : 3, Ba : 0, Ap : 2 et Bp : -2).

Patiente n°4

Patient de 53 ans, aux antécédents de 3 accouchements par voie basse ayant eu en mars 2005 une promontofixation par voie coelioscopique pour prolapsus génital avec principalement une hystéroptose stade 3. Elle avait présenté 7 mois plus tard une récurrence avec une hystéroptose de degré 2 provoquant une gêne et confirmée au colpocystogramme. La décision d'une reprise par voie coelioscopique avait été décidée avec décision d'une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale.

L'exploration retrouvait des adhérences péritonéales, sigmoïdiennes et annexielles droites avec des bandelettes bien en place et bien fixées à la fois sur les parois vaginales et sur le promontoire.

Nous avons effectué une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale. Ensuite nous avons procédé à l'ouverture du péritoine pariétal postérieur à quelques cm sous le promontoire puis à la dissection des deux bandelettes sur une longueur de 2 cm. Une plicature de celles-ci maintenues avec un point au fil éthibon 0 avait permis de remettre les bandelettes sous tension afin de corriger le prolapsus génital.

Les suites opératoires sont simples après 4 ans avec un résultat anatomique satisfaisant selon la classification POPQ (Aa : -3, Ba : -3, Ap : -3, Bp : -3)

COMMENTAIRES

La promontofixation coelioscopique fournit de bons taux de succès équivalents à ceux obtenus par laparotomie. Il s'agit d'une technique que nous proposons pour le traitement des prolapsus génitaux chez les femmes de moins de 65 ans. Les récurrences ne sont cependant pas exceptionnelles. Les données de la littérature confirment, d'une part, que les taux de dyspareunie et de récurrences sont plus faibles avec la promontofixation qu'avec la chirurgie par voie vaginale et d'autre part, que la voie coelioscopique était moins pourvoyeuse de complications per et postopératoires que la voie classique par laparotomie (8% versus 35 % de complications) [4, 5, 6]. Pendant que Cheret [4] et Agarawala [7] ne rapportaient aucun cas de récurrences dans leur série, Clahout [6] et Sarlos [8] faisaient état de dix (7,5 %) et huit (7%) cas de récurrences dans leur série respective.

A notre connaissance, il n'existe pas de publication rapportée concernant l'attitude chirurgicale à adopter en cas de récurrence de prolapsus après promontofixation coelioscopique. Nous rapportons ainsi quatre cas de reprise chirurgicale par voie coelioscopique. Cette faible proportion traduit simplement l'efficacité de cette technique qui demeure être le « Gold standard » dans la prise en charge chirurgicale des prolapsus génitaux comme rapporté par d'autres auteurs.

Le délai relativement court (6 mois et 1 an) de la survenue de la récurrence à un stade clinique nécessitant une indication opératoire fait suspecter un défaut technique ou une correction insuffisante du prolapsus au moment même de l'intervention.

L'analyse de ces quatre cas a permis de définir les facteurs prédisposant à la récurrence :

- L'utilisation d'agrafes pour la fixation des bandelettes au niveau du vagin ou du promontoire (Patiente n°2) qui semble moins fiable que la fixation à l'aide de fils ;
- L'absence de fixation de la bandelette antérieure au niveau du col ou de l'isthme utérin chez trois de nos patientes (n°2, 3 et 4). La récurrence de l'hystéropiose observée chez les quatre patientes pourrait être la conséquence de cette absence de fixation ;
- Une péritonisation insuffisante responsable de la migration de la bandelette dans la cavité péritonéale (Patiente n°1) entraînant une diminution de tension exercée sur la bandelette ;
- Une fixation insuffisante des bandelettes sur les parois vaginales antérieures et postérieures (Patiente n°1 et 3) ;
- Une insuffisance de tension appliquée sur les prothèses lors de leur fixation au niveau du promontoire (Patiente n°4), imposant un contrôle rigoureux et satisfaisant par voie vaginale lors de la fixation des bandelettes sur le promontoire d'autant que le mécanisme principal de la récurrence passe par une tension insuffisante sur ses bandelettes prothétiques.

Pour nos quatre patientes, la récurrence du prolapsus avait surtout concerné l'étage moyen avec deux hystéropioses de stade II et deux de stade III, contrairement aux observations de Claerhout [6] qui rapportait que le compartiment postérieur était plus vulnérable au risque de récurrences. Nous pensons ainsi que le poids utérin semble avoir un rôle majeur dans la survenue de ses récurrences et l'association d'une hystérectomie subtotale nous paraît nécessaire en cas de réintervention.

La prévention de ses récurrences passerait par :

- Une large dissection et une bonne exposition de la

face antérieure du vagin de façon à poser une prothèse fixée par au moins 4 points sur la paroi vaginale et un ou deux points sur le col ou l'isthme ;

- un contrôle par voie vaginale de l'efficacité de la correction de la cystocèle en peropératoire. En effet, avant de fixer la bandelette antérieure au promontoire, il faut mettre en tension celle-ci jusqu'à la correction de la cystocèle vérifiée par voie basse ;

- l'utilisation de fils pour la fixation des bandelettes sur le ligament vertébral commun antérieur, sur les parois vaginales mais également sur le col ou l'isthme utérin en cas de conservation utérine ;

- une péritonisation parfaite des deux prothèses.

Les résultats opératoires étaient satisfaisants sur le plan anatomique et fonctionnel chez trois patientes après un suivi régulier d'au moins 1 an. Par contre chez la patiente n° 1 une hystéropiose est survenue au 9^{ème} mois de suivi et serait en rapport avec une mauvaise fixation de la bandelette au promontoire. Il est cependant difficile de conclure à propos de quatre cas et les résultats qui semblent satisfaisants sur trois cas demandent à être confirmés sur une plus grande série.

CONCLUSION

En fonction des particularités techniques lors de la première intervention, il nous semble possible de réopérer ses patientes par la même voie coelioscopique d'autant que les insuffisances techniques sont les principales causes de ses récurrences traduisant ainsi l'importance de l'expérience de l'opérateur. Nous avons aussi tendance à y associer une hystérectomie subtotale qui permettrait en plus de régler plus efficacement la tension à exercer sur les bandelettes.

RÉFÉRENCES

1. Maher C, Baessler K, Glazener CM, Hagen S. Surgical management of organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2007 ; CD004014
2. Haguier 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.
3. Scali P, Blondon J, Bethoux A, Gerard M. Les opérations de soutènement-suspension par voie haute dans le traitement des prolapsus vaginaux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1974 ;3: 365-78.
4. Cheret A, Von Theobald P, Lucas J, Dreyfus M. Faisabilité de la promontofixation par voie coelioscopique, Série prospective de 44 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2001 ; 30 : 139-143.
5. Hsiao KC, Latchamsetty K, Kosowski P, Kobashi

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

6. Claerhout F, De Ridder D, Roovers JP, Rommens H. Medium-term anatomic and functional results of laparoscopic sacrocolpopexy beyond the learning curve. *Eur Urol.* 2009 Jun; 55(6):1459-67. Epub 2008 Dec 17.

7. Agarwala N, Hasiak N, Shade M. Laparoscopic sacral colpopexy with Gynemesh as graft material experience and results. *J. Minim. Invasive*

Gynecol. 2007; 14: 712 8.

8. Sarlos D, Brandner S, Kots L, Gyax N. Laparoscopic sacrocolpopexy for uterine and posthysterectomy prolapse : anatomical results ,quality of life and perioperative outcome a prospective study with 101 cases.

Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct 2008; 19: 1415 22.