

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 7 ■ N° 18 (2012)



(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

Épidémiologie des agressions sexuelles sur mineur à Dakar.

Soumah MM, Bah H, Ndiaye M, Savy DF, Dia SA, Gaye Fall MC, Sow ML.....1 - 8

Le Misoprostol par voie rectale dans les hémorragies de La délivrance. Une étude préliminaire.

Leno DWA, Sy T, Soumah AFM, Camara MK, Thera R, Keita N.....9 - 12

Indications et pronostic de la césarienne chez les patientes séropositives au VIH dans le service de gynécologie obstétrique du CHUGabriel Toure entre 2003 et 2009

Traore Y, Traore Dicko F, Teguede I, Mounkoro N, Togo A, Djire MY, Sissoko A, Diallo A, Bagayoko MA, Dolo T, Dolo A.....13 - 18

Épidémiologie et caractéristiques cliniques de la ménopause à Cotonou

Epidemiology and clinical characteristics of menopause in Cotonou

Alihonou E, Denakpo J, Adisso S, Teguede I, Amoussou M.....19 - 25

Dépistage des lésions précancéreuses et des cancers infra cliniques du col de l'utérus dans les hôpitaux CHU de Cotonou au Bénin : apport de la coloscopie

Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Hounkpatin B, Dassoundo UHA, Lokossou A, De Souza J, Perrin RX.....26 - 29

Analyse de l'impact de l'introduction du traitement antirétroviral sur l'offre de Soins maternels et infantiles dans le district sanitaire de Nouna (Burkina Faso).

Traore / Millogo FD, Sie A, Soro M.....30 - 36

Evaluation de la prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus au CHU de Yopougon (Abidjan)

Seni K, Horo A, Diakite M, Quenum G, Fanny M.....37 - 41

La procidence du cordon ombilical au CHU de Cocody : épidémiologie et pronostic fœtal

Koffi A, Nigue L, Serdouma E, Gondo D, N'guessan KLP, Abauleth R, Boni S.....42 - 46

Chirurgie des prolapsus génitaux au centre hospitalier universitaire

Souro Sanou de Bobo-Dioulasso

Somé DA, Ouattara S, Rurangwa A, Sioho N, Bambara M, Dao B.....47 - 52

Facteurs de risque et pronostic de la rupture prématurée des membranes dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

Thera T, Teguede I, Traore Y, Kouma A, Cisse K, Traore M.....53 - 56

CAS CLINIQUE

(CASE REPORT)

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Child sexual abuse epidemiology in Dakar.

Soumah MM, Bah H, Ndiaye M, Savy DF, Dia SA, Gaye Fall MC, Sow ML.....1 - 8

Rectal administration of misoprostol for delivery-induced hemorrhage: a preliminary study

Leno DWA, Sy T, Soumah AFM, Camara MK, Thera R, Keita N.....9 - 12

Indications and prognosis of caesarean section among HIVinfected patients in gynecology and obstetrics service of Gabriel Toure teaching hospital between 2003 to 2009

Traore Y, Traore Dicko F, Teguede I, Mounkoro N, Togo A³, Djire MY, Sissoko A, Diallo A, Bagayoko MA, Dolo T, Dolo A.....13 - 18

Epidemiology and clinical characteristics of menopause in cotonou

Alihonou E, Denakpo J, Adisso S, Teguede I, Amoussou M.....19 - 25

Tracking of the lesions meadow cancerous and of the cancers infra clinics of the collar of the uterus in the hospitals (chu) from cotonou in benin: contribution of the colposcopy

Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Hounkpatin B, Dassoundo UHA, Lokossou A, De Souza J, Perrin RX.....26 - 29

Analyse de l'impact de l'introduction du traitement antirétroviral sur l'offre de soins maternels et infantiles dans le district sanitaire de Nouna (Burkina Faso).

Traore / Millogo FD, Sie A, Soro M.....30 - 36

Evaluation de la prise en charge du cancer invasif du col de l'uterus au CHU de Yopougon (Abidjan)

Seni K, Horo A, Diakite M, Quenum G, Fanny M.....37 - 41

The umbilical prolapse cord at cocody hospital: epidemiology and fetal prognosis

Koffi A, Nigue L, Serdouma E, Gondo D, N'guessan KLP, Abauleth R, Boni S.....42 - 46

Genital prolapse surgery in teaching university hospital Souro Sanou of Bobo-dioulasso

Somé DA, Ouattara S, Rurangwa A, Sioho N, Bambara M, Dao B.....47 - 52

Risk factors and prognosis of premature rupture of membranes in the gynecology - obstetrics service of the reference health center of Bamako district V.

Thera T, Teguede I, Traore Y, Kouma A, Cisse K, Traore M.....53 - 56

CASE REPORT

CHIRURGIE DES PROLAPSUS GENITAUX AU CENTRE HOPITALIER UNIVERSITAIRE SOURO SANOU DE BOBO-DIOULASSO

GENITAL PROLAPSE SURGERY IN TEACHING UNIVERSITY HOSPITAL SOURO SANOU OF BOBO-DIOULASSO

SOMÉ DA^{1,2}, OUATTARA S^{1,2}, RURANGWA A¹, SIOHO N¹, BAMBARA M^{1,3}, DAO B^{4,5}

¹Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction, CHU-SS Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

²Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA), Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso, (UPB), Burkina Faso

³Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), Université de Ouagadougou, Burkina Faso

Correspondance s: Dr Somé Der Adolphe DGOMR/CHUSS 01BP 676 Bobo-Dioulasso 01, Burkina Faso Email : adolphesomeder@yahoo.fr Tél : (00226) 20 97 40 05 / 70 34 00 00

RESUME

Objectif Analyser les prolapsus génitaux opérés au CHUSS.

Patientes et méthodes : C'est une étude prospective descriptive menée du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2006 au service de gynécologie du CHUSS de Bobo-Dioulasso. Elle concernait 39 patientes opérées pour prolapsus génital. Elles ont été revues à 6 semaines, 3 mois et 6 mois post opératoires. Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux à l'aide d'un questionnaire écrit et analysées avec logiciel Epi Info 2002.

Résultats : A la période d'étude, 91 patientes avaient consulté pour prolapsus génital (PG) dont 39 (42,86%) ont pu être opérées. L'âge moyen était 43 ans, la parité moyenne égale à 6 pour 73,3% des patientes et 42,2% des opérées étaient ménopausées. Chez les 39 opérées, 84 types prolapsus ont été diagnostiqués. Les lésions étaient associées (77%) et intéressaient les 3 étages dans 49% des cas. La cystocèle existait dans 79,48% des cas, suivie de la rectocèle (71,8%) ; La moitié des PG isolés étaient des hystérocèles. Deux tiers des interventions concernaient les prolapsus de degré 4. Six techniques opératoires ont été répertoriées, la plus fréquente était la triple opération périnéale (51,28%). Les complications per opératoires (15,38%) étaient une plaie vésicale, 2 plaies rectales et trois cas d'hémorragies. En postopératoire immédiat, sont survenues deux rétentions aiguës d'urine (5,12%). Nous avons noté 7 récurrences à 6 mois de suivi postopératoire (15,38%) dont 6 cystocèles apparues dès 6 semaines.

Conclusion : Il convient d'harmoniser les techniques opératoires au sein du service pour chaque type de prolapsus génital..

Mots clé : Prolapsus génital ; hystérectomie ; périnéomyorrhaphie ; complications, CHUSS

ABSTRACT

Aim : To analyse genital prolapses operated in the Teaching University Hospital Souro Sanou (TUH-SS).

Patients and methods: We led a prospective and descriptive study from April the 1st 2005 to March 31st 2009 in the department of gynaecology of the Teaching University Hospital Souro Sanou of Bobo-Dioulasso. This study concerned 39 patients operated for genital prolapse. They were invited to get a medical consultation six weeks, three months and six months after the operation. Data were collected from the medical files with a questionnaire. We did the analysis with software Epi Info 2002.

Results : During this study, 91 patients consulted for genital prolapsed (GP) and 39 (42.86%) of them have been operated. The average of ages was 43 years, the average of parity 6 for 73.3% of patients and 42.2% were menopause women. Among these 39 patients, 84 types of prolapses were diagnosed. Lesions were associated (77%) and the 3 types of prolapses existed together in 49% of cases. The cystocele existed in

79.48% of cases, followed by the rectocele (71.8%) were more frequently seen. The half of isolated GP were hysterocèles. Two third of the interventions concerned prolapses of fourth degree. Six sort of operating techniques were used. The triple perineal operation were more frequently used (51.28%). Per operative complications (15.38%) were one case of bladder's wound, two cases of rectum's wound and three cases of haemorrhage. Post-operative complications were two cases of urine retention (5.12%). Recurrence concerned 7 cases, 6 months after the operation (15.38%). 6 of them were cystoceles appeared since the follow-up at 6 weeks.

Conclusion : It is necessary to harmonize the GP operative techniques in our department.

Key words : Genital prolapse ; hysterectomy ; complications, CHUSS.

INTRODUCTION

Le prolapsus génital (PG) est une entité anatomoclinique qui correspond à la défaillance des systèmes de suspension et de soutènement des organes pelviens [1]. C'est une saillie plus ou moins importante des parois vaginales doublées d'un ou de plusieurs organes pelviens. Elle peut être permanente ou n'apparaître qu'à l'effort. Elle intéresse tout ou une partie des parois vaginales doublées du rectum, de la vessie, des culs de sacs péritonéaux adjacents ainsi que du fond vaginal solidaire du col utérin. L'âge avancé, le travail prolongé, la macrosomie fœtale sont décrits comme facteurs de risque [2].

Au Burkina Faso, la prévalence des PG est mal connue. Mais les informations disponibles dans notre hôpital indiquent que la proportion des consultations pour PG va croissant : de 1995 à 1996, 19,89% des hystérectomies réalisées étaient des cas de prolapsus [3]. Ce taux était 37% en 2005 selon les statistiques du service. Sur 431 patientes opérées en 2005 pour pathologies gynécologiques programmées, les PG représentaient 9%.

Le traitement chirurgical de ces affections fait appel à de nombreuses techniques. Elles varient selon les habitudes du chirurgien, le tableau clinique ou l'âge de la patiente. Cette étude descriptive a pour but de connaître la prise en charge chirurgicale des PG dans le service afin d'améliorer les pratiques des chirurgiens.

OBJECTIFS

Les objectifs de notre étude étaient de : 1) décrire les types de prolapsus opérés au Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou (CHUSS), 2) répertorier les indications et les techniques opératoires, 3) analyser les complications opératoires.

PATIENTES ET METHODES

Nous avons mené une étude prospective descriptive sur 18 mois, du 1^{er} avril 2005 au 30 septembre 2006.

Les données ont été collectées par nous-même au service de gynécologie CHUSS de Bobo-Dioulasso. La population d'étude était les femmes vues en consultation ambulatoire. Nous avons inclus toutes celles chez qui le diagnostic d'un prolapsus génital (PG) a été posé et qui ont ensuite été opérées pour cette raison au service de gynécologie du CHUSS au cours des 12 premiers mois de la période de l'étude. Chaque patiente a donné un consentement verbal libre et éclairé pour participer à l'étude. La veille de l'opération, elle était réexaminée par l'enquêteur.

Nous avons exclu les patientes initialement programmées et que nous avons examinées, mais qui n'ont plus été opérées. Aussi les femmes enceintes et les patientes opérées ailleurs que dans notre service n'ont pas été incluses.

Nous avons inclus systématiquement toutes les patientes opérées pour PG au cours de la 1^{ère} année de l'étude. Elles étaient au total 39.

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête validée par un pré-test. Cette enquête préalable, nous a permis d'inviter les opérateurs à rédiger lisiblement et le plus exhaustivement possible les comptes rendus des interventions pour PG. En plus des résultats des examens cliniques, des données complémentaires ont été recueillies à partir des comptes rendus opératoires. Pendant leur séjour hospitalier, les opérées ont été examinées deux fois par jour par l'enquêteur. A leur sortie, un rendez-vous leur était donné pour un examen clinique à la 6^{ème} semaine, au 3^{ème} et au 6^{ème} mois postopératoires.

Les variables recherchées à l'interrogatoire, furent surtout l'âge et les antécédents obstétricaux. L'examen clinique pré opératoire précisait le type et le degré du prolapsus et l'indication opératoire. La technique opératoire, les incidents et complications per opératoires, étaient ensuite recueillis dès la fin de chaque intervention à partir du compte rendu opératoire. Les examens cliniques après l'intervention recherchaient des complications locales : il s'agissait des infections, des lâchages de

fil de sutures, de la rétention d'urines, de la récurrence du prolapsus et du confort ressenti par la femme.

Lors des visites de contrôle à partir de la 6^{ème} semaine, l'intervention était considérée comme réalisée avec succès s'il n'existait aucune de ces complications locales. Nous avons saisi et classé les données puis calculé les pourcentages grâce au logiciel Epi Info 2002.

RESULTATS

1- Facteurs sociodémographiques

Les femmes souffrant de prolapsus génitaux (91) représentaient 4,21% des 2160 patientes vues en consultation gynécologique ambulatoire pendant les 12 premiers mois de l'étude. Parmi ces 91 femmes, 39 (42,86%) ont donc été opérées, ce qui représente 10,15 % des 384 interventions gynécologiques programmées. L'âge moyen des femmes était 43 ans (extrêmes de 24 et 70 ans). La parité moyenne était 6 et 42,2% étaient ménopausées.

2- Diagnostic

Les types et degré des prolapsus génitaux :

Chez les 39 patientes, 84 prolapsus ont été diagnostiqués, la cystocèle était la plus fréquente (tableau I).

Atteintes des étages

Seules 22,6% des femmes présentaient un

Tableau I : Répartition des cas de prolapsus génitaux opérés selon le type et le degré

DEGRE	TYPE			TOTAL
	HYSTEROCELES (n=39)	RECTOCELES (n=39)	CYSTOCELES (n=39)	
2	1(2,56%)	5(12,82%)	2(5,12%)	8 (9,50%)
3	4(10,25%)	21(53,84%)	14(35,90%)	39(46,40%)
4	20(51,28%)	2(5,12%)	15(38,38%)	37(44,10%)
TOTAL	25(64,10%)	28(71,8%)	31(79,48%)	84(100%)

prolapsus isolé. Dans les formes associées, les trois étages étaient plus fréquemment concernés (tableau II).

3- Les indications et les techniques opératoires

Selon le diagnostic et l'âge de la patiente, six

Tableau II: Répartition des prolapsus selon le mode d'association (n = 39)

PROLAPSUS	POURCENTAGES
Cystocèle+Rectocèle+Hystéroceèle	48,9
Cystocèle+Rectocèle	15,2
Hystéroceèle	11,1
Cystocèle+Hystéroceèle	8,9
Cystocèle	8,9
Rectocèle+Hystéroceèle	4,4
Rectocèle	2,6
TOTAL	100

techniques opératoires ont été répertoriées. La voie vaginale a été la plus utilisée, 89,74% (tableau III).

4- Les Complications

Complications per opératoires et post opératoires avant 6 semaines.

Six complications per-opératoires ont été déplorées soit 15,38%. Ce fut une plaie vésicale (2,56%), deux plaies rectales (5,12%) et trois cas d'hémorragies ayant nécessité une transfusion sanguine (7,7%). Les complications postopératoires immédiates se résument à 2 cas de rétentions aiguës d'urines (5,12%).

Complications de 6 semaines à 6 mois après l'intervention

Le nombre de femmes ayant répondu aux visites de contrôle a progressivement diminué. Elles étaient 25 sur les 39 (64,10%) à la visite à 6 semaines, 18(46,15%) à la visite à 3 mois et 5(13%) à la visite à 6 mois. Au cours de ces trois rendez-vous, dix femmes (25,64%) ont présenté des complications. Sept avaient des récurrences de cystocèles dès la visite à la sixième semaine. Parmi elles, six ont été revues à trois mois, et trois étaient revenues à six mois. Pour l'opération de Manchester, deux récurrences ont été observées à la visite du sixième moi

Tableau III : Techniques opératoires en fonction du diagnostic et de l'âge moyen des patientes

TECHNIQUES OPERATOIRES	INDICATIONS		
	Diagnostic	Âges moyens (ans)	n (%)
Triple opération périnéale	2 à 3 prolapsus génitaux, degré 3, 4	52,8	20(51,28)
Opération de Manchester	Hystérocèle degré 3	38,8	6(15,4)
Périnéomyorraphie (PM) postérieure ou PM antérieure	Rectocèles isolées ou Cystocèles isolées	38,8	5(12,8)
Promontofixation	2 ou 3 prolapsus génitaux associés	31,5	2(5,13)
Hystérectomie par voie haute	Hystérocèles degré 3 ou 4	55,5	2(5,13)
Hystérectomie par voie basse	Hystérocèles isolées 2 prolapsus associés	48	4(10,26)

DISCUSSION

Chez les 39 patientes, nous avons répertorié 84 variétés de prolapsus dont 77,9% étaient des lésions associées. L'étage antérieur était concerné dans 79,48%. Ceci corrobore le fait que c'est cet étage qui est le plus souvent atteint [4]. Ces lésions observées dans notre série sont de degré avancé et le traitement chirurgical nous apparaît être la meilleure option. Cependant, 9,42% de nos prolapsus génitaux (PG) opérés étaient de 2^{ème} degré. Cette option semble se justifier dès lors que coexistent deux à trois PG, même s'ils sont tous de 2^{ème} degré. Ce choix thérapeutique expliquerait que notre taux (9,42%) soit plus faible que les 68,6% rapportés par Ugboma et coll au Nigéria [5].

La voie vaginale a été la principale voie d'abord chirurgicale dans notre série avec un taux égal à 89,74%. Cette voie comporte plus d'avantages que la voie abdominale [6,7].

Elle a permis surtout de réaliser la triple opération périnéale (TOP) dans notre série. C'est une

intervention radicale pratiquée exclusivement chez les ménopausées ou bien chez les femmes multipares ne désirant plus de grossesse. Malheureusement, 15,39% de patientes âgées de 48 ans et plus dans notre échantillon, ont bénéficié exclusivement d'une hystérectomie. Certes les techniques opératoires en chirurgie vaginale sont nombreuses, mais pour ces femmes, une TOP nous paraît être la mieux indiquée. L'opération de Manchester vient en deuxième position avec 15,4% de femmes traitées. Elle vise à préserver la fécondité et comporte trois temps opératoires [8]. C'est une technique pratiquée dans notre service depuis seulement 2004. Elle mérite d'être évaluée après un recul suffisant.

Quant à la périnéomyorraphie postérieure (PMP) et la périnéorraphie antérieure toutes deux réalisées seules, elles ont été pratiquées pour des cystocèles ou rectocèles isolées chez patientes (12,8%). *Le plancher pelvien étant un tout, il vaut mieux toujours associer une PMP à une périnéorraphie antérieure et vice versa, ce qui n'a pas été le cas chez 3 opérées.*

La voie d'abord abdominale a permis de pratiquer une promontofixation ou une hystérectomie. La promontofixation est une technique qui a fait ses preuves avec un taux de guérison de 88% à 97% et un risque important d'hémorragie [9,10]. Ses indications sont identiques à celles de l'opération de Manchester [8]. Dans notre série, le montage a été fait à l'aide d'un fil non résorbable, ce qui est obsolète de nos jours [9]. De plus, 25% des cas des promontofixations sans PMP récidiveraient après un an de recul selon Guiahi et Coll [11]. Enfin, cette intervention a un temps opératoire et une durée d'hospitalisation longs avec un coût de l'opération plus cher [12]. Dans notre contexte, l'opération de Manchester pourrait être une bonne alternative à la promontofixation, à condition qu'elle soit bien maîtrisée et standardisée. L'hystérectomie par voie haute (HVH) pour traiter une hystérocèle est une indication inappropriée. Elle ne permet aucun geste pour soutenir la vessie et/ou le rectum. Malheureusement 5,13% de nos patientes ont été traitées par HVH. Le risque de récurrence est élevé; il est huit fois plus élevé chez ces femmes hystérectomisées par voie haute par rapport à celles opérées par voie basse [13].

Nous déplorons 15,38% de complications per opératoires au cours de cette étude; dans la moitié des cas, il s'agit d'hémorragies ayant nécessité une transfusion. Les hémorragies sont une complication à redouter surtout en cas de périnéomyorraphie postérieure (PMP) [12]. Bien que la proportion des femmes transfusées dans notre étude soit inférieure à celle de Menard et Coll [14], nous pensons qu'elle pouvait être réduite. Dia et Dieng en 2001 au Sénégal [6] n'ont rapporté qu'un taux égal à 2,77%. Il faut noter également que dans notre série, la moitié de l'échantillon a bénéficié d'une triple opération périnéale. Le dernier temps de cette opération est la périnéomyorraphie postérieure. Nos opérées pourraient avoir plus saigné au cours de ce temps opératoire. Les lésions vésicales per opératoires sont par contre quatre fois plus fréquentes chez ces auteurs [6,14] que dans notre expérience.

Les complications postopératoires immédiates sont rares dans notre série. Elles se limitent à deux cas de rétentions aiguës d'urines (5,12%) qui sont des complications mineures et passagères. Elles ont été jugulées avec succès par les sondages vésicaux.

Pour les visites de suivis, toutes les opérées ne sont pas revenues malgré leur acceptation libre à participer à l'étude. On est passé de 25 femmes (64,10%) à la visite de la 6^{ème} semaine à 18(46,15%)

à la 2^{ème} visite (3^{ème} mois) pour n'avoir que 5 patientes (13%) à la visite au 6^{ème} mois. Ce taux élevé de déperdition ne paraît pas surprenant [15]. Malheureusement, il limite l'interprétation de nos résultats. Cependant nous trouvons, comme Marana & Andrade [16], que la récurrence de cystocèle est la complication la plus fréquente. Ces récurrences se voient plutôt lors des corrections de cystocèles isolées de grade 3 ou 4 par la seule colporraphie antérieure [17]. Les TOP récidivent donc moins que les autres techniques utilisées, exceptée la voie abdominale [12]. Mais dans notre série, c'est la triple opération périnéale (TOP) qui était la principale pourvoyeuse de ces récurrences. Ceci s'expliquerait par les antécédents d'accouchements par voie basse [5, 13,18-21], mais aussi par le degré élevé des prolapsus opérés et l'âge moins avancé de nos patientes [13,22]. En effet, 90,5% des PG opérés dans notre série étaient de degrés 3 ou 4 et de parité moyenne égale à 6 chez des femmes relativement jeunes (âge moyen 43 ans).

CONCLUSION

Le type de prolapsus génital le plus fréquent au CHU Sourou Sanou est la cystocèle. Les formes isolées sont rares. Le traitement chirurgical est systématique pour les prolapsus de degrés 3 ou 4. Mais les techniques opératoires sont parfois inappropriées devant un même tableau clinique. Les principales complications survenues sont des plaies vésicales et des récurrences de cystocèles dès la 6^{ème} semaine postopératoire. Un protocole de techniques chirurgicales tenant compte des degrés, nombre et type des prolapsus permettrait d'améliorer nos pratiques.

REFERENCES

1. Lansac J, Lecomte P. Gynécologie pour le praticien. 5^{ème} Ed Masson ; 1999; p.118
2. Handa VL, Harris TA, Ostergard DR. Protecting the pelvic floor : obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obst Gyn* 1996; 88(3): 470-8.
3. Dao B, Bambara M. Hysterectomies in tropical zones: experience of one African maternal health service. 41 cases in Burkina Faso. *Tunis Med.* 2001; 79(1): 47-50.
4. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 ; 186(6): 1160-1166.
5. Ugboma HA, Okpami AO, Anya SE. Genital

- Prolapse in Port Harcourt. Niger J Med. 2004; 13(2): 124-9.
6. Dia A, Dieng M. Vaginal hysterectomy for hysterocele (report of 36 cases). Dakar Med. 2001; 46(2): 144-147.
 7. Roovers JP, Van der Vaart CH. A randomised controlled trial comparing abdominal and vaginal prolapse surgery: effects on urogenital function. BJOG. 2004; 111(1): 50-6.
 8. Barrat J, Pigne A, Marpeau L. Le prolapsus génital et son traitement. Paris. Ed Masson 1990 : 117.
 9. Thakar R, Stanton S. Management of genital prolapse. Br Med J 2002; 324: 1258-1262.
 10. Jackson S, Smith P. Fortnightly review: Diagnosing and managing genitourinary. Prolapses. Br Med J 1997; 314:875-880.
 11. Guiahi M, Kenton K, Brubaker L. Sacrocolpopexy without concomitant posterior repair improves posterior compartment defects. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008; 19(9): 1267-70.
 12. Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: a short version Cochrane. Neurourol Urodyn. 2008; 27(1):3-12.
 13. Dällenbach P, Kaelin-Gambirasio I, Dubuisson JB, Boulvain M. Risk factors for pelvic organ prolapse repair after hysterectomy. Obstet Gynecol. 2007; 110(3):625-32.
 14. Menard JP, Mulfinger C, Estrade JP, Agostini A, Blanc B. Pelvic organ prolapse surgery in women aged more than 70 years: a literature review. Gynecol Obstet Fertil. 2008; 36(1):67-73..
 15. Schaaf JM, Dongol A, Van der Leeuw-Harmsen L. Follow-up of prolapse surgery in rural Nepal. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008 Jun; 19(6): 851-855.
 16. Marana HR, Andrade JM. Vaginal hysterectomy for correcting genital prolapse. Long-term evaluation. J Reprod Med 1999; 44(6): 529-34.
 17. Silvio Almeida, Emerson G. Use of cadaveric fascia lata to correct grade 4 cystocele; International Braz J Urol. 2003; 29(1): 48-52.
 18. Erata YE, Kilic B. Risk factors for pelvic surgery. Arch Gynecol Obstet. 2002; 267(1): 14-8.
 19. Handa VL, Harvey L, Cundiff GW. Perioperative complications of surgery for genital prolapse: does concomitant anti-incontinence surgery increase complications. Urology. 2005;