



Pan African Urological Surgeons' Association

African Journal of Urology

www.ees.elsevier.com/afju
www.sciencedirect.com



Original article

Indications de l'abord vaginal en chirurgie urologique: à propos de 30 cas



I. Diabaté*, I. Sow, A. Bâ, V. Fall

Service d'urologie du Centre Hospitalier Régional Amadou Sakhir Mbaye de Louga, Sénégal

Reçu le 16 mai 2014; reçu sous la forme révisée le 30 septembre 2014; accepté le 18 novembre 2014

MOTS CLÉS

Prolapsus génital;
Fistule vésico-vaginale;
Incontinence urinaire;
Chirurgie urologique;
Chirurgie vaginale

Résumé

Buts: Présenter les variables épidémiologiques des patientes qui ont été opérées par voie vaginale, présenter les pathologies en cause et leur prise en charge.

Patientes et méthodes: Etude rétrospective portant sur les patientes opérées par voie vaginale entre novembre 2005 et novembre 2010 au Centre Hospitalier Régional de Louga pour des pathologies du bas appareil urogénital. Les renseignements concernant l'épidémiologie, les pathologies, le type d'intervention, les complications et résultats ont été obtenus de l'exploitation des dossiers.

Résultats: Trente (30) patientes étaient concernées par cette étude dont une opérée à deux reprises. L'âge moyen était de 42,17 ans (extrêmes de 20 ans à 70 ans) avec un écart type de 15,06. La parité moyenne était de 4,06 (extrêmes de 1 à 10). Il a été noté 22 cas de prolapsus génito-urinaire (PGU) tous extériorisés, 6 cas de fistule vésico-vaginale (FVV), un cas de métastase péri-urétrale d'un choriocarcinome gestationnel et un cas de diverticule urétral lithiasique. Les composantes des PGU étaient : cystocèles (21 cas dont 11 cas isolés), hystérocèles (11 cas) et rectocèles (3 cas). Trois cas de PGU étaient associés à une incontinence urinaire d'effort (IUE). Toutes les patientes ont été opérées sans pose de renfort prothétique. Les interventions ont consistées en : une triple intervention périnéale (TIP) associée à une hystérectomie totale (11 cas dont 7 cas avec annexectomie bilatérale), une cure des cystocèles isolées avec colpopérinéorrhaphie postérieure (11 cas). Les IUE (3 cas) ont été corrigées selon Marion-Kelly. Toutes les FVV ont été traitées par dédoublement puis fermeture en plan séparé avec interposition d'un lambeau de Martius dans 5 cas. Le diverticule urétral a été résequé totalement après ablation des calculs. La métastase péri-urétrale du choriocarcinome gestationnel a également été résequée et la perte de substance comblée par un lambeau de Martius. Il y a eu une transfusion dans 5 cas de TIP avec hystérectomie totale. Une brèche vésico-vaginale a été constatée après hystérectomie et a été résolue par simple drainage vésical. Aucun décès n'a été constaté. Le taux de satisfaction des patientes était de 86,66% avec un recul de 6 mois. Nous avons enregistré un échec et deux patientes ont été perdues de vue.

* Auteur correspondant. Centre Hospitalier Régional Amadou Sakhir Mbaye de Louga First Author: Ibrahima Diabaté Order of Authors: Ibrahima Diabaté; Ibrahima Sow; Aliou Bâ; Voulimata Fall, B.P. 586 Louga, Sénégal. Adresse e-mail : dibra5@yahoo.fr (I. Diabaté).

Conclusion: La chirurgie urologique par voie vaginale est majoritairement pratiquée dans notre institution pour les PGU ; elle est avantageuse en matière de coût, de morbidité et de convalescence. Mais la question de l'usage de matériel prothétique qui se pose dans certains cas et dans certains pays fait que cette chirurgie sans prothèse a encore des années devant elle.

© 2014 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. All rights reserved.

KEYWORDS

Genital prolapse;
Vesico-vaginal fistula;
Urinary incontinence;
Urological surgery;
Vaginal surgery

Indications of urological surgery by vagina route: A series of 30 cases

Abstract

Objectives: To report the epidemiological features of patients operated by vaginal route, the patients' pathologies and management.

Patients and methods: From November 2005 to November 2010 in the department of Urology of the regional hospital center of Louga, all the patients who have been operated by vaginal route for genito-urinary disease were included in this study. All data were obtained by review of medical records and registers.

Results: The study included 30 patients; one patient had two operations. The mean age was 42.17 years (range 20–70 years), SD 15.06. The mean parity was 4.06 (range 1–10). We noted 22 cases of external genito-urinary prolapse, 6 cases of vesico-vaginal fistula, one case of peri-urethral metastasis of gestational trophoblastic disease, one case of urethral diverticulum with calculi. The different constituents of genito-urinary prolapse were: cystoceles (21 cases, 11 of which were isolated), hysteroceles (11 cases) and rectoceles (3 cases). Three cases of genito-urinary prolapse were associated with stress urinary incontinence. All patients were treated without prosthesis placement. The procedures were: triple perineum operation with total hysterectomy (11 cases, 7 of which had annexectomy), repair of cystocele with posterior colpoperineorrhaphy (11 cases). Stress urinary incontinences (3 cases) was treated by Marion–Kelly technique. The vesico-vaginal fistulas were treated by splitting in two and closure the vesico-vaginal wall with interposition of Martius flap in five cases. The diverticulectomy was done for the urethral diverticulum. The peri-urethral metastasis of gestational trophoblastic disease was resected and the loss of substance repaired by using a Martius flap. Five patients who had triple perineum operation with total hysterectomy were transfused. A vesical injury observed was managed by vesical drainage. No mortality was noted. The satisfaction rate was 86.66%. We noted one failure and two patients were not seen during the follow period.

Conclusion: The urological surgery by vaginal route is mainly practiced for genito-urinary prolapses in our institution. This surgery has many advantages concerning the cost, the morbidity and the convalescence. The question about using prosthesis reinforcement in certain cases, in certain countries makes that, the urological surgery without prosthesis will continue for many years.

© 2014 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. All rights reserved.

Introduction

La chirurgie par voie vaginale aussi bien en urologie qu'en gynécologie reste une chirurgie peu onéreuse avec bien d'autres atouts reconnus, telles qu'une morbidité et une convalescence réduite [1–4]. Cette voie d'abord a de nombreuses indications dans les pathologies génito-urinaires en rapport avec le vieillissement mais également les pathologies liées aux traumatismes obstétricaux : pour ne citer que les prolapsus génito-urinaires (PGU), les incontinences urinaires, les fistules vésico-vaginales (FVV) etc.

Depuis l'avènement de la néphrectomie par voie vaginale [5], cette voie d'abord a ouvert d'autres perspectives, particulièrement en cœlioscopie. Cependant, à l'instar de toute chirurgie, des pièges et risques liés à cette voie d'abord existent et seul un bon apprentissage couplé d'une riche expérience pourrait les prévenir.

L'objectif de ce travail était dans la finalité de présenter notre modeste expérience de la chirurgie urologique par voie vaginale

en milieu peu nanti en ressortant les aspects épidémiologiques et cliniques des patientes qui en ont bénéficié et les indications de cette voie d'abord.

Patientes et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective portant sur les patientes opérées par voie vaginale entre novembre 2005 et novembre 2010 au CHR de Louga pour des pathologies du bas appareil urinaire et génital. De l'exploitation des dossiers et registres, nous avons pu recueillir les caractéristiques épidémiologiques des patientes, les comorbidités, la présence d'une incontinence urinaire (IU) associée, les indications opératoires, le type d'intervention pratiquée, les complications per et postopératoires. Enfin, nous nous sommes intéressés aux résultats sur le plan anatomique et fonctionnel en particulier l'aspect de la vulve et du vagin, la présence ou non de trouble urinaire, la récurrence de prolapsus génito-urinaire et l'état de satisfaction des patientes. La classification selon ICS POP-Q

(International Continence Society, Pelvic Organ Prolapse Quantification) [6] a été adoptée pour évaluer les prolapsus génito-urinaires (PGU)

Aucune patiente n'a bénéficié d'exploration urodynamique. Néanmoins, elles ont toutes effectué un examen cytobactériologique des urines et un prélèvement vaginal en préopératoire avec un traitement approprié en cas d'infection. Les patientes qui présentaient des ulcérations du col utérin et/ou de la muqueuse vaginale ont effectué un frottis cervico-vaginal. Chaque patiente a commencé la veille au soir de l'intervention un ovule de povidone iodée jusqu'au douzième jour postopératoire. Elles ont toutes été opérées sous rachis – anesthésie, sous couverture antibiotique (jusqu'au sixième jour postopératoire) sans pose d'implant de renfort ou de prothèse. Toutes les patientes ont été opérées après avoir donné leur consentement éclairé sur le mode de prise en charge et les risques encourus.

Les interventions de correction des PGU étaient :

- Pour la cystocèle : c'était la colporrhaphie antérieure dont les différents temps étaient : l'incision vaginale médiane, le clivage vésico-vaginal, la résection de la paroi vaginale en excès (colpectomie antérieure) et la suture de cette paroi vaginale antérieure sur la ligne médiane. Elle est complétée par la colpo-périnéorrhaphie postérieure consistant en une incision cutanée transversale, un dédoublement recto-vaginal, une myorrhaphie des releveurs de l'anus puis la fermeture des plans sous-cutané et cutané.
- Pour l'hystérocèle : après hystérectomie vaginale, le plancher pelvien a été reconstitué selon le procédé de Campbell-Crossen [7] qui consiste à fixer chaque ligament utéro-sacré au faisceau pubien du muscle releveur contro-latéral. Les deux ligaments utéro-sacrés sont par la suite solidarisés sur la ligne médiane ;
- Pour la rectocèle : c'était la colpo-périnéorrhaphie postérieure dont les principales étapes sont l'incision cutanée du périnée, le clivage de la paroi périnéo-vaginale du rectum et section du muscle recto-vaginal, le clivage jusqu'au cul-de-sac de Douglas, la plicature du fascia prérectal, la myorrhaphie des releveurs de l'anus, la colpectomie postérieure et la constitution de la jonction cutanéomuqueuse.

La correction des incontinences urinaires d'effort a été faite selon la technique de Marion-Kelly [7]. Elle consiste après colpotomie antérieure, à dissequer de façon à mettre en évidence les régions cervico-urétrale et latéro-urétrale. Cette étape est aussitôt suivie d'une plicature sous uréthro-cervicale des tissus latéro-cervico-urétraux.

Le lambeau de Martius était obtenu par dissection du tissu graisseux de la grande lèvre vulvaire après incision cutanée verticale de celle-ci. Le lambeau ainsi libéré est amené dans la région à protéger ou à combler à travers un tunnel sous muqueux suffisamment large pour éviter de comprimer le pédicule nourricier du lambeau.

La cure des FVV a été faite de façon classique : dédoublement vésico-vaginal au niveau de la fistule, excision de la fibrose, suture plan par plan sans tension avec interposition d'un lambeau de Martius et drainage vésical

Resultats

Il s'agissait de 30 patientes dont une a été opérée deux fois. La moyenne d'âge était de 42,17 ans avec des extrêmes de 20 ans et 70 ans et un écart-type de 15,06. La parité moyenne était de 4,06 avec des extrêmes de 1 à 10. Les comorbidités retrouvées étaient : 5 cas d'hypertension artérielle (équilibrée sous traitement), 13 cas d'anémie (hémoglobine = 10 g/dl), aucun cas de diabète ou d'obésité. Toutes nos patientes étaient sans emploi. Le **tableau I** rapporte les indications et les interventions pratiquées par voie vaginale. Trois prolapsus génito-urinaires (PGU) étaient associés à une incontinence urinaire d'effort (IUE). Un cas de FVV était associé à une sclérose sténosant le vagin et ne permettant aucun rapport sexuel. Tous les PGU de cette étude étaient au stade IV selon la classification ICS POP-Q toutefois, nous n'avons noté aucun cas d'élytrocèle ou d'entéroécèle. Il s'agissait de cas largement extériorisés (**Figure 1**) dont 11 cas présentaient des ulcérations du col et/ou de la muqueuse vaginale. Aucune lésion néoplasique n'a été objectivée par le frottis cervico-vaginal pratiqué dans ces 11 cas.

Tableau I Indications et interventions par voie vaginale. Indications and transvaginal surgical intervention.

Pathologies	Nombre de cas
Prolapsus génito-urinaire	22
FVV	6
Métastase péri-urétrale	1
Diverticule urétral	1
Composantes des PGU	
Cystocèle	21
Hystérocèle	11
Rectocèle	3
Interventions	
TIP et hystérectomie	11
Cure de cystocèle isolée	11
Cure de FVV	7
Diverticulectomie urétrale	1
Biopsie-exérèse métastase péri-urétrale	1



Figure 1 Prolapsus génito-urinaire extériorisé avec des ulcérations du col utérin et de la muqueuse vaginale, stade IV
External genital-urinary prolapse with ulcerations of the cervix and the vaginal mucosa.

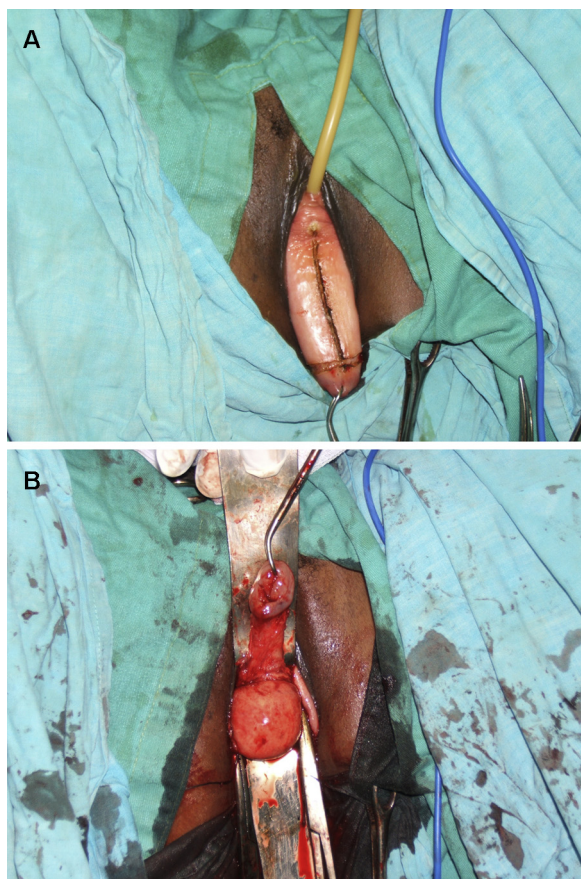


Figure 2 (A) Incision de colpo-coeliotomie antérieure. (B) Utérus extériorisé avant section des pédicules de la corne.
 (A) Vaginal anterior wall incision. (B) Exteriorization of uterus before pedicles section.

Au plan chirurgical, nous avons procédé à la cure des PGU selon les techniques indiquées dans le [tableau I](#). L'hystérectomie totale ([Figures 2A, 2B](#)) a été associée à une annexectomie bilatérale chez sept (07) patientes, toutes ménopausées suivie d'un renforcement du plancher pelvien selon le procédé de Campbell-Crossen [6] dans tous ces cas d'hystérectomie. Les trois cas de rectocèle ont été quant à eux corrigés par plicature du fascia prérectal et myorrhaphie des releveurs de l'anus lors de la réfection de l'étage postérieur. Les IUE (n=3) ont été quant à elles corrigées selon la technique de Marion Kelly [6]. Le lambeau labial de Martius a été utilisé dans cinq (5) cas de FVV et un cas de choriocarcinome métastatique péri-urétral dont la résection en bloc a entraîné une perte de substance qu'il fallait combler. Nous n'avons réalisé aucun cas de colpopléxis.

La voie d'abord mixte (vaginale et trans-vésicale) a été utilisée dans deux (02) cas de FVV. Dans le premier, il s'agissait d'une destruction de l'urètre qu'il fallait reconstruire à l'aide d'un lambeau vésical après un échec antérieur du lambeau vaginal. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une FVV cervico-trigonale, inaccessible par voie vaginale en raison d'une sclérose sténosant le vagin et la plastie d'agrandissement de ce dernier a nécessité l'usage d'un lambeau pédiculé de la face interne de la cuisse. Le cas du diverticule urétral a été traité par la diverticulectomie après ablation des calculs.

Nous avons eu recours à la transfusion d'une unité de sang dans cinq (05) cas de triple intervention périnéale (TIP) avec

hystérectomie totale. Il s'agissait de patientes anémiées avant l'intervention (hémoglobine= 10 g/dl). Aucun autre incident ou accident per opératoire n'a été noté. Un cas de fuite d'urine par le vagin a été constaté après ablation de la sonde à demeure au premier jour postopératoire chez une patiente qui avait subi une TIP avec hystérectomie. Le test au bleu de méthylène a objectivé une brèche vésicale. Le drainage vésical par sonde à demeure de type Foley a suffi pour la fermeture de cette brèche.

Nos résultats n'ont été évalués qu'à moyen terme soit six (06) mois. A la sortie de l'hôpital, la périodicité du suivi était d'une visite par semaine pendant deux semaines puis d'une seule par mois, les mois suivants. Deux patientes ont été perdues de vue. Il s'agissait du cas de la métastase péri-urétrale de choriocarcinome et d'un cas d'IUE de novo après TIP avec hystérectomie. Parmi les 28 patientes qui ont été revues, l'aspect de la vulve et du vagin est resté sans particularité chez 22 d'entre elle, une discrète asymétrie des grandes lèvres vulvaires a été observée chez les patientes (n=5) où l'on a prélevé un lambeau de Martius, une béance vulvaire a été observé dans le cas de plastie d'agrandissement pour sclérose vaginale (le vagin étant devenu perméable et permettant des rapports sexuels). Aucune récurrence de PGU, aucun autre symptôme urinaire ou rectal n'ont été enregistrés. La notion de dyspareunie n'a pu être évaluée en raison du délai court dans le suivi. Toutes les FVV ont été guéries à l'exception d'un cas. Il s'agissait de la FVV avec destruction urétrale qui a été opérée à deux reprises. Vingt six (26) patientes (86,66%) ont pu nous signifier leur satisfaction du résultat obtenu par rapport à leur état antérieur.

Discussion

La chirurgie par voie vaginale en urologie et en gynécologie a des atouts indéniables et reconnus par de nombreux auteurs [1–4]: un coût moins élevé, le confort des patientes, une morbidité et une mortalité péri-opératoires de même qu'une hospitalisation et une convalescence réduites. Cette chirurgie est donc bien adaptée aux pays en développement, y compris le Sénégal où le pouvoir d'achat des populations est bas avec un produit intérieur brut (PIB) par tête d'habitant estimé à 1900 \$. Dans notre série, toutes nos patientes étaient sans emploi. Elles ont toutes pris en charge les frais de leurs soins avec l'aide de leur famille.

La chirurgie urologique par voie vaginale est surtout indiquée dans les pathologies du bas appareil urinaire et des troubles de la statique pelvi-périnéale. Mais l'avènement de la néphrectomie par voie vaginale rétro-péritonéoscopique a ouvert de nouvelles pistes [5]. L'IUE et le PGU sont en tête de toutes les pathologies opérées par voie vaginale dans les séries occidentales [2,4,8–10]. Dans la nôtre, les PGU occupent la première place, suivis par les FVV. Plusieurs facteurs obstétricaux en sont la cause: la grande multiparité, les traumatismes obstétricaux et les accouchements dystociques comme l'a si bien révélé la publication de Nayama et al sur les prolapsus urogénitaux au Niger [4]. L'IUE, notifiée dans seulement trois (03) cas dans notre série est une pathologie passée sous silence dans de nombreuses régions [3,4,9]. Les femmes n'en parlent pas par pudeur, elles ont une honte à évoquer les pathologies touchant leurs organes génitaux. Dans de tels cas, il appartient au médecin d'évoquer l'IUE à la patiente et de la rechercher par un examen méticuleux. En dehors des pathologies déjà citées, d'autres peuvent également être concernées par la chirurgie vaginale. C'est le cas dans notre série du diverticule de l'urètre et du choriocarcinome

métastatique périurétral. Ce dernier cas était en réalité une localisation vaginale d'une maladie trophoblastique gestationnelle. Il a bénéficié d'une prise en charge pluridisciplinaire : aspiration utérine, résection de la métastase périurétrale et chimiothérapie.

Les interventions les plus couramment pratiquées par voie vaginale (hystérectomie avec ou sans annexectomie, myomectomie, cure de cystocèle, d'IUE, de rectocèle et de FVV.) ne posent habituellement aucun problème technique. Toutefois, certaines questions sont toujours d'actualité, particulièrement pour les PGU :

- Faut-il une prothèse ou non ?
- Faut-il une hystérectomie ou non ?

Pour répondre à la question des prothèses, plusieurs études attestent que leur usage garantit de biens meilleurs résultats [1,2,4,8,10–12]. En revanche, il s'agira de choisir le matériel prothétique adéquat. Pour Harrech [12], le matériau idéal doit être inerte, stérile, non cancérogène, durable mécaniquement, ne pas entraîner de réaction inflammatoire, ni de réaction immunitaire, doit résister à des modifications des tissus, doit être pratique et facile à utiliser. Bref, il doit tendre vers un taux quasi nul de complications qui sont entre autre : défauts de cicatrisation, infections, rétractions prothétiques et érosions par l'implant [2,12]. Tous les cas de PGU que nous avons opérés, l'ont été sans usage de prothèse parce que nous n'en disposions pas ; c'est également le cas au Niger avec Nayama et al [4]. Nous avons donc reconstitué le plancher pelvien selon la technique de Campbell-Crossen [7] après chaque hystérectomie. De nos jours, il n'existe pas encore de travaux rigoureux établissant la supériorité de l'hystérectomie sur la conservation utérine dans la prise en charge des PGU [2,12]. Il est évident qu'une hystérectomie au cours d'une TIP a sa propre morbidité per et postopératoire. Elle augmente la durée de l'intervention et d'hospitalisation et même le coût. Dans notre série, nous avons opté pour l'hystérectomie totale (après le consentement éclairé) dans tous les cas d'hystérocèle tout comme Denehy cité par Boulanger et al [8]. Les raisons qui nous ont conduits à ce choix sont :

- Toutes les patientes concernées étaient soit de grandes multipares qui ne désiraient plus d'enfant, soit des femmes ménopausées ;
- Il s'agissait d'hystérocèles largement extériorisées avec des ulcérations du col utérin et/ou de la muqueuse vaginale ;
- La crainte d'une survenue ultérieure d'un cancer de l'endomètre ou du col de l'utérus [12].

A cela, il faut ajouter que nous avons réalisé une annexectomie bilatérale chez toutes nos patientes ménopausées comme le suggèrent certains auteurs en raison des risques néoplasiques [12].

Toujours dans le cadre des PGU, une sérieuse revue de la littérature [14] a établi que la cure de ces troubles de la statique pelvipérinéale par voie haute abdominale donnait de bien meilleurs résultats que la voie vaginale, avec moins de récurrence et de dyspareunie.

La chirurgie par voie vaginale permet de nombreux artifices techniques. Elle peut être associée à un abord sus-pubien transvésical [15,16], voie que nous avons utilisée dans deux cas. Autre artifice, le lambeau de Martius ou lambeau graisseux de la grande lèvre vulvaire

est facilement mobilisable [17]. Il permet de combler toute perte de substance et de renforcer les sutures vésicales et urétrales. Nous avons utilisé systématiquement le lambeau de Martius dans cinq (5) cas de FVV opérés et dans le cas de choriocarcinome péri-urétral. L'épisiotomie est également envisageable dans la chirurgie par voie vaginale ; nous avons eu recours à cet artifice dans le cas de la sclérose sténosant le vagin pour ainsi élargir ce dernier par l'apport d'un lambeau pédiculé de la face interne de la cuisse. L'IUE, chaque fois qu'elle est associée à des troubles de la statique pelvienne doit être corrigée dans le même temps opératoire, de préférence par des bandelettes TVT [2,8,10]. Là encore, la chirurgie classique a de longs jours devant elle en raison du coût et de l'indisponibilité du matériel prothétique dans nos régions africaines. Dans notre série, la cure des IUE a été faite selon la technique de Marion Kelly [7].

La voie vaginale en chirurgie urologique bien que séduisante, présente des risques de complications essentiellement dominées par :

- Les hémorragies et hématomes: ils surviennent à la suite d'une blessure artérielle ou veineuse et peuvent être jugulés par embolisation, ligature ou compression [1] ou même l'usage du bistouri électrique de thermofusion, en sachant les risques de fistule. Ces complications hémorragiques sont évitables par une dissection soigneuse permettant d'individualiser les vaisseaux. En peropératoire, lorsque les pertes sanguines sont importantes, elles peuvent justifier la transfusion. Dans notre série nous avons eu recours à une transfusion chez cinq patientes (avec TIP et hystérectomie) dont le taux d'hémoglobine était de 10 mg/dl. Hertel et al [13] n'ont eu besoin d'aucune transfusion au cours de la prise en charge de 101 cas de prolapsus utérin et du dôme vaginal. Toutefois, ils ont enregistré une baisse de l'hémoglobine de 13.6 mg/dl (10.3-15.7) en préopératoire à 11.7 mg/dl (8.6-14.7) en postopératoire.
- Les infections : elles sont à prévenir par la recherche et le traitement de toute infection urinaire et/ou vaginale avant l'acte chirurgical. De même une antibiothérapie per et post opératoire doit être envisagée. Ceci a toujours été notre démarche et nous a valu aucune infection postopératoire.
- Les blessures d'organe : elles sont en réalité des fautes techniques survenant dans les cas de dissection difficile au insuffisante. Elles peuvent concerner la vessie et le rectum. Dans notre série, nous avons enregistré un cas de brèche vésicale après hystérectomie. Toutefois, le cas a été résolu par le drainage vésical seul qui est un des traitements conservateurs des FVV identifiées en postopératoire immédiat [15].

Bien que nous ayons trouvé nos résultats encourageants, nous pensons tout de même qu'ils présentent des limites en rapport avec le suivi qui n'est que de six (06) mois, particulièrement pour les PGU dont les résultats après traitement peuvent se détériorer avec le temps.

Conclusion

La chirurgie urologique par voie vaginale, à l'image de celle en gynécologie convient parfaitement aux pays en développement dont les populations ont un faible pouvoir d'achat ; cela en raison des coûts moindres, d'une morbidité et d'une convalescence réduites. La voie vaginale dans notre institution est particulièrement indiquée

dans les PGU Le problème des prothèses que posent ces indications ne pourra être résolu que par une politique de subvention de ces matériaux. Mais en attendant, la chirurgie vaginale classique sans apport de matériel prothétique a encore des années devant elle.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

- [1] Aitsakel A, Makhoul B, N'Guedou F. Traitement du prolapsus génital par voie transobturatrice: prolif. Afr J Urol 2012;18:55–60.
- [2] Apfelbaum D, David-Montefiore, Daraï E. Résultats à moyen terme du traitement par voie vaginale du prolapsus génital de grade 3 et 4 par hamac total de derme porcine associé à une sacro-spino-fixation bilatérale. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2009;38:125–32.
- [3] Fanny M, Horo AG, Touré EAF, Manket KE, Koné M. Traitement chirurgical des prolapsus génitaux. Expérience de la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Yopougon. A propos de 30 cas. Médecine d'Afrique noire 2010;57(2).
- [4] Nayama M, Garba M, Salifou I, Idi N, Vanegas R, Djibril B, et al. Prolapsus génital. Prise en charge dans une maternité de référence du Niger. Etude prospective à propos de 77 cas. Médecine d'Afrique Noire 2009;59(2).
- [5] Crouzet S, Haber G-P, Kaouk JH. Néphrectomie NOTES transvaginale: première expérience Clinique. Prog Urol-FMC 2009;19(4):135–8.
- [6] Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker L, DeLancey JOL, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapsed and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996;175:10–7.
- [7] Barrat J, Pigné A, Marpeau L. Le prolapsus génital et son traitement. Paris: Masson éd; 1988.
- [8] Boulanger L, Lucot J-P, Boukerrou M, Collinet P, Cosson M. Traitement chirurgical du prolapsus génital chez les femmes âgées de plus de 80 ans. A propos de 48 patientes opérées par voie vaginale. J gynecol obstet Biol Reprod 2006;35:685–90.
- [9] Dahami Z, Bentani N, Amine M, Moudouni MS, Sarf I. Prévalence de l'incontinence urinaire chez la femme jeune de moins de 40 ans à Marrakech. Afr J Urol 2009;15(1):53–61.
- [10] Wagner L, Faton B, Delmas V, Haad F, Costa P. Traitement Chirurgical du prolapsus par voie haute et incontinence urinaire d'effort associées. Prog Urol 2009;19:1014–8.
- [11] Haab F, Costa P, Delmas V. Prise en charge des prolapsus genito-urinaires. Prog Urol 2009;19:1098–102.
- [12] Harrech YE, Hajji F, Chafiki J, Janane A, Ghadouane M, Ameer A, et al. Prolapsus génitaux chez la femme: voie haute ou voie basse? Prothèse ou non? Hystérectomie ou non? J maroc Urol 2010: 15–23.
- [13] Hertel H, Grußner S, Kotsis S, Hillemanns P. Vaginal sacrocolporectomy for the surgical treatment of uterine or vaginal vault prolapses confirmation of surgical method and perioperative results of 101 cases. Arch Gynecol Obstet 2012 Dec;286(6):1463–72.
- [14] Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapsed in women. Cochrane Database Syst Rev 2013 Apr 30;4:CD004014.
- [15] De Silva WAS. Vesico-vaginal fistula. Sri Lanka journal of urology 2010;11:1–6.
- [16] Thomas K, Williams G. Medicolegal aspects of vesicovaginal fistulae. BJU Int 2000;86:354–9.
- [17] Chassagne S, Haab F, Zimmern P. Le lambeau de Martius en chirurgie vaginale: technique et indication. Prog Urol 1997;7:120–5.