

RESULTATS DE LA TECHNIQUE DE COLPOSUSPENSION SELON MELLIER MODIFIEE SUR UNE SERIE DE 25 PATIENTES AU SENEGAL

A.A. DIOUF, H GHAI, K.A. GUÈYE, M. WADE, A. BADJI, M. SÈNE, A. DIOP, M. DIALLO,
A. DIA, A. DIOUF

RESUME

Introduction : Les prolapsus génitaux féminins sont fréquents et handicapent les patientes. La colposuspension par voie vaginale est une technique de prise en charge des cystocèles de stade avancé. Notre principal objectif était d'évaluer le pronostic à court et moyen terme de cette technique.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et multicentrique regroupant 25 cas de colposuspension par voie vaginale selon Mellier (avec quelques modifications) dans trois services de Gynécologie-Obstétrique du Sénégal sur une période de 4 ans.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 59,4 ans. La gestité et la parité moyenne étaient de 5. La majorité des patientes étaient ménopausées (76%). Le principal facteur de risque de prolapsus génital était la grande multiparité. La cystocèle était le type de prolapsus le plus diagnostiqué, et le stade le plus fréquent était le stade 3. Moins de la moitié des patientes présentait une incontinence urinaire. Le geste chirurgical associé à la colposuspension de Mellier était l'hystérectomie par voie vaginale. La durée moyenne de la chirurgie était de 78 minutes. Il n'y a eu qu'un seul incident opératoire par plaie vésicale. Les suites opératoires étaient marquées par 2 cas de rétention aiguë d'urines et 2 cas d'incontinence urinaire. Aucune récurrence n'a été notée.

Conclusion : Dans notre contexte africain où la culture et les croyances sont un frein à la consultation, le diagnostic des prolapsus se fait souvent à un stade avancé. Cette technique de colposuspension par voie basse offre la possibilité de restaurer l'anatomie et la fonction de la voûte vaginale tout en étant reproductible et peu onéreuse.

Mots-clés : Prolapsus ; Traitement ; Chirurgie ; Colposuspension.

SUMMARY

Results of the colposuspension technique according to Mellier modified on a series of 25 patients in Senegal.

Introduction: Female genital prolapse is a frequent and debilitating condition. Vaginal colposuspension is a management technique for advanced cystoceles. Our main objective was to evaluate the short- and medium-term prognosis of this technique.

Patients and methods: This was a cross-sectional, descriptive, multicenter study of 25 cases of vaginal colposuspension according to Mellier (with some modifications) in three Gynecology-Obstetrics departments in Senegal over a period of 4 years.

Results: The mean age of the patients was 59.4 years. The mean gestational age and parity were 5. The majority of patients were postmenopausal (76%). The main risk factor for genital prolapse was high multiparity. Cystocele was the most frequently diagnosed type of prolapse, and the most frequent stage was stage 3. Less than half the patients had urinary incontinence. The surgical procedure associated with Mellier colposuspension was vaginal hysterectomy. The average duration of surgery was 78 minutes. There was only one surgical incident involving bladder injury. The post-operative period was marked by 2 cases of acute retention of urine and 2 cases of urinary incontinence. No recurrence was noted.

Conclusion: In our african context, where culture and beliefs are a barrier to consultation, prolapse is often diagnosed at an advanced stage. This vaginal colposuspension technique offers the possibility of restoring the anatomy and function of the vaginal vault, while being reproducible and inexpensive

Keywords : Prolapse; Treatment; Surgery; Colposuspension.

INTRODUCTION

Le prolapsus génital correspond à une défaillance de ces systèmes de soutènement et de suspension et à une modification de la résultante des pressions abdominales orientée vers la fente uro-génitale. Le traitement du prolapsus symptomatique demeure essentiellement chirurgical et doit être basé sur l'analyse risques/bénéfices. Les techniques opératoires de cure de prolapsus sont diverses et

variées. De nombreuses techniques chirurgicales sont décrites en fonction du tableau clinique. Elles peuvent s'effectuer par voie haute abdominale, par voie basse vaginale ou par voie mixte. Le principe de ces techniques est de compenser les défaillances du plancher pelvien soit par suspension au ligament prévertébral (voie haute) ou par soutènement (voie basse). A ce jour, il n'existe pas de consensus sur le choix entre la voie haute et la voie basse, ni sur l'utilisation d'une prothèse si l'on a choisi la voie

Tirés à part : Pr Abdoul Aziz DIOUF, Centre Hospitalier National de Pikine

DIOUF A.A., GHAI H, GUEYE K.A., WADE M., BADJI A., SENE M., DIOP A., DIALLO M., DIA A., DIOUF A. Résultats de la technique de Colposuspension selon Mellier modifiée sur une série de 25 patientes au Sénégal, Journal de la SAGO, vol.26, n°2, p 49-52.

basse. La colposuspension par voie vaginale décrite par Mellier et son équipe est une technique récente par tissu autologue qui permet la correction d'une cystocèle de stade 3 ou 4 avec réparation d'un défaut para vaginal. Les objectifs de ce travail étaient de décrire le profil clinique des patientes ayant bénéficié d'une colposuspension, et de partager les résultats de cette technique sur notre série.

I. PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et multicentrique regroupant 25 cas de colposuspension dans les trois services de Gynécologie-Obstétrique. L'étude a été réalisée sur un période de 4 ans, allant du 1er Septembre 2020 au 31 Août 2024. L'étude a porté sur l'ensemble des patientes ayant bénéficié d'une colposuspension par tissu autologue selon la technique décrite par Mellier. Cette dernière consiste en une suspension du fond du vagin grâce à des fils non résorbables amarrés au fascia de Halban, puis passés à travers l'espace de Retzius et suspendu à l'insertion des ligaments inguinaux, comme le décrit Mellier. Une alternative à la suspension sur l'insertion des ligaments inguinaux est de créer une solution de continuité sous-cutanée entre les deux incisions inguinales, d'y faire passer un des fils et de le nouer à l'autre fil de sorte de faire un pont sous-cutané. Il ne faudrait pas trop serrer les fils au risque d'avoir une dépression cutanée sus-pubienne (figures 1 et 2). Les données étaient recueillies à l'aide des dossiers cliniques d'hospitalisation. Elles étaient saisies et analysées dans le logiciel Excel 2019.

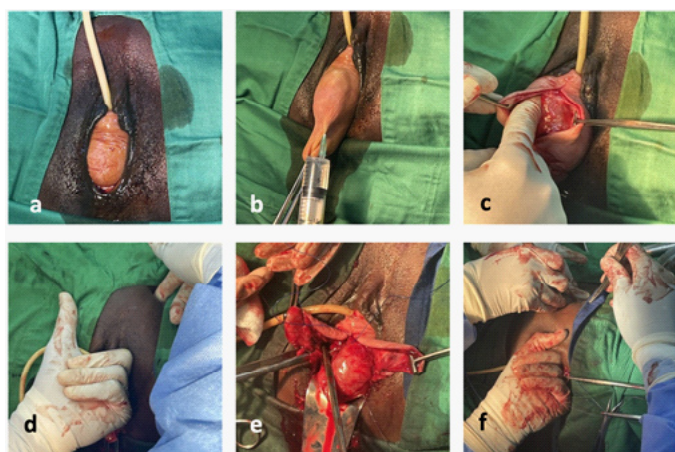


Figure 1 : Technique de colposuspension selon Mellier

- a : Cystocèle et hystérocele de grade 3 selon Baden et Walker;
- b : Infiltration au sérum salé ;
- c : Dissection vésico-vaginale et ouverture des fosses para vésicales ;
- d : Perception du doigt sus-pubien à travers le Retzius après effondrement des fascia pelviens ;
- e : Amarrage vaginal en solénoïde au fil 1 non résorbable ;
- f : Incision de 2 cm sur les plis inguinaux



Figure 2 : Technique de colposuspension selon Mellier avec modification de l'amarrage

- g : Passage des fils en sus-pubien ;
- h : Colporraphie antérieure ;
- i : Traction douce des fils réintroduisant le dôme vaginal ;
- j : Passage sous-cutané d'une pince de Bengolea entre les incisions ;
- k : Nœud avec le fil controlatéral ;
- l : Résultat final après technique modifiée de Mellier

II. RESULTATS

1. Profil des patientes opérées

Un total de 25 femmes opérées était colligé. L'âge moyen des patientes était de 59,4 ans avec des extrêmes de 30 et 77 ans. La tranche d'âge de 60 à 69 ans était majoritaire à 40%. Plus de la moitié des patientes étaient de grandes multigestes (69,6%). La parité moyenne était de 5 avec un écart-type de 2,7 et des extrêmes de 0 et 9. Les principaux facteurs de risques retrouvés dans notre série étaient la ménopause (76%) et la grande multiparité (72%). Les motifs de consultations étaient principalement une masse vaginale (81%) et une pesanteur pelvienne (19%). La cystocèle était le type de prolapsus retrouvé chez toutes les patientes, suivie de l'hystérocele qui intéressaient plus des trois quarts des patientes. Le stade de cystocèle le plus fréquent était le stade 3. Les cystocèles étaient associées à un hystérocele dans 72% des cas (Figure 1). Une incontinence urinaire d'effort était retrouvée chez 7 patientes.

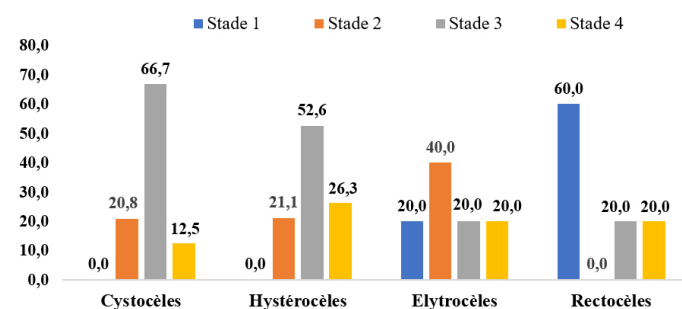


Figure 3 : Répartition des stades des prolapsus selon les patientes

2. Traitement et résultats

L'hystérectomie par voie vaginale était le geste associé le plus réalisé (53,4%). Pour 5 patientes (17,2%), aucun autre geste n'était associé à la colposuspension. La durée moyenne de l'intervention était de 78 minutes avec des extrêmes allant de 20 à 100 minutes. Nous n'avons compté qu'un seul incident per-opératoire sur les 25 cas, il s'agissait d'une ouverture accidentelle de la paroi vésicale, représentant 4% des cas. Concernant les complications post-opératoires (20%), une rétention urinaire aiguë était observée chez deux patientes, puis corrigée après pose de sonde urinaire et rééducation ; 2 cas d'incontinence urinaire étaient observés dans les suites opératoires immédiates, ils ont spontanément régressé. Les patientes étaient suivies pendant 30 mois pour les plus récentes ; aucune récurrence n'a été notée pendant cette période de suivi.

III. DISCUSSION

1. Caractéristiques cliniques

Les traumatismes obstétricaux anatomiques sont les principaux facteurs de risque de survenue de prolapsus génital féminin en Afrique subsaharienne. Ils sont secondaires aux accouchements prolongés et dystociques, la macrosomie, la multiparité, ou les pratiques d'accouchement inappropriées [5,9]. Ces traumatismes constituent un important argument face à l'âge jeune de survenue du prolapsus génital dans notre série, comparé aux données de la littérature [8,10]. La quasi-totalité des patientes de notre étude présentait une cystocèle, comme dans la majorité des études épidémiologiques sur les prolapsus génitaux féminins qui montrent que les prolapsus de l'étage antérieur dominant, suivis de ceux de l'étage moyen, et qui sont souvent accompagnés d'une incontinence urinaire [3,4,10].

Le stade 3 était le plus fréquent pour les cystocèles et les hystérocèles, s'accordant avec l'étude de Traoré [11].

En Afrique, le retard à la consultation pour prolapsus est très fréquent chez les femmes après la ménopause. En effet, certains groupes sociaux, particulièrement les femmes célibataires et les personnes âgées ont une perception négative de la consultation gynécologique pour une affection fonctionnelle. Cette situation est à l'origine d'un isolement social des personnes pudiques mais aussi d'une découverte du prolapsus à un stade souvent avancé ou compliqué [1].

2. Prise en charge par la technique de colposuspension

Cette technique associe une suture en paletot du fascia pubo-vésical de Halban (correction de la hernie médiane) à une colposuspension par des fils suspendus à l'insertion des ligaments inguinaux ou au tissu sous-cutané sus-pubien (correction du défaut para-vaginal). Elle apporte de bons résultats anatomiques et fonctionnels à 2 ans. Elle permet la restauration anatomique avec un amarrage vaginal souple et une fixation ligamentaire rigide qui stabilise toute la voûte vaginale antérieure. Cette technique est bien adaptée à notre contexte Africain grâce au coût moins élevé que les cures par prothèse ou que la promontofixation per coelioscopique, et les patientes ont une durée d'hospitalisation et une convalescence réduites.

Le geste chirurgical le plus associé dans notre série était l'hystérectomie par voie vaginale, les hystérocèles étant très souvent associées aux cystocèles. L'avantage de la colposuspension dans ces cas est qu'elle peut être réalisée avant comme après une hystérectomie. La colposuspension étant souvent accompagnée d'une ou plusieurs autres techniques chirurgicales impliquant notamment les 3 étages, la durée de l'intervention varie beaucoup. Comparée à d'autres techniques dont la durée varierait entre 60 et 180 minutes, elle a le bénéfice d'être moins longue [2].

L'unique accident per-opératoire était une plaie vésicale lors de la dissection de celle-ci avec le vagin; elle a été réparée immédiatement. Les accidents per-opératoires sont peu fréquents également dans les autres séries de chirurgie des prolapsus génitaux [13,14], mais vu la proximité des éléments anatomiques du périnée et du pelvis, ils peuvent survenir surtout si l'opérateur manque d'expérience ou encore, si l'anatomie de base comporte des modifications légères.

Les cas de rétention aiguë d'urines et d'incontinence urinaire notés après la colposuspension chez nos patientes pourraient être en rapport avec le degré de tension des fils ou être réactionnel au traumatisme chirurgical et l'inflammation locale. Dans notre étude, les cas de rétention aiguë d'urines ont bénéficié d'une épreuve à la sonde (clampage de la sonde urinaire jusqu'à vessie pleine, suivi de déclampage et d'un effort de poussée) qui leva la rétention. Les cas d'incontinence urinaire ont spontanément régressé. Dans une étude comparative, Wallace a retrouvé un taux un peu plus élevé (26,7%) de complications post-opératoires dans les 30 jours suivant l'intervention [13].

Aucune récurrence n'a été notée dans notre étude. Selon Mellier, la colposuspension offre de bons résultats anatomiques et fonctionnels [6].

CONCLUSION

Le regain d'intérêt des tissus autologues dans la prise en charge chirurgicale de la cystocèle de stade avancé (3 ou 4) fait de la technique de colposuspension de Mellier un atout thérapeutique indispensable dans nos régions. Elle permet de restaurer l'anatomie et la fonction de la voûte vaginale antérieure. Sa reproductibilité et sa rapidité en font une technique à intégrer dans l'arsenal thérapeutique pour la prise du prolapsus surtout dans les pays à faible revenus.

RÉFÉRENCES

1. **Borsamo A, Oumer M, Asmare Y, Worku A.** Factors associated with delay in seeking treatment among women with pelvic organ prolapse at selected general and referral hospitals of Southern Ethiopia. *BMC Womens Health* 2021 Dec;21(11-8). 2020.
2. **Deffieux X, Fernandez H.** Chapitre 14 - Chirurgie des prolapsus génitaux [Internet]. In: Deffieux X, Amarenco G, de Tayrac R, Fatton B, éditeurs. *Manuel pratique d'urogynécologie*. Paris: Elsevier Masson; 201. p. 143 153.
3. **Dia A, Toure CT, Diop MB, Thognon P, Diop A.** [Genital prolapse in Dakar]. *Dakar Med.* 1991;36(1):39 46.
4. **El Amri J.** Prolapsus génital : A propos de 68 cas à la Maternité Lalla Meryem - CHU Ibn Rochd de Casablanca. 2009.
5. **Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I.** Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2013 janv;120(2):152 160.
6. **Lamblin G, Azzi-Peltier C, Chabert P, Lebaill Carval K, Chene G, Mellier G.** Comment je fais... une cure de cystocèle de stade 3 par colposuspension vaginale. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2016 juill 1;44(7):437 439.
7. **Lefranc JP, Blondon J, Rimalho J, Hoff J, Becue J.** Techniques de traitement chirurgical des prolapsus génitaux par voie abdominale. In: *EMC - Techniques chirurgicales - Gynécologie*. Elsevier Masson; 2009.
8. **Nygaard I, Bradley C, Brandt D, Initiative (WHI) WH.** Pelvic Organ Prolapse in Older Women: Prevalence and Risk Factors. *Obstet. Gynecol.* 2004 sept;104(3):489.
9. **Obsa MS, Worji TA, Kedir NA, Kute NG.** Risk factors of pelvic organ prolapse at Asella Teaching and Referral Hospital: Unmatched case control study. *Front. Glob. Womens Health.* 2022 sept 13;3:833823.
10. **Tegerstedt G, Maehle-Schmidt M, Nyrén O, Hammarström M.** Prevalence of symptomatic pelvic organ prolapse in a Swedish population. *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.* 2005;16(6):497 503.
11. **Traoré A, Coulibaly MB, Traoré SO, Sima M, Kanté I, Bocoum A, et al.** Epidemiologie du prolapsus genital. *J. Rech. Sci. L'Université Lomé.* 2021 nov 16;23(2):129 139.
12. **Wade M, Sene M, Ghais H, Faye AB, Faye K.** Cure de cystocèle par colposuspension selon la technique de Mellier : à propos de 2 cas au Centre Hospitalier Amath Dansokho de Kédougou, Sénégal. 2023;7(4): 338-341.
13. **Wallace SL, Kim Y, Lai E, Mehta S, Gaigbe-Togbe B, Zhang CA, et al.** Postoperative complications and pelvic organ prolapse recurrence following combined pelvic organ prolapse and rectal prolapse surgery compared with pelvic organ prolapse only surgery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2022 août;227(2):317.e1-317.e12.
14. **Wihersaari O, Karjalainen P, Tolppanen A-M, Mattsson N, Jalkanen J, Nieminen K.** Complications of Pelvic Organ Prolapse Surgery in the 2015 Finnish Pelvic Organ Prolapse Surgery Survey Study. *Obstet. Gynecol.* 2020 déc;136(6):1135 1144.