
Le traitement de l'aplasie vaginale par colpoplastie sigmoïdienne. L'expérience dakaroise

C.T. Touré¹, M. Dieng¹, D. Diallo², O. Ka¹, I. Konaté¹, O. Traoré², A. Sylla³, S. Clément¹, A. Dia¹, J.C. Moreau²

1. Clinique Chirurgicale – CHU A. Le DANTEC
2. Clinique Gynéco-Obstétricale – CHU A. Le DANTEC
3. Clinique Psychiatrique – CHU de FANN

Correspondance :
Pr CT Touré
Clinique Chirurgicale – C.H.U. Aristide Le DANTEC
B.P. 5470 Dakar - Fann - Sénégal
Tél. & Fax : +(221) 822.37.21
E-mail :tour@sentoo.sn

Résumé

La colpoplastie sigmoïdienne ou technique de Schmid consiste en la création d'un néo-vagin par transposition d'un segment de côlon sigmoïde pédiculisé, exclu de la continuité digestive. Le but de notre travail était de rapporter les résultats fonctionnels préliminaires de 8 patientes opérées selon cette technique. Il s'agissait d'une étude prospective allant du 12 novembre 1998 au 18 juin 2002, portant sur 8 cas d'aplasie vaginale entrant dans le cadre d'un syndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (7 cas) et dans le cadre d'un syndrome de Morris (1 cas), opérés dans notre service. L'âge de nos patientes variait entre 18 et 28 ans. L'impossibilité des rapports sexuels et l'aménorrhée primaire étaient les motifs de consultation dans tous les cas. La profondeur de la cupule vaginale était de 1 cm dans 4 cas et de 2 cm dans 4 cas. Un cas d'hémorragie peropératoire importante après forage de la cupule vaginale a été noté. Les suites opératoires étaient simples chez 6 patientes avec une durée d'hospitalisation moyenne de 10 jours. Un cas de nécrose du greffon sigmoïdien est survenu à J5 postopératoire. Un cas d'éviscération a été noté à J6 postopératoire nécessitant une réintervention. Les résultats fonctionnels sont bons pour 7 de nos patientes (possibilité d'avoir des rapports sexuels satisfaisants). Dans 1 cas nous avons noté une sténose au niveau de la zone d'anastomose colovaginale. La technique de Schmid reste une solution de choix dans le traitement de l'aplasie vaginale, du fait de sa relative simplicité, de son efficacité, de la rareté des complications.

Mots- Clés : Vaginoplastie / Côlon / Sigmoïde

Introduction

L'aplasie vaginale est une pathologie congénitale rare qui entre, dans 90% des cas, dans le cadre d'un syndrome de Mayer-Rokitanski-Kuster-Hauser [1]. Nous devons prendre en compte l'impact social et psychologique d'une telle malformation, surtout sur notre continent, et les difficultés d'insertion sociale qu'elle entraîne [2]. La fertilité est compromise dans la majorité des cas, due à l'absence concomitante d'utérus dans une proportion de 95%, mais une « vie sexuelle » normale peut être envisagée par la création d'un néo-vagin chez ces jeunes femmes, facilitant ainsi leur

Abstract

The treatment of vaginal aplasia by sigmoid colon colpoplasty : our experience in Dakar

The sigmoid colon colpoplasty or Schmid procedure consists in creating a neovagina by transposition of a segment of pediculated sigmoid colon, excluded from the digestive continuity. The aim of this prospective study was to report the preliminary functional results in 8 patients operated on with this procedure. From November 12, 1998 to June 18, 2002, 8 patients (age 18 to 28 years) having vaginal aplasia, Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome (7 cases), Morris's syndrome (1 case), were operated on in our department. The inability to have sexual intercourse and a primary amenorrhea brought patients to consult a doctor in all cases. Depth of the vaginal cup was about 1 cm in 4 cases and 2 cm in 4 cases. One case of important surgery bleeding after drilling of the vaginal cup was noted. Postoperative course was simple in 6 patients with a 10-day average hospital stay. One case of necrosis of the "sigmoid colon graft" occurred 5 days after surgery. One case of evisceration was observed 6 days after surgery requiring reoperation. Functional results were rated as good if the patient succeeded in having satisfactory sexual intercourse. A psychological follow-up was ensured for all patients. Functional results were good for 7 patients. We observed in one case a stricture of the colovaginal anastomosis zone. The Schmid procedure remains a choice solution in the treatment of vaginal aplasia, due to its relative simplicity, its efficiency, and the rarity of complications.

Key-words : Vaginoplasty / colon / sigmoid

adaptation dans la vie de couple et donc dans la société [1].

Au Sénégal, la technique de choix dans le traitement de l'aplasie vaginale était la néovaginoplastie utilisant une greffe de peau libre ou technique de Mac Indoe [3]. Cette technique nécessite un entretien du néovagin par des rapports sexuels réguliers. Cette dernière situation est inimaginable pour une femme non mariée dans un pays où la majorité de la population est musulmane. Ces considérations socioculturelles et religieuses pourraient expliquer, en partie, les mauvais résultats observés dans notre pratique avec la technique de Mac Indoe. Dès lors,

il y avait nécessité pour nous de trouver une alternative dans le traitement des aplasies vaginales à Dakar.

La colpoplastie sigmoïdienne ou technique de Schmid est apparue comme une solution de choix dans les traitements chirurgicaux de l'aplasie vaginale [4]. Elle consiste en la création d'un néo-vagin par transposition d'un segment de côlon sigmoïde pédiculisé, exclu de la continuité digestive [1,4].

La colpoplastie sigmoïdienne, séduisante dans sa conception et dans sa réalisation, est d'introduction récente à Dakar.

Le but de notre travail était de rapporter les résultats fonctionnels préliminaires chez 8 patientes opérées selon cette technique dans notre service

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective allant du 12 novembre 1998 au 18 juin 2002, portant sur 8 cas d'aplasie utéro-vaginale opérées selon la méthode de Schmid. Les 7 cas rentraient dans le cadre d'un syndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser et dans 1 cas il s'agissait d'un testicule féminisant ou syndrome de Morris.

Malades

- L'âge de nos patientes variait entre 18 et 28 ans ;
- L'impossibilité des rapports sexuels et l'aménorrhée primaire étaient les motifs de consultation dans tous les cas ;
- La profondeur de la cupule vaginale était de 1 cm dans 4 cas et de 2 cm chez les autres patientes ;
- L'échographie montrait une aplasie utéro-vaginale dans tous les cas et des ovaires normaux dans 7 cas ;
- L'UIV était normal dans 6 cas, dans 1 cas elle montrait un rein gauche hypotrophique et dans 1 cas un dédoublement bilatéral du bassin ;
- Le LB montrait dans 7 cas une boucle sigmoïdienne longue et dans 1 cas une boucle sigmoïdienne limite ;
- La cœlioscopie objectivait un mésosigmoïde long dans 7 cas et un mésosigmoïde limite dans 1 cas.

Traitement chirurgical

- **La préparation préopératoire** comportait un volet psychologique : des entretiens avec la patiente ou avec le couple. Ces entretiens permettaient d'expliquer le but de l'opération sans trop entrer dans des considérations techniques, en avertissant de l'impossibilité de maternités futures.

Les patientes étaient mises sous métronidazole per os une semaine avant l'intervention. La veille de l'intervention elles ingéraient 4 flacons de mannitol* à 10% en 2 heures sous surveillance médicale. L'intervention comportait un temps abdominal et un temps périnéal.

- **Le temps abdominal** : une laparotomie médiane sous-ombilicale était réalisée, au besoin prolongée en para-ombilicale gauche ou en sus-ombilicale. Ensuite, après une exploration complète de la cavité abdomino-pelvienne, l'individualisation du greffon sigmoïde était

réalisée après avoir étalé le côlon sigmoïde et repéré les pédicules sigmoïdiens supérieur, moyen et inférieur. On réalisait une épreuve de clampage des artères sigmoïdiennes supérieure et moyenne, rectale supérieure et des arcades anastomotiques ; le segment isolé (la partie inférieure de l'anse sigmoïde) étant vascularisé à ce moment là uniquement par le pédicule sigmoïdien inférieur. Au bout de 10 mn de clampage, si le segment isolé restait coloré et l'artère sigmoïdienne inférieure battante, une ligature-section des pédicules clampés était réalisée et une coupe du sigmoïde permettait d'individualiser un segment libre, correspondant aux derniers 20 cm du côlon. Le rétablissement de la continuité digestive était réalisée par une anastomose colocolique termino-terminale : le mur postérieur en points simples et le mur antérieur en surjet, toujours en extramuqueux au Vicryl* 3/0 ; avec au besoin un décrochage et un abaissement de l'angle colique gauche. La brèche du mésosigmoïde était refermée. Le versant distal du greffon était fermé par un surjet au Vicryl* 3/0.

- **Le temps périnéal** : la cupule vaginale était incisée transversalement et le clivage recto-vésical était poursuivi aux ciseaux et aux doigts jusqu'au cul-de-sac péritonéal, qui était alors ouvert.
- **Le temps combiné** : la descente du greffon sigmoïdien était réalisée sans tension en antipéristaltique à travers la brèche péritonéale. Les parois coliques étaient suturées en bas, au bord libre supérieure de la cupule vaginale par des points simples au Vicryl*3/0 ou 4/0. Le greffon sigmoïdien étant placé invariablement à droite ou à gauche du rectum selon la facilité de descente, sans tension.
- **La fermeture de la paroi abdominale** était réalisée de façon classique après vérification du montage et contrôle de l'hémostase. L'intervention était terminée par l'introduction d'un boudin de tulle gras dans le néo-vagin qui était remplacé, par la suite, par un préservatif bourré de compresses. Les rapports sexuels étaient autorisés à la quatrième semaine. Les résultats fonctionnels étaient considérés comme bons si la patiente parvenait à avoir des rapports sexuels satisfaisants avec une profondeur vaginale d'au moins 8 cm. Un suivi psychologique, par un psychiatre, était assuré pour chacune de nos patientes.

Résultats

- Les suites opératoires étaient simples chez 6 patientes avec une durée d'hospitalisation moyenne de 10 jours.
- Un cas d'hémorragie peropératoire importante après forage de la cupule vaginale a été noté nécessitant une transfusion sanguine et le séjour de la malade en réanimation pour 48 heures. Pour cette patiente, les suites opératoires furent simples avec une sortie au 10^e jour postopératoire.
- Un cas de nécrose du greffon sigmoïdien est survenu à J5 postopératoire nécessitant une nécrosectomie par voie basse et une cicatrisation dirigée du cul-de-sac va-

ginal associée à des dilatations périodiques.

- Un cas d'éviscération a été noté à J6 postopératoire nécessitant une réintervention pour toilette péritonéale et réfection pariétale. Il n'y avait pas de fistule anastomotique
- Les résultats fonctionnels sont bons pour 7 de nos patientes dont celle qui présentait la nécrose du greffon. En effet, chez cette patiente, après nécrosectomie et cicatrisation dirigée du cul-de-sac vaginal associée à des séances de dilatation aux bougies de Heggar, nous avons pu obtenir l'épithélialisation du cul-de-sac vaginal. De 6 cm après la cicatrisation, la profondeur du vagin a atteint 8 cm après la reprise des rapports sexuels.
Dans 1 cas nous avons noté une sténose au niveau de la zone d'anastomose. Une réintervention est prévue en vue de faire des incisions de décharge au niveau de la zone de striction.
La plainte d'une patiente a été l'écoulement de sperme après le coït.

Discussion

Notre étude a porté sur 8 patientes. Les 8 jeunes femmes étaient issues d'un milieu social relativement défavorisé. Elles étaient peu cultivées, ce qui posait un problème de prise en charge par d'autres méthodes où il aurait fallu une coopération de la part de la patiente.

Le motif de consultation principal était l'impossibilité des rapports sexuels, le plus souvent lors de la première nuit nuptiale. Du fait des tabous existant sur la sexualité au Sénégal, le diagnostic est fait tardivement, vers la 20^e année, contrairement à l'Europe où il est fait plus tôt. Les aspects culturels influent également sur la prise en charge de ces malades [5,6].

Lors des entretiens préliminaires servant de préparation psychologique, le plus souvent avec le couple, nous n'entrons pas trop dans les détails quant au pronostic obstétrical. En effet l'infertilité qu'occasionne cette malformation constitue un lourd handicap sur le plan psychologique. D'autant plus que, dans notre contexte culturel, le seul fait d'évoquer l'impossibilité d'avoir des enfants pourrait briser le couple immédiatement. Nous avons donc opté pour une stratégie progressive, moins brutale, pour délivrer les informations relatives à cette malformation et à ses conséquences. L'acceptation d'un tel état de fait est beaucoup plus facile en Occident qu'en Afrique.

La possibilité d'entretenir des rapports sexuels satisfaisants, grâce à cette intervention, était donc pour nous le but à atteindre.

Le bilan préopératoire comprenait un examen clinique, une échographie, une urographie intraveineuse, un lavement baryté et une cœlioscopie.

Dans la littérature, les auteurs préconisent un lavement baryté ou une sigmoïdoscopie, afin de déterminer la qualité, et surtout la longueur du côlon sigmoïde [1]. Mais ces deux examens ne nous semblent pas suffisants pour évaluer la qualité du mésosigmoïde, qui seule permettra d'apprécier la possibilité de descente du greffon sans tension [1,7]. La cœlioscopie trouve ici tout

son intérêt, surtout dans l'appréciation du mésosigmoïde, mais également dans la réalisation du temps abdominal pour le prélèvement du greffon [8]

L'UIV doit être systématique, elle permet de déceler une malformation rénale associée, ou de détecter un rein pelvien, ce qui contre-indiquerait l'intervention [1, 2]. L'échographie quant à elle permet de confirmer le diagnostic en mettant en évidence l'aplasie ou l'hypoplasie de l'utérus qui est le plus souvent réduit à une fine lame.

Nous n'avons pas pu obtenir de test chromosomique chez nos patientes par manque de moyens. Le caryotype n'est pas disponible dans notre pays. Le caryotype est en général systématique, pour faire le diagnostic d'un éventuel hermaphrodisme. Chez une de nos patientes, le morphotype, la présence d'une tuméfaction dans la grande lèvre et d'une hypertrophie clitoridienne étaient autant d'éléments fortement évocateurs d'un syndrome du testicule féminisant. Du fait que cette « patiente » était éduquée et avait grandi comme une fille, nous avons opté pour la plastie vaginale. D'autant que le motif de consultation était l'impossibilité des rapports sexuels lors de la première nuit nuptiale.

Nous avons toujours utilisé un greffon sigmoïdien de 20 cm de long pédiculisé sur le pédicule sigmoïdien inférieur afin de permettre sa descente en antipéristaltique sans tension. Certains auteurs proposent dans le cas de mésosigmoïde court, de pédiculiser le moignon colique sur l'artère rectale supérieure, branche terminale de l'artère mésentérique inférieure emportant alors la partie supérieure du rectum [4,9]. Mais l'utilisation d'un greffon recto-sigmoïdien est actuellement abandonnée du fait de sa morbidité non négligeable [1].

Franz [10] a proposé de faire un montage péristaltique, le moignon étant alors vascularisé par l'artère sigmoïdienne supérieure, sans que cela augmente la quantité de sécrétions vaginales. D'autres auteurs utilisent l'iléon à la place du côlon. Cette technique reste réservée aux enfants du fait de l'agressivité des sucs digestifs sur la vulve et de l'excès de sécrétions extériorisées [6,11].

L'incision de la cupule vaginale a été faite horizontalement. Le sens de l'incision ne semble pas être primordial. La dissection de l'espace a toujours débuté aux ciseaux par le bas, et était poursuivie aux doigts ; elle doit être douce. Certains cas de plaies vésicales ou rectales ont été publiés, occasionnés lors du clivage recto-vésical [1]. Nous n'en avons pas observé dans notre courte série ; cependant nous rapportons un cas d'hémorragie massive lors de la poursuite du clivage vers le haut et aux doigts. Il s'agissait probablement d'une blessure accidentelle des veines péricavicales. C'est pourquoi nous recommandons la douceur et la prudence lors de ce clivage recto-vésical.

Un cas de nécrose du greffon colique a été noté. Cette complication est survenue chez la patiente qui présentait un sigmoïde et un mésosigmoïde de longueur limite. En effet chez elle, la descente du greffon de bonne vitalité avec un méso gras, a été réalisée avec une légère tension. Pour certains auteurs, la constatation d'un méso-sigmoïde court et gras serait une contre-indication à la

technique de Schmid [1,9].

Cependant cette patiente avait bénéficié d'une nécrosectomie par voie basse, suivie d'une cicatrisation dirigée avec des dilatations régulières. Ceci nous avait permis d'obtenir un néovagin de 6 cm de profondeur, bien ré-épithéliasé, autorisant des rapports sexuels satisfaisants, entraînant une augmentation de la profondeur vaginale à 8 cm. Cette patiente a en définitive un bon résultat fonctionnel.

Deux cas de sténose au niveau de l'anastomose colovaginale ont été notés. L'un a favorablement évolué après quelques séances de dilatations aux bougies de Heggar. Dans l'autre cas, il s'agit d'une sténose serrée n'admettant qu'un doigt. Cette sténose était survenue parce que la patiente craignait d'avoir mal lors des rapports sexuels, qui étaient pourtant autorisés dès la 4^e semaine. Une réintervention par voie basse est prévue pour lever cet anneau de striction empêchant d'accéder à la cavité du greffon.

Nous avons réalisé l'anastomose colique à la cupule vaginale par des points simples sur toute la circonférence. Certains auteurs préconisent une suture en ligne brisée, pour éviter les sténoses [7]. Certaines complications décrites dans la littérature, comme la dyspareunie, les douleurs de type colique, les sécrétions odorantes ou excessives [12,13], n'ont pas été signalées par nos patientes. Cependant l'une d'elles s'interroge sur un écoulement de sperme après le coït.

De même aucune d'entre-elles n'a encore présenté un prolapsus, contrairement à ce que rapportent certains auteurs [4, 14].

La plupart des auteurs reste d'accord sur le fait que la technique de Schmidt reste une solution de choix dans le traitement de l'aplasie vaginale, du fait de sa relative simplicité, de son efficacité, de la rareté des complications [5,15,16,17].

Les bons résultats de notre expérience préliminaire nous encouragent à poursuivre dans cette voie dans le traitement de l'aplasie vaginale chez l'adulte au Sénégal.

Références

1. Paniel BJ, Haddad B et Meneux E. Chirurgie des malformations vaginales (II). *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Techniques chirurgicales - Urologie-Gynécologie*, 41-855-B, 1996, 22p.
2. Young J, Schaison G. Aménorrhée : conduite diagnostique et aspects étiologiques. *Médecine Thérapeutique Endocrinologie*, 1999 ; 1: 259-72.
3. McIndoe AH, Bannister JB. An operation for the cure of congenital absence of the vagina. *J Obstet Gynaecol Br Emp* 1938; 45:490-494
4. Freundt I, Toolenaar TA, Huikeshoven FJ, Drogendi JK, Jeekel H. A modified technique to create a neovagina with an isolated segment of sigmoid colon. *Surg Gynecol Obstet*, 1992; 174: 11-16.
5. Hensle TW, Seaman EK. Vaginal reconstruction in children and adults. *Tech Urol* 1995; 1: 174-80.
6. Tillem SM, Stock JA, Hanna MK. Vaginal construction in children. *J Urol* 1998 ; 160: 186-90.
7. Karim RB, Hage JJ, Dekker JJ. Evolution of the methods of neovaginoplasty for vaginal aplasia. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 1995 ; 58: 19-27.
8. Darai E, Soriano D, Thoury A, Bouillot JL. Neovagina construction by combined laparoscopic-perineal sigmoid colpoplasty in a patient with Rokitansky syndrome. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 9:204-8
9. Turner-Warwick R, Kirby RS. The construction and reconstruction of the vagina with colocaecum. *Surg Gynaecol Obstet*, 1990 ; 170: 132-6.
10. Franz RC. Sigmoid colon vaginoplasty : a modified method. *Br J Obstet Gynaecol*, 1996; 103: 1148-55.
11. Hitchcock RJ, Malon PS. Colovaginoplasty in adults and children. *Br J Urol*, 1994 ; 73: 196-9.
12. Hage JJ, Karim RB, Asscheman H, Bloemena E, Cuest MA. Unfavorable long-term results of rectosigmoid neocolpocleisis. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95: 842-8.
13. Hensle TW, Reiley EA. Vaginal replacement in children and young adults. *J Urol* 1998 ; 159: 1035-8.
14. Lennaghan R, Wilson N, Lucas CE, Ledgerwood AM. The role of rectosigmoid neocolporrhaphy. *Surgery* 1997 ; 122 : 856-60.
15. Ghosh TS, Kwawukume EY. Construction of an artificial vagina with sigmoid colon in vaginal agenesis. *Int J Gynaecol Obstet*, 1994 ; 45 : 41-5.
16. Hensle TW, Reiley EA. Vaginal replacement in children. *J Urol*, 1992 ; 148: 677-9.
17. Wesley JR, Coran AZG. Intestinal vaginoplasty for congenital absence of the vagina. *J Pediatr Surg* 1992 ; 27: 885-9.