

La chirurgie du prolapsus dans les pays en voie de développement

Surgery for Pelvic Organ Prolapse in Developing Countries

Claude Rosenthal

Président de Gynécologie Sans Frontières.

Résumé

Dans le cadre de la formation à la chirurgie vaginale dans les pays en voie de développement, nous proposons une technique adaptée à la cure chirurgicale des prolapsus de la femme jeune.

La plupart de ces prolapsus sont dus à un « lâchage » des fixations para-vaginales et à « l'avulsion » des muscles pubo-rectaux secondaire au traumatisme des accouchements difficiles.

C'est la raison pour laquelle nous préconisons des fixations latérales par voie trans-obturatrice, la conservation tant que possible de l'utérus et la voie trans-glutéale pour faciliter le passage à travers le ligament sacro-épineux droit de deux fils qui assureront la profondeur de la cavité vaginale.

Dans les mains d'opérateurs récemment formés à cette chirurgie, les résultats immédiats et à un an semblent bons et les complications rares.

Mots clés

- ◆ Prolapsus de la femme jeune
- ◆ Prolapsus par voie vaginale
- ◆ Voie trans-obturatrice
- ◆ Voie transglutéale
- ◆ Voie trans-sacro épineuse

Abstract

As part of the vaginal surgery training in the developing countries, we suggest doing a surgical technique for young women with pelvic organ prolapse (POP). *Most of these prolapses are due to paravaginal defect and pubo-rectal avulsion secondary to very traumatic births.*

Its the reason why we use lateral fixation to the pelvic side by trans-obturator route, uterus preservation as far as possible and a trans gluteal approach to make easier the trans-sacrospinous ligament transfixion by two threads in order to create a deep vaginal cavity.

In the hands of recently trained to this technique surgeons, the short term and one-year follow-up results appear favorable and the complications are rare.

Keywords

- ◆ Young woman POP
- ◆ POP cures by vaginal route
- ◆ Trans-obturator
- ◆ Trans-gluteal
- ◆ Trans-sacrospinous ligament

Correspondance

Claude Rosenthal

Président de Gynécologie Sans Frontières.

E-mail : cldrosenthal@gmail.com

Dans les pays en voie de développement, les maladies handicapantes de la femme sont avant tout représentées par les fistules d'origine obstétricales vésico-vaginales et/ou recto vaginales. Dans les grandes villes de presque tous les pays Africains Sahéliens, des centres de réparation et de prise en charge de ces fistules existent. Dans ces centres, les autres pathologies invalidantes sont méconnues, en particulier les prolapsus.

Et pourtant dans ces centres, lors des consultations pour handicap, le nombre de prolapsus complets est très élevé, supérieur à celui des fistules.

Contrairement à la fistule, le prolapsus n'empêche pas de vivre, n'exclue pas de la société, même s'il représente une gêne douloureuse à l'activité physique et sexuelle. Mais pour se faire opérer il y a deux contraintes : l'argent et des opérateurs qui connaissent la technique chirurgicale.

Ceci est un constat personnel, relevé au cours de missions humanitaires pour Gynécologie Sans Frontières et non le résultat d'une revue bibliographique.

Les particularités du prolapsus africain

Dans notre pratique le prolapsus Africain a des particularités qui le rendent très différent des troubles de la statique pelvienne européens.

La prévalence

Dans de nombreux pays d'Afrique Francophone (RDC, Burundi, Mali) on retrouve plus de 50 % des prolapsus avant 50 ans. Très peu d'études documentent la prévalence du prolapsus en Afrique. Nos résultats sont surtout ceux constatés au cours de nos missions.

En Europe on estime que le nombre de prolapsus opérés avant 50 ans est de l'ordre de 25 %. (1)

Physiopathologie

L'expérience humanitaire de GSF au niveau de la formation des formateurs à la prise en charge des maladies handicapantes post obstétricales, permet de constater que très schématiquement *la physiopathologie* du prolapsus en Europe et en Afrique (2) est complètement différente et explique les conséquences anatomiques :

- Le prolapsus Européen (Fig 1) est un prolapsus de fatigue, de privation hormonale. Il survient en post ménopause, il est médian. C'est une hernie médiane de la paroi vaginale, de la cystocèle en avant ou de la rectocèle en arrière avec effacements des plis vaginaux. C'est la vessie ou le rectum qui entraîne l'utérus ;
- Le prolapsus africain (Fig 2) est un prolapsus de dévascularisation des processus de soutien du plancher pelvien. Il relève de la même physiopathologie que la fistule obstétricale. La tête fœtale coincée pendant des heures voire des jours dans la filière pelvi génitale va entraîner une compression et une dévascularisation des fascias, ligaments et muscles. IL en résultera une désinsertion des fixations latérales des fascias de l'arc tendineux du fascia pelvien (ATFP) et des muscles élévateurs de l'anus de leur insertion pubienne (« avulsion » des muscles pubo-rectaux) (Fig 3). Raison pour laquelle il va survenir plus ou moins rapidement dans le post-partum, souvent chez des femmes très jeunes. Le prolapsus Africain est latéral, avec un effacement plus ou moins total des culs de sacs latéraux (Fig 4). Les parois vaginales antérieures et postérieures conservent leurs plis transversaux. C'est l'utérus qui entraîne la vessie et/ou le rectum (3).

Le prolapsus africain est en plus facilité par une modification de la statique pelvienne, liée au port de charges lourdes sur la tête dès le plus jeune âge avec comme conséquence une lordose et une bascule du bassin qui aggravent la transmission de la « poussée » verticale (Fig 5).

Indications chirurgicales

Elles doivent tenir compte de la jeunesse de ces femmes et de leurs souhaits de conservation des règles, de possibilité de grossesse et surtout de perméabilité vaginale normale.

Le plus souvent, la pauvreté, le fait qu'un prolapsus n'empêche pas de vivre, la méconnaissance par le corps médical des techniques de réparation font que le nombre des prolapsus est très sous-estimé et qu'apparaissent des complications comme des ulcérations de la muqueuse vaginale par frottements (Fig 6).

Techniques chirurgicales

Les réparations sont différentes dans les capitales et en province. Aujourd'hui dans les capitales, les techniques sont souvent très semblables aux techniques européennes. Mais les prolapsus ne sont pas dans les capitales. Dans les hôpitaux provinciaux, la coelioscopie est inexistante, les promonto-fixations par voie haute se font aux fils et sont souvent compliquées d'infections, la réparation voie basse au mieux comporte l'hystérectomie, colpectomie et colporrhaphie.

La voie d'abord trans-obturatrice et l'abord du ligament sacro-épineux directement ou par voie trans-glutéale sont inconnues.

Conditions économiques des hôpitaux et aseptie

Elles sont souvent déficientes, rendant pratiquement impossible, voire même contre-indiquant l'utilisation de matériel prothétique.

Les boîtes de chirurgie vaginale

Elles sont souvent très simples sans valve de Bresky ou de Mangiagalli. Les difficultés d'exposition du ligament sacro-épineux, par ouverture de la fosse para-rectale sont évidentes.

Suites opératoires immédiates

Elles sont souvent accompagnées par une morbidité liée aux conditions locales (paludisme, parasitose, anémie, drépanocytose, HIV).

Suites opératoires à distance

Elles sont assez souvent altérées par la reprise immédiate du travail avec reprise du port de lourdes charges sur la tête. Les conseils de non reprise de l'activité sexuelle avant un minimum de 1 mois sont rarement respectés.

Évaluation des résultats

Elle est compliquée par l'éloignement, les difficultés financières pour permettre un contrôle, et la compréhension de la nécessité de revenir à l'hôpital même si tout va bien.

Une technique chirurgicale adaptée à la voie vaginale

Apporter par compagnonnage en Afrique une technique chirurgicale suppose deux contraintes :

- Être facilement reproductible par des médecins pas forcément qualifiés en chirurgie ;
- Être sans danger, ou tout au moins, les dangers doivent être faciles à éviter.

« Le para-vaginal defect » de ce type de prolapsus doit conduire à une réparation et fixation latérale (2). La technique proposée dérive de celle mise au point par le groupe des neuf, pour la pose de la Mesh Prolift (4-6).

Mais dans nos conditions d'intervention, toute plaque ou autre moyen de support synthétique est inconcevable en raison des coûts, des risques et des difficultés de prise en charge des complications infectieuses.

En avant, le passage de deux fils par voie trans-obturatrice

Cette voie, décrite la première fois par Emmanuel Delorme, dans le cadre de la prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort a été la voie de passage des bras supérieurs de la prothèse TVM (7).

Les points de pénétration sont au niveau du sillon génito-crural (Fig 7) :

- le premier ou supérieur sur l'horizontale du méat urinaire ;
- le deuxième ou inférieur décalé de 1 cm en dessous et en dehors.

Le matériel utilisé est :

- au niveau du point supérieur, l'aiguille d'Emmet (Fig 8) ;
- au niveau du point inférieure, une aiguille hélicoïdale.

Au niveau supérieur l'aiguille d'Emmet traverse le trou obturateur, horizontalement en direction du méat urinaire et rencontre dans la fosse para vésicale ouverte, le doigt de l'opérateur. L'aiguille sera poussée en dedans, vers l'extérieur de la fosse para vésicale, toujours protégée par le doigt de l'opérateur. Un fil non résorbable muni de son aiguille, calibre 0 ou 1 est placé dans le chas de l'aiguille.

L'aiguille accompagnée par le doigt de l'opérateur est retirée devant les éléments du trou obturateur sans être extériorisée à la peau. Elle est repoussée 1cm plus bas, dans l'espace para vésical toujours protégée par le doigt de l'opérateur. Le fil est détaché de l'aiguille qui sera retirée sous la protection du doigt protecteur. Le fil est ainsi passé en poulie à travers le trou obturateur, au niveau de la naissance de l'arc tendineux du fascia pelvien.

Au niveau inférieur, même procédure avec l'aiguille hélicoïdale (Fig 8). La direction de l'aiguille sera l'épine sciatique. Elle sera repoussée 1 cm plus haut dans le trou obturateur.

Les points de fixation sont :

- au niveau supérieur, la paroi vaginale latérale en prenant dans un point en X toute son épaisseur sans être transfixiant. Cette prise se fait en regard de la branche ischio pubienne sur la ligne horizontale urétrale ;
- au niveau inférieur, la paroi antéro-latérale du col.

Le serrage des nœuds de fixation se fera après la colporraphie antérieure. Les angles latéraux du vagin sont reconstruits.

Conservation de l'utérus sauf contre-indications

En arrière, le passage de deux fils dans le ligament sacro épineux par voie trans-glutéale

Le point de pénétration est à 4 cm en dehors et en dessous de l'anus, dans la fesse droite. Le matériel utilisé est une grande aiguille courbe, type aiguille de « Cousin ». (Laboratoire Cousin Biotech) (Fig. 8). La fosse para rectale est ouverte et deux doigts de la main droite de l'opérateur se posent à plat sur le ligament sacro épineux. La grande aiguille courbe, nettement perçue à travers le muscle sacro coccygien s'enfonce dans la fesse et vient buter sur le ligament sacro épineux. Elle sera poussée à travers lui pour sortir entre les deux doigts de l'opérateur, dans la fosse para rectale.

Deux fils non résorbables sont placés dans le chas de l'aiguille. L'aiguille est retirée du ligament sacro-épineux, protégée par la main de l'opérateur, et repoussée devant lui, à travers l'ilio coccygien dans la fosse para rectale. Les fils détachés de l'aiguille qui est retirée sont donc passés en poulie à travers le ligament sacro-épineux (Fig. 9).

La fixation des fils se fera pour le plus externe à la naissance de l'utero sacré droit et pour le plus interne à la face postérieure du col utérin. Le serrage des nœuds se fera après la colporraphie postérieure. La profondeur vaginale est rétablie.

Les premiers résultats

À l'Hôpital Panzi, à Bukavu, 71 patientes ont été opérées par le Dr Mukanire Ntakwinja.

Dans les suites immédiates per opératoires, on dénombre trois saignements ayant nécessité une transfusion (4,2 %) et une plaie vésicale (1,4 %). Dans les suites immédiates post opératoires, on compte trois infections urinaires et deux infections vaginales, guéries classiquement sans séquelles (antibiotiques et lavage Bétadine).

Au contrôle à un an, 50 de ces 71 patientes furent revues. On note deux incontinences urinaires de novo et trois récidives de prolapsus, non gênants en stade 2.

Ces résultats sont certes préliminaires et doivent être pris avec précaution, mais ils sont très encourageants.

Conclusion

Cette technique est avant tout proposée pour former dans les pays en voie de développement, des formateurs et leur permettre d'enseigner une technique sûre et peu dangereuse, dans des conditions d'exercice parfois très difficiles.

Références

1. G. Crépin, M. Cosson, JP Lucot, P. Colinet. Le prolapsus génital chez la femme jeune : Une question d'actualité Bull. Acad. Natle Méd. 2007;(191) 4-5:827-36.
2. Arima H, Dimar JR, Glassman SD, Yamato Y, Matsuyama Y, Mac-Thion JM, Roussouly P, Cook B, Carréon LY. Differences in lumbar and pelvic parameters among African, American, Caucasian and Asian Populations. Eur. Spine J. 2018;27:2990-8.
3. Barber MD, Cundiff GW, Weidner AC, Coates KW, Bump RC, Addison WA. Accuracy of clinical assessment of paravaginal defects in women with anterior vaginal wall prolapse. Amer. J Obstet. Gynecol 1999;181:87-90.
4. Debodinance P, Berrocal J, Clave H, Cosson M, Garbin O, Jacquetin B, Rosenthal C, Salet-Lizee D, Villet R. Evolution des idées sur le traitement chirurgical des prolapsus génitaux : naissance de la technique TVM J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2004;33:577-88.
5. Jacquetin B, Hinoul P, Gauld J, Fattou B, Rosenthal C, Clave H, Garbin O, Berrocal J, Villet R, Salet-Lizée D, Debodinance P, Cosson M. Total Transvaginal Mesh (TVM) technique for treatment of pelvic organ prolapse : A 5-year prospective follow-up study. Int Urogynecol J 2013;24:1679-86.
6. Debodinance P, Amblard J, Fattou B, Cosson M, Jacquetin B. Le Kit prothétique dans la cure des prolapsus génitaux : est-ce un gadget ? (The prosthetic kits in the prolapse surgery : is it a gadget ?) J Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2007;36:267-75.
7. Delorme E. La bandelette trans-obturatrice : un procédé mini-invasif pour traiter l'incontinence urinaire d'effort de la femme. Prog. Urol. 2001;11:1306-13.



Figure 1 : Le prolapsus européen.



Figure 2 : Le Prolapsus Africain.



Figure 3 : Le garrot pelvien.



Figure 4 : Effacement du cul de sac latéral.



Figure 5 : Fabrication des troubles de la statique pelvienne.



Figure 6 : Ulcérations par frottements.

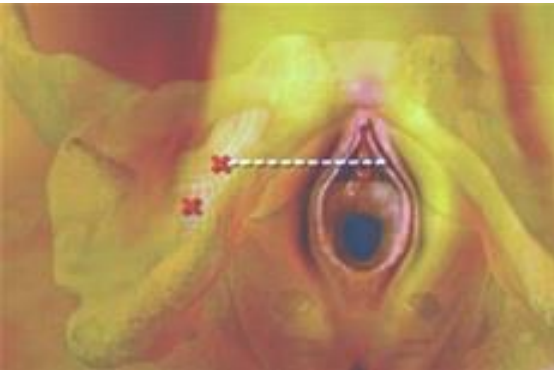


Figure 7 : Les points de pénétration de la voie trans-obturatrice.



Figure 8 : Les aiguilles.



Figure 9 : Le passage trans-sacro-épineux.