Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Cas clinique

Cure de cystocèle par colposuspension selon la technique de Mellier : à propos de 2 cas au Centre Hospitalier Amath Dansokho de Kédougou, Sénégal

Cystocele treatment by colposuspension using the Mellier technique: about 2 cases at the Amath Dansokho Hospital Center in Kédougou, Senegal

M Wade*[1], M Sene[2], H Ghais[2], AB Faye[2], K Faye[1]

Résumé

Nous rapportons 2 cas de cures de cystocèles par tissu autologue chez des sujets âgés selon la technique de Mellier, réalisées au Centre Hospitalier Amath Dansokho de Kédougou au Sénégal. La prise en charge de la cystocèle après hystérectomie par tissu autologue chez les sujets âgés était dominée par les techniques de ou par la colposuspension latérale à l'arc tendineux. Le regain d'intérêt des tissus autologues dans la prise en charge chirurgicale de la cystocèle de haut grade associé au fort taux de récidive de récidive des techniques de colporraphie fait de cette technique de colposuspension selon Mellier est un arsenal thérapeutique indispensable en zone rurale.

Mots-clés : cystocéle, colposuspension, Mellier, Kédougou, Sénégal.

Abstract

We report 2 cases of cystocele cures using autologous tissue in aged patients using the Mellier technique, performed at the Amath Dansokho Hospital in Kédougou, Senegal. The management of cystocele after hysterectomy using autologous tissue in aged patients was dominated by the techniques of or lateral colposuspension with the tendinous arch. The resurgence of benefit from autologous tissue in the surgical management of high-grade cystocele, combined with the high failure rate of colporrhaphy techniques, makes this colposuspension technique according to Mellier an indispensable therapeutic option in rural areas.

Keywords: cystocele, colposuspension, Mellier, Kédougou, Senegal.

Introduction

La cystocèle correspond au déroulement de la paroi vaginale antérieure et s'accompagne presque systématiquement d'une hernie de la vessie responsable de la saillie plus ou moins importante de la vessie dans le vagin. Elle s'intègre dans le cadre des troubles de la statique pelvienne réalisant un prolapsus génito-urinaire (PGU). Depuis l'Antiquité, La cystocèle représente un défi thérapeutique toujours d'actualité en chirurgie pelvienne reconstructrice [1]. Plusieurs

techniques ont été utilisées au fur des siècles allant de colporraphie antérieure, à la promontofixation per coelioscopique en passant par les cures par prothèses non-résorbables. Ces derniers malgré leur efficacité, sont responsable de complications entrainant un regain d'intérêt pour les techniques de réparations par les tissus autologues. Nous rapportons 2 cas de cures de cystocèles par tissu autologue chez des sujets âgés selon la technique de Mellier [2] réalisées au Centre Hospitalier Amath Dansokho de Kédougou au Sénégal.

Cas cliniques

Cas n°1

Il s'agit d'une patiente de 67 ans, 9èmepare aux antécédents d'une hystérectomie par voie abdominale y' a 4 ans. Elle est reçue en 2021 pour la prise d'une masse vaginale extériorisée depuis 6 mois. L'examen avait conclu à une cystocèle Grade 3 selon la classification de Baden et Walker avec colpoptose fundique (figure 1 A). Elle a bénéficié d'une colposuspension selon la technique de Mellier (figure 1 B-C) et d'une myoraphie haute des releveurs de l'anus. Les suites opératoires étaient simples, le suivi à ce jour (2 ans) est sans particularité.

Cas n°2

Patiente de 75 ans, grande multipare 8ème pare, venue consulter pour des douleurs anales avec deux masses périnéales prolabées évoluant depuis 2 ans. L'examen retrouve au niveau du périnée antérieur : un prolapsus génital et vésical associant un cystocèle C3, une hystéroptose H4 et un élytrocèle E3 (figure 2A) selon la classification de Baden et Walker et au niveau du périnée postérieur, un prolapsus rectal. Devant ce tableau et après discussion pluridisciplinaire, un cerclage anal et une hystérectomie par voie basse ont été décidés. Dans un 1er temps nous avions réintégré le prolapsus anal et réalisé un cerclage anal (figure 2B). S'en est suivie une hystérectomie par voie vaginale (figure 2C) et d'une colposuspension Selon Mellier pour le temps antérieur (figure 2D). Pour le temps postérieur, nous avions une colpotomie médiane postérieure permettant une dissection de la face antérieure du rectum permettant une Douglasectomie et réparation du fascia pré rectal à l'aide d'une bourse. Fermeture de la paroi postérieure (figure 3A). Les suites opératoires étaient simples avec une bonne évolution à M1 post opératoire (figure 3B).



Figure 1 :
A : Avant Chirurgie : mise en évidence d'une cystocèle
B : Aspect du vagin après colposuspension
C : Points d'ancrage sus pubien sur le ligament inguinal

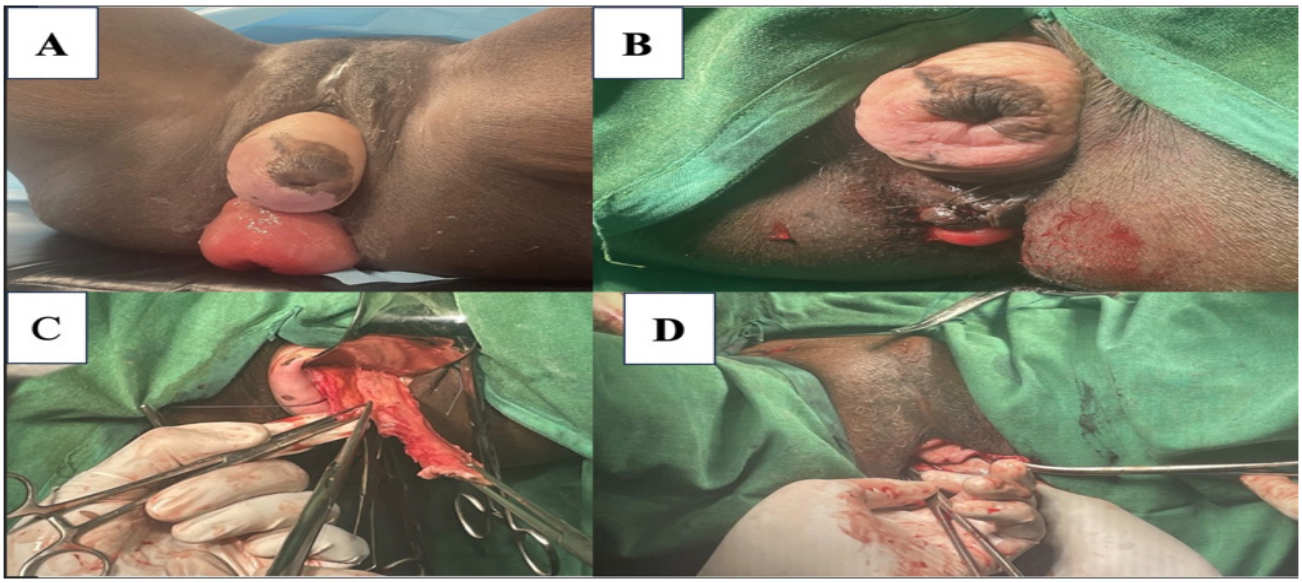


Figure 2 :
A : Examen initial ; B : Réintégration et cerclage anal
C : Réalisation de l'hystérectomie par voie vaginale ; D : Passage des fils dans le Retzuis

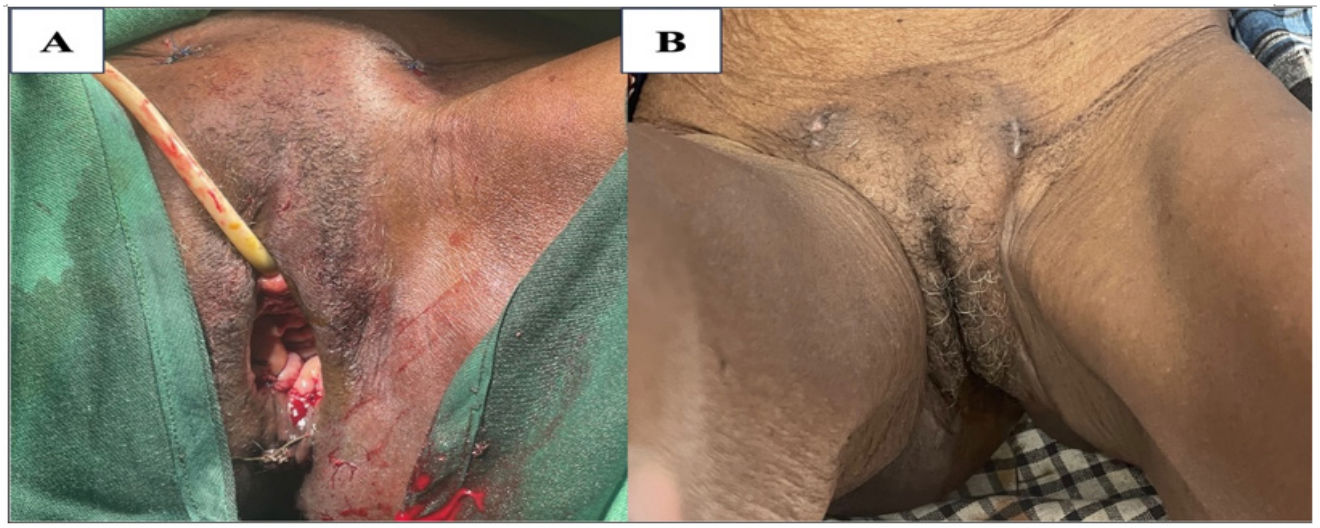


Figure 3 : A : Aspect en post opératoire immédiat ; B : Control à M1 post opératoire

Discussion

La prise en charge de la cystocèle après hystérectomie par tissu autologue chez les sujets âgés était dominée par les techniques de colporraphie (Bourses sous urétrales, suture en paletot du Fascia d'Halban) ou par la colposuspension latérale à l'arc tendineux [3]. Le regain d'intérêt des tissus autologues dans la prise en charge chirurgicale de la cystocèle de haut grade associé au fort taux de récidive de récidive des techniques de colporraphie [4], fait de cette technique de colposuspension selon Mellier un arsenal thérapeutique indispensable. En effet, elle associe les techniques sus décrites à savoir la suture en paletot du fascia pubo-vésical ou fascia de Halban pour traiter la hernie médiane à la colposuspension par des fils suspendus cette fois-ci sur le ligament inguinal pour corriger le paravaginal defect. Cette technique apporte de bons résultats anatomiques et fonctionnels à 2 ans [5]. Elle permet la restauration anatomique avec un amarrage vaginal souple et une fixation ligamentaire rigide qui stabilise toute la voute vaginale antérieure. Cette technique est bien adaptée à notre de zone rurale (700 km de la capitale) avec un coût moins élevé que

les cures par prothèse ou la promontofixation per coelioscopique et au confort opératoire des sujets âgés car réalisée sous rachianesthésie et ayant une morbidité et une mortalité per-opératoires de même qu'une hospitalisation et une convalescence réduites. Vue ces avantages nous avions opté de ne pas mettre une pessaire qui était plus indiquée chez la patiente de 75 ans. En effet la pose de pessaire nécessite une bonne communication et un suivi régulier. Étant un coprs étranger, elles peuvent être source de complications surtout chez la femme ménopausée à type d'écoulement vaginal, d'irritation, d'ulcérations, de saignements de douleurs et odeurs. La cystocèle entraîne rarement une morbidité et une mortalité graves ; en revanche, il provoque des symptômes qui peuvent affecter négativement les activités quotidiennes d'une femme et sa qualité de vie surtout chez la femme âgée. Par conséquent, l'évaluation de l'amélioration des symptômes et de la qualité de vie des patientes souffrant de prolapsus des organes pelviens est très importante pour évaluer l'efficacité du traitement.

Conclusion

La chirurgie est le traitement de référence des cystocèles grade 3. La technique de colposuspension selon Mellier permet la restauration anatomique et fonctionnelle la voute vaginale antérieure. La reproductibilité et sa morbi-mortalité faibles en fait une technique adaptée en zone rurale.

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Cooke TJ, Gousse AE. A historical perspective on cystocele repair–from honey to pessaries to anterior colporrhaphy: les- sons from the past. J Urol 2008;179:2126—30.

[2] Lamblin G, Azzi-Peltier C, Chabert P, Lebail Carval K, Chene G, Mellier G: How I do the treatment of cystocele stage 3 by the vaginal colposuspension technique Gynécologie Obstétrique & Fertilité 44 (2016) 437–439

[3] V. Misrai, P.-N. Gosseine, P. Costa et al. La colporraphie traditionnelle a-t-elle encore une place dans le traitement de la colpocèle antérieure ? Progrès en urologie (2009) 19, 1074—1079 doi:10.1016/j.purol.2009.09.020

[4] Porges RF, Smilen SW. Long-term analysis of the surgical management of pelvic support defects. Am J Obstet Gynecol 1994;171:1518—28.

[5] Lamblin G, Van-Nieuwenhuyse A, Chabert P, Lebail-Carval K, Moret S, Mellier G. A randomized controlled trial comparing anatomical and functional outcome between vaginal colposuspension and transvaginal mesh. Int Urogynecol J 2014;25(7):961–70.

***Correspondance**

Mouhamadou Wade

wade200903kia@hotmail.fr

Disponible en ligne : 12 Décembre 2023

1 : Hôpital Régional Amath Dansokho de Kédougou
2 : Université Cheikh Anta DIOP, Dakar Senegal

Pour citer cet article :

M Wade, M Sene, H Ghais, AB Faye, K Faye. Cure de cystocèle par colposuspension selon la technique de Mellier : à propos de 2 cas au Centre Hospitalier Amath Dansokho de Kédougou, Sénégal . Jaccr Africa 2023; 7(4): 338-341