

**Fait clinique****Césarienne Élective sur Diaphragme Vaginal Transverse : à Propos de Deux Cas.**Belley Priso E<sup>1,2</sup>, Nana Njamen T<sup>1</sup>, Mboudou E<sup>2</sup>, Egbe OBenchenti T<sup>1</sup>, Doh AS<sup>2</sup>.<sup>1</sup>Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Général de Douala<sup>2</sup>Département de Gynéco-Obstétrique (Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé)*Corresponding author: Dr BELLEY PRISO Eugène; Hôpital Général de Douala ; Tél : (237)33370249; Email: mzambou@yahoo.fr***ABSTRACT**

Two cases of incomplete transverse vaginal septa observed at the Douala General Hospital are reported. This malformation can be associated with sexual problems in life, as well as pose gynaecological and obstetrical condition for the patient. Early diagnosis is fundamental; screening by speculum examination will permit treatable cases to be corrected, thus avoiding unnecessary cesarean sections, laparotomy with hysterotomy for abortion, the risk of cervicitis and upper genital tract infections which are usually responsible of infertility, ectopic pregnancy and pelvic abscess. Cervical cancers may be undiagnosed due to inability to carry out pap smears.

**Key words:** Vaginal septa; Cesarean section; Genital malformation...

**RÉSUMÉ :**

Deux cas de diaphragme vaginal incomplet observés dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital Général de Douala sont présentés. L'accent est mis sur l'impact péjoratif de cette malformation sur la vie sexuelle des patientes, la qualité de leur suivi gynécologique et leur avenir obstétrical. Le diagnostic précoce est fondamental ; et le dépistage par l'examen au spéculum permet pour les cas opérables d'éviter les césariennes, les laparotomies avec hystérotomie pour avortements ou grossesses arrêtées, les cervicites, les infections génitales hautes souvent responsables d'infertilité, de grossesse extra utérine et d'abcès pelvien ; les cancers méconnus du col ne sont pas en reste du fait de l'impossibilité de réaliser des frottis de dépistage.

**Mots Clés :** Diaphragme vaginal ; Césarienne ; malformation génitale.

**INTRODUCTION**

Les malformations vaginales ne sont pas fréquemment observées au cours de nos consultations gynécologiques. Cependant elles doivent être systématiquement recherchées chez certaines patientes afin d'assurer une meilleure prise en charge globale.

**CAS N° 1 :**

Madame P.K. âgée de 26 ans, G3P3003 avait bénéficié d'une césarienne élective en août 2006 à l'Hôpital Général de Douala pour diaphragme vaginal incomplet. Les deux précédentes césariennes remontaient aux années 2000 et 2003 pour la même indication. Le cycle menstruel était caractérisé par des écoulements de faible abondance durant 9 jours. Elle souffrait d'une dyspareunie profonde primaire et n'avait pas d'antécédent d'infection uro-génitale. L'inspection au spéculum au cours de la troisième grossesse identifiait un diaphragme vaginal situé au tiers inférieur du canal vaginal. Un orifice ponctiforme laissant passer l'embout de l'hystéromètre avait été identifié sur le diaphragme. A 38 semaines révolues, la 3ème césarienne permettait d'extraire un fœtus vivant pesant 2860 g. Aucune malformation urinaire ou génitale associée

n'était identifiée en peropératoire. Les suites opératoires étaient bonnes.

**CAS N° 2 :**

Madame N. T., 24 ans, G2P2002 avait bénéficié d'une césarienne élective en 2007 à l'Hôpital Général de Douala pour diaphragme vaginal incomplet. La précédente césarienne remontait à l'an 2001 pour la même indication. Son cycle menstruel était caractérisé par des écoulements de faible quantité durant 8 jours : elle ne se plaignait pas de dyspareunie et n'avait aucun antécédent d'infection urogénitale. L'inspection au spéculum au cours de la deuxième grossesse identifiait un diaphragme vaginal incomplet situé au tiers supérieur du canal vaginal. Un orifice central punctiforme admettant au plus l'embout de l'hystéromètre était décelé sur ce diaphragme. Une césarienne à 39 semaines révolues permettait d'extraire un fœtus vivant pesant 3300 g. Nous n'avions noté aucune malformation urogénitale en peropératoire. Les suites opératoires étaient bonnes.

**DISCUSSION :**

Les malformations du vagin sont essentiellement l'aplasie vaginale, les cloisons vaginales longitudinales, les diaphragmes (cloisons vaginales

transversales). Elles résultent des troubles de la résorption (tunnelisation) de la plaque vaginale [1]. Rudigoz (1975) [2] trouve un cas de diaphragme vaginal pour 1500 patientes souffrant de malformations génitales tandis que Rochet et Col. [3] trouvent un cas de cloison vaginale longitudinale sur 6 cas de malformations utérines et un cas d'aplasie vaginale associée au syndrome de Rokitansky Kuster Hauser pour 4000 à 5000 naissances. Les facteurs étiologiques sont méconnus [3]. Certains cas de malformations familiales ont été décrits, mais le caryotype est pratiquement toujours normal au cours des malformations de l'appareil génital [3]

Après la différenciation des gonades de la 3<sup>ème</sup> à la 7<sup>ème</sup> semaine, survient celle des voies génitales jusqu'alors identiques chez les deux sexes. On note chez l'embryon de sexe féminin une régression des canaux mésonéphrotiques de Wolf. En revanche, le canal paramésonéphrotique de Müller qui prend naissance à la face antérolatérale de la crête urogénitale descend en dehors du canal de Wolf puis le croise ventralement pour rejoindre son homologue du côté opposé. Les deux canaux de Müller fusionnent à 9 semaines pour former le canal utero vaginal [3].

L'extrémité caudale pleine de ce canal commun continue à pousser en direction caudale jusqu'au moment où elle atteint la paroi postérieure du sinus urogénital à 10 semaines [1, 4]. Par la suite il naît de la portion pelvienne du sinus deux évaginations pleines (bulbes sino-vaginaux ou tubercule de Müller) qui prolifèrent pour former la plaque vaginale à 12 semaines [4-5]. Cette plaque (canal plein) va subir progressivement une tunnelisation qui devient complète à 20 SA [4]. Le diaphragme vaginal, résulterait de l'absence de fusion entre l'ébauche venant des canaux de Müller et celle venant du sinus urogénital. Il existe des diaphragmes complets (non perforés) et des diaphragmes perforés. L'orifice est de dimension très variable, du simple orifice punctiforme ne laissant que la pointe d'un hystéromètre jusqu'au diamètre à peine inférieur à celui du vagin admettant facilement le speculum [6-7]. Ces diaphragmes sont de siège variable selon les auteurs : Granjon [8] les observent au 1/3 moyen du vagin (50 %), au 1/3 supérieur (25 %) et au 1/3 inférieur (25 %). Lodi (6) les a retrouvés le plus souvent au 1/3 supérieur et au 1/3 moyen avec une égale fréquence, et plus rarement au 1/3 inférieur. Ils

sont fréquemment uniques, rarement étagés ; leur consistance est habituellement mince, plus rarement épaisse et fibreuse [6]. Certes on peut invoquer, pour les diaphragmes inférieurs, une absence de fusion entre l'ébauche müllérienne et l'ébauche sinusale. Il reste par contre, beaucoup plus difficile d'expliquer l'existence des cloisons moyennes ou supérieures et des diaphragmes étagés [8].

Les menstruations de longue durée dont se plaignent les deux patientes se justifient par l'étroitesse des orifices des diaphragmes, responsable de la baisse du débit et du prolongement du flux menstruel. Des cas d'orifices invisibles ont été décrits, leur présence se manifestant par l'existence des règles et la survenue de grossesses sans problème dès l'instant que les caractéristiques spermatiques sont normales [7]. Cette observation vient soutenir davantage le fait que la mobilité et la morphologie sont vraiment les paramètres spermatiques important pour apprécier la fertilité potentielle chez l'homme [9].

Chez la patiente N° 1, la dyspareunie s'explique par une sollicitation accrue du diaphragme lors des rapports sexuels, en raison de la forte réduction de la profondeur du vagin. Nous n'avons noté chez les deux patientes aucun antécédent connu d'infection génitale basse ou haute. Habituellement, au-dessus du diaphragme, le dôme vaginal et le col mal drainés sont exulcérés infectés, granulomateux et de ce fait la leucorrhée et l'infection sont de règle, de même qu'une dyspareunie profonde [7].

Les malformations urinaires associées sont retrouvées une fois sur 3 en cas d'aplasie vaginale, dans 30 % de syndrome de Rokitansky [2,8], et exceptionnellement en cas de diaphragme vaginal : la résorption de la plaque vaginale intervient après la 12<sup>ème</sup> semaine de développement embryonnaire, alors qu'à la fin de la 9<sup>ème</sup> semaine le développement embryonnaire urinaire est terminé et donc « insensible » aux facteurs tératogènes [3]. Nous n'avons noté aucune malformation urinaire en peropératoire. Les deux patientes avaient été préparées pour une expertise pluridisciplinaire en vue de la faisabilité de vaginoplasties.

Lorsqu'elle est possible, la plastie vaginale est profitable pour plusieurs raisons :

Elle prévient l'endométriose par reflux cataménial [10]

Elle prévient les cervicites, les infections génitales hautes souvent responsables d'infertilité, de grossesse extra utérine et d'abcès pelvien [7]

Elle permet de faire des frottis cervicaux de dépistage, prévenant ainsi la méconnaissance d'un carcinome du fait de l'inaccessibilité du col.

Elle peut constituer le traitement d'une dyspareunie.

Elle allège le traitement d'un éventuel avortement ou grossesse arrêtée qui, survenant sur un diaphragme complet ou à orifice très étroit peuvent imposer une laparotomie avec hystérotomie.

Cependant, la plastie vaginale ne met pas absolument la patiente à l'abri des césariennes récurrentes et des dyspareunies car dans les cas de diaphragmes épais dont la résection entraîne une perte de substance muqueuse importante, il se produit un processus ultérieur de rétraction avec rétrécissement vaginal important exposant à un éclatement du dôme vaginal au cours de l'accouchement après cicatrisation, une situation bien pire qu'avant l'accouchement. [7-8]. Seules entrent en ligne de compte des opérations plastiques entraînant un minimum de perte de substance muqueuse.

#### CONCLUSION :

Les diaphragmes vaginaux peuvent retentir sur la vie sexuelle, la fécondité et l'avenir obstétrical de la femme. Ils sont en outre susceptibles de favoriser l'apparition d'une authentique pathologie utérine ou annexielle. Malgré leur rareté ils doivent être

recherchés systématiquement par l'examen au spéculum tant chez la jeune fille qu'en période pré-nuptiale. Un diaphragme vaginal n'est pas toujours une indication absolue de césarienne; les possibilités de traitement chirurgical doivent être évaluées de préférence en dehors de toute grossesse.

#### REFERENCES

- [1] Langman. JE. Embryologie médicale 4ème Edition 1984, 274-285.
- [2] Rudigoz RC. Les malformations de l'appareil génital dans Pathologie chirurgicale 4ème Edition 378-391 1988.
- [3] Verbaere S, Rochet Y. Malformation génitales féminines, généralités. *Encycl. Med. Chir., Gynécologie* 112 ; A10-4-7-12,1982.
- [4] Edmund R, Novak, Georgeanna SJ, Howard WJ. Novak's test book of Gynaecology 7e Edition Baltimore, 1965,114-117.
- [5] Buisson BMP, Bory JP, Harika G, Querleu C : Syndrome de Rokytansky Kuster Hauser à propos d'un cas de découverte originale. *Rev. Fr. Gynecol. Obstet* 1996;91-7-9, 389-392.
- [6] Lodi A : Contribution clinique statistique à l'étude de malformation du vagin observées à la clinique gynécologique de Milan de 1906 à 1950. *Ann. Di obstet. et Gynéc* 1951;73[9], 1246-1285.
- [7] Robert HG, Palmer R, Cohen J. *Précis de gynécologie* 2e Edition 1983; 441-442.
- [8] Granjona A, Chevalier G : Malformations congénitales du vagin *Encycl. Méd. Chir., Gynécologie* 112 A10 -2- 1965.
- [10] Jouanet P : Comment apprécier en 1984 la fertilité de l'homme ? *La biologie Rev. Fr. Gynéc. Obstét.* 1985;80[11],779-782.
- [11] Sampson J. Peritoneal, endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *It J. Gynecol. Obstet* 2000;79,679-684.