



Cas Clinique

Découverte Fortuite et Prise en Charge Hystéroscopique d'un Fil de Suture non Résorbable de Myomectomie: A Propos d'un Cas

Incidental finding and management of a non-absorbable suture string of prior myomectomy: a case report

Serge Robert Nyada^{1,2}, Michelle Mendoua², Junie Annick Metogo Ntsama^{1,2}, Pascale Mpono^{1,3}, Vanina Ngoni Akam^{1,4}, Yves Bertrand Kasia Onana¹, Etienne Belinga^{1,2}, Cyrille Claude Noa Ndoua^{1,2}, Jean Marie Kasia^{1,2}

RÉSUMÉ

La présence de fil de suture non résorbable dans la cavité utérine constitue une trouvaille hystéroscopique exceptionnelle. Nous rapportons le cas d'une patiente de 48 ans venue consulter pour une infertilité primaire du couple au Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH). La patiente présentait un antécédent de myomectomie par laparotomie dans une formation sanitaire privée sept ans plus tôt. Elle a été opérée d'une coelioscopie couplée à une hystérocopie opératoire indiqués pour un hydrosalpinx et une synéchie utérine. Les trouvailles opératoires outre la synéchie, ont mis en évidence un bout de fil de suture non résorbable d'environ 10 cm en rapport avec l'antécédent de myomectomie. Nous avons procédé à l'ablation du fil de suture par voie hystéroscopique. La procédure n'a comporté aucune complication.

ABSTRACT

The presence of intracavitary non-absorbable suture strings is an exceptional finding during hysteroscopy. We report the case of a 48 years old patient followed up at the Gynaecological Endoscopic Surgery and Human Reproduction Teaching (GESHRTH) for infertility. She had a past history of open myomectomy done seven years earlier in a private clinic. She had an indication of laparoscopy and hysteroscopy for an hydrosalpinx and a synechia. During the surgery, besides the synechia, we found a 10 cm non absorbable suture string embedded in the uterine cavity. We removed the suture string during the hysteroscopy. There was no complication.

¹ Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine Paul et Chantal Biya – Yaoundé (CHRACERH).

² Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales – Université de Yaoundé I

³ Faculty of Health Sciences - University of Buea

⁴ Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques – Université de Douala

Auteur correspondant : Serge Robert Nyada : Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine Paul et Chantal Biya – Yaoundé (CHRACERH) ; tel 677600154, 699372157. Email : sergenyadar@yahoo.fr

Mots clés : ablation, fil non résorbable, myomectomie, hystérocopie.

Keys-words: removal, non-absorbable suture, myomectomy, hysteroscopy.

INTRODUCTION

Le fibrome utérin constitue la tumeur bénigne utérine la plus fréquente. Volontiers responsable de saignement utérin anormal, elle est également une étiologie de pelvialgie, d'infertilité et de compression pelvienne des organes de voisinage. La myomectomie par laparotomie est une option thérapeutique courante dans notre milieu, dictée par le plateau technique, l'expérience du chirurgien, la taille, le nombre et la topographie des fibromes. L'utilisation de fil de suture à résorption lente est la règle [1]. Les complications lointaines de cette procédure chirurgicale comportent la synéchie utérine, les adhérences périutérines, la récurrence et la rupture utérine [1].

L'hystérocopie représente la technique de choix dans l'évaluation et le traitement des lésions endocavitaires utérines. Les principales indications dans notre pratique sont représentées par les polypes endométriaux, les fibromes sous-muqueux, les synéchies, et l'hypertrophie de l'endomètre [2]. Une étude menée au Nigeria portant sur l'hystérocopie réalisée chez des patientes présentant une infertilité notait une fréquence de corps étrangers de type fil de suture non résorbé de 1,6% [3]. Nous rapportons la trouvaille fortuite et l'extraction du fil de suture non résorbable de myomectomie par laparotomie au cours d'une hystérocopie réalisée pour infertilité du couple. Bien qu'il s'agisse d'une trouvaille inhabituelle, elle interroge sur la légitimité et les pratiques de certaines cliniques de soin privé dans notre milieu.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 48 ans, G0P0, mariée et venue en consultation pour un désir de conception évoluant depuis de plus de 10 ans. On notait dans ses antécédents une myomectomie par laparotomie faite dans une clinique privée six ans plus tôt et pour laquelle aucun rapport médical n'est disponible. La patiente avait noté depuis cette intervention une réduction de la durée des menstrues passant de 7 à 4 jours. Par ailleurs, la patiente était séropositive au VIH et sous traitement antirétroviral depuis 10 ans. Le partenaire âgé de 51 ans était père de 5 enfants issus d'une précédente union et disposait d'un spermogramme normal.

L'examen physique était normal mettant en évidence une cicatrice médiane sous ombilicale de laparotomie. La taille de l'utérus était dans les limites de la normale.

Le bilan hormonal était sans particularités. L'hystérosonographie avait rapporté la présence d'un utérus non gravide de taille normale, une probable synéchie utérine avec une irrégularité du feuillet endométrial postérieur, une asymétrie de l'épaisseur du myomètre évocatrice d'adénomyose et un hydrosalpinx droit de 38 x 12mm. Nous avons conclu à une infertilité primaire de cause féminine avec notamment un facteur ovarien et un facteur tubaire.

Nous avons posé une indication de cœlioscopie opératoire couplée à une hystéroscopie en vue d'une exclusion tubaire et d'une vérification de la qualité de l'endomètre ; ceci en préparation d'une FIV avec don d'ovocytes.

Les constatations opératoires étaient durant le temps hystéroscopique : un canal cervical normal, une absence de visualisation des ostia tubaires, une cavité utérine de taille réduite, une synéchie latérale de classe 2 selon MARCH et un fil de suture non résorbable dont un bord était enfoui dans la paroi utérine et le bord libre dans la cavité endométriale (voir Figure 1). La cœlioscopie avait mis en exergue d'importantes adhérences utéro digestives et tubo utérines de type B, la présence d'un kyste paratubaire droit et une boucle de fil de suture amarré à la paroi utérine (voir Figure 2). Les trompes n'étaient pas visualisées. Nous avons procédé par voie hystéroscopique à une section aux ciseaux de la synéchie, une section avec extraction de 10 cm de fil (voir Figures 3 à 5) et par voie coelioscopique à une adhésiolyse et une ablation du kyste paratubaire. Cependant, nous ne pouvions pas confirmer l'absence d'autres fils de suture non résorbables, l'utérus n'ayant pu être exploré en totalité. L'évolution avait été normale et la patiente était sortie au deuxième jour.

DISCUSSION

La découverte de fil de suture non résorbable au cours d'une hystéroscopie constitue une trouvaille peu courante. Les données de la littérature sont rares et constituées essentiellement de présentation de cas ou de présentation de série. Nous avons identifié deux publications rapportant une fréquence de 1,6% au Nigeria [3] et de 2,6% en Chine [4]. Dans une précédente étude locale

menée dans notre centre hospitalier, nous avons noté une fréquence de 1% [5].

L'anamnèse des patientes retrouve un antécédent chirurgical de césarienne et d'hystérectomie subtotale dans la série de Xia et al [4]. Stefanescu et al rapporte la présence de fil de suture non résorbé de césarienne comme étiologie de 70% des cas de corps étrangers [6]. Pour la plupart, ces publications rapportent la présence de suture non résorbée. L'antécédent chirurgical de myomectomie par laparotomie que nous avons retrouvé dans notre cas est inhabituel ; la technique chirurgicale de la myomectomie dictant l'utilisation exclusive de suture résorbable pour réparer la brèche utérine. Ceci nous a mené à questionner la qualification de l'opérateur de notre patiente, mais nous n'avons pas pu collecter davantage d'informations parce que la chirurgie avait été réalisée dans une formation privée clandestine et qu'aucun rapport médical n'était disponible.

Les données de la littérature sont peu établies sur la symptomatologie de cette pathologie. La série de Xia et al identifie le saignement utérin anormal survenu 4 à 14 mois après la césarienne comme signe. Le même auteur note également un saignement utérin anormal continu consécutif à une hystérectomie subtotale [4]. Dans le cas que nous rapportons, la symptomatologie était dominée par une oligoménorrhée survenue six mois après la myomectomie et qui était probablement en rapport avec une synéchie confirmée par les trouvailles opératoires.

Le diagnostic paraclinique de fil de suture non résorbable n'est pas évoqué dans la littérature. Le caractère anéchogène et le petit diamètre du fil de suture rendent le recours aux investigations usuelles de radiologie peu contributif. Dans le cas que nous rapportons, l'hystérosonographie avait identifié une irrégularité du feuillet endométrial postérieur, une asymétrie de l'épaisseur du myomètre évocatrices respectivement de synéchie et d'adénomyose.

L'hystéroscopie constitue un outil indispensable dans le diagnostic et la prise en charge de cette pathologie pour les fils de suture qui ont une projection intra cavitaire. Les fils de suture en situation intra murale stricte demeurent un défi diagnostique et thérapeutique.

La perspective de notre patiente pressentie pour une FIV avec un don d'ovocytes n'est pas reluisante. En effet, la synéchie utérine, l'anomalie de croissance de l'endomètre et la possibilité d'autres fils de suture non résorbable restants constituent autant de facteurs de mauvais pronostic.

CONCLUSION

La présence de suture non résorbable dans la cavité utérine au décours d'une myomectomie par laparotomie est exceptionnelle. Le diagnostic clinique et paraclinique n'est pas aisé. La littérature rapporte un saignement utérin anormal comme signe d'appel, à l'opposé de notre patiente qui présentait une oligoménorrhée. Le diagnostic de certitude et la prise en charge sont possibles par l'hystéroscopie pour les fils de suture visibles dans la cavité utérine. Au-delà des complications que cette situation pourrait engendrer, elle amène à questionner la qualification, la légitimité des formations sanitaires

privées à pratiquer un certain nombre d'actes médicaux dans notre milieu.

CONFLITS D'INTÉRÊT

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

Serge Robert Nyada et Etienne Belinga ont opéré la patiente. Serge Robert Nyada, Junie Annick Metogo Ntsama, Pascale Mpono, Vanina Ngonon Akam et Yves Bertrand Kasia Onana ont réalisé le suivi de la patiente dans les suites opératoires. Serge Robert Nyada et Michelle Mendoua ont rédigé le manuscrit. Etienne Belinga, Cyrille Claude Noa Ndoua et Jean Marie Kasia ont lu et corrigé le manuscrit. Tous les auteurs ont validé la version finale de l'article.

RÉFÉRENCES

1. Ménager N, Marcelli M, Crochet P, Cravello L, Gamberre M, Agostini A. Myomectomie par laparotomie. EMC - Techniques chirurgicales - Gynécologie 2015 ; 10(1) :1-8 [Article 41-662].
2. Noa Ndoua CC, Ayissi Nga GG, Metogo J, Belinga E, Kasia Onana YB, Mendibi S. Hysteroscopic features of endocavitary lesions at CHRACERH Cameroon. Health Sci. Dis. 2018; 19(4) 61-65.
3. Ray-Offor E, Nyengidiki TK. Diagnostic yield and therapeutic outcome of hysteroscopy in women with infertility in a referral clinical setting: a Port Harcourt, Nigeria experience. Pan African Medical Journal. 2021; 38(155). 10.11604/pamj.2021.38.155.27101
4. Xia E, Duan H, Huang X, Zheng J, Yu D, Cheng L. Hysteroscopic removal of foreign bodies and its method of monitoring. Chin Med J 2003; 116 (1): 125-128.
5. Nyada SR, Mpono EP, Ngonon AV, Metogo NJ, Kasia OY, Belinga E. Frequency and pattern of intrauterine hysteroscopic lesions among women coming for IVF in the City of Yaoundé. Health Sci. Dis: 2023; 24 (1): 39-42.
6. Stefanescu A, Marinescu B. Diagnostic hysteroscopy: a retrospective study of 1545 cases. Maedica - a Journal of Clinical Medicine. 2012; 7(4): 309-314.



Figure 1 : vue hystéroscopique du fil



Figure 2 : vue coelioscopique d'une boucle de suture sur la paroi utérine



Figure 3 : Section du fil aux ciseaux hystéroscopiques



Figure 4 : Extraction à la pince à préhension

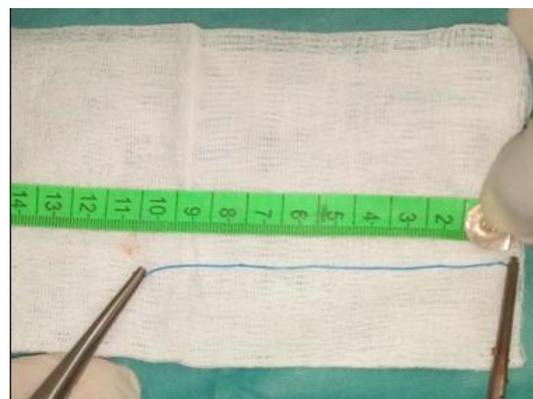


Figure 5 : fil extrait