## Génital

# Cure de béance vulvo-vaginale après grossesse par la technique de colpopérinéorraphie postérieure

**RÉSUMÉ : La béance vulvaire est souvent secondaire à un défaut de cicatrisation d'épisiotomie ou à un diastasis du levator ani par amyotrophie. La colpopérinéorraphie postérieure, appelée également lifting vulvo-vaginal, constitue l'intervention de référence pour la béance vulvaire. L'objectif est de rétrécir l'introïtus par rapprochement musculaire. Nous décrivons dans cet article les différentes étapes de la technique chirurgicale.**

**D. SAWAN, J.-P. MENINGAUD, B. HERSANT**
Service de chirurgie plastique et maxillo-faciale, CHU Henri Mondor, CRÉTEIL.

Au cours des dernières années, le nombre d'interventions de chirurgie plastique dans le domaine génital, notamment des femmes, a connu une augmentation [1]. Diverses interventions ont été proposées pour améliorer l'apparence ou le fonctionnement des organes génitaux. Cet article met en lumière une technique chirurgicale, la colpopérinéorraphie postérieure, qui est rarement proposée de façon isolée mais souvent associée à un traitement de prolapsus génital. Le principe de cette intervention repose sur une myorraphie du transverse superficiel et du levator ani, permettant un rétrécissement vaginal par rapprochement musculaire. C'est généralement après une épisiotomie, une déchirure, une béance vulvaire ou un prolapsus que la colpopérinéorraphie est indiquée.

## Anatomie et fonction du périnée et du vagin

Le périnée est une zone musculaire en forme de losange organisée en trois plans : un plan superficiel, un plan moyen et un plan profond appelé diaphragme pelvien. Il s'étend du pubis au coccyx. C'est un véritable hamac musculaire qui soutient les organes pelviens. Son rôle est d'enserrer les orifices de l'urètre, l'anus et le vagin, agissant ainsi comme un verrou. De ce fait, il participe également à la qualité de la vie sexuelle et à l'équilibre des pressions abdominales.

Pendant la grossesse puis lors de l'accouchement, soumis aux hormones, aux variations de poids et de volume, les tissus du périnée sont étirés, distendus, fragilisés voire déchirés [2]. L'affaiblissement de ces muscles peut entraîner des pertes urinaires et de selles, des difficultés à retenir les gaz intestinaux, ainsi qu'une diminution de la satisfaction sexuelle. Il peut également générer une descente d'organes ou encore un prolapsus [3]. À l'inverse, un périnée trop tonique peut gêner l'écoulement des urines, l'évacuation des selles et provoquer des douleurs lors des rapports sexuels.

Ainsi, une altération des muscles du périnée se traduit par l'altération de l'une des fonctions urinaire, ano-rectale ou sexuelle. Le dysfonctionnement urinaire

# Génital

ou ano-rectal se résume en une incontinence urinaire ou fécale ou encore une constipation chronique. Le traitement est essentiellement chirurgical avec un risque de récidive postopératoire élevé. Les acteurs de cette prise en charge sont les gynécologues et les urologues.

La fonction sexuelle est complexe et associée à de nombreux facteurs autres que l'anatomie, notamment psychologiques. Son altération par affaiblissement pelvien conduit à une diminution des sensations de pénétration lors du rapport sexuel, allant jusqu'à la perte de la confiance en soi et la dépression [2]. Dans le cadre de la réaction sexuelle normale de la femme, le vagin doit être en mesure de se dilater et de "se gonfler". Cette capacité peut être indésirablement affectée par des processus physiologiques (comme la ménopause) et des causes iatrogènes (comme les traitements anticancéreux, la radiothérapie et la chirurgie, ou encore l'accouchement par voie basse : une femme sur 5 est affectée). De ce fait, une kinésithérapie périnéale s'impose pour redonner au périnée sa tonicité et retrouver le confort lors des rapports sexuels [1]. En cas de réponse insuffisante, on peut proposer un traitement chirurgical.

## Indication de la réparation vaginale

La colpopérinéorraphie postérieure est effectuée chez des patientes se plaignant d'une béance vaginale et consultant soit pour une diminution des sensations de pénétration au niveau de l'introïtus, soit pour des problèmes liés à l'ouverture permanente du vagin (bruits vaginaux pendant les rapports, vagin réservoir avec pertes liquidiennes après le bain). La béance vulvaire peut être secondaire à un défaut de cicatrisation d'épisiotomie ou à un diastasis du levator ani par amyotrophie (***fig. 1***).

Cette béance vulvaire est soit isolée, soit associée à d'autres troubles de la statique pelvienne ou à une incontinence urinaire ou anale. Elle peut être associée à une distension de la partie postérieure du vagin avec chute du rectum (rectocèle) et du cul-de-sac de Douglas (élytrocèle). Le traitement chirurgical le plus fréquemment réalisé est une colpopérinéorraphie postérieure. Le but recherché est un rétrécissement de l'introïtus par rapprochement musculaire [4].

## Technique chirurgicale

La colpopérinéorraphie postérieure s'effectue dans l'ordre suivant :

>>> **Infiltration de la paroi vaginale postérieure** par injection de xylocaïne adrenalinée [5].

**Fig. 1 :** Béance vulvaire.

>>> **Colpectomie postérieure** : le triangle de la colpectomie est déterminé par trois pinces de Kocher repères. La première correspond à l'angle supérieur de la colpectomie sur la ligne médiane de la paroi vaginale postérieure et les deux autres sont placées à la jonction vulvo-vaginale de part et d'autre de la ligne médiane, au niveau des deux angles inférieurs de la colpectomie [6]. Le triangle de colpectomie est ainsi repéré d'une traction vers le haut sur la pince de Kocher supérieure et vers le bas et en dehors sur les 2 pinces de Kocher inférieures. À ce niveau, le vagin est incisé horizontalement au bistouri froid puis verticalement vers le sommet du triangle sur la paroi vaginale postérieure [6] (***fig. 2***).

L'angle supérieur de la colpectomie est saisi par la pince à disséquer et l'on débute la dissection avec la pointe du bistouri ou aux ciseaux, de façon à séparer le vagin du rectum jusqu'au cul-de-sac de Douglas. On poursuit la dissection de haut en bas jusqu'à la jonction cutanéomuqueuse. À ce stade, on trace au bistouri un petit triangle cutané à sommet inférieur et l'on pratique une résection épidermique qui rejoint le triangle vaginal, l'ensemble – grand triangle vaginal et petit triangle cutané – ayant alors un aspect losangique [6] (***fig. 3***).

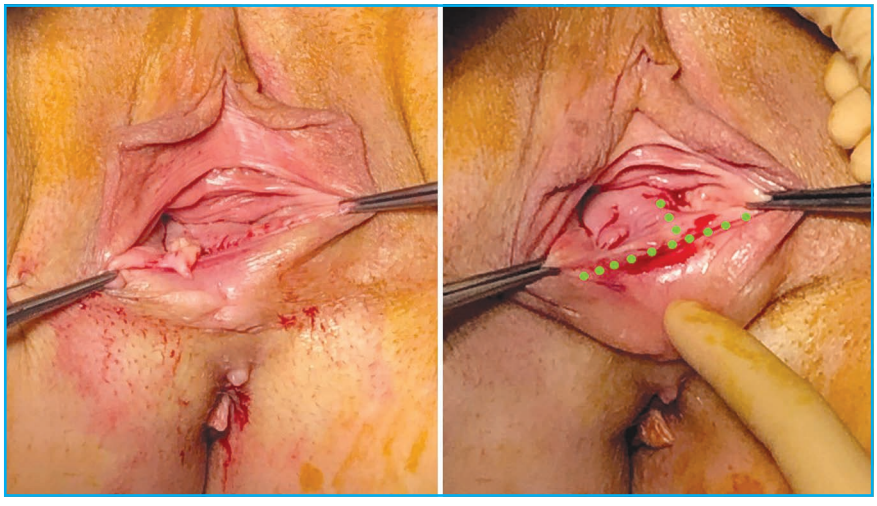

**Fig. 2 :** Colpectomie postérieure.

**Fig. 3 :** Petit triangle inversé.

**>>> Plicature du fascia rectal** : elle peut être nécessaire en cas de rectocèle associée [5].

**>>> Myorraphie des muscles élévateurs de l'anus** : ces muscles sont souvent pathologiques, ayant subi des déchirures obstétricales. Ils doivent être recherchés latéralement et non à proximité de la ligne médiane [5]. L'index placé dans la fosse pelvirectale repère facilement le bord interne des muscles releveurs. La myorraphie se fait avec un fil résorbable lent type Vicryl 1 [6], avec d'abord un passage du fil à gauche puis à droite. On vérifie l'intégrité du cul-de-sac vaginal avant de serrer le fil. Il faut aussi s'assurer que la prise du muscle est suffisante en tractant sur le muscle afin de le faire saillir sur la ligne médiane. Le même geste est répété de manière étagée 1 à 2 cm plus haut, le nombre total de points est souvent de 3 à 4 [6]. Mais le nombre de fils à passer pourra être plus important s'il y a un prolapsus associé. On passe tous les fils puis on s'assure de laisser un espace suffisant pour les rapports en tirant sur les fils mis sur les releveurs après avoir introduit deux doigts dans le vagin. Si l'espace paraît trop étroit, il vaut mieux retirer le fil placé le plus haut [6].

**>>> Vaginoplastie** : elle consiste en une résection muqueuse triangulaire qui peut emporter certaines cicatrices, notamment celle de l'épisiotomie. La suture de la colpectomie postérieure est réalisée par un fil serti de Vicryl 2/0 par des points séparés inversants ou par un surjet. Cette suture est réalisée de haut en bas, permettant le rétrécissement du vagin.

**>>> Suture périnéale** : après une désépidermisation du triangle cutané, on procède à une fermeture verticale pour rapprocher les deux berges en chargeant les muscles de part et d'autre. Sur le versant cutané de l'incision, il est souvent utile de placer des points séparés de fils non résorbables, qui seront coupés assez longs pour pouvoir être enlevés facilement au 6-7e jour postopératoire [6] (***fig. 4***).

L'association à un lipofilling des grandes lèvres peut être intéressante en cas d'atrophie (***fig. 5***).

Le temps opératoire varie de 60 à 90 minutes. On prescrit de façon systématique deux paliers d'antalgiques et des laxatifs. Les bains sont proscrits pendant 3 semaines. La guérison prend habituellement environ 6 semaines. Pas de rapport sexuel pendant 1 mois, les relations sexuelles par la suite peuvent être accompagnées de douleurs à long terme ou permanentes si les sutures ont été trop serrées [7].

## Conclusion

Il existe peu de données sur l'amélioration de la satisfaction sexuelle ou de l'image de soi attribuable aux interventions de chirurgie plastique génitale chez la femme [1, 8].

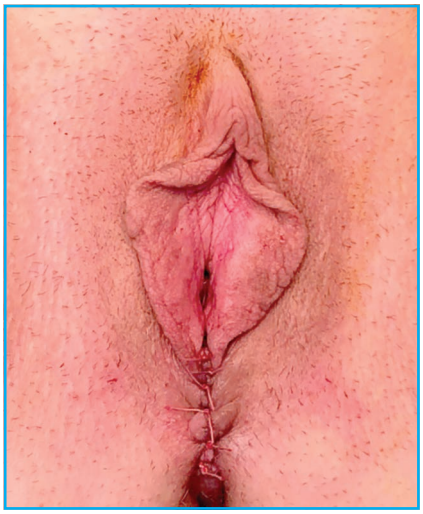

**Fig. 4 :** Fermeture périnéale.

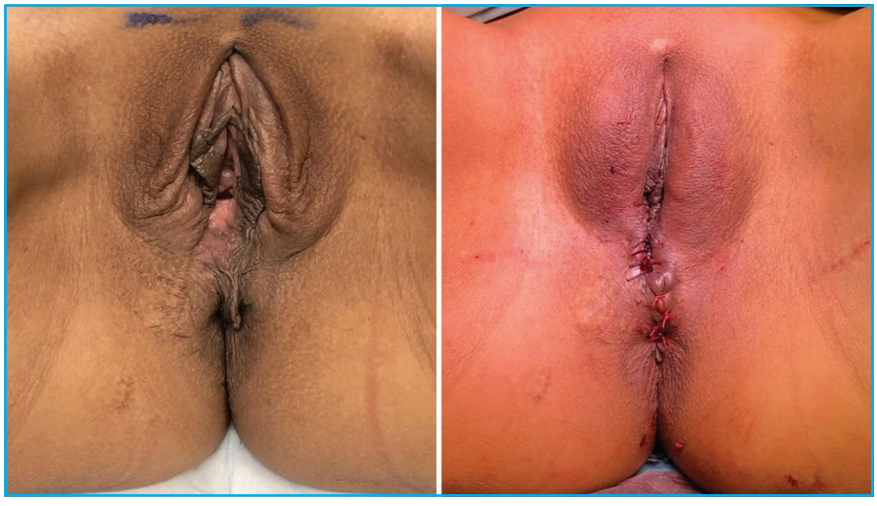

**Fig. 5 :** Avant et après colpopérinéorraphie associée à un lipofilling des grandes lèvres.

# Génital

## POINTS **FORTS**

- Peu de données sur l'amélioration de la satisfaction sexuelle ou de l'image de soi attribuable aux interventions de chirurgie plastique génitale chez la femme.
- La consultation exhaustive avec la patiente sur ses attentes, sur les techniques opératoires à disposition, sur les complications potentielles liées à l'intervention et sur la probabilité de récidive est essentielle, cela influence significativement la satisfaction postopératoire de la patiente.
- La réparation postérieure par voie vaginale donne de bons résultats anatomiques.
- La dyspareunie constitue la complication sexuelle la plus fréquente après cette chirurgie.
- Nécessité de plus de publications et d'études concernant les résultats de cette technique.

La colpopérinéorraphie postérieure est une technique à la fois fonctionnelle, quand elle est pratiquée de façon isolée pour béance vulvaire, et qui intervient dans le traitement de la statique pelvienne, quand il s'agit d'une cure de rectocèle. La réparation postérieure par voie vaginale donne de bons résultats anatomiques [9]. La dyspareunie constitue la complication sexuelle la plus fréquente après cette chirurgie [7].

Cette prise en charge chirurgicale doit être bien discutée en amont, en évoquant avec la patiente les alternatives ou les associations thérapeutiques que sont la rééducation périnéale et une prise en charge en sexothérapie, surtout si d'autres troubles de la sexualité sont retrouvés à l'interrogatoire [10]. La consultation exhaustive avec la patiente sur ses attentes, sur les techniques opératoires à disposition, sur les complications potentielles liées à l'intervention et sur la probabilité de récidive est essentielle, cela influence significativement sa satisfaction postopératoire [11].

### BIBLIOGRAPHIE


1. Shaw D, Lefebvre G, Bouchard C *et al.* Chirurgie esthétique génitale chez la femme. *J Obstet Gynaecol Can*, 2013;35:1108-1112.
2. Schmeiser G, Putz R. Anatomie und Funktion des Beckenbodens. *Der Radiologe*, 2000;40:429-436.
3. Nyangoh Timoh, K, Bessede T, Zaitouna M *et al.* Anatomie du muscle élévateur de l'anus et applications en gynécologie obstétrique. *Gynécol Obstét Fertil*, 2015;43:84-90.
4. Deffieux X, Faivre E, Trichot E *et al.* Chirurgie isolée de la béance vulvaire : technique de réparation et résultats. *SIFUDPP*, 2010.
5. Cosson M, Querleu D. *Chirurgie vaginale*. 2nd ed. Elsevier Masson, 2011.
6. Lansac J, Body G, Magnin G. *La pratique chirurgicale en gynécologie-obstétrique*. Elsevier Masson, 2011.
7. BSUG. Posterior vaginal wall repair without the use of mesh. 2018. BSUG. org.uk/budcms/includes/kcfinder/upload/files/Posterior%20repair%20BSUG%20Oct%202018.pdf
8. Kahn M, Stanton S. Posterior colporrhaphy. *Obstet Gynecol Surv*, 1997;52:347-348.
9. Burch L, Burch J. The technic of colpoperineorrhaphy. *Ann Surg*, 1937;105:881-885.
10. Robinson D, Wadsworth S, Cardozo L *et al.* Fascial posterior colpoperineorrhaphy. *J Pelvic Med Surg*, 2003;9:279-283.
11. Passweg D. Prolapsus génital, partie 2 : traitement chirurgical. *Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum*, 2016;16;658-663.


Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.