

L'histoire des prolapsus pelviens

Imad Ziouziou, Mohamed Zizi, Hassan Bennani, Tarik Karmouni, Khalid El Khader, Abdellatif Koutani, Ahmed Iben Attia Andaloussi

Université de Rabat, Faculté de Médecine de Rabat, Hôpital Ibn Sina, Service d'Urologie B, Rabat, Maroc

I. Ziouziou, M. Zizi, H. Bennani, T. Karmouni, K. El Khader, A. Koutani, A. Iben Attia Andaloussi

I. Ziouziou, M. Zizi, H. Bennani, T. Karmouni, K. El Khader, A. Koutani, A. Iben Attia Andaloussi

L'histoire des prolapsus pelviens

History of pelvic prolapsus

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°04) : 227-229

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°04) : 227-229

R É S U M É

L'histoire des prolapsus pelviens remonte à l'ère des pharaons, à peu près 1500 ans avant Jésus-Christ. Hippocrate pratiquait la succussion. Des grenades, des pièces de linge imbibé étaient utilisées comme pessaires. Au fil des siècles, une évolution dans la compréhension de cette pathologie féminine induisait l'apparition de différentes modalités thérapeutiques dont certaines peuvent nous paraître actuellement non raisonnables.

S U M M A R Y

The history of pelvic prolapse back to the era of the pharaohs, about 1500 years before Christ. Hippocrates practiced succussion. Grenades, pieces of soaked linen were used as pessaries. Over the centuries, the evolution in understanding of this female pathology led to different treatment modalities, some of which we can currently seem strange.

M o t s - c l é s

Histoire de la médecine ; Prolapsus pelviens ; Pessaires.

Key - w o r d s

Medicine history ; pelvic organ prolapse ; pessaries.

Les prolapsus pelviens étaient décrits dans le papyrus d'Ebers, l'un des plus anciens traités médicaux qui nous soit parvenu, datant de 1500 ans avant Jésus-Christ, à l'ère des pharaons [1]. A cette époque, l'utérus était considéré comme animal indépendant, capable de bouger dans son hôte [2].

De multiples modalités thérapeutiques peuvent être attribuées à Hippocrate, dont la succussion hippocratique : il suspendait la femme d'une échelle la tête à l'envers [1].

Cette procédure était répétée à plusieurs reprises jusqu'au retour de l'utérus à sa place.

Hippocrate avait aussi recours à l'irrigation de l'utérus prolabé avec du vin, le réduisant et le maintenant dans sa position avec la mise en place d'une grenade, qui était un pessaire courant à l'époque [1].

Soranus, juste après la naissance du Christ, mettait des parfums à proximité de la tête de la malade mise à l'envers, et des odeurs fétides à la partie externe de l'utérus. D'autres méthodes incluaient l'attachement des membres inférieurs et l'insertion des pièces de linge imbibé pour servir comme pessaires [1].

Un changement s'était produit aux années 1500, quand la première hystérectomie vaginale était réalisée par Berengario da Carpi [3]. La procédure consistait au serrage d'une attache mise autour de l'utérus prolabé jusqu'à ce que la gangrène cause sa séparation.

En 1603, de Castro avait suggéré d'approcher du fer chauffé à l'utérus prolabé, ceci effroyé allait reculer dans le vagin [3].

Au 18ème siècle, en outre des pessaires communément utilisés, des traitements plus acceptables étaient valables. La chirurgie durant ce siècle était développée avec l'apparition des sociétés chirurgicales et la publication des journaux. Des contributions remarquables étaient réalisées dans la compréhension de l'anatomie pelvienne. Après l'anatomiste distingué Da Vinci, Vesalius était le premier à présenter une description détaillée de l'ensemble de l'appareil génital féminin. En 1737, James Douglas donnait la première description précise du péritoine qui avait aidé à ouvrir la voie à la chirurgie rétro-péritonéale et à la diminution des péritonites. Plus tard, William Hunter (1718-1783) complétait son Anatomie de l'Utérus Gravide en 1774.

L'évolution de la chirurgie pelvienne gagnait un élan durant la dernière moitié du 19ème siècle quand les avancées dans la thérapie gynécologique étaient sans précédent. Durant plus de deux millénaires, la thérapie était principalement médicale, et en moins d'une moitié d'un siècle elle devenait chirurgicale et spectaculaire. Anders Adolf Retzius (1796-1860) définissait les limites de l'espace pré-vésical en 1849. Alwin Mackendrot proposait l'étiologie et le traitement du prolapsus utérin en 1895, en décrivant précisément le tissu conjonctif pelvien incluant les ligaments principaux. Un peu plus tard, Archibald Donald et William Fothergill développaient l'intervention de Manchester unissant les tissus paravaginal et paramétrial l'un à l'autre et au col en avant pour contourner le prolapsus utérin. Thomas Watkins proposait une nouvelle approche de réduction du prolapsus utérin et de la cystocèle par l'utilisation de l'utérus comme une prothèse. En 1898, il introduisait son intervention,

soutenant qu'il était inapproprié d'enlever l'utérus dans tous les cas de prolapsus à moins qu'il fût pathologique.

Il amputait le col utérin et appuyait la vessie sur la paroi postérieure de l'utérus, relevant ainsi la partie inférieure de l'utérus [4].

Au 19ème siècle en parallèle avec les avancées dans le traitement des cystocèles, la compréhension de l'étiologie, la physiopathologie, le diagnostic et les systèmes de classification étaient améliorés. En 1909, reconnaissant que le taux élevé d'échec dans la chirurgie de correction des cystocèles était dû à une mauvaise compréhension de leur étiologie, White identifiait les moyens de fixité de la vessie chez un cadavre, en effectuant une incision sus-pubienne et en essayant de pousser la vessie en dehors à travers la vulve. White décrivait la réparation paravaginale des cystocèles en rattachant le vagin à la ligne blanche du fascia pelvien. Une incision de 3 à 5 cm de long sur la muqueuse, en parallèle avec la ligne blanche. La vessie était séparée du vagin par la dissection jusqu'à l'épine ischiatique et la ligne blanche était atteinte. Cette technique était réalisée 19 fois sur une période de 3 ans et il n'y avait pas de récurrences de cystocèle.

Cette technique était une amélioration comparée aux techniques précédentes. White concluait qu'il était important de traiter les prolapsus des organes pelviens comme une seule entité, et qu'il n'y avait pas de bénéfice à réparer la cystocèle et laisser l'utérus prolabé non traité [5].

En 1912, White résumait trois concepts courants à l'époque sur l'étiologie des cystocèles :

- 1) étirage de la paroi vaginale antérieure et des autres moyens de support de la vessie permettant à la vessie de descendre dans l'hiatus uro-génital,
- 2) étirage de l'attache solide de la vessie à l'utérus,
- 3) étirage de la suspension ligamentaire de la vessie.

Il rejetait chacune de ces théories et pensait que les résultats chirurgicaux obtenus dans le traitement des cystocèles étaient dus à la mauvaise compréhension de leur étiologie [5].

Ceux qui croyaient que la colpocèle antérieure était due à l'étrépage du vagin cherchaient à corriger le problème par l'excision et la plicature du tissu vaginal faible. C'était la base de la colporrhaphie antérieure, avec plusieurs variations intéressantes la forme de l'incision vaginale et les couches disséquées et pliées. Certaines variations avaient rajouté du matériel naturel ou synthétique, absorbable ou permanent, ou utilisaient la suspension à l'aiguille pour corriger les quatre angles de la vessie.

En 1939, Curtis et al. décrivaient le fascia pubo-cervical comme moyen de fixité principal de la vessie et l'urètre. Ils discutaient la relation entre ce fascia, la cystocèle et l'urétrocèle. En 1951, Krantz prêtait attention aux ligaments pubo-urétraux attachant l'urètre distal à la symphyse sus-jacente.

Richardson et al. popularisaient 60 ans plus tard, les concepts énoncés par White en posant les bases techniques de la réparation paravaginale [6].

Parallèlement aux avancées dans le traitement chirurgical, il y avait des améliorations de la qualité des pessaires.

Références

1. Deger RB, Menzin AW and Mikuta JJ: The vaginal pessary: past and present. *Postgrad Obstet Gynecol* 1993; 13: 1.
2. Tizzano A, Fidela PR. The evolution of pelvic surgery. 2012. <http://www.augs.org/p/cm/ld/fid=18>. Accessed 24 Feb 2012.
3. Emge LA and Durfee RB: Pelvic organ prolapse: four thousand years of treatment. *Clin Obstet Gynecol* 1966; 9: 997.
4. Ricci JV: The Development of Gynaecological Surgery and Instruments: From the Hippocratic Age to the Antiseptic Period. Philadelphia: Blakiston 1949.
5. White GR: A radical cure by suturing lateral sulci of vagina to white line of pelvic fascia. *JAMA* 1909; 53: 1707.
6. Richardson AC, Lyon JB and Williams NL: A new look at pelvic relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 126: 568.