

# **CESARIENNE ELECTIVE SUR DIAPHRAGME VAGINAL : AU SUJET DE DEUX CAS.**

**T.Nana Njamen; R.C. Messina ;  
B. Enama ; J.M. Nguionza J.M Kasia .**

# INTRODUCTION

**\*LES MALFORMATIONS VAGINALES  
SONT RARES**

**\*A RECHERCHER ...**

**\*BONNE PRISE EN CHARGE GLOBALE**

# CAS 1

**Mme P.K 26 ans, G<sub>3</sub> P<sub>3</sub> 003, césarienne en Août 2000 (H.G.Y) pour diaphragme vaginal  
-2 précédentes césariennes: 1994 et 1996 :même indication.**

**-Cycle menstruel : Méno-métrorragie, 09 jours, faible abondance journalière.**

# CAS 1 (Suite)

☞ **Dyspareunie profonde primaire**

☞ **Pas d'ATCD d'infection urogénitale**

☞ **Examen gynécologique pendant la 3<sup>ème</sup> grossesse :**

- **Diaphragme vaginal incomplet, épais**

- **Mi- distance du canal vaginal**

- **Orifice non visible (passage hasardeux hystéromètre)**

# CAS 1 (Suite et fin)

\* 3ème Césarienne : 38 SA fœtus vivant ; 2800 g

-Per op : pas de malformation urinaire ou génitale associée

-Post op : simple

\* 2 mois après césarienne : Hémorragie per-coïtal (effraction du diaphragme).

\* Plastie vaginale recusée ( diaphragme épais)

# CAS 2

**Mme N.T 24 ans, G<sub>2</sub> P<sub>2</sub> 002 , 2<sup>ème</sup> césarienne en 1998 à l'H.G.Y pour diaphragme vaginal incomplet.**

**- Précédente césarienne 1994 : même indication.**

**-Cycle menstruel : Méno-métrorragie, 08 jours , de faible abondance journalière.**

**-Pas de dyspareunie.**

**-Pas d'ATCD d'infection urogénitale.**

# CAS 2 (Suite)

**\* Examen gynécologique lors de la 2<sup>ème</sup> grossesse :**

**-Diaphragme vaginal incomplet, fin**

**- Entre  $\frac{1}{4}$  supérieur et  $\frac{3}{4}$  inférieur du canal vaginal**

**- Orifice central punctiforme (passage embout de l'hystéromètre).**

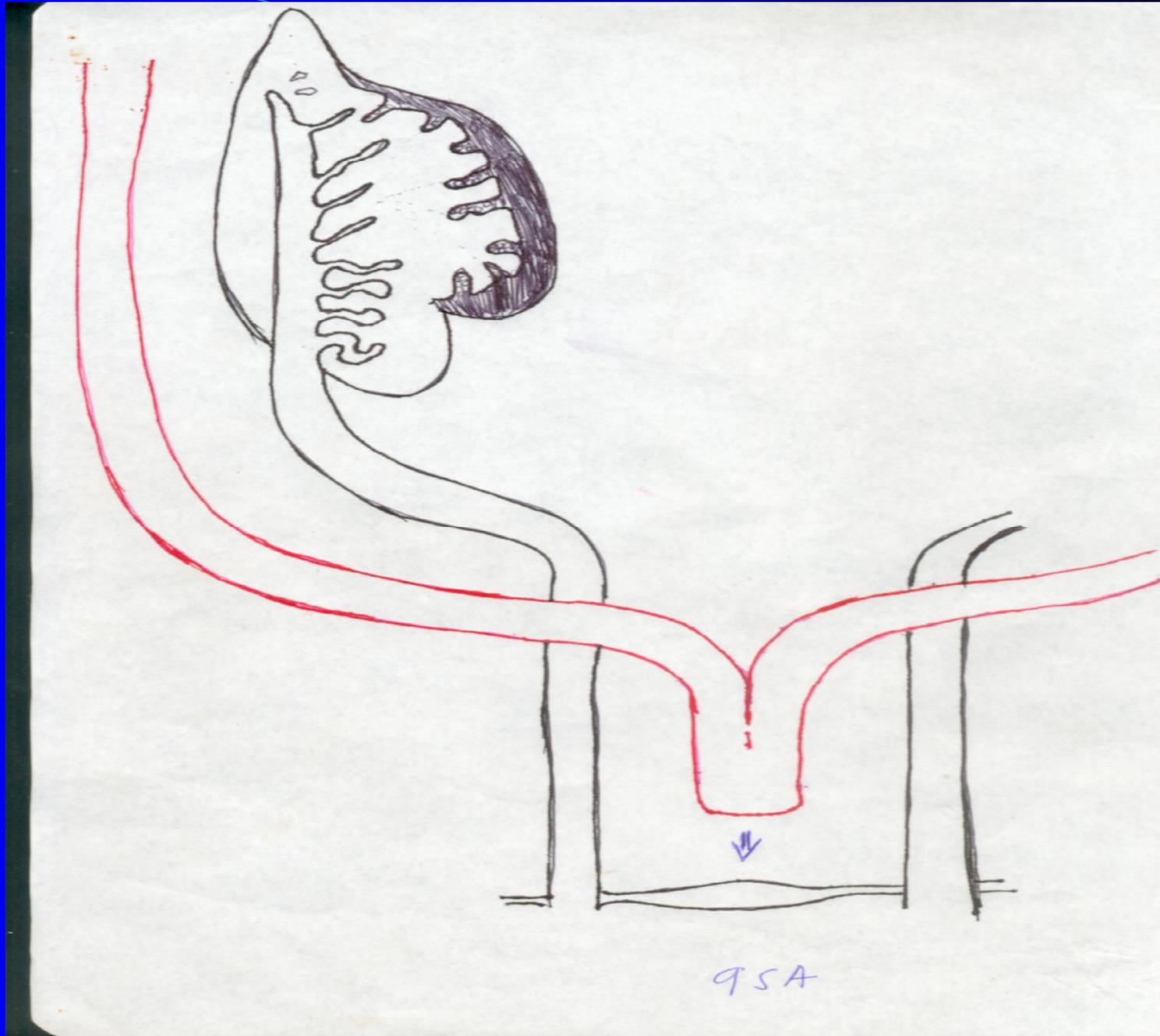
**\*2<sup>ème</sup> césarienne : 39SA ; fœtus vivant ; 2860 g**

**- Per op : pas de malformation urinaire ou génitale associée**

**-Post op : Simple.**

**\* Patiente perdue de vue (faisabilité d'une plastie non évaluée).**

# EMBRYOPATHIE

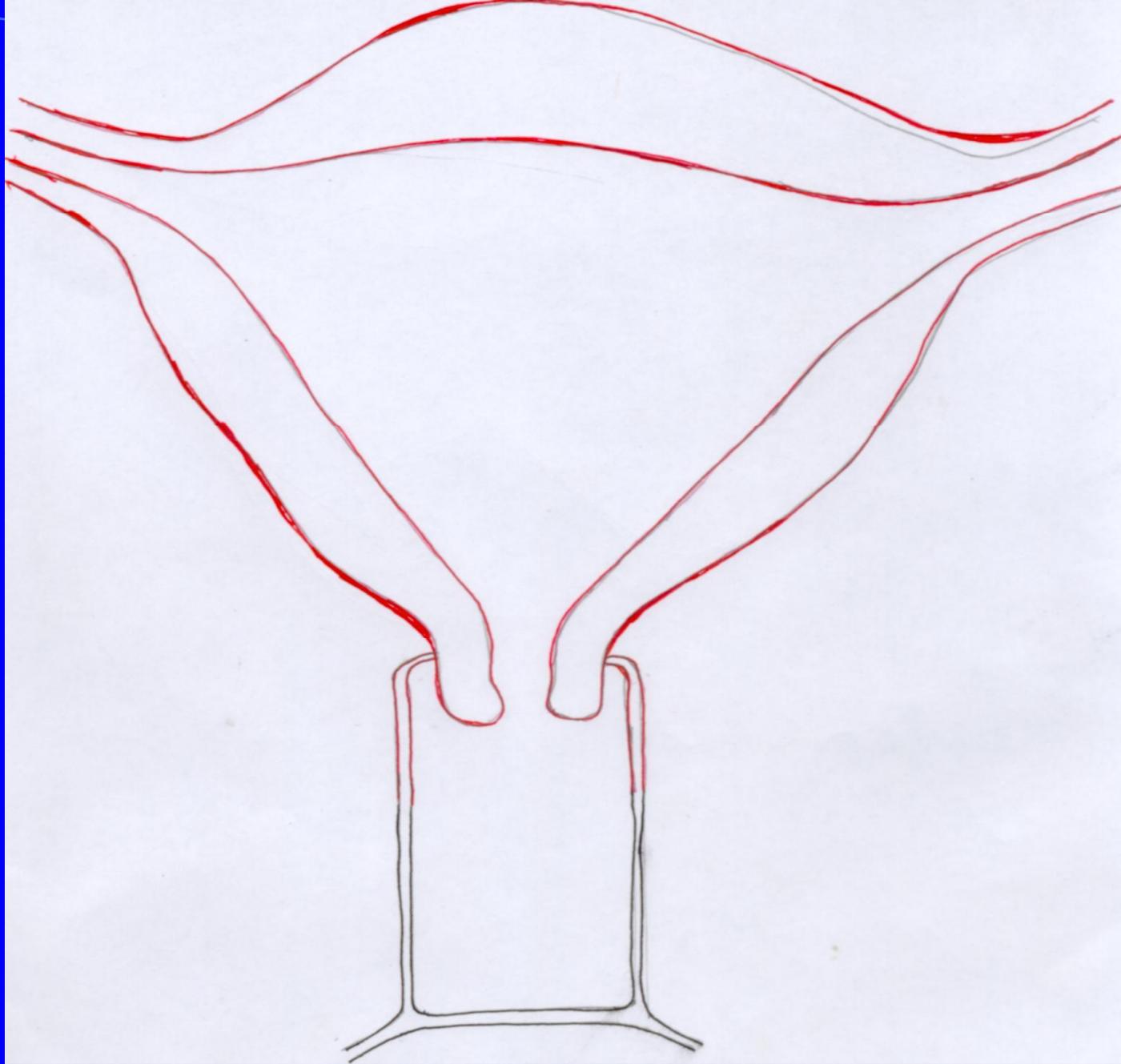


9 SA



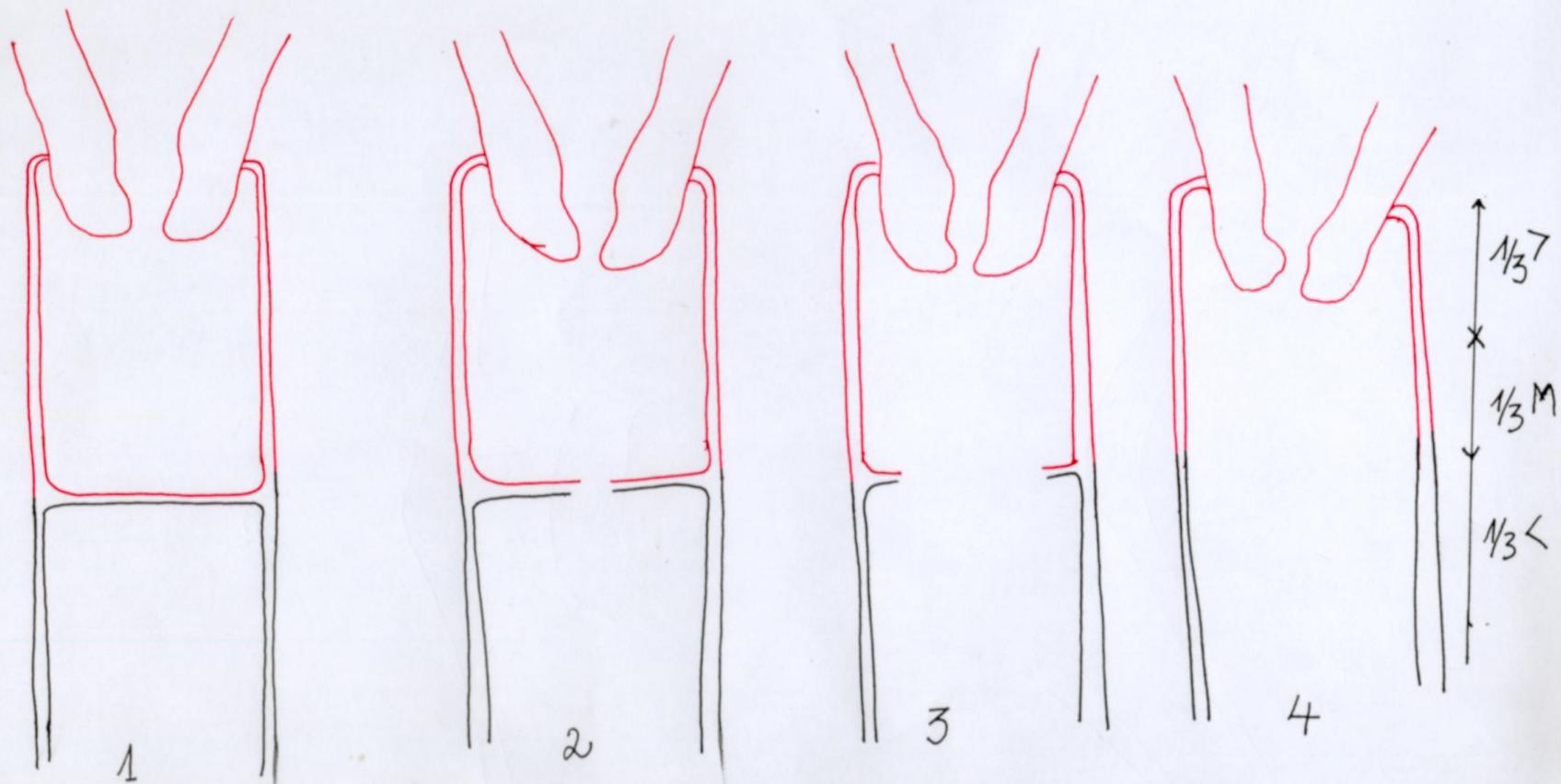


**12 SA**



**20 SA**





SCHEMAS MONTRANT LES DIAPHRAGMES COMPLET (1)  
 INCOMPLETS (2, 3) ET LES DIFFERENTS ETAGES  
 DE FORMATIONS.



# DISCUSSION

**\*Rudigoz 1975 : - 1 cas de diaphragme vaginal pour 1500 cas de malformations génitales.**

**\*Rochet et Col 1975 - 1 cas de cloison vaginale longitudinale sur 6 cas de malformation utérine.**

**- 1 cas d'aplasie vaginale (R. K. H) pour 4000 à 5000 naissances.**

**\*Très souvent Caryotype normal.**

**\* Les méno-métrorragies chez les 2 patientes se justifiaient par l'étroitesse de l'orifice du diaphragme.**

**\* Robert et Col 1983 : cas d'orifices invisibles, se manifestant par les menstruations et les grossesses.**

# DISCUSSION (Suite)

**\*JOUANET P. 1984. mobilité et morphologie sont les paramètres spermatiques déterminants de la fertilité potentielle de l'homme.**

**\* La dyspareunie et le saignement per coïtal patiente N° 1 ( forte réduction de la profondeur du vagin.)**

**\*Pas d'ATCD d'infection génitale chez les 2 patientes (Robert et Col 1983. La leucorrhée, l'infection et la dyspareunie profonde sont de règle.)**

**\* Les malformations urinaires associées : (Rudigoz 1975 ; Buisson Bousquet 1996)**

**Exceptionnelles dans les diaphragmes vaginaux.**

# **DISCUSSION (Suite et fin)**

**Lorsqu'elle est possible, la plastie vaginale est profitable :**

- Prévient l'endométriose (Sampson et Col. J. Gynecol. Obstet. 2000)**
- Prévient les infections génitales hautes (complication des cervicites chroniques, responsables de GEU et d'abcès pelvien).**
- Permet des frottis cervicaux de dépistage**
- Allège le traitement d'un éventuel avortement ou grossesse arrêtée**
- Traitement d'une dyspareunie**
- Permet d'éviter des césariennes**

# CONCLUSION

- **Retentir sur la vie sexuelle et la fécondité.**
- **Favoriser d'authentiques pathologies utérines, annexielles, voire péritonéales.**
- **Les indications de plastie doivent être très sélectives**
- **Importance des examens gynécologiques pré-nuptiaux.**