

ECOLE NATIONALE
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE 1981

N° 28

Fréquence Meconnue du Syndrome de Masters et Allen
(dans le Cadre des Dilacérations du Tissu Cellulaire
Pelvien sous-Péritonéal) à BAMAKO :
Considérations Cliniques, Étiopathogéniques
et Thérapeutiques (à propos de 38 Observations)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 1982

devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

par Bréhima Bolitié SANOGO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Examineurs

Président	Professeur agrégé Bernad BLANC
	Professeur agrégé Mamadou Lamine TRAORE
Membres	Docteur Benitiéni FOFANA
	Docteur Robert COLOMAR

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

 ANNEE ACADEMIQUE 1980-1981

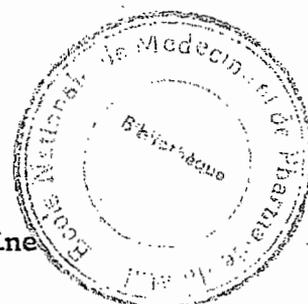
n° 28

Directeur Général : Professeur Aliou BA
 Directeur Général Adjoint : Professeur Bocar SALL
 Secrétaire Général : Monsieur Sory COULIBALY
 Econome : Monsieur Dioncounda SISSOKO
 Conseiller Technique : Professeur Agrégé Philippe RANQUE

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Sadio SYLLA : Anatomie
 " Francis MIRANDA : Biochimie
 " Michel QUILICI : Immunologie
 " Humbert GIONO-BARBER : Pharmacodynamie
 " Jacques JOSSELYN : Biochimie
 " Jean Paul MARTINAUD : Physiologie
 " Michel POUSET : Matière Médicale
 Docteur Bernard LANDRIEU : Biochimie
 " Gérard TOURAME : Psychiatrie
 " Jean DELMONT : Santé Publique
 " Boubacar GISSÉ : Toxicologie - Hydrologie
 " Mme Paula GIONO-BARBER : Anatomie - Physiologie Humaine
 " Mme Térése FARES : Pharmacodynamie

n° 250



PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO

Professeur Aliou BA : Ophtalmologie
 " Bocar SALL : Anatomie - Othopédie - Traumatologie - Secourisme
 " Mamadou DEMBELE : Chirurgie Générale
 " Mohamed TOURE : Pédiatrie
 " Souleymane SANGARE : Pneumo-Phtisiologie
 " Mamadou KOUARE : Pharmacologie - Matière Médicale
 " Mamadou Lamine TRAORE : Obstétrique - Médecine Légale
 " Aly GUINDO : Gastro-entérologie
 " Abdoulaye AG-RHALY : Médecine Interne
 " Bidi Yaya SIMAGA : Santé Publique
 " Siné BAYO : Histologie - Embryologie - Anatomie Pathologie
 " Abdel Karim KOUARE : Anatomie - Chirurgie Générale.

Professeur Bréhima KOUHARE	: Bactériologie
" Mamadou K. TOURE	: Cardiologie
" Philippe RANQUE	: Parasitologie
" Bernard DUFLO	: Pathologie Médicale - Thérapeutique-Physiologie Hématologie.
" Robert GOLOMAR	: Gynécologie Obstétrique
" Oumar GOULIBALY	: Chimie Organique
" Adama SISSOKO	: Zoologie
" Bouba DIARRA	: Microbiologie
" Salikou SANOGO	: Physique
" Niamanto DIARRA	: Mathématiques

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Abderhamane Sidéyé MAIGA	: Parasitologie
" Sory KETTA	: Microbiologie
" Yaya FOFANA	: Microbiologie Hématologie
" Sory I. KABA	: Santé Publique
" Moctar DIOP	: Sémiologie Chirurgicale
" Balla GOULIBALY	: Pédiatrie
" Bénitiéni FOFANA	: Obstétrique
" B Boubacar CISSE	: Dermatologie
" Souleymane DIA	: Pharmacie Chimique
" Yacouba GOULIBALY	: Stomatologie
" Sanoussi KONATE	: Santé Publique
" Issa TRAORE	: Radiologie
" Mme SY Assitan SOW	: Gynécologie

CHARGES DE COURS

Docteur Gérard GAUCHOT	: Microbiologie
" Gérard TRUSCHEL	: Anatomie-Sémiologie Chirurgicale
" Boukassoum HAIDARA	: Galénique-Diététique
" Philippe JONCHERES	: Urologie
" Hamady Mody DIALL	: Chimie Analytique
" Aliou KETTA	: Galénique
" Saïbou MAIGA	: Galénique
Monsieur Cheick Tidiani TANDIA	: Hygiène du Milieu
Docteur Abdoulaye DIALLO	: Gestion Législative
Professeur N'Golo DIARRA	: Botanique-Cryptogamie-Biologie Végétale
" Souleymane TRAORE	: Physiologie Générale.

JE DÉDIE CE TRAVAIL

A MON PERE

Tu nous a toujours enseigné :

" La vie est pleine d'embûches, l'affronter courageusement sans répit tel doit être le principe de tout citoyen ".

Nous marcherons toujours dans ton sillage pour l'honneur de la famille.

Puisses-tu trouver là l'expression de notre indéfectible attachement filial.

A MA MERE

C'est l'aboutissement de mes longs moments en dehors de toute cette tendresse dont tu as bien voulu marquer ma jeune enfance, mais aussi de tous les sacrifices que tu t'es imposé pour moi et pour mes frères et soeurs.

Amour familial.

A MES FRERES ET SOEURS

Unis par la naissance, nous le resterons pour toute la vie la main dans la main contre cette lourde et difficile tâche qui nous attend.

Sachez que seule travail demeure la clef de la réussite .

Amour fraternel.

A 1A 1B

- A MADemoisELLE KANIFE MALLE

Pour son amitié , non attachement.

- A MADemoisELLE DJENEBOU DISSA

Pour notre amitié.

Mes remerciements.

A MES CAMARADES ET AMIS DE ZANGARA

- Soukalo SANGGO
- Bakary TRACRE
- Kalifa TRACRE
- Soukalo KONE

Mon attachement.

AU PERSONNEL DE L'HOPITAL
DE LA CONCEPTION MARSEILLE

- Le Professeur CAMERRE M.
- La Secrétaire de SERMENT

AU PERSONNEL DE LA MATERNITE DU POINT "G"

- Dr. Mamadou KOUYATE
- Mme MARE
- Mme KANE
- au Major DIALLO
- Toutes les Sages Femmes

AU PERSONNEL DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
EN PARTICULIER

- MM. Lassana TRAORE
- Vathine DIALLO
- Mme. FOFANA et DANY

Pour les sacrifices consentis.
Qu'ils en soient remerciés.

- A CUMOU HANI CISSE

Pour son attachement , notre amitié , notre
confiance .

- A BOUBACAR TRAORE

- A NIANI MCUNKORO

Pour leur soutien moral et matériel .

- A MES AMIS DE PROMOTION

- Fousseyni SIDIBE
- Ousmane TRAORE
- Mady KAMISSKO
- Zanafon OUATTARA
- Arouna TCGORA
- Lassana KEITA
- Elisé KONE
- Koni Ibrahima SOUMOUNOU

Qu'ils en soient remerciés

A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUE DE PRES OU DE LOIN
A LA REALISATION DE CE TRAVAIL

A TOUT LE CORPS PROFESSORAL DE L'ECOLE DE MEDECINE

A TOUS LES ETUDIANTS

A TOUTE MA PROMOTION

A TOUS MES AMIS DE MARSEILLE

- Ma^mselen DOLO
- Abdoulaye KALE
- etc...

- A TOUS MES AMIS DE DAKAR

- N'Golo BENGALY
- Dogonani
- Malick SIDIBE

- A TOUS MES AMIS DE ... BAMAKO

- Cheick Cumar SIDIBE
- Navigué TRAORE

- A LA FAMILLE SACKO Point"G"

Tous mes remerciements,

A MONSIEUR LE PROFESSEUR B. SERMENT
Chef de clinique gynéco-obstétrique
à l'Hôpital de la conception de
Marseille.

J'ai pu apprécier votre sympathie et toute
votre affection lors de mon séjour à Marseille
pour la réalisation de ce travail.

Votre apport a été très appréciable dans la
réalisation de cette thèse.

Eminent chirurgien que vous êtes, vous avez
toujours été sollicité sur le plan international
dans le cadre de l'étude du tissu cellulaire
pelvien sous péritonéal et de façon générale
la pathologie gynéco-obstétrique.

En plus de votre participation matérielle et
en dépit de vos multiples occupations ci-dessus
signalées vous nous faites l'honneur de nous
trouver un président de Jury.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude et
de notre admiration.

AU PRESIDENT DE NOTRE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR

Bernard BLANC

Professeur au Centre Hospitalo-Universitaire
de Marseille

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

En témoignage de profonde admiration et de gratitude pour l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de cette thèse malgré vos multiples occupations et, pour le remarquable enseignement fait à la fois de rigueur et de qualités humaines qu'il prodigua à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali en sa qualité de gynécologue-accoucheur à mes prédécesseurs.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Docteur Bénétiéni FOFANA
Assistant-Chef de Clinique à l'Ecole
Nationale de Médecine et de Pharmacie
Clinicien-Chef au Service de Gynéco-obstétrique
à l'Hôpital Gabriel TOURE

Avec toute la sollicitude et toute la pédagogie
requisse vous nous avez enseigné une partie de la
pathologie obstétricale.

Vous nous avez fait profiter de vos compéten-
ces et de votre **expérience** dans nos stages pra-
tiques.

Votre présence dans ce jury est la marque dé-
finitive de votre bienveillante attention à
notre formation professionnelle.

Trouvez ici l'expression de nos sentiments
de sincère gratitude.

Monsieur le Professeur
Mamadou Lamine TRAORE
Chirurgien-Chef à l'Hôpital du Point-"G"

Vous nous avez avec toute la pédagogie
requisse dispensé nos cours de chirurgie gyné-
cologique et de Médecine Légale à la Faculté
de Médecine de Bamako.

Vous nous avez ouvert les portes de votre
pavillon et vous n'avez jamais ménagé vos
efforts pour nous guider et pour nous conseiller,
témoin l'observation que vous avez mise à notre
disposition.

Vous avez accepté de bien vouloir juger ce
modeste travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre
profonde gratitude.

AU MAITRE DE NOTRE JURY DE THESE
Monsieur le Docteur Robert COLOMAR
Chef du Service de Gynéco-obstétrique
de l'Hôpital du Point-"G"
Chirurgien des Hôpitaux .

Votre enseignement théorique et pratique, très riche d'expérience, restera inoubliable pour nous; vous m'avez confié ce sujet de thèse en mesurant dès le départ l'ampleur et les difficultés,

Une année durant vous n'avez cessé de nous séduire par vos exceptionnelles qualités de professeur au vrai sens du terme.

Vous avez été pour moi un guide, un maître, un conseiller, un père et même parfois un confident toujours disposé à éclairer le chemin ténébreux de son élève par votre riche et inépuisable expérience en matière de Gynéco-obstétrique et même de Médecine générale.

Jusqu'ici je n'ai pu apprécier à sa juste valeur votre esprit de recherche scientifique.

Je ne pouvais imaginer votre si grande disponibilité et votre grand esprit de sacrifice vis-à-vis de votre personnel et en fin vis-à-vis de vos malades surtout . Votre sérieux et votre persévérance dans le travail : : n'ont-ils pas éveillé chez nous un grand enthousiasme.

Grâce à vous j'ai connu les réalités quotidiennes de la pratique médicale . . . adulte.

J'ai aussi appris à surmonter beaucoup de difficultés qui se posent en matière de gynéco-obstétrique.

Grâce à votre soutien matériel et surtout moral, grâce à votre esprit de recherche scientifique et à vos connaissances médico-chirurgicales j'ai pu mener ce travail à terme.

Ce travail est le votre et les mots ne manquent pour exprimer toute ma reconnaissance et tout mon attachement indéfectible à votre personne, à : : Madame et à vos enfants, que je considère désormais comme des miens.

Puisse votre lumière continuer à nous éclairer tout le long de notre chemin.

Que vous en soyez remercié.

INTRODUCTION ET DEFINITION

Les vices de position et les déviations de l'appareil génital féminin interne constituent un chapitre gynécologique important dans le cadre encore très discuté des algies pelviennes dites, trop souvent à tort, essentielles.

En 1955, dans ce cadre connu, confus et ambigu, et au sein de celui, controversé, des rétrodéviations utérines douloureuses W.H. MASTERS ET W.M. ALLEN isolent une nouvelle entité anatomo-clinique sous le nom de "Traumatic laceration of uterin support".

Depuis leur publication princeps, ce syndrome, de désinsertion utérine a donné lieu à une abondante littérature, de la lecture de laquelle se dégage une impression de confusion et de malaise, certains refusant toute existence et toute réalité à ce syndrome qu'ils rattachent à une lésion du Tissu Cellulaire Pelvien Sous péritonéal (T.C.P.S.P.), de nature et d'étiologie diverses ; d'autres, au contraire, se révèlent d'ardents défenseurs de l'autonomie de ce trouble de la statique utérine qui, reconnu, permet de proposer un acte chirurgical à visée correctrice sanctionné par des résultats cliniques satisfaisants.

Face à la multitude d'interprétations plus ou moins pertinentes, des aspects polymorphes de ce syndrome, susceptible de fournir une explication aux troubles fonctionnels souvent importants, il semble que l'on puisse, dans une large mesure tenter de dissiper l'imbroglio née d'opinions contradictoires, si l'on veut bien admettre, :

1°) La nécessité de définir ce syndrome dans des limites nosologiques étroites.

2°) de prendre pour bases indiscutables :

- l'anatomie chirurgicale de l'appareil génital féminin,
- les données de la clinique gynécologique
- le résultat de certaines investigations complémentaires (parmi lesquelles hystérosalpingographie et coelioscopie conservent une valeur de premier plan.).

Ces notions paraissent essentielles si l'on veut traiter rationnellement et avec efficacité des femmes handicapées par leurs douleurs chroniques et désespérées de ne trouver aucun soulagement prolongé. Seule une référence permanente au substratum anatomo-pathologique de la perturbation constatée peut autoriser la reconnaissance de ce syndrome (fréquent dans notre expérience) et de guider un choix thérapeutique non univoque notamment en ce qui concerne les multiples procédés de technique chirurgicale visant à atténuer les effets ou à corriger les conséquences des déviations utérines d'origine traumatique obstétricale. Ces techniques sont nombreuses et encore souvent mal codifiées dans leurs indications. Leur utilisation risque de relever souvent plus d'une "mode temporaire" que de la recherche raisonnée et souple de la meilleure adaptation possible à chaque cas particulier.

De toute façon, elles ne sauraient être utilisées qu'avec prudence, leur but essentiel, en fonction du bilan pré ou per-opératoire et de l'inventaire précis des lésions étant de restaurer les moyens de soutien, de suspension et d'orientation de l'appareil génital interne féminin; littéralement détaché de ses amarres "comme une embarcation à la dérive".

L'expérience enseigne en effet clairement, qu'il ne saurait y avoir en ce domaine, pas plus que dans celui des prolapsus génitaux, qui en sont souvent le prolongement naturel, de tactique et de technique standard et univoque applicables sans discernement à tous les cas.

Dans le cadre anciennement connu et d'appellations très diverses (congestion pelvienne ou utérine des anciens, lymphangite des ligaments larges de CONTAMIN, syndrome de TAYLOR de SCHLIEPHAKE ou de MASSAZA etc...) à l'origine de pelvi-algies chroniques et invalidantes, les déviations utérines et particulièrement les rétrodéviations post traumatiques se rencontrent avec une grande fréquence en pathologie gynécologique chez l'africaine.

Or , cette rétrodéviatiion secondaire acquise dans le post-partum est partie prenante de cette nouvelle entité un peu surprenante que le mérite des auteurs américains, MASTERS et ALLEN est d'avoir su rattacher à une lésion anatomique objective indiscutable : la déchirure du feuillet postérieur du ligament large qui, n'est qu'un élément contingent au sein d'atteintes ligamentaires beaucoup plus étendues et profondes, avec, en corollaire la rétroversion douloureuse d'un utérus au col désinséré anormalement mobile en " joint universel".

Le but de ce travail est de montrer:

- la réalité et la fréquence de ce syndrome en pathologie féminine africaine à Banako.
- d'exposer les éléments permettant de le reconnaître et, si possible de l'isoler des autres troubles de la statique utérine,
- d'étudier les indications et les modalités thérapeutiques
- enfin d'analyser les résultats que l'on peut attendre de ces traitements, dans le cadre relativement précis des atteintes traumatiques post-obstétricales des éléments, du tissu conjonctif cellulo-sous-péritonéal (T.C.S.S.P.) problème auquel nous sommes confrontés depuis de longues années.

En 20 mois de pratique gynécologique à l'hôpital du Point-"G" à Banako nous avons relevé sur 2 500 consultantes tout venant (80) observations présentant les critères étiologiques et cliniques de ce syndrome.

38 patientes ont fait l'objet d'une intervention permettant, outre une fructueuse confrontation anatomo-clinique, la mise au point d'une technique simple de réparation des lésions constatées, avec des résultats dans l'ensemble très bons ou excellents.

Suivies et traitées par la même équipe, les observations de ces malades ont été groupées sous forme de tableaux afin de rendre leur présentation plus homogène.

Avant d'en discuter, les ^{principaux} éléments nous rappellerons à grands traits :

- les bases anatomiques et physiologiques de la statique utérine normale,
- la nature des lésions des moyens de suspension utérins et la symptomatologie de ce syndrome ^{si souvent méconnu} /aux appellations multiples (déchirure des ligaments larges, désinsertion, dilacération, lacération du support ligamentaire utérin) avec son trepied étiologique , clinique et anatomique.

H I S T O R I Q U E

D'après J.B. TRUC et R.MUSSET, avant MASTERS et ALLEN, de nombreux auteurs s'étaient intéressés à l'étiologie, à la symptomatologie et au traitement des algies pelviennes dites essentielles et d'en chercher la cause dans une altération éventuelle du tissu cellulo-fibreux-pelvien. C'est ainsi que :

- Dès 1831 GOOCH, sous le nom " d'utérus irritable " attira l'attention sur les algies pelviennes au long cours accompagnées de dyspareunie, de troubles de l'état général et psychiques.

- ARAN en 1858, avança le terme de "congestion pelvienne" qui fit fortune par la suite et différentes théories pathogéniques furent dès lors successivement émises: varicocèles pelviennes (RICHET, DEVALZ, 1858, ROUSSAN, 1892 CAMUSET, 1909), rétroversions utérines (POZZI, dès 1897, évoqua les "luxations vagues de l'organe analogues à certains déplacements articulaires avec grande laxité ligamentaire"), ovarites scléro-kystiques (PORTER, 1889, PETIT, 1891, CHALLIER et DUNET, 1922), furent ainsi tour à tour incriminées.

- En 1926 R. CONTAMIN décrit les atteintes du Douglas et des ligaments utéro-sacrés auxquelles il attribua le terme de "Douglassite" qu'il créa (lymphangite des ligaments larges).

En 1930 COTTE dénonça dans la genèse des douleurs, le rôle des déchirures obstétricales des culs de sac vaginaux " lorsqu'ils intéressent les paramètres" et décrivit minutieusement avec DECHAUME en 1931 les lésions histologiques du sympathique pelvien.

- Les travaux de TAYLOR en 1949, ainsi que des études psychosomatiques n'apportèrent guère d'éléments nouveaux.

D'après Y. ROCHET et M. MARTIN, { NAUJOKS, cité par H.G. ROBERT, n'a-t-il pas résumé avec humour cette disparité pathogénique, lorsqu'il a parlé de la "maladie aux vingt noms"?

Enfin c'est à MASTERS et ALLEN que revient le mérite d'avoir les premiers découvert des anomalies macroscopiques qu'ils décrivent sous le nom de "Syndrome de lacération traumatique du support utérin", dénomination particulièrement imagée et qui contient en germe les développements qu'apporteront les travaux ultérieurs.

Pour MASTERS et ALLEN, faisant état de 28 cas dans leur publication originale, la lésion post-obstétricale est la grande responsable des troubles subjectifs et objectifs de ces douloureuses chroniques du bas ventre. La révélation d'une déchirure du ligament large obtint d'emblée un grand succès et fut suivie de nombreuses publications françaises (VERNE, VARANGOT et Coll.) d'autant que le développement de la coelioscopie en permettait souvent la facile reconnaissance et révélait les formes latentes ou combinées de ce syndrome.

Mais ces travaux donnèrent aussi lieu à des critiques en ce qui concerne la fréquence du syndrome d'ALLEN et MASTERS, la constance de la relation entre les douleurs et la déchirure du ligament large et surtout la signification véritable de cette dernière, qui nous le verrons est loin d'être pathognomonique et encore moins isolée.

Pour la majorité des auteurs, l'origine obstétricale et la réalité du syndrome d'ALLEN et MASTERS sont indéniables: ainsi SERMENT dès 1965 dans un article très documenté de "gynécologie et d'obstétrique" reprit les descriptions d'ALLEN et MASTERS en leur ajoutant une notion qui différait quelque peu de la conception originale des auteurs, à savoir celle de la " désinsertion utérine" créée par l'atteinte simultanée des ligaments larges de MACKENRODT et des ligaments utéro-sacrés, avec participation prédominante de ces derniers. La pathogénie traumatique se retrouve dans de nombreuses publications comme en témoignent les termes " d'entorse grave du col" (BERGER, BERTRAND, SOUTOUL) et de " réparation orthopédique" (MUCHIR).

En revanche, de nombreux auteurs comme (BRET, BARDIAUX et De BRUX) dénieient l'authenticité du syndrome de MASTERS et ALLEN, ne faisant de la déchirure du ligament large que l'élément révélateur d'une maladie péritonéale plus étendue, aux multiples expressions : la pelvi-péritonite chronique scléro-inflammatoire .

D'autres comme (FILHOLAUD et D. DARGENT), déclarant n'avoir jamais ou seulement à titre exceptionnel observé les faits anatomocliniques décrits par MASTERS et ALLEN.

On conçoit que l'autorité de tels auteurs puisse jeter un doute sur la réalité même de ce syndrome lequel exigera, de ce fait, un bilan clinique et para-clinique complet avant de proposer une intervention chirurgicale à visée restauratrice, dont l'indication est actuellement au centre des préoccupations thérapeutiques.

Dans notre expérience, cette chirurgie réparatrice/soigneusement pesée a toujours été bénéfique et, en aucun cas, aggravante même chez les femmes au contexte psychique et neurovégétatif à priori peu engageant en raison des multiples répercussivités viscérales voire des fixations somatiques que la douleur chronique ne manque pas de finir par créer.

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE
DU T.C.C.P.S.P.

LES BASES ANATOMIQUES DE LA STATIQUE UTERINE NORMALE

Elles sont indispensables à la compréhension étiopathogénique, physiopathologique et thérapeutique de ce syndrome.

. L'organe utérin doit pouvoir physiologiquement bénéficier d'une mobilité et d'une expansibilité suffisantes pour satisfaire à son rôle de viscère gestationnel, particulièrement au niveau de son segment corporel, véritable cylindre saillant en pelote sous les viscères abdomino-pelviens, dans le compartiment moyen de l'excavation pelvienne.

Avec BERNARD et SOUTOUL (45, 50) il est important de préciser sur le plan théorique, sa position exacte dans l'espace, et par rapport aux parois ostéo-fibro-musculaires du pelvis. Il en découlera la définition d'anomalies de position ou "malposition".

Il faudra ensuite définir dans quelle orientation réciproque se trouvent:

- les axes du corps et du col utérin
- l'axe du col par rapport à celui du conduit vaginal.

Ceci permettra de définir des vices d'orientation, aboutissant aux déviations utérines.

Enfin il convient de décrire et classer les différents types de "désinsertion utérine" par entorse grave ou rupture des moyens d'attache ligamentaire, soit postérieures, soit externes, uni ou bilatérales dont l'origine est le plus souvent traumatique post-obstétricale mais qui, dans certains cas plus rares, peut relever d'une hypoplasie constitutionnelle de certaines structures du T.C.P.S.P. individualisées en tant que moyens normaux d'attache et de fixité de l'appareil génital interne. C'est là la principale acquisition dans l'évolution des idées de ces dernières années depuis le travail princeps de 1955. Ces lésions sont diverses et pas toujours aisées à mettre en évidence. Elles sont fréquemment intriquées entre elles ou avec d'autres affections de la sphère pelvi-génitale féminine. Lorsqu'elles existent à l'état pur et isolé, seule leur réfection anatomique par voie chirurgicale peut espérer faire disparaître les troubles fonctionnels notamment les douleurs dont se plaignent la majorité de ces femmes.

Certes il n'est pas facile d'inventorier et de classer, avant le bilan endoscopique ou per-opératoire ces troubles statiques utérins et d'en reconnaître la cause. La clinique reste la donnée d'orientation maîtresse du diagnostic mais l'estimation lésionnelle précise ne pourra reposer que sur certains examens complémentaires que nous reverrons, et lorsqu'elle est possible, sur l'épreuve thérapeutique du pessaire ou d'une méthode proche.

1) QUELLE EST LA POSITION DE L'UTERUS DANS LE PELVIS FEMININ ?

Le corps utérin constitue un segment anatomique relativement mobile sous l'effet de l'animation dynamique des organes voisins. Rappelons qu'il est encadré, en arrière, en avant et en haut de viscères creux.

Le col apparaît comme un segment beaucoup plus fixe, solidement anarré qu'il est par ses attaches ligamentaires postérieures et latérales, résistant aux sollicitations permanentes dues :

- à la repletion des organes de voisinage
- aux effets de la poussée abdomino-thoracique contrebalancés par la pulsion inverse de la contraction des muscles du périnée profond, moyen et superficiel.

Col et corps forment entre eux un angle ouvert en avant, dont le sommet se trouve à hauteur de l'isthme utérin, constituant le point central le plus fixe de l'organe, à l'intersection du système d'anarrage cruciforme de RICARD . Ce point définit " l'universal joint cervix " des auteurs anglo-saxons; c'est la véritable clef de voûte de la statique utérine.

En effet le segment isthmo-cervico-vaginal est engainé d'un fascia cellulo-fibreux cylindrique (fascia d'Aldridge) où viennent s'anarrer respectivement :

a) En arrière : l'extrémité utérine de la portion utéro-sacrée des grandes lames sagittales de DELBET-FARABOUFF à direction postéro-supérieure, qui suspendent le point fixe au plan sacré. Ces lames sont autant, sinon plus, musculaires que conjonctives.

b) Latéralement : la portion cervico-isthmique des paramètres, constitue les ligaments cardinaux de MACKENRODT ou paramétrium, émanation classique de la gaine hypogastrique. Leurs tentes forment un système d'attache et de suspension aux parois pelviennes latérales.

Chez la femme non gravide au repos, en position debout, à utérus normalement suspendu, orienté et soutenu, bassin et périnée normaux, vessie et rectum vides, sans pathologie génitale ou pelvienne associée et en dehors de toute poussée abdominale ou de pulsion périnéale, le point fixe est physiologiquement situé :

- au centre de l'excavation pelvienne sur la ligne médiane
- un peu en avant du plan frontal passant par les épines sciatiques, sensiblement à mi distance du pubis et du sacrum.
- Sur l'axe vertical du bassin, lui même perpendiculaire au plan du détroit supérieur et le plus souvent perpendiculaire à l'axe de la paroi vaginale postérieure, oblique en bas et en avant. Cet axe pelvien peut être matérialisé par la pensée en repérant la direction de la ligne ombilico-coccygienne par rapport au plan horizontal passant :
 - par le bord supérieur de la symphyse pubienne en avant
 - l'articulation sacro-coccygienne en arrière. Ce plan affleure classiquement l'orifice externe du museau de tanche.

A partir de ces notions, on peut définir les malpositions utérines, par translation du point fixe.

- Antéposition si ce point central se rapproche du trou obturateur
- Rétroposition s'il se déplace en arrière de la projection des épines sciatiques.
- Hystéroptose s'il se déplace vers le bas
- Latéroposition utérine (droite ou gauche), s'il se déplace à droite ou à gauche du plan sagittal médian. Ces vices de positions peuvent être appréciés par l'hystérogaphie de face et de profil. Leur origine peut être une dystrophie congénitale de signification encore hypothétique. Le plus souvent ces malpositions sont acquises (compression extrinsèque, ou déficience des moyens de soutènement, de suspension ou d'orientation).

Bien entendu ils peuvent être majorés selon l'effort (de poussée ou de retenue) p l'état de repletion ou de vacuité des organes voisins.

2) L'ORIENTATION NORMALE DU COL UTERIN OU ANTEVERSION

Le col n'est pas centré dans l'axe du conduit vaginal. Il est nettement plus court que le corps (rapport 1/3).

Son axe vertical fait avec celui de la paroi vaginale postérieure, considéré en amont du cap vaginal, un angle de 90 à 110°, ouvert en avant, qui définit l'antéversion normale.

La valeur de cet angle varie en fonction de l'orientation du vagin de 90 à 120°, sous l'effet des poussées contraires de l'effort abdominal et de la contraction opposée de la sangle des releveurs, dont les faisceaux levatoriens cravatent le tube vaginal à cavité virtuelle, le coude ^{nt} selon un angle ouvert en bas variant de 140 à 180°. C'est le cap médio-vaginal situé en avant et en haut du cap rectal.

En gros, l'axe du vagin postérieur est parallèle au plan du détroit supérieur, et donc coupé perpendiculairement par la direction de la ligne ombilico-coccygienne. Il en résulte que l'axe du col utérin se situe approximativement dans le plan de l'axe du bassin à 10 ou 20° près.

La poussée abdominale a donc tendance à propulser ce col vers la paroi vaginale postérieure (qu'il regarde en permanence) et à le diriger vers la console d'appui ano-coccygienne du périnée postérieur, c'est-à-dire, sur la clef de voûte du noyau fibreux central. Le corps utérin va se trouver angulé sur le col (relativement fixe du fait des attaches de l'isthme utérin dont il n'est que le prolongement inférieur) sous l'effet de différents facteurs morphogénétiques et fonctionnels.

Axe du corps et axe du col forment un angle d'antéflexion utérine ouvert en avant de 100 à 120°. On admet que cette courbure cervico-utérine est le résultat d'une croissance différentielle entre ses faces antérieure et postérieure de l'utérus, qui se développera à partir du canal utéro-vaginal de LEUCKART, prolongeant le vagin dans son axe avant la naissance. A la puberté, la paroi antérieure de l'organe se développe davantage, et la bascule antérieure de l'utérus est facilitée par les solides attaches postérieures de la région cervico-isthmique. La pression permanente de la poussée abdominale et la tension du système directionnel des ligaments ronds, riches en fibres musculaires, fixeront l'antéflexion, laquelle fera reposer la face antérieure du corps utérin sur le dôme vésical et exposera le relief de son fond et de sa face postérieure à la poussée permanente des viscères digestifs, l'ensemble s'appuyant sur le plancher du fondement pelvi-sous-péritonéal.

La poussée abdominale ferme donc l'angle d'antéflexion (valeur moyenne de 100°).

La poussée périnéale ferme le cap vaginal et a tendance à ouvrir cet angle (120°).

En résumé l'utérus normal est :

- antéversé (angulation entre le col et l'axe du vagin de 90 à 110° ,
- antéfléchi par courbure entre le corps et le col de 100 à 120°.

Les déviations anormales peuvent intéresser la version, ou la flexion ou les deux à la fois.

Nous insisterons **sur** les déviations postérieures, les plus fréquentes et le plus souvent acquises :

- Rétroflexion isolée forcée : Le col conservant son axe normal, mais l'angle cervico-corporéal s'ouvrant en arrière de 90 à 120°.

- Rétroversion forcée : l'ensemble de l'utérus bascule en arrière, fermant l'angle cervico-vaginal; le col pointe en haut et en avant sous la vessie.

Le corps peut demeurer en antéflexion normale, mais il peut aussi ouvrir son angle de flexion jusqu'à 180° , s'alignant avec l'axe du col. L'obus utérin se trouve alors dans l'axe du canon vaginal,; ainsi s'amorce le premier temps du prolapsus génital.

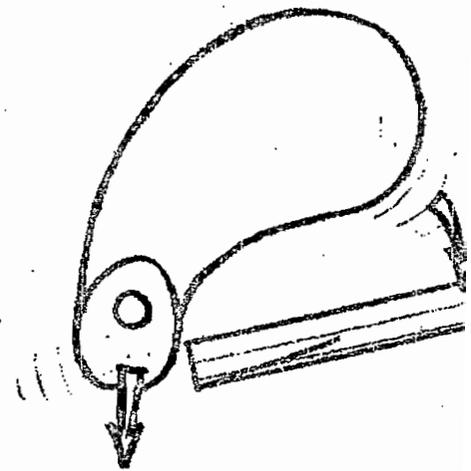
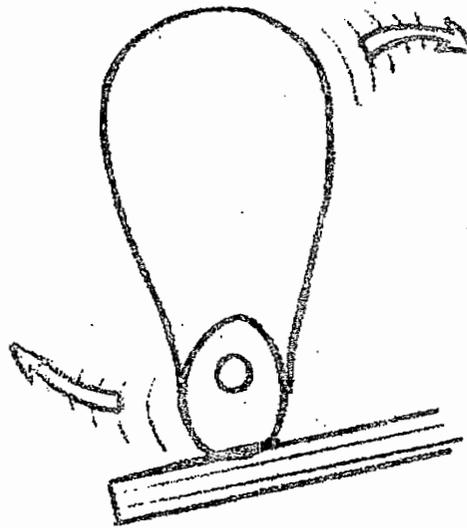
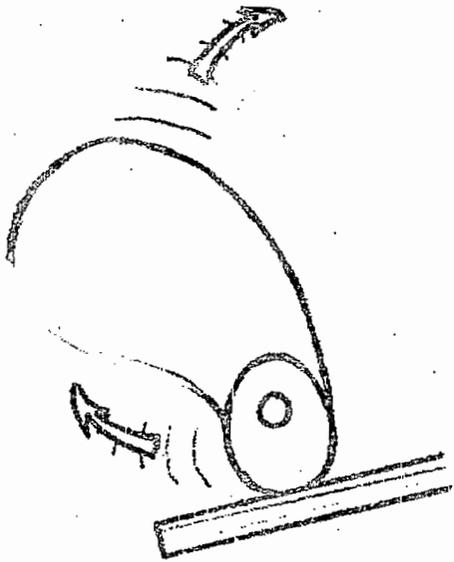
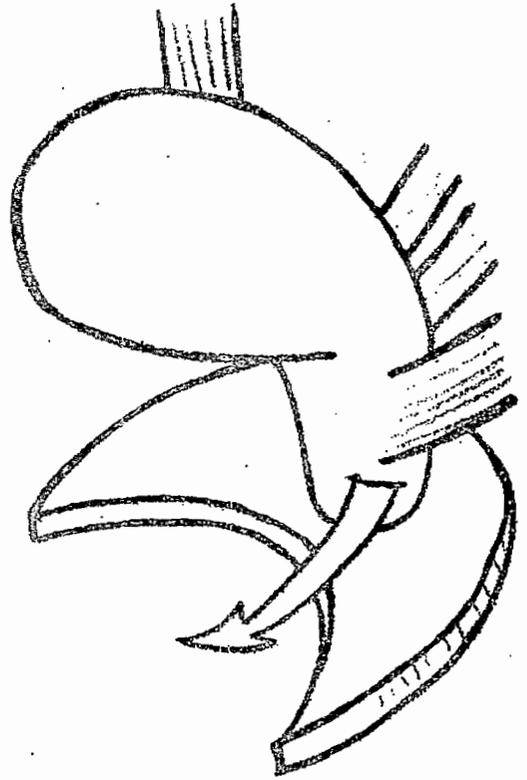
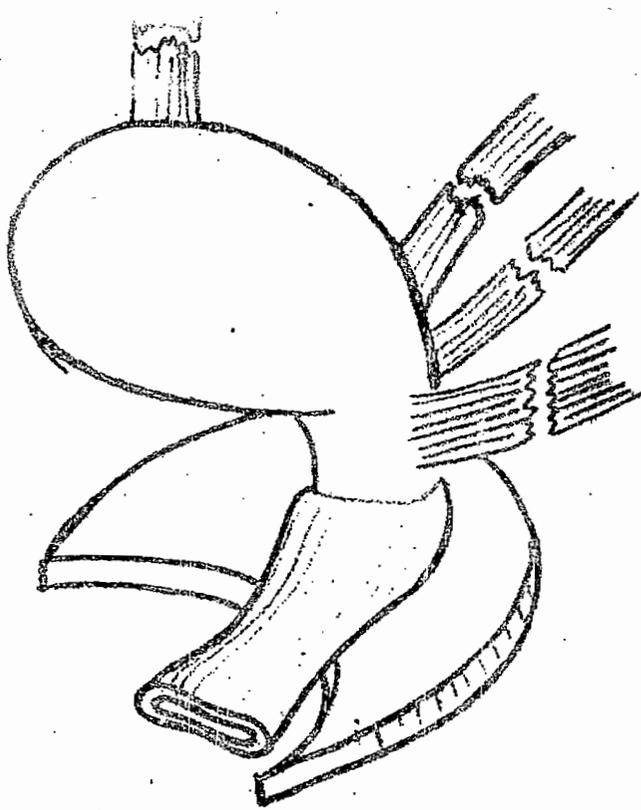
- Rétroversion et rétroflexion associées :

Le col a basculé en arrière . Rétropose, son orifice externe regarde la face inférieure de la vessie, qu'il comprime. Le corps, bascule dans la fosse Douglassienne, en se cassant sur l'angle de rétroflexion ouvert en bas et en arrière de 45 à 90 °.

3) QUELLE EST LA PHYSIOPATHOGENIE DE CES RETRODEVATIONS ?

Les formes acquises exigent la rupture ou l'élongation marquée des attaches postéro-supérieures de l'isthme utérin, ce qui fait béer le cul-de-sac de Douglas, ouvrant la trappe au fond du corps utérin, lequel bascule en arrière par étirement ou agénésie congénitale du système directionnel antéro-supérieur (ligaments ronds).

Dans les formes prononcées de rétrodéviations, il existe un véritable glissement antérieur du complexe cervico-vaginal, lequel se projette en avant du plan incliné du plancher périnéal, relâché, délabré ou même effondré par des traumatismes obstétricaux répétés.



PHYSIOLOGIE DES RETRODEVATIONS UTERINES :

LE MECANISME DE LA RETRODEVATION PUIS DE L'HYSTEROPTOSE AGGRAVE PAR LA RUPTURE
DES AMARRAGES UTERO-SACRES ET LATERAUX.

D'après (J.H. SCUTOUL et J.B. THUC)

On peut alors observer un véritable mouvement de came du col et du corps utérin, un peu à la façon d'une bielle articulée : plus le col se déplace en avant avec le vagin et leur cylindre fibreux d'engainement, plus le corps utérin bascule en arrière.

On conçoit que ces déviations postérieures puissent s'aggraver, sous l'effet de la poussée abdominale ou du remplissage vésical, qui repoussent davantage encore le corps en arrière.

Finalement, on comprend que, si l'antéflexion-antéversion utérine est normale avec un isthme utérin pivot bien maintenu par ses attaches, et si le plancher périnéal de soutien est solide, il s'avère impossible à l'appareil génital, l'utérus n'étant pas basculé en arrière, de glisser dans la fente plus ou moins élargie de l'hiatus génitalis des releveurs.

Bien entendu, projeté sur une circonférence, l'axe cervico-utérin peut occuper toutes les positions intermédiaires, depuis la plus antéversée-fléchie jusqu'à la plus rétroversée-rétrofléchie, avec le rôle néfaste que jouera inévitablement la poussée abdominale, dès que le fond utérin aura tendance à se déplacer vers l'arrière.

Ces notions vont nous permettre ultérieurement de mieux comprendre ce qui se passe dans le syndrome de MASTERS et ALLEN (décrit en France par H. SERMENT sous le nom imagé de désinsertion utérine).

En effet anatomiquement ce syndrome est caractérisé par des séquelles d'entorse plus ou moins grave (élongation, rupture, désinsertion), de l'appareil ligamentaire assurant la fixité du point central cervico-isthmique dans l'espace pelvien, normalement résistant aux poussées physiologiques ou aux transformations liées à l'état gravidique.

L'accouchement et son mécanisme représente^{nt} pour ce système de suspension, une cause majeure de traumatisme d'intensité variable.

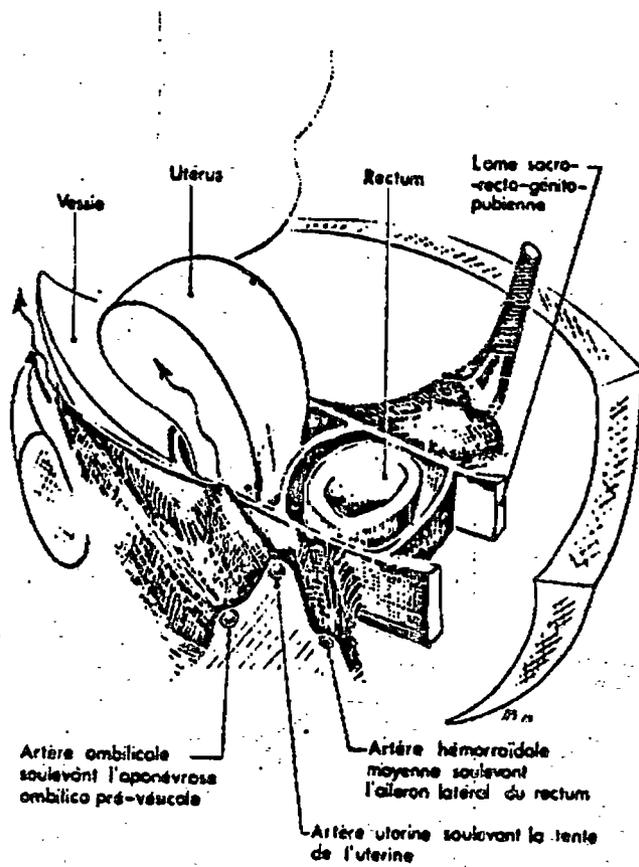


Fig.1 Tissu cellulaire et péritoine pelvien.
 (d'après G.BASTIDE et J.H.SOUTOUL).

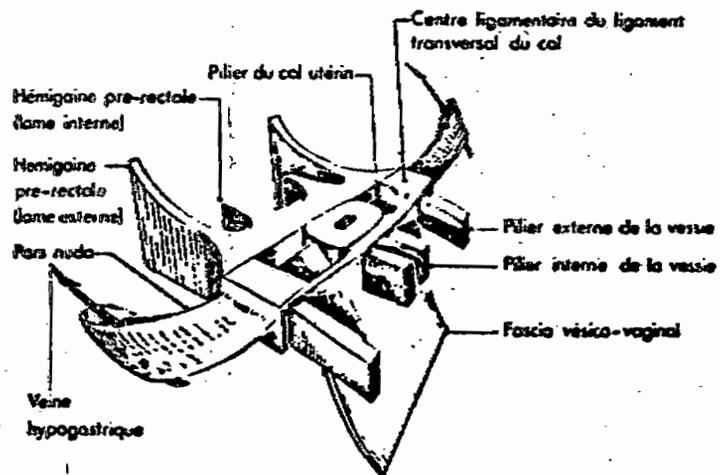


Fig.2 L'appareil suspenseur cervico-vaginal.

(d'après AMREICH,CONTAMIN et BERNARD).

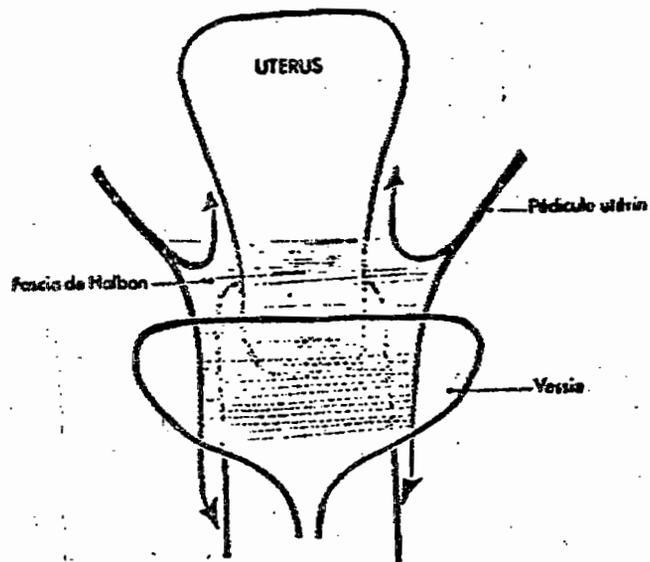


Fig.3 Le Fascia de HALBAN (conception de ROUVILLOIS).

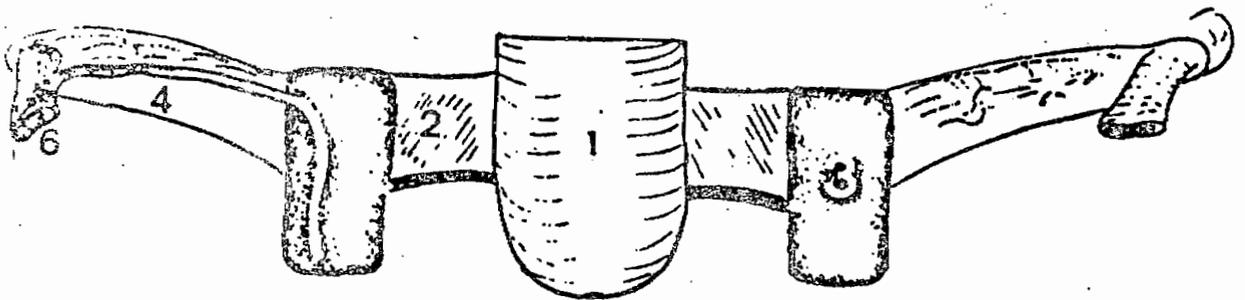
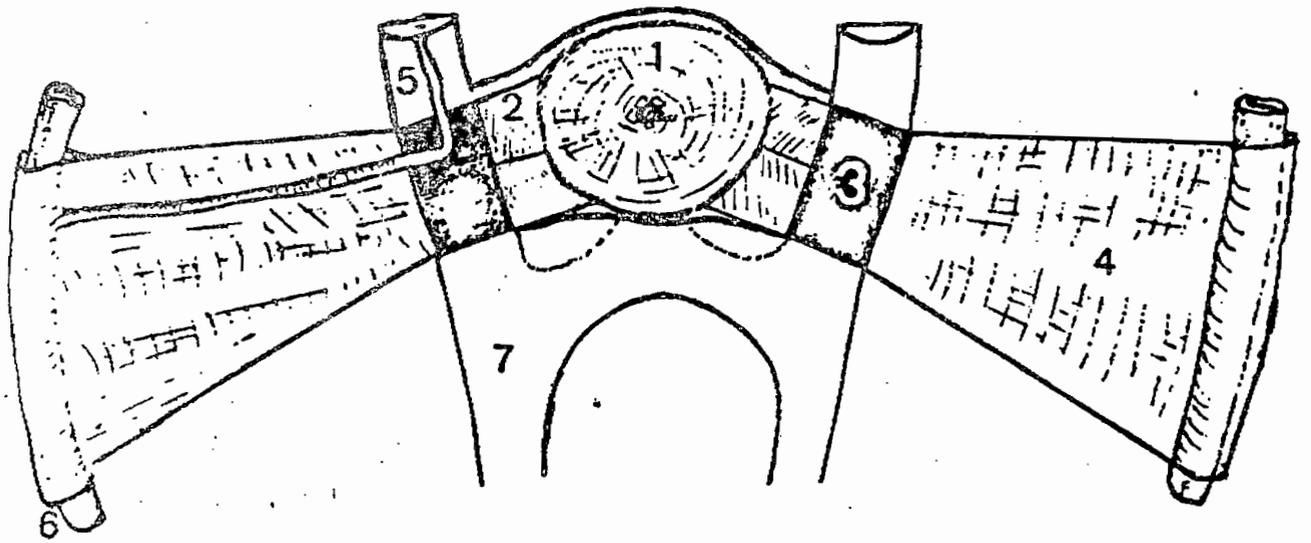
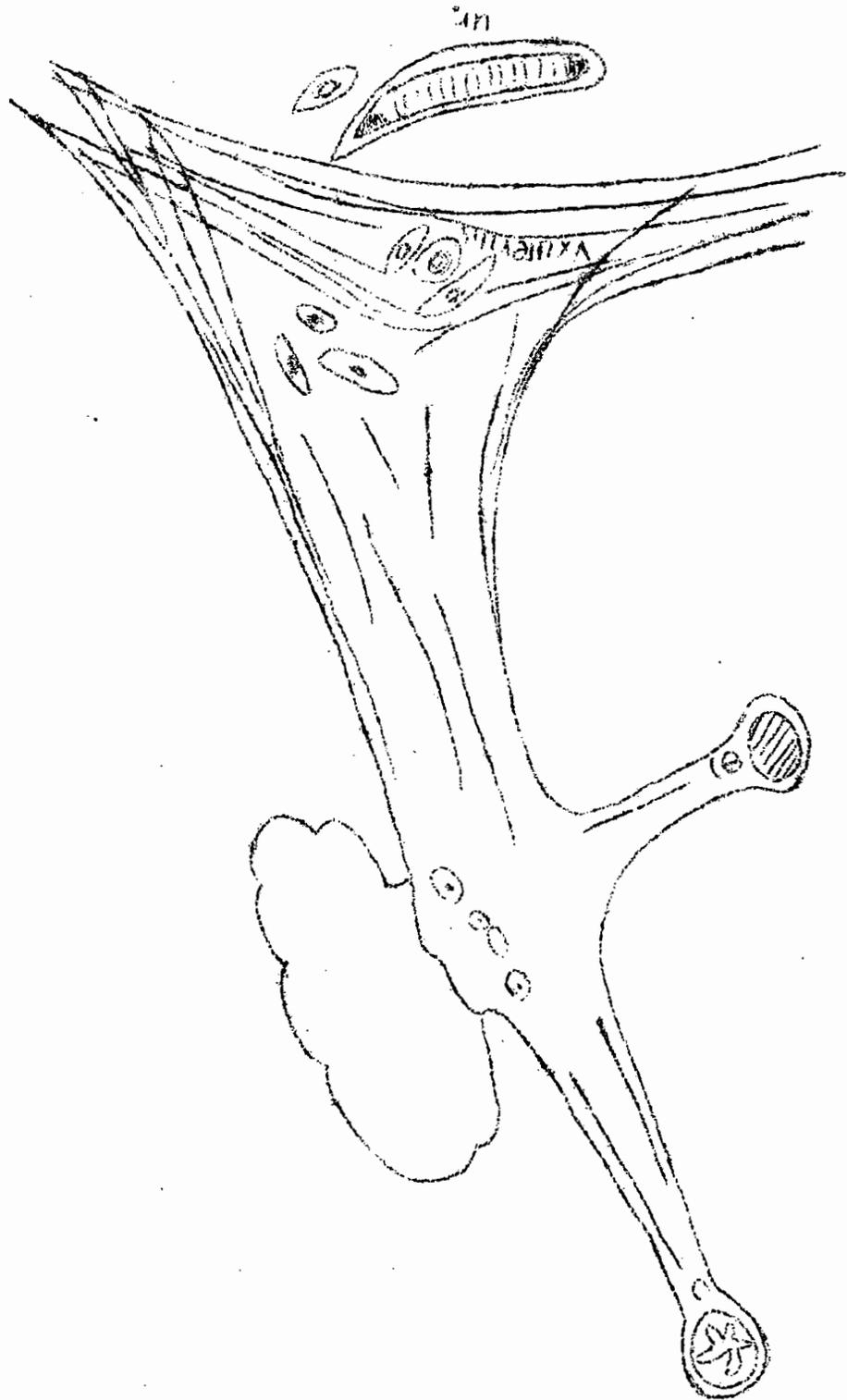


Fig.7 Architecture du ligament transverse du col de l'utérus
 Vue supérieure et de face.

(d'après P.BERNARD, thèse Méd., Grenoble 1969).

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. Col utérin. | 5. Pilier externe de la vessie. |
| 2. Pilier du col utérin. | 6. Veine hypogastrique. |
| 3. Centre ligamentaire. | 7. Ligament utéro-sacré. |
| 4. Pars nuda. | |



COUPE PARA-SAGITTALE DU LIGAMENT LARGE

On peut selon AMREICH, * CONTAMIN (16) et BERNARD, schématiser l'appareillage complexe de fixation du bloc cervico-isthmo-vaginal, en 3 groupes d'éléments :

- Postérieurs
- Latéraux
- Antérieurs.

a) En arrière de l'isthme et du col :

Il s'agit des ligaments utéro-sacrés, formés de tissu conjonctivo-musculaire lisse, richement tissé de fibres du système nerveux végétatif sympathique et parasympathique. Les 2 lames s'unissent en une ogive, le torus utérin, (ligament de PETIT) au fascia celluleux rétro-cervical, lequel se poursuit à la face postérieure du vagin, par le fascia vagino-rectal, solidaire à sa partie basse du noyau fibreux central du périnée. Le bord supérieur, en arête tranchante, des 2 ligaments est toujours bien dessiné sous le péritoine formant 2 faux limitant :

- au centre, le Douglas (cul-de-sac recto-utéro-vaginal),
- latéralement, les 2 fosses de WALDEYER.

b) Latéralement, dans la base des ligaments larges, les ligaments transverses paramétriaux de MACKENRODT se divisant en 3 parties:

- 1) Interne: de forme prismatique triangulaire et de structure conjonctivo-musculaire dense: ce sont les piliers du col utérin.
- 2) Moyenne : le noeud du col ou centrum
- 3) Externe : Ce sont les gaines périverineuses et péri-artérielles (pars nuda d'AMREICH) se fixant en haut et en dehors à la paroi pelvienne latérale.

Au dessus de ce paramétrium, basal, le périnétrium ou mésométrium....

.... est beaucoup plus mince, lâche et fenêtré mais de texture solide cependant.

c) En avant : Les ligaments ronds constituent un système d'orientation ; véritables émanations du myomètre, ils sont formés en majorité de fibres lisses à motricité active et démontrée. Leur rôle dans le maintien de l'anté-déviations physiologique utérine n'est donc pas négligeable. Ils constituent 2 rênes qui opposent le dos du "cavalier" utérin à la poussée abdominale en le faisant monter sur le dôme de la vessie, et en prenant appui sur les étriers du plancher pelvien. Dans 50 à 80 % des rétrodéviations du corps utérin, on constate leur étirement, souvent considérable, qu'il soit congénital ou post-traumatique. Il convient donc de savoir ne pas les ignorer ou les négliger sous prétexte qu'ils sont les parents pauvres de la statique utérine.

d) Enfin il faut citer en bas la portion pubo-vaginale de la sangle pubo-rectale des releveurs.

Compte tenu de la multiplicité de ces formations anatomiques, se croisant dans l'espace :

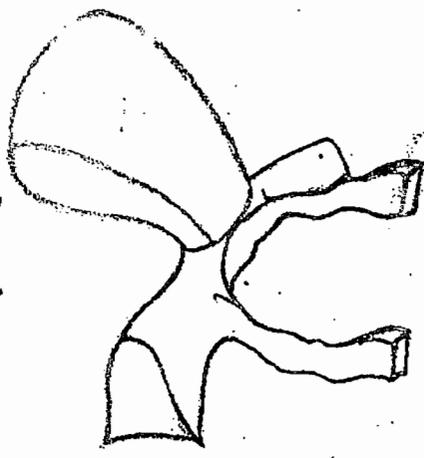
- d'avant en arrière
- transversalement
- et de haut en bas.

Les dégâts anatomiques peuvent être extrêmement divers, tant dans leur intensité que dans leurs localisations : atteintes uni ou bilatérale isolée ou en association sous forme :

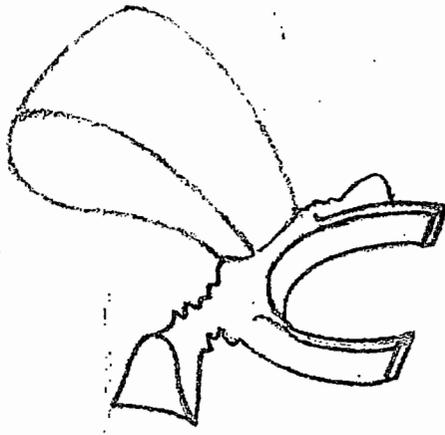
- de rupture ,
- d'arrachement,
- d'étirement,
- de cicatrices vicieuses plus ou moins dystrophiques et/ ou inflammatoires.

Leur classification clinique et chirurgicale apparaît délicate en pratique même si elle semble facile et séduisante en théorie.

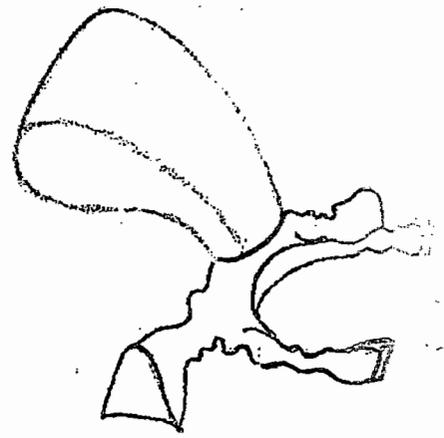
Mais il semble bien que pour produire une "désinsertion utérine", la dilacération du support utérin doit réaliser une entorse grave de plusieurs des moyens d'attache de l'universal joint cervix.



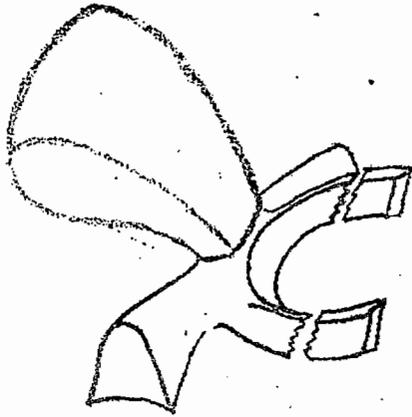
1



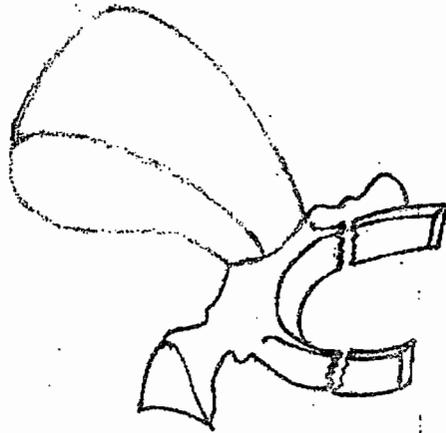
2



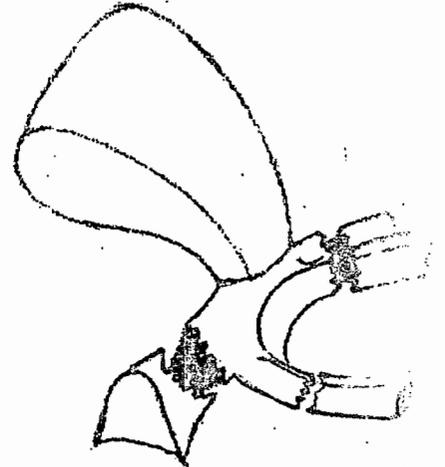
3



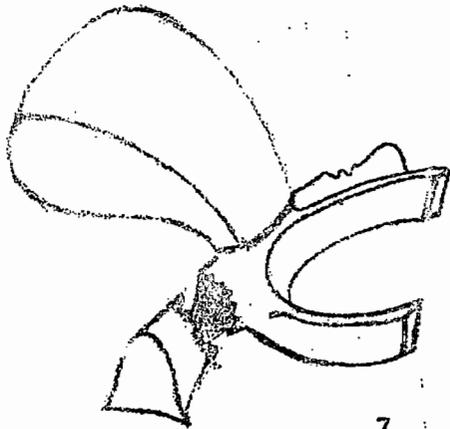
4



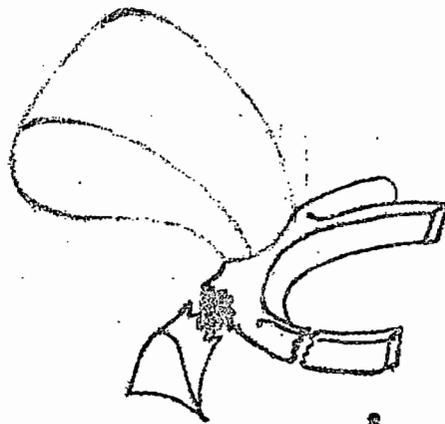
5



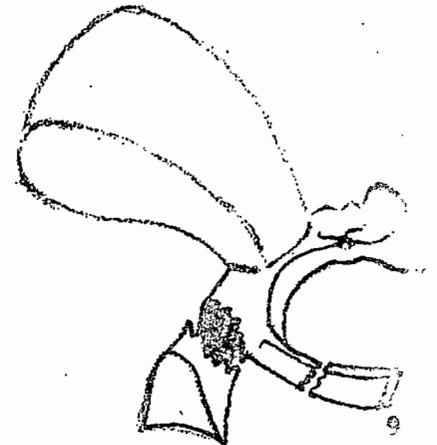
6



7



8



9

LES VARIETES DE LESIONS LIGAMENTAIRES POSTERIEURES ET LATERALES

(formes uni ou bilaterales avec rupture ou étirement)

J.H. SOUTOUL et J.B. TRUC

On peut en effet, observer une grande richesse de formes lésionnelles, comme le montre le schéma emprunté à SCUTOUL et Collaborateurs,

- Rupture bilatérale des attaches postérieures associées à un relâchement ou une section des ligaments cardinaux, ce qui provoque cette mobilité spectaculaire du col en " bouteille à la mer".

- Rupture asymétrique, portant sur une seule fixation externe, les 2 fixations, externes et postérieures du même côté, avec intégrité ou étirement de l'un ou des 2 ligaments opposés.

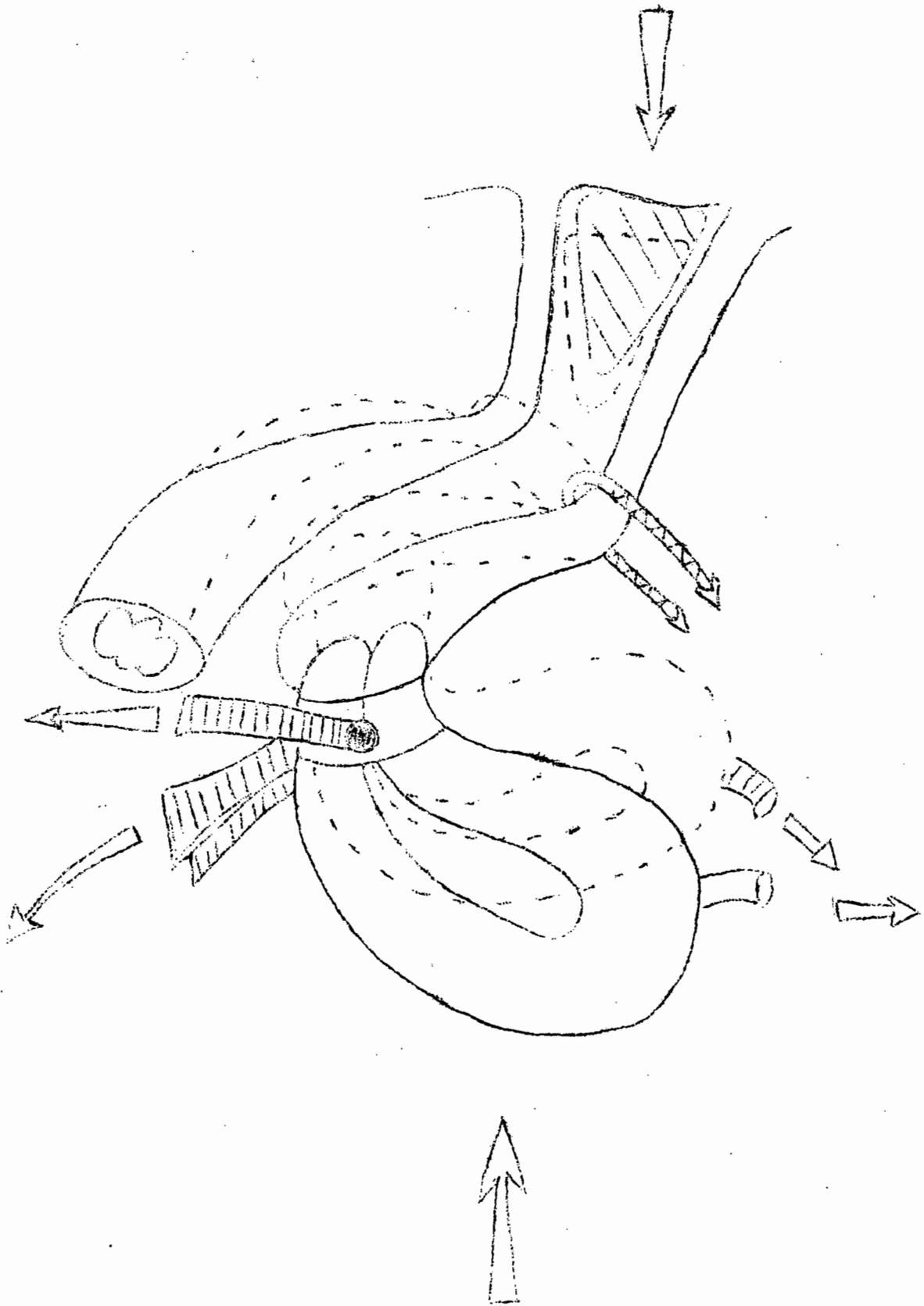
Ces entorses unilatérales pourraient s'expliquer par la désaxation du corps utérin lors du déroulement de l'accouchement et / ou des manœuvres obstétricales.

Elles seraient favorisées par des anomalies congénitales (aplasie, ou hypoplasie), qui semblent devoir toucher avec prédilection le système d'attache postérieure. Mais cette notion reste hypothétique.

Ces désinsertions totales ou partielles plus ou moins symétriques du point central cervico-isthmique, s'associent souvent à des déchirures périméales (qui permettent d'ailleurs parfois de les suspecter) et fréquemment à une solution de continuité du voile séreux péritonéal qui recouvre la face postérieure des ligaments larges.

En fait cette dernière lésion considérée comme pathognomonique; à tort, nous le reverrons, est inconstante. Sous un recouvrement péritonéal intact à l'inspection la plus minutieuse, peuvent très bien exister d'importantes lésions ligamentaires, risquant ainsi d'être méconnues.

Ce fait, en apparence banal, nous paraît au centre des controverses concernant l'authenticité des lésions décrites au cours du syndrome de MASTERS et ALLEN, que l'on peut d'ailleurs déceler en coelioscopie ou en per-opératoire, sans que le syndrome existe. Il y a là, certes, bien des sources de confusion.



LE COMPLEXE STATODYNAMIQUE UTERO-VAGINO-LIGAMENTO-PERINEAL
 - DANS L'ENCEINTE MANOMETRIQUE ABDOMINO-PHLEBIENNE -

En résumé, les désinsertions utérines peuvent être à l'origine de troubles statiques divers, plus ou moins intriqués, en particulier rétroposition et déviation.

Ces anomalies statiques peuvent manquer en cas d'atteinte lésionnelle partielle unilatérale (d'où la difficulté du diagnostic).

Elles précèdent souvent l'hystéroptose où la rétrodéviation "Préfigure", si elle n'est pas corrigée, le prolapsus génital, Aux dégâts du support isthmi- que peuvent également s'associer l'atteinte des autres supports vaginaux et périnéaux de l'utérus. On conçoit la nécessité d'un bilan complet avant toute décision chirurgicale.

SUR LE PLAN DE LA DYNAMIQUE DES VISCERES PELVIENS

Le point fixe supérieur cervico-isthmo-vaginal, s'oppose au point fixe périnéal inférieur, matérialisé par le centrum fibreux, lequel, enfoncé comme une cheville triangulaire dans l'espace intervagino-rectal, sert de pivot au cap et à la paroi vaginale postérieure, animés par la dynamique descendante de la poussée abdominale, et par la contre pulsion ascendante du diaphragme pelvi-périnéal.

Ce système pelvien médian, fonctionne avec l'organe utérin, à la manière d'un soufflet sagittal, se fermant ou s'ouvrant plus ou moins selon les contraintes auxquelles il est soumis.

La seule discontinuité anatomique qui existe entre le système cône de soutènement et le cylindre d'anarrage et de suspension du point fixe, est constitué par la filière vaginale, qui bien, que virtuelle à l'état normal, peut, en cas de déficience périnéale, perdre de sa cohésion et favoriser le glissement en avant des organes génitaux internes.

On comprend la complémentarité de ce complexe système statodynamique, articulé dans le plan sagittal médian, dont l'altération d'un seul élément retentit finalement sur la trophicité et le fonctionnement de l'ensemble de la même façon que les lésions ligamentaires d'une articulation squelettique por- tante.

...../.....

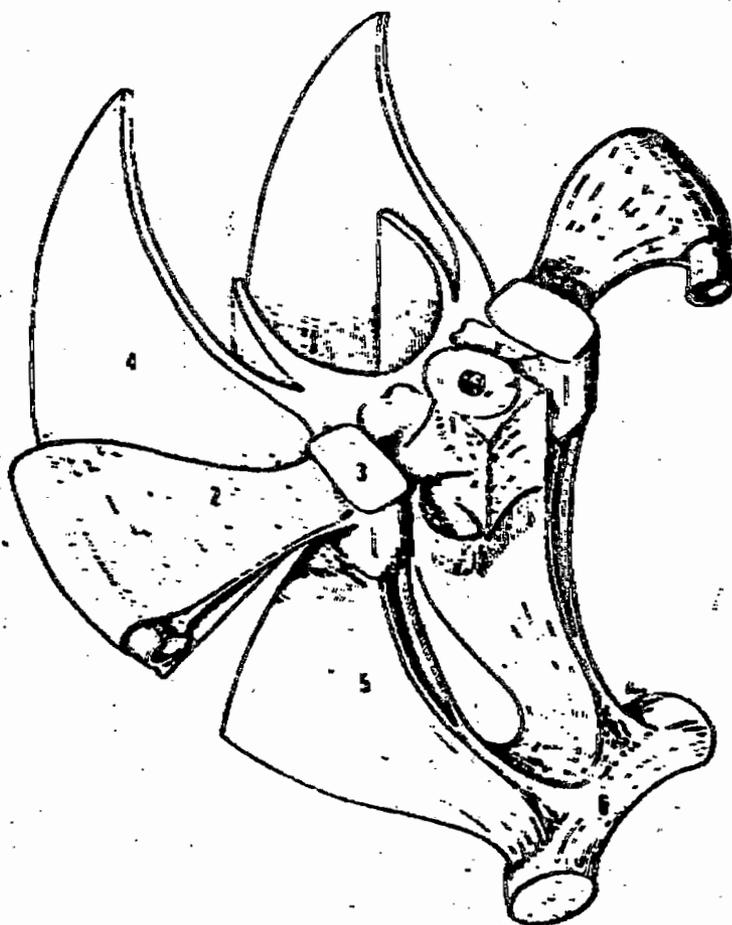


Fig.6 SCHEMA D'ENSEMBLE DES FORMATIONS LIGAMENTAIRES FIBRO-MUSCULAIRES PERI-CERVICALES. (d'après P.BERNARD, thèse Méd., Grenoble 1969)

Le col utérin (1) est fixé latéralement par les ligaments transverses (2) qui présentent à leur partie moyenne le centre ligamentaire (3). Sur ce centre ligamentaire viennent s'insérer en arrière les ligaments utéro-sacrés (4), et en bas la partie haute des hémigaines pré-rectales (5). Les hémigaines pré-rectales se fixent en bas sur le noyau fibreux central du périnée (6).

Au total poussée abdominale et pulsion périnéale se renvoient la "balle" utérine de part et d'autre du plan sus pubo-sacro-coccygien, de telle façon que les compartiments antérieurs et moyen du pelvis ne sortent pas de l'enceinte métrique abdominale (ce qui est beaucoup plus malaisé pour le rectum tassé dans la concavité sacrée), et que la poire utérine ne s'aligne pas sur la tige du couloir vaginal.

Pour terminer nous dirons quelques mots des hémigaines pré-rectales et de l'innervation de l'utérus, qui peuvent être intéressées par les lésions ligamentaires fraîches ou par leurs séquelles.

LES HEMIGAINES PRE-RECTALES

Ce sont 2 formations fibro-musculaires, lisses sagittales situées de part et d'autre de la ligne médiane. Elle sont tendues des des bords latéraux du vagin, aux bords antéro-latéraux du rectum, et du noyau fibreux central du périnée en bas à la face inférieure du centre tendineux du ligament transvers en haut (pilier du col). De bas en haut de dedans en dehors et d'avant en arrière, elles dessinent un V à écartement supérieur.

Ces hémigaines contractent des rapports importants avec :

- en haut, le centre tendineux qui reçoit déjà le pilier du col, la pars nuda et le pilier vésical externe,
- en arrière et en haut, les utéro-sacrés qui rejoignent le centre tendineux par leurs faisceaux externes.
- en bas avec l'aponévrose supérieure des releveurs et le raphée ano-vulvaire. C'est pourquoi, les décrivant avec le fascia inter-vesico-vaginal R. CONTAMIN et P. BERNARD (11 - 16) les considèrent comme l'étage moyen ou le système de liaison entre le plan des releveurs en bas et le système ligamentaire d'amarrage supérieur; unifiant ainsi les 2 théories classiquement opposées quant à la prépondérance de l'un ou l'autre des deux plans dans le maintien des organes pelviens.

L'INNERVATION DE L'UTERUS

Elle se compose de :

- d'un segment initial qui est le nerf pré-sacré (splanchnique pelvien)
- d'un ganglion hypogastrique
- de branches de division
- et d'anastomoses que nous ne voulons pas détailler.

Soulignons cependant que l'extrême diffusion des ramifications nerveuses fait du T.C.F.S.P. une véritable nappe de voies nerveuses sympathiques et para-sympathiques afférentes motrice et éfférentes sensibles qui rend bien aléatoire quant à sa valeur spécifique de l'infiltration novocaïnique, considérée par certains comme un test thérapeutique susceptible de faire incriminer plus particulièrement d'éventuels nevromes des utéro-sacrés et de justifier l'indication de certaines techniques par voie basse.

LE SYNDROME DE MASTERS ET ALLEN

- LE SYNDROME CLINIQUE CONSTITUE

Nous l'envisagerons essentiellement dans les :

A/- CAS TYPIQUES

Dans les cas typiques, le syndrome de MASTERS et ALLEN se définit par un trepied comprenant :

- Un élément étiologique
 - Un élément symptomatique
 - Un élément anatomique
- et accessoirement un élément thérapeutique.

Le tableau clinique est dominé par :

- des troubles fonctionnels
- des signes physiques

I.- les troubles fonctionnels

La symptomatologie du syndrome de MASTERS et ALLEN est d'une banalité extrême et souvent univoque.

a) Les manifestations douloureuses

Elles dominent la scène par leur fréquence et leur intensité. Il s'agit de :

- DOULEURS PELVIENNES

Pelvi-hypogastrique basse, diffuse dans la majorité des cas, elle est accentuée par la fatigue, le travail, les faux pas, les secousses, la station debout prolongée etc....) Nettement exacerbées dans le prémenstrum et la période ovulatoire leurs irradiations très fréquentes peuvent se faire vers les lombes et / ou la région sacrée. Ces douleurs sont variables aussi bien dans leur localisation, leur caractère que dans leur intensité.

...../.....

- DYSPAREUNIE

Définie comme une douleur au moment du coït sans contracture de la vulve, elle est extrêmement fréquente pour ne pas dire constante et, constitué de ce fait un argument de poids dans le diagnostic en dépit de ses étiologies diverses. Il s'agit d'une dyspareunie profonde durable, persistant quelques heures après la fin du rapport déclenchant, se trouve réalisé une endolorissement pelvien secondaire, responsable d'une frigidité raisonnée chez un bon nombre de ces patientes.

- DYSMENORRHEE

Moins fréquente que les 2 premiers symptômes, elle s'accompagne souvent de syndrome à type de pesanteur et de congestion pelvi-périnéale, prédominant la veille et le premier jour des règles, influencée par l'épreuve du pessaire ou la posture. L'algoménorrhée comporte parfois des véritables coliques utérines surtout en cas de rétroversion du 3ème degré et d'utérus fibromateux. Les règles ont du mal à s'établir franchement puis les algies s'atténuent avec l'augmentation du flux menstruel.

- LOMBALGIES

Il s'agit le plus souvent de lombo-sacralgies basses sans signes clinique d'irritation nerveuse sciatique et sans anomalie somato-discale radiologique.

Elles sont très souvent imputées à l'hyperlordose lombaire de l'africaine et à la pratique de travaux pénibles en milieu rural. Les implications thérapeutiques rhumatologiques, trouvent là un terrain d'élection.

DYSURIE

Elle nous paraît comme le plus inconstant des signes fonctionnels, car il dépend de la position du col par rapport à l'axe vaginal et à celui de l'utérus. La dysurie est d'autant plus marquée que la rétrodéviatiion cervicale est plus importante. Elle n'a pas toujours une signification précise en raison de la fréquence de cystites banales ou séquelles d'atteintes. Ses manifestations sont extrêmement variables, depuis la dysurie pré ou per-mictionnelle jusqu'à la petite incontinence urinaire d'effort orthostatique (I.U.E.O.) en passant par les cystalgies, le ténésme et la pollakiurie etc...

b) Les troubles fonctionnels divers- LES TROUBLES DIGESTIFS

Ils sont fréquents. Ils intéressent avec prédilection la sphère intestinale basse. Les colopathies fonctionnelles, le plus souvent spasmodiques sont liées au mode alimentaire et au parasitisme associé. Le syndrome de colon irritable est d'une extrême banalité et à l'origine de bien des confusions diagnostiques, chez ces constipées chroniques plus ou moins ptosiques, atteintes d'anomalies anatomiques (dolichocolon). Cependant les troubles rectaux doivent attirer l'attention surtout quand il s'agit de ténésme de douleur à la défécation et à la poussée.

Certaines femmes ont remarqué que , la distension de l'ampoule rectale soulageait leurs pelvialgies (effet " pessaire" ?) alors qu'une purgation les exacerbait,

- TROUBLES PSYCHOAFFECTIFS ET CARACTERIELS

Ils entrent dans le cadre du retentissement sur l'état général comme l'asthénie physique et intellectuelle et / ou l'~~amaigrissement~~, l'état dépressif. Il n'est pas rare de voir des patientes présenter un tableau de névrose cénestopathique en plus des manifestations douloureuses. Ces troubles psychoaffectifs qui semblent être en relation avec la dyspareunie, compte tenu de l'importance et de la charge symbolique socio-culturelle, de l'activité génitale en milieu africain peuvent être à l'origine d'erreurs diagnostiques amenant la patiente en psychiatrie. L'asthénie importante en Europe semble rare en Afrique, nous n'avons eu que 2 % de cas.

TABLEAU N°1 - FREQUENCE DES SIGNES FONCTIONNELS -

SIGNES FONCTIONNELS	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGES
ALGIES PELVIENNES	24	63,16 %
DYSPAREUNIE PROFONDE DURABLE OU NON	24	63,16 %
LOMBALGIES CALMEES PAR LE REPOS	24	63,16
INTOLERANCE AUX SECOUSSES	18	47,36
DOULEURS A LA STATION DEBOUT PROLONGEE	7	18,42
TROUBLES URINAIRES	9	23,68
TROUBLES DIGESTIFS	18	47,36
TROUBLES MENSTRUELS	14	36,84
SYNDROME PREMENSTRUEL	10	26,31
LEUCORRHEES	22	57,89
<u>LES SIGNES GENERAUX</u>		
- TENDANCE DEPRESSIVE	2	5,26
-PRISE DE POIDS EXCESSIVE	3	7,89
- ASTHENIE	2	5,26
- AMAIGRISSEMENT	1	2,63

II.- LES FACTEURS ETIOPATHOGENIQUES ET RAPPORT DU SYNDROME AVEC LA GROSSESSE-

1/- L'enquête étiologique

L'interrogatoire minutieusement mené permet de faire ressortir :

- Le caractère secondaire des troubles fonctionnels, car la plupart des malades sont capables d'indiquer avec précision à partir de quel accident gestationnel leurs troubles fonctionnels sont apparus.

- Très souvent la notion de traumatisme obstétrical. A l'origine l'on trouve :

- . un accouchement difficile, laborieux, souvent terminé par des manoeuvres instrumentales (forceps) ou manuelles (expression forcée à dilatation incomplète du col) ayant entraîné des lésions maternelles (déchirure du col, déchirure vagino-périnéale) et plus exceptionnellement foetales (hémorragie meningée et fractures obstétricales). Cet accouchement laborieux est très souvent en rapport avec le poids de l'enfant (de plus 4 Kgs.) ou avec la présentation (présentation de siège). Quand cet élément dystolique franc manque ou n'a pas pu être mis en évidence, on retrouve :

- un travail anormalement rapide voire précipité,
- une délivrance artificielle,
- un avortement spontané ou provoqué,
- des efforts expulsifs prématurés sur tête mal engagée et rarement une césarienne hors du ventre.

Cet élément étiologique est pour nous d'une importance capitale et c'est à lui que les signes fonctionnels extrêmement banaux et univoques doivent leur valeur diagnostique. Sa recherche a été systématique pour toutes les malades consultant pour algies pelviennes, dyspareunie et lombalgies.

TABLEAU N° 2.-

-LES CAUSES DU TRAUMATISME OBSTETRICAL, LEUR FREQUENCE -

31.-

C A U S E S	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUE	7	13,42
ACCOUCHEMENT BRILLANT	2	5,26
NOTION DE GROS ENFANTS	5	13,15
GROSSESSE-EXTRA-UTERINE	3	7,39
DELIVRANCE ARTIFICIELLE	1	2,63
APPLICATION DE FORCEPS	1	2,63
EXPRESSION UTERINE	1	2,63
AVORTEMENT PROVOQUE PAR CURETTAGE	7	13,42
AVORTEMENT SPONTANE ACHEVE PAR CURETTAGE	11	21,05

De cette étude il ressort une fréquence attendue des dystocies et des gros enfants mais aussi une incidence assez surprenante des avortements spontanés ou provoqués qui ont été le plus souvent sous-estimés.

2°) Relations entre syndrome de MASTERS et ALLEN et la grossesse

Elles sont étroites et intéressent les différents aspects relationnels.

La rétrodéviatation qui constitue l'un des signes essentiels du syndrome de MASTERS et ALLEN paraît être à l'origine d'un certain nombre d'incidents (voire même d'accidents) parmi lesquels (les avortements spontanés, les grossesses extra-utérine et certaines complications survenant lors des manoeuvres instrumentales pratiquées sans prudence).

a) Rétrodéviatation et avortement spontané précoce

La responsabilité du vice de position dans les avortements spontanés précoces (avant la fin du 3ème mois) ne peut être envisagée que si l'examen clinique décèle une incarceration pelvienne de l'utérus gravide incapable de se dégager pour s'expandre normalement au-dessus du promontoire.

Ce mécanisme nous semble réel compte tenu de l'efficacité de la cure de rétrodéviatation en cas d'avortement spontané répété et en dehors de toute autre cause déclenchante ou favorisante.

Il faut dans ce cas éviter la réduction manuelle, elle est dangereuse. Si le vice de position a été précocement reconnu, il est préférable de recommander pour un temps variable le décubitus ventral ou la position genu-pectorale, qui permettra la réduction spontanée, le plus souvent définitive.

Toutefois, dans la plupart des cas, le facteur mécanique n'est pas seul en cause, existe souvent une hypoplasie utérine ou un dysfonctionnement hormonal par dystrophie ovarienne voire une béance cervico-isthmique. C'est dire qu'avant de proposer une cure chirurgicale, il faudra rechercher toutes les causes d'avortement spontané habituel, par un bilan précis en dehors de la grossesse.

2) Rétrodéviatation et Grossesse évolutive :

La rétroversion utérine peut gêner le diagnostic de grossesse jusqu'au 3ème mois, et entraîner des erreurs dans les 2 sens. Il est rare que l'incarcération aboutisse :

- à la rupture utérine
- à la mort de l'oeuf et à l'infection amniotique.

En fait le plus souvent la malposition aboutira à l'avortement spontané précoce avec des complications fréquentes de rétention placentaire-ovulaire.

Le problème sera alors de reconnaître le vice de position utérine pour éviter les fausses routes et les perforations instrumentales.

Il n'est pas rare que le trouble statique soit découvert lors du premier examen pour amenorrhée gravidique alors que jusque là il était totalement latent.

c) Rétrodéviatation et Grossesse extra-utérine

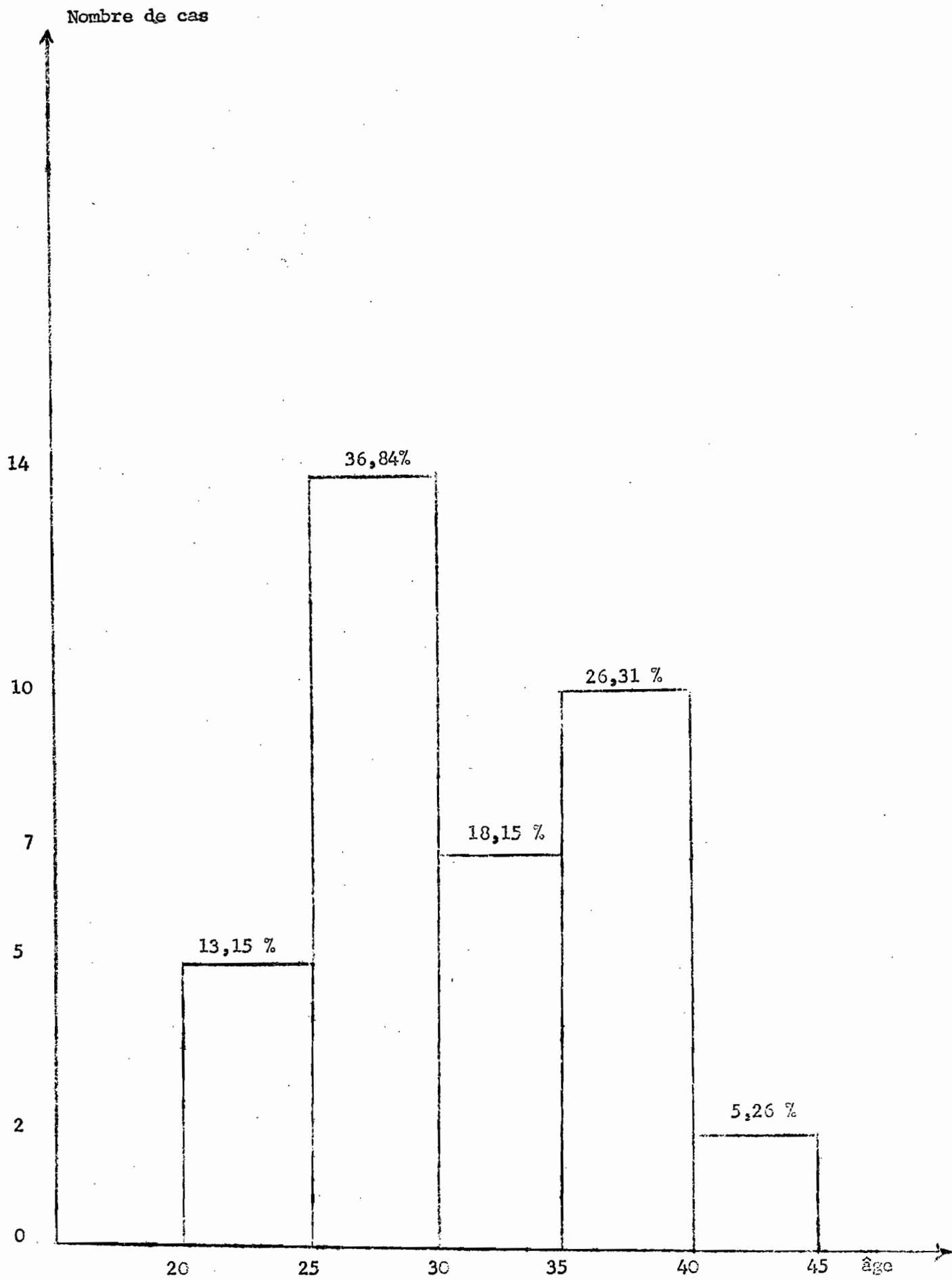
Le siège ectopique de l'implantation ovulaire peut relever :

- de l'état infantile des trompes
- de leur coudure provoquée par le vice de position utérine même si le pavillon et l'ampoule sont bien suspendus.

Il faut noter à ce propos sans y insister, une incidence notable des grossesses abdominales ou ovariennes en milieu africain à Bamako.

d) Rétrodéviatation et insertion de dispositif intra-utérin

La position utérine doit être (et s'est une règle souvent négligée) vérifiée avant toute manoeuvre instrumentale sous peine de perforation antérieure isthmique, la vigilance doit être de règle si le palper ne perçoit pas le fond utérin, retrouvé au toucher rectal dans le cul-de-sac de Douglas et bombant plus ou moins dans le rectum. La traction sur la lèvre antérieure cervicale est indispensable de même que le repérage des axes cervico-utérins par un hystéromètre gradué ou une sonde de DALSACE, un peu trop "plastique" à notre avis.



HISTOGRAMME : FREQUENCE DU SYNDROME DE MASTERS et ALLEN SELON L'AGE

Nombre de cas.

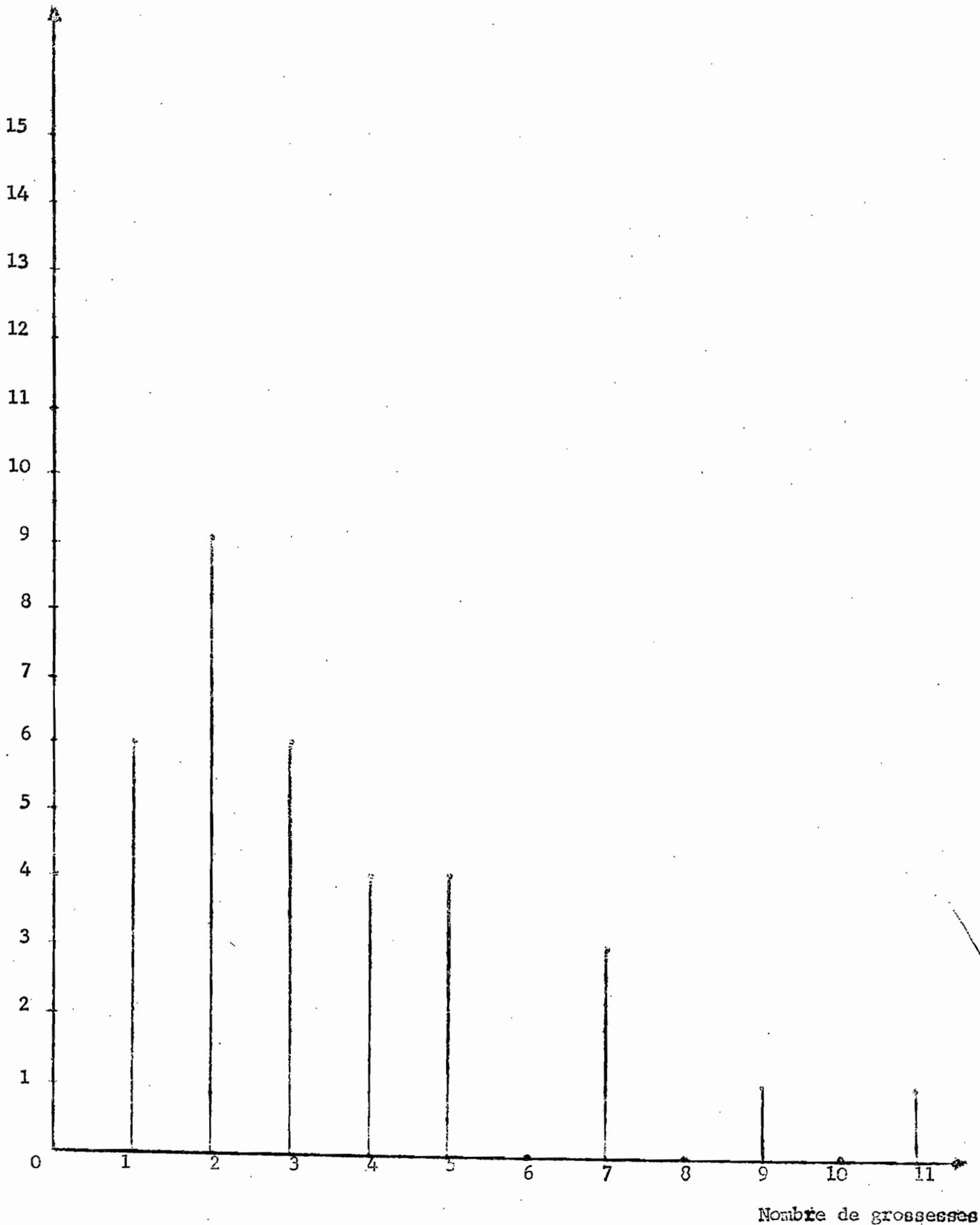


DIAGRAMME EN BARRE DU SYNDROME DE MASTERS et ALLEN
SELON LE NOMBRE DE GROSSESSES

III. LES DONNEES DE L'EXAMEN PHYSIQUE

1) L'Inspection :

Elle nous paraît utile car, la constatation d'un prolapsus ou d'un délabrement périnéal ou même d'une simple cicatrice d'épisiotomie nous incite à chercher un traumatisme obstétrical, qui répétons le nous semble indispensable pour évoquer le diagnostic de syndrome de MASTERS et ALLEN.

2) L'examen au speculum

La mise en place du spéculum nous permet de constater :

- soit une rétroversion légère avec un col trop bien centré présentant son orifice externe dans l'axe de vision du spéculum.
- soit, ce qui est très fréquent une rétroversion du 3ème degré, avec un col regardant anormalement au Zenith, à tel point que l'on ne voit que sa face postérieure, l'orifice externe étant dissimulé sous la symphyse pubienne ou la vessie. Mais cet examen bien qu'important ne permet pas de préjuger de la position du corps utérin qui sera apprécié par le T.V. combiné au palper.

La simple mise en place du spéculum suffit parfois pour éveiller les douleurs .

3) Le toucher vaginal combiné au palper abdominal,

Vessie et rectum vides, doit répondre à 3 conditions :

- rassurer la patiente,
- la douceur doit être de règle,
- le T.V. ne doit pas être un viol.

Cet examen est sans conteste d'une importance capitale, car c'est grâce à lui que l'on va rechercher :

a) La rétroversion utérine douloureuse

Si la rétroversion utérine est accentuée, le col est très haut en avant sous le plancher vésical; on accède directement à la face postérieure de l'isthme. Le corps utérin n'est pas trouvé à sa place normale au-dessus de la symphyse pubienne. On le perçoit en arrière (et encore mieux au T.R.) basculant dans le Douglas il est lourd, congestif, amolli et douloureux, son fond descend parfois plus bas que le col. Il est rare que l'on perçoive une " cassure" cervico-corporéale avec un isthme recourbé en hameçon. Habituellement l'axe du col s'aligne sur celui du corps obliquement en bas et en arrière.

b) L'extrême mobilité anormale du col

Ce signe nous semble aussi important que la rétrodéviation et la notion de traumatisme obstétrico-puerpéral (47,36%) dans notre étude. Le col a perdu toute fixité, on peut le déplacer en tous sens comme un joint à rotule, une bouteille à la mer.

c) Une douleur à l'élongation des utéro-sacrés provoquée par l'antétraction cervicale, qui éveille une algie comparable à celle du coft.

d) Une douleur à l'élongation des paramètres par translation latérale capable d'arracher un cri à la patiente et, qui objective bien l'anormale mobilité cervico-isthmique.

Enfin le T.V. permettra de soupçonner ou de reconnaître une ou des lésions associées (fibrome, kyste, ovaires dystrophiques etc...)

TABLEAU n°3.- LES DONNEES DE L'EXAMEN PHYSIQUE , FREQUENCE RELATIVE
DES SIGNES

DONNES DE L'EXAMEN	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
- COL EN JOINT UNIVERSEL	18	47,36
- UTERUS RETROVERSE	15	39,47
- MASSES ANNEXIELLES	16	42,10
- RETRACTION PARAMETRIALE	9	23,68
- COL DOULOUREUX AU SOULEVEMENT	16	42,10
- UTERUS DOULOUREUX A LA MOBILISATION	3	7,83
- DOULEUR A LA PROJECTION DES LIGTS.I.P.	5	13,15
- INCONTINENCE URINAIRE A L'EFFORT ORTHOST.	4	10,52
- <u>LES LESIONS ASSOCIEES</u>		
- FIBROME	12	31,57
- KYSTE DE L'OVAIRE	8	21,05
- ENDOMETRIOSE	0	0
- BILHARZIOSE	0	0
- SEQUELLES D'INFECTION-GENITALES CHRONIQUES	16	42,10

N.B. LIGTS.I.P.= Ligaments Infundibulo-Pelviens.
ORTHOST. = Orthostatique.

IV.- LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- L'hystéro-salpingographie, disponible à Bamako est pratiquée plus pour éliminer une éventuelle lésion associée que dans un but de diagnostic de la rétrodéviation. En effet nous ne disposons que de clichés standards statiques incomplets avec des images de face en traction active sur le col, ce qui ne permet d'observer que les rétrodéviations fixées.

- La coelioscopie , son but est de confirmer un diagnostic fortement suspecté par la clinique en recherchant les éléments anatomiques du syndrome de MASTERS et ALLEN. Cet examen s'est avéré négatif dans bon nombre de cas. En accord avec COGNAT (15) nous pensons que la péritonoscopia n'est pas un moyen de diagnostic du syndrome de MASTERS et ALLEN, nous le verrons ultérieurement.

- La Biopsie cervicale et/ou celle de l'endomètre, permet d'éliminer une carcinomatose, une tuberculose ou une bilharziose de l'appareil génital féminin.

- Les prélèvements bactériologiques et les frottis cervico-vaginaux rechercheront une infection génitale basse.

- L'insufflation utéro-tubaire kymographique

Elle a été fréquente, beaucoup , de nos consultantes présentant une stérilité associée. A ce propos nous avons déjà vu le retentissement de ce syndrome sur la grossesse et l'accouchement.

- L'hystérométrie

Elle a souvent été faite mais avec beaucoup de prudence pour éviter les fausses routes, source de perforation.

- L'urographie Intra-veineuse et le lavement baryté sont possibles à Bamako, et permettent d'éliminer respectivement une uropathie et une affection de la sphère intestinale basse, en particulier les colopathies.

- Certaines explorations à visée hormonale ont pu être faites à Bamako comme, la courbe thermique et les biopsies de l'endomètre.

- N'ont pas pu être pratiqués , les examens suivants :

• la gynécographie ou pelvi-graphie gazeuse

- l'hystérographie et l'hystéroscopie

- Les épreuves thérapeutiques pré-opératoires ont souvent été pratiquées.

- Les manoeuvres d'exploration dynamique de SOUTOUL ont pu être utilisées lors de l'examen physique. Elles nous semblent plus utiles pour le testing ligamentaire per-opératoire :

1) La traction-pulsion dans l'axe du vagin renseigne sur le degré d'hystéroptose et explore ainsi l'ensemble des moyens de soutien et de suspension de l'utérus.

2) La translation latérale droite et gauche du col permet de mettre en évidence une atteinte ligamentaire latérale.

3) La translation antéro-postérieure et surtout postéro-antérieure recherche une atteinte des utéro-sacrés.

4) La rotation sur l'axe du col dans les 2 sens met en évidence une atteinte latérale assymétrique ou une atteinte des 2 utéro-sacrés.

5) La bascule corporeale antéro-postérieure à la recherche d'adhérence fixant une rétrodéviation et surtout le degré de laxité des ligaments ronds. Ces différentes manoeuvres peuvent être associées, ~~réalisant~~ réalisant parfois une véritable "circumduction" utérine.

- L'épreuve du pessaire ou les columnisations n'ont pas fait partie de notre pratique, car mal acceptées.

V.- LES LESIONS ANATOMIQUES :

Le Pelvis exposé par l'ouverture du péritoine et la pose d'écarteurs, on est d'ensemble frappé par l'aspect congestif diffus du péritoine pelvien. L'utérus est soit en position intermédiaire, soit complètement basculé en arrière en rétrodéviation complète. Son fond qu'on ne peut apercevoir est enclavé au fond du Douglas qu'il masque complètement, de même que la plupart du temps, les annexes appendues à l'extrémité d'un pédicule infundibulo-pelvien étiré, dilaté et d'aspect " funiculaire" avec des phlébectasies en "Gousses". On ne voit que la face antérieure, violacée du corps et de l'isthme, oblique en bas et en arrière.

En palpant à travers la vessie on sent le col capoté en rétroposition dans le cul-de-sac vaginal antérieur.

La traction sur les ligaments ronds grêles, étirés, quasiverticaux désenclave l'organe du cul-de-sac utéro-rectal avec un bruit de succion. Il suffit de tracter l'organe vers le haut pour constater sa nobilité extraordinaire en piston et en volvulus axial permettant de lui faire faire sans effort la pirouette dans le Douglas. L'utérus polichinelle saute dans la main comme une "balle" et paraît ne plus tenir en place que par le soutien du plancher pelvien. Des fils tracteurs sont passés dans le fond utérin et dans chaque ovaire pour les maintenir soulevés, ce qui expose à la vision la face postérieure des ligaments larges. Le redressement de l'utérus ainsi effectué fait apparaître les lésions caractéristiques, quand elles existent :

- Il s'agit d'une déchirure du feuillet postérieur du ligament large siégeant électivement à la partie basse du mesométrium en regard de l'isthme utérin (au niveau du paramètre proprement dit). Elle est tantôt verticale tantôt transversale en aile de papillon. Bilatérale dans la majorité des cas, elle peut être unilatérale à prédominance gauche. Elle effondre le recouvrement séreux de la face postérieure de la lame utéro-pelviennne du ligament large, s'étendant plus ou moins profondément dans le feutrage conjonctivo-cellulo-musculaire sous-jacent, dénudant les vaisseaux du paramètre (surtout les veines bien visibles par leur couleur noirâtre). Ces veines font hernie dans la cavité péritonéale donnant un aspect angiomateux à la base du paramétrium.

- Les ligaments utéro-sacrés sont souvent atteints, arrachés, désinsérés ou étirés.

- L'utérus tracté en haut et en avant on les retrouve sous forme de bandelettes trop grêles et trop écartés, parfois leur relief a totalement disparu sur les berges du cul-de-sac de Douglas, qu'ils doivent normalement limiter de chaque côté. A la palpation ils ont perdu épaisseur et consistance, mais il ne faut pas compter mettre en évidence une zone de condensation cicatricielle, signant la rupture.

En cas de rupture totale de toutes les attaches cervico-isthmiques, un état sévère de désinsertion génito-pelvienne peut être créé (HAUTREUILLE) avec rupture aponévrotique large expliquant probablement le caractère causal-gique et intense des algies pelviennes ressenties par certaines femmes, facilement mis au compte des périmétrites postérieures plus ou moins inflammatoires.

Cet état sévère de désinsertion expliquerait les relations déjà signalées avec le prolapsus.

A côté des atteintes ligamentaires il est fréquent de constater d'autres lésions macroscopiques :

- Une Doulgassose , nous préférons ce terme à celui de Doulgassite, car il ne s'agit pas à proprement parlé d'infection.

Elle se définit par la présence dans le Douglas d'un liquide d'ascite, à formule de transudat plus ou moins hémorragique, contenant parfois une sorte de gelée visqueuse, cet épanchement constant de la valeur de 3 à 4 cuillerées à soupe (30 à 80 cm³) semble provenir de la déchirure séreuse. Son rôle dans la genèse des douleurs est très discuté car on ne le trouve pas en quantité excessive et les examens cliniques et cyto-bactériologiques n'établissent aucune corrélation évidente avec le syndrome. Il semble que ce soit la congestion et la stase diffuse pelvienne (souvent objectivée sous forme d'une héperhémie péritonéale et surtout par les varicocèles) qui soit à l'origine de cet exsudat. Nous en avons constaté (54,05%) au cours de notre étude. MASTERS et ALLEN supposaient qu'il était d'origine lymphatique.

- Les varicocèles infundibulo-pelviennes et/ ou latéro-utérines

Elles sont souvent volumineuses. Les vaisseaux latéro-utérins apparaissent tortueux, turgescents et noirâtres, exagérant l'aspect congestif du péritoine pelvien, souvent succulent et violacé, malgré l'importance des phlébec-tasies infundibulo-pelvienne. Nous avons rarement observé le syndrome de la veine ovarienne avec retentissement mécanique urétéral évident à l'U.I.V. .

Enfin des lésions peuvent être observées parmi lesquelles il faut souligner la fréquence des dystrophies ovariennes polykystiques quasiconstantes.

TABEAU n°4. - LES CONSTATATIONS OPERATOIRES, LEURS FREQUENCES

CONSTATATIONS OPERATOIRES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
- ELONGATION DES LIGAMENTS RONDS	13	35,13
- RETROVERSION UTERINE, CONGESTION AVEC AUGMENTATION DU VOLUME UTERIN	29	78,40
- LIQUIDE D'ASCITE DANS LE DOUGLAS	20	54,05
- VARICOCELE INFUNDIBULO-PELVIEENNE ET/OU LATERO-UTERINE	14	37,83
- MOBILITE ANORMALE UTERO-VAGINALE	19	51,35
- DECHIRURE DU LIGAMENT LARGE	26	70,27
Unilatérale	10	33,46
Bilatérale	16	61,54
- ELONGATION, RUPTURE DES UTERO-SACRES	12	32,60
- PROFONDEUR ANORMALE DU CUL-DE-SAC de DOUGLAS	17	45,94
- SEQUELLES INFLAMMATOIRES	29	78,40
- KYSTE DE L'OVAIRE	13	35,13
- FIBROME	13	35,13
- ENDOMETRIOSE	13	35,13
<u>LESIONS PERITONEALES</u>		
- ASPECT CRIBRIFORME, DEPOLI, AMINCISSEMENT	3	7,89
- PERSISTANCE DU REVETEMENT SERREUX	4	10,52

VI.- ENFIN L'ELEMENT THERAPEUTIQUE

Il s'agit du bénéfice fonctionnel le plus souvent franc, sinon spectaculaire, du traitement chirurgical conservateur, selon différentes techniques encore mal codifiées que nous discuterons ultérieurement.

A côté de ces cas typiques ci-dessus décrits, il existe des cas litigieux ou douteux ci-dessous décrits.

B.- LE PROBLEME DES FAUX SYNDROMES DE MASTERS et ALLEN.

Le nombre considérable des publications relatives à des névralgies pelviennes féminines, sans véritable déchirure des feuillets postérieurs des ligaments larges (que la coelioscopie devrait au moins théoriquement permettre de dépister aisément), et à l'inverse, la découverte relativement fréquente, à l'exploration pelviscopique, ou chirurgicale de solution de continuité au niveau de ces mêmes ligaments larges (alors que la femme n'accusait aucune douleur ni altération de la statique utérine, B. KELLER (26) a entraîné chez beaucoup de gynécologues un grand scepticisme quant à la réalité même des faits anatomo-cliniques et de leurs conséquences, tels qu'ils avaient été décrits par MASTERS et ALLEN.

Beaucoup s'étonnant de l'invention tardive de ce syndrome ont voulu considérer la déchirure des ligaments larges comme un élément contingent et variable d'une maladie péritonéale à expressions multiples: la pelvi-péritonite scléro-inflammatoire dystrophique et algogène, au substratum histopathologique diversement interprété (BRET 13) d'où la multitude de dénominations plus ou moins pathogéniques données aux pelvi-algies atteintes d'un trouble statique utérin.

Cependant nos propres constatations anatomo-cliniques confrontées aux données contradictoires de la littérature, nous permettent d'affirmer:

- que ce syndrome a une réalité indiscutable,
- qu'il est en réalité assez facile à reconnaître dans le cadre de la pathologie post-obstétricale,
- qu'il mérite d'être diagnostiqué et individualisé, car un traitement simple est susceptible de donner d'excellents résultats fonctionnels, en général durable, et sans altérer les fonctions reproductrices de la femme.

Pour tenter d'expliquer les divergences d'opinions que reflète la littérature sur ce sujet, il faut d'abord s'assurer que les auteurs parlent de la même maladie, et par conséquent outre une définition limitative sinon restrictive, tenter avec d'autres H. SERMENT (45 - 56) J.H. SCUTOUL (50), une classification anatomo-pathologique, sans méconnaître les intrications et/ou les associations pathologiques, qui enlèvent de la netteté à ce syndrome, et laissent de ce fait, planer encore un certain degré de confusion et d'incertitude.

Sur le plan anatomique, il semble possible de distinguer (sans aller jusqu'à prétendre à une exactitude lésionnelle aussi précise que le voudrait SCUTOUL (49), et en accord avec SERMENT et collaborateurs (47):

- un syndrome dit haut de désinsertion utérine totale (indépendamment des conséquences sur la statique globale des viscères pelviens, .
- un syndrome de désancrage (ou de dislocation cervico-isthmique), dit bas.

Certes, schématique. Elle peut cependant servir de base à un choix raisonné d'options thérapeutiques dont nous parlerons ultérieurement, et qui ouvre à la voie basse dans le cas de désanarrage du point fixe cervico-isthmique, une indication jusqu'alors peu connue: la plastie des utéro-sacrés selon SCHIRODKAR (35) par opération de PIANA (36).

Pour nous la principale caractéristique sinon l'originalité même du syndrome de MASTERS et ALLEN, est le caractère multiforme des lésions: il s'agit à la fois de lésions des paramètres, des utéro-sacrés et accessoirement du péri-toine pelvien avec une étendue de degré, avec l'étendue et des degrés variables, conditionnant un polymorphisme clinique déroutant.

Conduite à tenir devant les faux syndrômes de MASTERS et ALLEN. En

présence d'un syndrôme algique pelvien assez évocateur sur le plan fonctionnel avec une hypermobilité douloureuse plus ou moins prononcée du col et une rétro-déviatation utérine, si l'exploration coelioscopique préalable élimine toute idée de lésion éventuellement responsable de la douleur spontanée et provoquée (inflammation péritonéale et / ou utéro-annexielle, varicocèle isolée ou endométriose) et ne décèle pas l'aspect caractéristique de déchirure du feuillet postérieur des ligaments larges, il peut s'agir aussi bien d'un vrai que d'un faux syndrôme de MASTERS et ALLEN.

Si les signes objectifs d'atteinte ligamentaire sont francs, si la malade est handicapée par la chronicité de ses troubles fonctionnels et ne tire aucun bénéfice de traitements symptomatiques, il est licite (avec ou sans tests thérapeutiques préalables), de proposer une laparotomie exploratrice dans le but de :

- contrôler les données pelviscopiques loin d'être toujours concluantes
- rechercher des éléments en faveur d'une désinsertion ligamentaire, et de franchir délibérément la séreuse pour objectiver les lésions inapparentes,
- de traiter de toute façon la rétro-déviatation et éventuellement les lésions associées, Cette tactique nous paraît pouvoir distinguer vrai et faux syndrôme de MASTERS et ALLEN même si elle ne fournit pas toujours une explication évidente au phénomène douloureux.

Après avoir décrit le tableau habituel de la forme typique on peut proposer un essai de classification des formes anatomo-cliniques

En effet comme toute maladie le syndrôme de MASTERS et ALLEN n'échappe pas aux aspects cliniques suivants :

- formes atypiques
- formes latentes
- formes intriquées.

a) Les cas atypiques

L'atypie est d'origine variable, et peut relever :

- des signes fonctionnels; dans ce cas la triade symptomatique n'est pas rencontrée, on se trouve devant un tableau où certains signes sont absents.

Il peut s'agir de simples pelvi-algies, diffuses ou localisées, à irradiations basses, majorées en période prémenstruelle ou ovulatoire mais remarquables par leur ténacité; d'une dyspareunie en apparence banale, d'une lombalgie ou d'une dysménorrhée non significative.

- des antécédents étiologiques peu précis ou absents

- de l'examen physique, la mobilité cervico-isthmique est plus ou moins retrouvée, la rétroversion utérine peut être absente ou même variée d'un examen à l'autre

- des lésions associées évidentes qui peuvent modifier le tableau clinique et orienter vers une étiologie à responsabilité accessoire.

- l'absence de lésions anatomiques caractéristiques à la laparoscopie.

Dans ces conditions la laparotomie est indiquée pour affirmer ou infirmer le diagnostic de syndrome de MASTERS et ALLEN. Elle sera plus facilement décidée s'il existe une atteinte gynécologique patente mais plus malaisément proposée si l'on ne découvre rien d'évident. C'est la persistance des plaintes qui amènera bien souvent à l'intervention exploratrice.

b) Cas latents sans retentissement fonctionnel algique, ni trouble

évident de la statique utérine où à l'occasion d'un bilan clinique ou coelioscopique pour toute autre raison, on découvre fortuitement une désinsertion ou une déchirure unie ou bilatérale du péritoine de la face postérieure des ligaments larges, ces formes n'exigent qu'une surveillance périodique surtout chez la femme en période d'activité génitale, appelée à subir d'autres traumatismes obstétricaux, susceptibles de décompenser des lésions pour l'instant latentes et infracliniques. Il semble que l'on puisse ranger dans ce dernier cadre les anomalies constitutionnelles liées à une dystrophie congénitale péritonéale ou du tissu cellulaire pelvien sous péritonéal (fossette ovarienne atypique par exemple) chez des vierges et des nullipares, à moins que la déchirure du péritoine (souvent limitée à un amincissement fenêtré ou une.../..

dépression comme "usé au coude" VARANGOT (57- 58) puisse être considérée comme l'expression d'un traumatisme mineur et banal sans repercussion fonctionnelle secondaire, en raison de l'intégrité des formations ligamentaires postérieures et /ou latérales sous péritonéales. Ces formes paraissent être à l'origine de la plupart des discussions contradictoires.

c) Les formes intriquées ou associées à d'autres lésions pelvi-génitales,
ou la rétrodéviation est inconstante.

Les associations du syndrome de MASTERS et d'ALLEN avec d'autres lésions sont d'une extrême fréquence en gynécologie africaine; leur étiologie est diverse: (endométriose, fibrome, kyste de l'ovaire, séquelles d'infection génitale, bilharziose urogénitale), et en particulier les varicocèles pelviennes et les dystrophies ovariennes sans que l'on puisse savoir le rapport exact qui les lie. Dans tous les cas le geste chirurgical est indiqué pour traiter ce que l'on pense être à l'origine des phénomènes douloureux. Si l'on découvre un vrai syndrome de désinsertion, on en profitera pour traiter pour son propre compte.

Partant de ces cas atypiques, latents et intriqués, certains auteurs ont voulu démembrer le syndrome des MASTERS et ALLEN, par la création de nouveaux syndromes de désinsertion ou de dislocation pelvi-génitale.

Voici notre essai de classification.

- ESSAI DE CLASSIFICATION -

I. LES CAS TYPIQUES

Ils sont très bien définis par un trièdre composé de :

- un élément étiologique
- un élément clinique
- un élément anatomique

et accessoirement un élément thérapeutique .

II. LES CAS ATYPIQUES

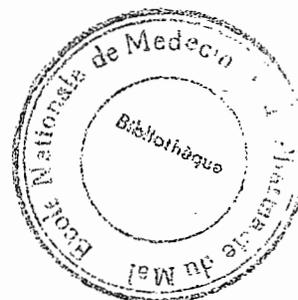
Dans ces cas l'atypie peut relever :

- des signes fonctionnels
- de l'antécédent obstétrico-puerpéral
- des lésions associées
- des données de l'examen physique
- de l'aspect des lésions anatomiques

III. LES CAS LATENTS

Ils sont estimés de 20 à 60 % , il s'agit là d'une découverte fortuite au cours d'une laparotomie effectuée pour un autre motif.

IV. LES CAS INTRIQUES OU ASSOCIES



C/ LE PROBLEME DU DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Se pose à propos des formes atypiques ou incomplètes; il faut reconnaître qu'il est malaisé .

On discutera par ordre de fréquence :

1) Les algies pelviennes dites essentielles

Il s'agit de douloureuses chroniques du bas ventre, dyspareuniques, aux antécédents gynéco-obstétricaux plus ou moins chargés, chez lesquelles l'examen clinique attentif ne décèle aucune lésion apparente, aucune anomalie de la statique utérine ou n'objective que des modifications semblant trop banales pour expliquer la pathogénie de signes fonctionnels souvent marqués.

Chez ces femmes assidues aux consultations, seule la mise en oeuvre d'examen complémentaires spécialisés permettra de découvrir des lésions cliniquement insoupçonnées , d'éviter l'évocation trop facile d'un comportement névrotique comme de proposer certaines thérapeutiques symptomatiques. Beaucoup de nos malades avaient déjà subi sans succès, faute d'un bilan approfondi de multiples traitements anti-infectieux , anti-inflammatoires et hormonaux. D'autres, avaient déjà fait, sans bénéfice, les frais d'une agression chirurgicale sous forme de salpingectomie, d'ovariopexie, de résection cunéiforme gonadique ou du nerf présacré, de castration unilatérale, d'appendicectomie.

Parmi les faux diagnostics le plus souvent portés on relève la fréquence de celui d'infections génitales chroniques avec, en corollaire des traitements médicaux indéfiniment renouvelés et dispendieux.

Enfin, quelques unes de nos malades s'étaient vues indiquées un traitement psychiâtrique.

Il faut donc s'efforcer, chez ces femmes où, en dehors de la douleur provoquée , l'examen gynécologique est pauvre, de rechercher avec acharnement une étiologie masquée .

- L'examen au spéculum découvre fréquemment des colpites chroniques folliculaires, des ectropions ou des sténoses relatives de l'orifice externe; il conviendra de les traiter .

L'hystéro-Salpingographie est un examen toujours utile; elle permettra de reconnaître ou, à l'inverse , d'éliminer bon nombre de lésions gynécologiques infra-cliniques, en allant des moins algogènes (endocervicites; béances, synéchies post curettages; myomes sous muqueux ou polypes endocavitaires); jusqu'aux plus algogènes (adénomyoses ; endométrioses pelviennes; endosalpingioses ; séquelles d'infections avec une dominante de salpingites chroniques atrophiques et d'hydrosalpinx. Ces lésions justifient un bilan étiologique suivi d'un traitement adapté.

- La Coelioscopie : Elle permet un dépistage de lésions pelviennes cliniquement latentes, annexielles, utérines ou pelvi-péritonéales. Elle objectivera souvent les exsudats du Douglas concomitants ou non des dystrophies ovariennes. Elle peut montrer , en l'absence de rétrodéviation, des anomalies des ligaments larges ou utéro-sacrés.

Malheureusement la pelviscopie a des limites; elle peut être inefficace dans sa recherche d'anomalies pathologiques; d'autre part, les modifications macroscopiques mineures du péritoine postérieur des paramètres sont d'une grande banalité; n'autorisant en aucun cas le diagnostic de dislocation du point fixe.

A l'opposé, celle-ci peut exister sous un péritoine intact (cryptodéchirure).

Bref, la coelioscopie n'apparaît pas comme un moyen fiable de diagnostic du syndrome qui nous occupe.

- L'insufflation Utéro-Tubaire-Kymographique est indiquée chez des femmes hypofécondes elle gagnera à être complétée d'un bilan fonctionnel ovarien dans la limite de nos moyens(courbe thermique; biopsie d'endomètre; radiographie de la selle turcique).

Enfin, la répétition des examens cliniques, l'échec des traitements symptomatiques l'insistance des patientes finiront par attirer l'attention sur une douleur électivement provoquée par la mobilisation cervicale, sur des troubles intermittents de la position utérine et sur un renforcement des algies pelviennes en phase prémenstruelle; au bout d'un temps variable, on finira par élimination, par évoquer l'éventualité du syndrome de MASTERS et ALLEN.

2) Avec les rétrodéviations utérines sans désinsertion

Elles sont nombreuses et classées selon leurs étiologies en 4 groupes :

- les Rétrodéviations congénitales
- les Rétrodéviations infectieuses ou fixées
- les Rétrodéviations mécaniques par tumeur de voisinage
- les Rétrodéviations dystrophiques par endométriose.

Ces rétrodéviations posent surtout le problème de leurs associations avec les pelvi-algies d'étiologies diverses.

- L'hystérosalpingographie et la pelvigraphie gazeuse (ce dernier non fait par nous) peuvent être utiles dans le diagnostic des rétrodéviations.

3) Avec utérus gravide

En raison de la noblesse de l'organe, et de l'inhibition gravidique (source de laxité ligamentaire), l'utérus est très souvent rétrodévié au cours du premier trimestre de la grossesse. Certains utérus rétrodéviés et très nous ont pu à tort faire évoquer le diagnostic de grossesse.

4) Les lésions associées

Nous avons vu leur fréquence et leur variété de même que l'intérêt des examens complémentaires pour les reconnaître ou les préciser.

5) Les faux syndrômes gynécologiques

Les colopathies fonctionnelles, et le volvulus caecal seront écartés par un lavement baryté (13,15 % de cas dans notre étude) .

- Les uropathies et les cystopathies seront éliminées par l'U.I.V., et certains examens spéciaux.

- La pathologie vertébrale de la sphère lombo-sacro-coccygienne sera elle aussi éliminée, ou confirmée par la radiographie standard du rachis, peu de cas ont été observées au cours de notre étude.

TABLEAU N°5.- LES DIAGNOSTIC ET TRAITEMENTS ANTERIEURS , LEUR FREQUENCE

DIAGNOSTICS ANTERIEURS et TRAITEMENTS	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
- INFECTION GENITALE CHRONIQUE	10	21,05
- ENDOMETRIOSE	1	2,63
- DISCOPATHIE LOMBO-SACREE	1	2,63
- AFFECTION INTESTINALE	5	13,15
- TROUBLES CIRCULATOIRES PELVIENS	0	0 %
- TROUBLES PSYCHOAFFECTIFS	0	0 %
- DIVERS ET INDETERMINEES	17	44,73%
- BILHARZIOSE	6	15,78

En conclusion, le syndrome de MASTERS et D'ALLEN " redéfini " en milieu africain est fréquent dans le cadre des algies pelviennes du post partum, d'origine statique. Il est souvent méconnu ou plus encore ignoré.

Le traumatisme obstétrical quasi-constant, s'explique dans notre pratique, par : la fréquence des dystocies ainsi que par certaines manoeuvres traditionnelles comme l'expression utérine dont le rôle favorisant nous paraît indiscutable quant aux atteintes ligamentaires du point fixe cervico-isthmique, déjà fragilisé par un passé obstétrical chargé.

Son diagnostic ne pose pas de difficultés insurmontables dans les formes typiques si l'on s'abstient à un bilan correct, visant surtout à éviter les diagnostics de facilité, car son tableau est banal et bien souvent univoque. Ce qui n'empêchera pas certains de faire remarquer que, les jeunes en trouvent trop et les anciens rarement, et comme le montre le tableau suivant :

TABEAU n°8.- FREQUENCE GENERALE DU SYNDROME D'ALLEN et MASTERS

(d'après les réponses à notre questionnaire

XXVIè As. Gyn. Obst. de Fr.)

A U T E U R S	F R E Q U E N C E S
- CONTAMIN	Très rare
- ROBERT	Rare
- BEDRINE	Rare
- GILLOUX	Rare
- MULLER	Rare dans la forme complète
- DUPAY	2 cas en 5 ans
- JAHIER	3 cas en 10 ans
- MICHELON	4 cas sur 3875 hospitalisations (0,1 %)
- MONROZIES	rare, 4 cas sur 2500 interventions
- NOTIER	6 cas
- PALMER	10 cas en 10 ans
- MINTZ	12 cas sur 832 coelioscopie en 4 ans
- SCUTOUL	3 cas pour 1000 consultations
- GAUTIER	5 à 7 cas par an
- DUMONT	10 cas par an
- ROCHET	Fréquence assez grande du point de vue anatomique
- DUBOST	Grande fréquence
- KELLIER	Fréquence importante
- COLIN	Fréquence importante
- LEGROS	49 cas de 1965 à 1972

MATERIEE - METHODES - OBSERVATIONS

OBSERVATIONS	N° 1 Ta.. MA.. 19/12/1979 21 ans	N° 2. Na. KC.. 2/1/1980 23 ans	N° 3. Tr.. CU.. 13/1/1980 30 ans	N° 4. Fa. DE.. 22/1/1980 33 Ans	N° 5. Eâ.. CCU..... 6/2/ 1980
ANTECEDENTS	Multiple (3 Grossesses)	2 Grossesses 1 F.C. avec curet- tage sur grossesse hémorragique à 5 mois	4 Grossesses 2 F.C. spontanées en 1963 et 1970 1 G.E.U. en 1968 1 Acc. entocique	5 Grossesses 2 F.C. en 1973 et 77 Spontanées avec curetage.	2 Grossesses 1 G.E.U. en 1977, Poids du plus Gros enfant à la naissance 2,600 Kgs.
DOULEURS PELVIENNES	Lombalgies	Oui diffuses prédo- minant d'un côté, dyspareunie profon- de intermittante + lombalgie.	Dyspareunie profon- de, lombalgies préménstruelles.	Oui bilatérale surtout gauche, lombalgies.	Douleurs provoquées, signes d'infections, dyspareunie et lombal- gies.
AUTRES TROUBLES CLINIQUES	Leucorrhée Oligocystocèle Hystérocèle.	Algoménorrhée Kyste ovaire droit Dysurie et leucor- rhée.	Leucorrhée purigif neuse, pas d'hé- maturie, cicatrice de L.M.S.O. utérus myomateux.	Notion de gastrite de snistosomose in- testinale, leucor- rhée, stérilité II retraction paramé- triale.	Stérilité II + Annexi- te chronique G. + adhé- rences + Hydrosalpinx + dystrophie ovarienne + retraction du paramètre gauche.
TRAITEMENTS SUDIS COL TRES MOBILE	Indéterminés Oui	Divers Oui	Divers Non	Divers +	Divers Oui
PROLAPSUS	Oui	Non	Non	Non	Non
EX. ENDOCRINIENS	o	o	o	o	o
UTERUS CONGESTIF	Oui	Oui	Non	Non	Oui
VARICOCELE L.O. et/ou I.P.	Non	Oui	Non	Non	Non
DYSTROPH. OVAR.	Oui Gauche	Oui Gauche	Oui	Oui	Oui
SEROSITE DOUGL.	Non	Oui	Non	Oui	Non
UTERUS RETROVERSE	Oui	Oui	Oui	+	Oui
UTERUS A. B. C.	Oui	Oui	Non	Non	Non
DECHIRURE L.L.	Non	Oui bilatérale	Non	Oui 1 et 2	Non
ELONGATION U.S.	Non	Oui	Non	Non	+

...../.....

TECHNIQUES CHIR.	Marion + Moquot	Mocquot+Thoyer- Rozat+ Marion + Masters-Allen	Faux Masters, séquel- les de Salpingo- ovarite chronique, chirurgie de la sté- rilité.	Thoyer-Rozat + Pestalozza + Moc- quot +Masters- Allen.	Mocquot +Cure des lésions associées
RESULTATS STATIQUES	Bons	Très bons	Bons	Bons	Bons
RESULTATS FONCT.	Bons	Très bons	Bons	Bons	Bons
COMPLICATIONS TARDI- VES	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
GROSSESSES ACTUELLES	Néant	Oui (1)	Néant	Néant	Néant
OPERATIONS COMPLE- MENTAIRES	Appendicectomie	Appendicectomie Ignipencture .	Appendicectomie Myomectomie Libération des adhérences		Appendicectomie Salpingonéostomie terminale lyse d'adhérence

OBSERVATIONS	N°6. Ne.. COU.. 25/2/1980 25 ans	N°7. Ma. KC... 26/2/1980 30 ans	N°8. Ma...DI... 13/3/1980 28 ans	N°9. Fa... KE... 15/11/1980 32 ans	N°10. Ra... TR.... 22/4/1980 26 ans
ANTECEDENTS	Jamais fait de grossesse.	2 grossesses S.D.C. simples pas de F.C. Notion d'acc. rapide	5 grossesses 3 F.C. à 2, 2, et 3 mois, spontanées avec curettage pour la 4ème G.E.U. en 1977.	Nullipare	5 grossesses 1 F.C. à 3 mois, pas de curettage et souffre depuis.
DOULEURS PELVIENNES	Oui surtout gauche, spontanées et provoquées, algie sous-crurale	Lombalgies + dyspareunie profonde + algie de la F.I.G. algoménorrhée I.	Oui médianes, intermittentes, lombalgies.	Cui intermenstruelles.	Oui douleurs dans la F.I.G. exacerbées par les rapports, lombalgies + dyspareunie chronique profonde.
AUTRES TROUBLES CLINIQUES	Algoménorrhée globale + Stérilité I, Salpingo-ovarite chronique.	Spanioménorrhée colopathie fonctionnelle, leucorrhée caillebotée + prurit, ménoménorrhagie, utérus myomateux.	Métrorragie provoquée et spontanée, leucorrhée irritante + colopathie fonctionnelle + utérus myomateux.	Menorragies + Salpingo-ovarite + utérus myomateux	Leucorrhée + colopathie fonctionnelle ancienne bilharzienne utérus myomateux.
TRAITEMENTS SUBIS	Anti-infectieux et anti-inflammatoire	Divers	Divers + G.E.U.	Divers	Néant
COL TRES MOBILE	±	Non	±	±	±
PROCLAPSUS	Non	Non	Non	Non	Non
EX. ENDOCRINIENS	o	o	o	o	o
UTERUS CONGESTIF	Cui	Cui	Non	Non	Cui
VARICOCELE L.C. et/ou I.P.	Cui	Cui bilatérale	Non	Cui	Non
SEROSITE DU DOUGL.	Cui	Cui	Non	Non	Non
UTERUS RETROVERSE	±	Latéro-dévié	±	Cui	Cui
UTERUS ABAISSE	Non	Non	Non	Non	Cui
DECHIRURE L.L.	Non	Cui persistance du revêtement séreux.	Cui amincissement des 2 séreuses ligamentaires.	Voile d'adhérence	Cui les 2 ligaments

ELONGATION U. S.	Non	Non	Non	Non	Oui
TECHNIQUES CHIRURGICALES		Mocquot-Marion + Thoyer-Rozat	Mocquot	Mocquot	Masters- Allen + Mocquot +Thoyer-Rozat + Marion
RESULTATS STATIQUES	Bons	Très Bons.	Bons	Bons	Très Bons
RESULTATS FONCTIONNELS	Bons	Excellents	Bons	Bons	Très bons
COMPLICATIONS TARDIVES	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
GROSSESSES ACTUELLES	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
OPERATIONS COMPLEMENTAIRES	Néant	Appendicectomie Excision kyste de l'ovaire, ignipen- ture .	Appendicectomie Hystérorraphie Ignipencture , réimplantation tubaire .	Appendicectomie salpingo-ovarolyse	Appendicectomie

OBSERVATIONS	N°11. So. SO.. 20/5/1980 36 ans	N°12 Fa... Dia.. 22/5/ 1980 27 ans	N°13.ou. DIA... 11/6 1980 35 ans	N°14. Fa. DIA... 24/6/ 1980 24 ans	N°15.B. MOU... 8/7/ 1980 35 ans
ANTECEDENTS	Stérilité II	1 grossesse , F.C. provoquée, pas de curettage, infection.	7 grossesses, acc. rapide avec déchirure périnéale pendant le dernier acc.	2 grossesses 1 F.C. provoquée (1972) avec curettage , poids du plus gros enfant à la naissance 2,500 Kgs.	7 acc. , 2 forceps poids du plus gros enfant à la naissan- ce 4,600 Kgs.
DOULEURS PELVIENNES	Néant	Cui bilatérale intermittente, dyspareunie pro- fonde + lombalgie.	Dyspareunie orifi- cielle + lombalgies menstruelles.	Oui chronique diffuse + dyspa- reunie intermit- tente + lombalgies post-menstruelles, provoquée par l'é- longation paramé- triale.	Oui médiane, provo- quée + dyspareunie +++ , + lombalgies fréquentes + algo- ménorrhée du 3ème jour.
AUTRES TROUBLES CLINIQUES	Gros kyste de l'ovaire gauche, petit kyste de l'ovaire droit, amenorrhée II.	Algonorrhée + Métrorragie, ancien- ne bilazienne , infection génitale chronique , leucor- rhée liquide .	Déchirure périnéale colpocèle + cys- tocèle, petite I.U. Et .C., ancienne bilharzienne.	Salpingo-ovarite chronique + hydro- salpinx + colopa- thie fonctionnel- le + beaucoup d'adhérences.	Leucorrhée caille- botée, cycle irrég- ulier long, dis- crète colopathie, ancienne bilhar- zienne.
TRAITEMENTS SUBIS	Néant	Néant	Néant	Divers	Néant
COL TRES MOBILE	±	Cui	Col au plafond	Cui	Cui
PROLAPSUS	Non	Non	Cui	Non	Non
Ex. ENDOCRINIENS	o	o	o	o	o
UTERUS CONGESTIF	Non	Cui	Cui	Non	Cui
VARICOCELE L.O.et ou I.P.	Non	Non	Non	Non	Cui bilatérale
DYSTROPHIE OVARIENNE	Cui le droit	Cui	Non	Cui bilatérale	Non
SEROSITE DU DOUGLAS	Non	Cui	Non	Cui	Non
UTERUS RETROVERSE	Cui	Cui	Cui	Non	Oui complètement
UTERUS ABAISSE	Non	Non	Cui	Non	Non

DECHIRURE LIGAMENT LARGE	Oui	Oui les 2	Oui	Non	Oui les 2
ELONGATION U.S.	Non	Oui	Oui	Oui	Non
TECHNIQUES CHIRURGICALES	Mocquot	Mocquot + Douglas- sectomie.	Refection du péri- née	Mocquot	Masters- Allen + Mocquot + Marion + Thoyer-Ronat .
RESULTATS STATIQUES	Bons	Bons	Bons	Bons	Bons
RESULTATS FONCTIONNELS	Assez-bons	Bons	Bons	Bons	Bons
COMPLICATIONS TARDIVES	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
GROSSESSES ACTUELLES	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant.
OPERATIONS COMPLEMEN- TAIRES	Appendicectomie	Appendicectomie	Cure de prolapsus	Appendicectomie libération du Gouglas, ignipenc- ture, salpingonéos- tonie .	Appendicectomie

OBSERVATIONS	n°16. Ko. TOU... 12/7/1980 28 ans	N°17 Fa. TR... 17/7/1980 22 ans	n°18. La. COU. 22/7/1980 35 ans	n°19. Av. CISS.. N°20 Bi. DIA... 18/10/1980 38 ans	4/11/1980 39 ans
ANTECEDENTS	1 grossesse Poids de naissance 3,900Kg. , déli- vrance manuelle	2 grossesses poids du plus gros en- fant 4 Kgs. à la naissance , acc. facile , souffre depuis .	3 F.C. successive- ment à 2; 1;1,5mois spontanée avec cu- rettage pour la 3ème F.C., suites septiques.	Avortement à répé- tition, 3 grossesses 3 F.C. spontanées sans curettage.	2 grossesses , 1 F.C. à 1,5 mois par curettage, suites septiques
DOULEURS PELVIENNES	Oui diffuse + dys- pareunie chronique profonde+ lombalgies, craint R.S. , in- tolérance aux se- cusses.	Lombalgies chro- niques .	Oui diffuses , al- go. du 3ème jour, algie ovulatoire, dyspareunie profon- de droite, infection génitale chronique.	Oui provoquées	Oui diffuses à pré- dominance droite.
AUTRES TROUBLES CLINIQUES	Leucorrhée ++ avec prurit , métrorra- gie au coït, colo- pathie fonction- nelle, algo. 3ème jour, salpingique chronique atrophique.	Colopathie fonction- nelle + kyste séreux de l'ovaire droit.	Colopathie fonc- tionnelle, leucor- rhée, annexe droite rétractée petite masse anne- xielle gauche san- sible.	Algoménorrhée++ de poids + ustéris fibromateux .	Algoménorrhée globale , cycle irrégulier, leucor- rhée épaisse avec prurit, colopathie bipolaire, ancienne bilharzienne, sté- rilité II.
TRAITEMENTS SUBIS	Divers et indéterminés	Néant	Anti-infectieux	Néant	Anti-infectieux et anti-inflammatoire
CCL TRES MOBILE	Oui	Oui	Oui	Oui	±
PROLAPSUS	Non	Non	Non	Non	Non
Ex. ENDOCRINIENS	o	o	o	o	o
UTERUS CONGESTIF ;	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
VARICOCELE L.O. et ou I.P.	Non	Non	Non	Non	Non
DYSTROPHIE OVARIENNE	Oui	Non	Oui	Oui	Non
SEROSITE DU DOUGLAS	Non	Non	Oui	Non	Non
UTERUS RETROVERSE	Oui complète	Oui	Intermédiaire	Oui	Latéro-dévié.

UTERUS ADAISSE	Cui	Non	±	Non	Non
DECHIRURE L.L.	Non	Cui	Cui les 2	Non	Cui les 2
ELONGATION U.S.	Cui	Cui	Cui	Non	Non
TECHNIQUES CHIRUR.	Mocquot + Marion + Thoyer-Rozat	Mocquot + Janain et Létessier.	Master Allen + Moc- quot .	Mocquot	Mocquot
RESULTATS STATIQUES	Très Bons	Bons	Bons	Bons	Bons
RESULTATS FONCTION.	Très bons	Bons	Bons	Bons	Bons
COMPLICATIONS TARDIVES	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
GROSSESSES ACTUELLES	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
OPERATIONS COMPL.	Appendicectomie + mésoplastie + cure de hernie ombilicale + réimplantation uté- ro-tubaire.	Appendicectomie kysectomie .	Néant	Appendicectomie Ignipencture.	Néant

OBSERVATIONS	N°21. Sy... KA... 10/11/1980 37 ans	N°22 Dou..DCU.. 2/12/1980 30 ans	n°23 Sa... TH... 13/1/1981 35 ans	n°24 Dj... COU.. 21/1/1981 43 ans	N°25. Ka... DIA... 27/1/1981 28 ans
ANTECEDENTS	1 F.C.précoce spontané, pas de curetage, suites simples.	2 grossesses, 1 F.C. spontanée avec curetage.	7 grossesses 1.F.C. sans curetage à 2,5 mois, acc. difficile.	9 Grossesses pas de F.C., grossesse hémorragique, poids du plus gros enfant à la naissance 5 Kgs.	4 grossesses, pas de F.C. acc.. euto-cique.
DOULEURS PELVIENNES	Oui intermenstruelles, dyspareunie profonde surtout droite.	Oui médianes et droites spontanées et provoquées, lombalgies, dyspareunie, algoménorrhée.	Dyspareunie surtout F.I.G., lombalgies, surtout grossesse hémorragique.	Dyspareunie, lombalgies.	Oui diffuses et intermittentes, lombalgie pas de dyspareunie.
AUTRES TROUBLES CLINIQUES	Leucorrhée depuis 10 ans, nétrorragie pré-ovulatoire, opérée il y 15 ans pour algo.masse annexielle gauche, utérus fibromateux.	Drépanocytaire, colopathie fonctionnelle, leucorrhée + nétrorragie, utérus fibromateux, K.C.G.obturation tubaire, endométriose.	Néant	Algoménorrhée ++ polyménorrhée acquise, constipation ++, colopathie fonctionnelle.	Algo-globale, nétrorragie, cycle irrégulier, Stérilité II, infection génitale chronique, colopathie.
TRAITEMENTS SUBIS	Opérée pour Algo.	Divers et indéterminés	Traitée pour pott	Néant	Divers et indéterminés
CCL TRES MOBILE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
PROLAPSUS	Non	Non	Non	Non	Non
Ex. ENDOCRINIENS	o	o	o	o	o
UTERUS CONGESTIF	Non	Oui + trompe oedémateuse	Oui	Oui	Oui
VARICELLE L.C.et ou I.P.	Non	Oui ±	Oui	Non	Oui G.I.P.
DYSTROPHIE OVARIENNE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
SERCSITE DU DOUGLAS	Oui	Non	Non	Non	Non
UTERUS RETROVERSE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

UTERUS ABAINSE	Cui	Cui	Non	Non	Non
DECHIRURE L.L.	Non	Cui les 2 , seul le revête- ment seraux persis- te	Cui (2)	Cui (2)	Unilatérale G.
ELONGATION U.S.	Cui	Sont plutôt rompus.	Cui	Rompus	Cui
TECHNIQUES CHIRUR.	Mocquot + Pestalo- zat,	MastersAllen + Mocquot + Thoyer- Rozat + Marion.	Master ^S -Allen + Mocquot + Pestalo- zat + Marion.	Master ^S -Allen + Mocquot + Thoyer- Rozat + Marion.	Masters-Allen + Thoyer-Rozat + Mocquot.
RESULTATS STATIQUES	Bons	Très Bons	Bons	Bons	Très bons
RESULTATS FONCTIONNELS	Bons	Bons	Bons	Bons	Bons
COMPLICATIONS TARDIVES	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
GROSSESSES ACTUELLES	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
OPERATIONS COMPLEMENT.	Libération complète, d'adhérences, kystec- tomie.	Appendicectomie, myonectomie, kystectomie , igni- pecture.	Stérilisation tu- baire , ignipenctu- re.	Appendicectomie kystectomie droite, ignipencture droite, ovaroraphie,	Appendicectomie kystectomie.

OBSERVATIONS	N°26 Ra.. TCU.. 3/2/1981 23 ans	N°27 Cu.. SAN... 7/2/1981 26 ans	N°28 Ma.; DIA.. 17/2/1981 21 ans	N°29 B. C...DIA.. 21/2/1981 27 ans	N°30 Ro.TOU... 28/2/1981 40 ans
ANTECEDENTS	3 grossesses, pas de curettage, 2 F.C. à 3 et 2 mois,	1 grossesse, 1 F.C. à 3 mois en 1976, spontanée, pas de curettage, suites septiques	2 grossesses, 1 acc. prématuré à 6 mois, souffre depuis.	3 grossesses, 2 F.C. à 2 et 3 mois sans curettage, le dernier a été septique acc. facile.	9 grossesses, 1er acc. difficile, laborieux.
DOULEURS PELVIENNES	Néant	Oui médianes et gauches, dyspareunie profonde et lombalgies,.	Oui médianes spontanées et provoqués, calmées par le repos, dyspareunie chronique profonde + lombalgies.	Oui bilatérales permanentes, calmées la nuit par le repos, dyspareunie profonde durable + lombalgies.	Oui gauches
AUTRES TROUBLES CLINIQUES	Stérilité II séquelles de péritonite (adhérences + hydrosalpinx bilatérale	Stérilité II, dysurie, polkiurie, hyponéorrhée, constipation, masse annexielle (K.O.D.)	Algonéorrhée, métrorragie provoquée, leucorrhée + prurit, dysurie + constipation.	Métrorragie, notion de bilharziose, leucorrhée, cycle irrégulier.	Stérilité II Ménorragies, cycle irrégulier, utérus myomateux, K.O.D.
TRAITEMENTS SUBIS	Néant	Néant	Anti-infectieux	Appendicectomie électrocoagulation	Divers et indéterminés
COL TRES MOBILE	Non	Oui	+	Oui	±.
PROLAPSUS	Non	Non	Non	Non	Non
Ex. ENDOCRINIENS	o	o	o	o	o
UTERUS CONGESTIF	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
VARICOCULE L.O. et ou I.P.	Non	Oui	Oui	Oui	Non
DYSTROPHIE OVARIENNE	Oui les 2	Oui	Oui	Oui	Oui
SEROSITE DU DOUBLAS	Non	Oui	Oui	Oui	Non
UTERUS RETROVERSE	Oui adhérent	Oui	Oui	Oui	Oui
UTERUS ABAISSE	±	Oui	Non	Oui	Oui

DECHIRURE L.L.	Paramètre droit	Non	Cui les 2	Cui les 2 seul existe le recou- vrement sérieux.	Unilatérale droite.
ELONGATION U.S.	Non	Cui	Cui	Cui	Cui
TECHNIQUES CHIRURGICALES	Mocquot	Mocquot + Marion	Mocquot + Marion + Thoyer-Rozat.	Mocquot + Marion + Thoyer-Rozat + Masters-Allen	Mocquot
RESULTATS STATIQUES	Bons	Bons	Bons	Bons	Bons
RESULTATS FONCTIONNELS	Bons	Bons	Bons	Bons	Bons
COMPLICATIONS TARDIVES	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
GROSSESSES ACTUELLES	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
OPERATIONS COMPLEMENTAIRES	Appendicectomie, salpingo-ovarolise, salpingectomie type Palmer, ignipencture.	Ovariographie, ignipencture .	Appendicectomie , ignipencture.	Ignipencture	Myomectomie kysectomie gauche

OBSERVATIONS	N°31 Dj.. KO... 5/3/1981 37 ans	N°32 Dj.. DIA... 11/3/1981 35 ans	N°33 Ma.. MA... 11/3/1981 25ans	N°34 Ha..KE... 21/5/1981 26 ans	N°35.-Dj.. CCU... 16/6/1981 26 ans
ANTECEDENTS	5 grossesses , acc. facile, poids du plus gros enfant 3,800 Kgs., der- nier acc. (suites septiques)	2 grossesses pas de F.C.	1 grossesse ,acc. laborieux.	4 grossesses, 1 acc. prématuré, pas de F.C.	3 grossesses , souffre il y a 4 ans.
DOULEURS PELVIENNES	Oui diffuses + lom- balgies + synd.pré- menstruel ++ dans F.I.G. + dyspareu- nie , intolérance aux secousses.	Oui médianes, dans la F.I.D. lombal- gies , dyspareunie profonde périodi- que.	Lombalgies récentes + dyspareunie pro- fonde + algie péri- ombilicale.	Oui pelvi-algies médianes + lombal- gies + dyspareunie, spontanée et provo- quée.	Algies intermittentes de la F.I.G. ,et douleurs provoquées
AUTRES TROUBLES CLINI- QUES.	Colopathie fonction- nelle + prolapsus avec cystocèle du 1°degré, leucorrhée prurigineuse.	Leucorrhée pruri- gineuse + masse pelvienne mobile (K.C.D.) métrorra- gie , irrégularité II du cycle après contraceptifs.	Colopathie fonction- nelle + copocysto- cèle.	Métrorragie, annexite adhérence, idrosalpinx + péri- tonite séreuse kystique, colopa- thie fonctionnelle.	Algo-ménorrhée + troubles neuropsy- chiques , infec- tion génitale chro- nique.
TRAITEMENTS SUBIS	Diovenor + anti- coagulants.	Divers et indéter- minés	Opérée pour motif indéterminé	Appendicectomie	Antibiotique et anti-inflammatoire
COL TRES MOBILE	Oui	+	Oui	Oui	Oui
PROLAPSUS	Oui	Non	Oui	Non	Non
Ex. ENDOCRINIENS	o	o	o	o	o
UTERUS CONGESTIF	Oui	Oui	Oui	+	Non
VARICOCÈLE L.O.et ou I.P.	Oui	Non	Oui	Non	Non
DYSTROPHIE OVARIENNE	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
SEROSITE DU DOUGLAS	Oui	Non	Oui	Non	Non
UTERUS RETROVERSE	Oui	+	+	Oui + fixe	Non
UTERUS ABAISSÉ	Oui	Non	Oui	Oui	Non

DECHIRURE L.L.	Cui les 2	Cui les avec aspect dépoli du péritoine.	Cui	Unilatérale droite complète.	Cui mineur du L.L. droit.
ELONGATION U.S.	disparus	±	Cui	Non	Non
TECHNIQUES CHIRURGICALES	Masters-Allen + Pestalozza + Mocquot + Marion + Troyer-Rozat.	Mocquot	Janiny plicature U.S.	Mocquot + Douglas-sectionie, péritonisation.	Marion.
RESULTATS STATIQUES	Bons	Bons	Bons	Bons	Bons
RESULTATS FONCTIONNELS	Bons	Bons	Bons	Bons	Bons
COMPLICATIONS TARDIVES	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
GROSSESSES ACTUELLES	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
OPERATIONS COMPLEMENTAIRES	Appendicectomie + cure de prolapsus.	Appendicectomie	Appendicectomie	Salpingo-ovarolyse, ignipecture, libération d'adhérences.	Néant

OBSERVATIONS	N°36 Ba..MCU... 8/7/1981 35 ans	N°37. Dj..DIA... 3/8/1981 35 ans	N°38 Dj. CI... 11/3/1981 28 ans
ANTECEDENTS	7 grossesses, 2 for- ceps avec déchiru- re du périnée, gros enfant poids de naissance 4,500- 4,800.	Multipare notion de gros enfants, acc. laborieux.	2 grossesses acc. eutocique
DOULEURS PELVIENNES	Oui médianes, into- lérance aux secou- ses dyspareunie profonde, lombalgies fréquentes.	Lombalgies + dy- pareunie chronique profonde intoléra- ble.	Oui spontanées et provoquées, dyspa- reunie profonde et périodique et lom- balgies.
AUTRES TROUBLES CLINI- QUES	Algoménorrhée + leucorrhée.	Spanioménorrhée + algoménorrhée + ménométrorragie + colopathie fonc- tionnelle.	Leucorrhée + Métror- ragie + pollakiurie + masse annexielle droite.
TRAITEMENTS SUBIS	Divers et indéter- minés	Néant	Divers et indéter- minés
OCL TRES MOBILE	Oui	Oui	Oui
PRCLAPSUS	Non	Non	Non
Ex. ENDOCRINIENS	o	o	o
UTERUS CONGESTIF	Oui	Oui	Oui
VARICOCELE L.O. et ou I.P.	Oui	Oui	Non
DYSTROPHIE OVARIENNE	Oui	Oui gauche	Oui
SEROSITE DU DOUGLAS	Non	Oui	Non
UTERUS RETROVERSE	Oui	Oui	Oui
UTERUS ABASSE	Non	Non	Non
DECHIRURE L.L.	Oui les 2	Oui les 2 seules les séreuses res- tent.	Oui bilatérale

LE PROBLEME DES INDICATIONS THERAPEUTIQUES
ET DES CHOIX TACTIQUES ET TECHNIQUES

Le but du traitement est de guérir une femme qui souffre et, en cas d'anomalies statiques paraissant responsables de ces troubles, de replacer son utérus en position physiologique . .

Nous envisagerons ce traitement sous 3 rubriques :

- 1°) La prophylaxie
- 2°) Le traitement médical
- 3°) Le traitement chirurgical

I./.- LE PROBLEME DE LA PREVENTION

Compte tenu de la responsabilité reconnue du traumatisme obstétrical et des manipulations cervico-utérines au cours des révisions post-abortus, ce problème est en relation directe avec l'enseignement et l'information des médecins et des sages femmes.

Il n'appelle pas de développement particulier; cependant il faut s'efforcer d'apprendre au personnel des Maternités, à réduire les conséquences ligamentaires de ces traumatismes en évitant l'expression utérine forcée ainsi qu'en favorisant l'involution utérine, ce qui revient à éviter le décubitus dorsal prolongé de même que le lever trop précoce chez des multipares à utérus lourd et à sangle abdominale relâchée. Il serait bon de vérifier systématiquement le pelvis quelques semaines après l'accouchement, malheureusement il s'avère impossible dans nos conditions d'exercice autant de revoir les accouchées que d'utiliser le pessaire à titre préventif chez des femmes prédisposées, la colummisation étant le plus souvent mal tolérée (difficile de surveillance ou refus d'acceptation).

La prophylaxie intéresse également le chirurgien qui intervient sur le pelvis (césarienne, G.E.U., chirurgie restauratrice). Une ligamentopexie antérieure suffisamment lâche pour permettre une bonne expansion gravidique, mais suffisamment efficace pour maintenir une bonne antéflexion, de même que le rapprochement, du bord supérieur des ligaments utéro-sacrés, est pour nous systématique, chaque fois que l'indication s'en présente (utérus en rétrodévi-
 ation).

II./- LE TRAITEMENT MEDICAL A VISEE PALLIATIVE, sous forme de pessaire ou de columnisation, n'a pratiquement pas été utilisé, sauf dans de rares cas ne figurant pas dans cette étude. Il paraît efficace sur les troubles des règles et la congestion pelvienne.

- Le traitement postural (décubitus ventral ou position genu pectorale) est impossible à faire appliquer.

- Les phlébotoniques et vasculotropes classiquement utilisés comme épreuve thérapeutique surtout en période prémenstruelle ne nous^{ont} pas apporté des résultats probants. De toute façon, la plupart des patientes ne peuvent en assurer la charge financière prolongée compte tenu du prix croissant des médicaments.

- Un oestroprogestatif séquentiel ou un progestatif pur fortement dosé améliorent souvent les troubles des règles, notamment en cours d'endométriose. La congestion périutérine est nettement influencée. Il faut toutefois se méfier si la pélvoscopie a montré de volumineuses varicocèles latéro-utérines ou infundibulo-pelviennes, même si le risque thrombo-embolique paraît nettement moins important que chez l'européenne.

III./- LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il n'a été pratiqué que dans le cas des patientes douloureuses présentant un syndrome typique cliniquement ou découvert fortuitement à l'intervention.

Il a été différent dans ses modalités selon l'âge : jeunes femmes en période d'activité génitale, largement prédominantes et femmes ménopausées. Or ROBERT écrit dans son traité de techniques chirurgicales gynécologiques " peu d'opérations ont été pratiquées aussi inutilement et abusivement avec autant de mauvais résultats, autant d'incidents précoces et d'infirmités résiduelles que les opérations pour rétroversion utérine. Il en est peu d'aussi antiphysiologiques que l'hystéropexie antérieure.

Remplacer cette dernière par l'hystéropexie postérieure n'est pas plus satisfaisant". Cette affirmation rappelle l'aphorisme de MUSSET: (56) " Pitié pour les ovaires." Il s'agit en tout cas d'une opinion digne de réflexion, car elle contient une mise en garde empreinte de sagesse.

Nous verrons cependant qu'elle mérite d'être nuancée.

On peut schématiquement classer les opérations par voie abdominale en 3 grands groupes :

- Opération de soutien
- "- de suspension
- "- d'orientation

En réalité, le premier problème fondamental, avant le choix technique, est celui de l'indication opératoire.

Le problème des indications opératoires

Le traitement chirurgical a été en règle proposé, devant l'intensité des phénomènes algiques et du retentissement psychosomatique, chez des femmes souffrant souvent depuis des années et menacées de repudiation après échec des multiples et vaines thérapeutiques médicales les plus diverses.

Le but est non seulement de traiter une rétrodéviatioin (donc en utilisant toutes les techniques applicables à ces dernières), mais encore et surtout de remédier aux conséquences de la désinsertion utérine, et si possible de guérir la douleur.

C'est dire que l'indication doit être raisonnée (chez des femmes trop enclines à subir la " magie" du Bistouri), et fondée sur un bilan lésionnel aussi précis que possible par les différents moyens déjà envisagés.

En ce qui concerne le choix des techniques, plusieurs points méritent d'être commentés :

1) Aucune malade n'a été opérée de principe par voie basse en dehors des cas de prolapsus associés à la rétroversion (que nous avons éliminé de notre étude).

Dans cette éventualité , nous utilisons depuis plusieurs années, avec d'excellents résultats anatomiques et fonctionnels la technique de SCHIRGDFAR (48) première manière qui chez la femme jeune, corrige parfaitement la trouble statique et préserve au mieux l'avenir obstétrical.

- Aucune intervention de PIANA non plus n'a été effectuée pour syndrome d'ALLEN et MASTERS. La raison en est que nous ne sommes pas convaincu de la réalité de la désinsertion basse isolée et de la responsabilité prédominante sinon exclusive des utéro-sacrés, et que en l'absence de prolapsus, la cure vaginale n'est pas aussi simple qu'il y paraît.

2) Lorsque l'on découvre, au cours d'une laparoscopie ou d'une laparotomie effectuée pour un autre motif, et sous réserve de la rechercher, car elle est loin d'être évidente, une lésion séreuse de la face postérieure du paramètre, il peut paraître légitime de la réparer par avivement et suture en palétot, non seulement du péritoine, mais surtout du tissu fibreux du paramatrium mais l'on ne saurait en aucun cas parler de syndrome de MASTERS et ALLEN en l'absence du contexte fonctionnel habituel. Dans le même ordre d'idée, la découverte percoelioscopique de cette déchirure latente ne justifie en rien une laparotomie.

3) Lorsque la femme présente un syndrome algique pelvien évocateur et que l'inventaire lésionnel per-opératoire objective une varicocèle, sans endometriose ou Douglassite , en l'absence de rétrodéviation ou d'une atteinte ligamentaire évidente, surtout si les ovaires sont dystrophiques et prolapsés, il ne faut pas hésiter, même si le feuillet postérieur séreux du ligament large paraît intact ou simplement un peu "usé à la trame", à palper soigneusement l'épaisseur du ligament cardinal de chaque côté après l'avoir mis en tension,

et s'il semble anormal, à franchir délibérément le fourreau séreux, seule façon d'objectiver des lésions inapparentes des constituants fibro-musculaires des ligaments de MACKENRODT.

4) En position opératoire, en trendelenbourg, et notamment si l'utérus est rétrodévié, il est impossible de voir spontanément la face postérieure des ligaments larges. Si l'on ne pratique pas des manoeuvres spéciales d'exposition, l'on ne voit rien et l'on risque de ce fait, de contester la réalité du syndrome (formes méconnues faute d'exploration suffisante).

L'expérience apprend qu'il existe des désinsertions utérines^{nes} sans rupture ligamentaire et sans algie, et à l'opposé, qu'il y a des désinsertions utérines sans altération de la séreuse et sans anomalie du cul-de-sac de Douglas ou de rétrodéviation forcée.

Pour traiter l'hyperlaxité utérine et le trouble de la statique notre conduite a varié au cours des années.

Les choix offrent une gamme variée de possibilité, on y trouve d'ailleurs la majorité des procédés utilisés dans la cure de la rétrodéviation "simple".

Le choix n'est pas facile. Il faut tenter de se faire une opinion personnelle et de sélectionner les procédés simples, efficaces, et relativement aisés à appliquer par les jeunes chirurgiens, en ayant constamment à l'esprit :

- de ne pas nuire aux possibilités de grossesses ultérieures et d'accouchement par les voies naturelles.

- d'éviter autant que possible la récurrence à l'occasion d'un nouvel accouchement, ce qui peut dans certaines éventualités, faire discuter l'opportunité d'une césarienne prophylactique. Survolons rapidement les techniques à notre disposition, qui doivent chercher à s'adapter aux lésions ligamentaires et associées;

1) Pour ALLEN et MASTERS, la suture isolée de la déchirure du paramètre (et non pas du simple péritoine) est suffisante pour corriger le vice statique et faire disparaître la symptomatologie fonctionnelle. Ceci nous semble vérifié par l'expérience dans un grand nombre de cas. L'essentiel est de faire quelque chose de réel, c'est-à-dire comme le souligne HAUTE FEUILLE : de créer une véritable aponévrose latéro-utérine au niveau de la base du paramètre. Il faut donc reconstituer un véritable ligament postéro-latéral allant du bord corporéo-isthmique à la paroi pelvienne latérale, au dessus et en avant de la fossette ovarienne, et faisant avec l'utéro-sacré homologue retendu un angle ouvert en haut et en arrière. On est donc loin du simple geste de suture péritonéale à visée de recouvrement vasculaire, cache misère illusoire, dont le seul intérêt, ^{est} peut être de tarir la transsudation en provenance de la varicocèle latéro-utérine. Cette suture doit être effectuée en deux plans.

- Après ouverture verticale du feuillet séreux postérieur et avivement des berges de la brèche péritonéale si nécessaire, le premier plan profond au fil non résorbable, va retendre les 2 moignons de la charpente cellulo-fibreuse souvent rétractés, mais reconnaissables avec deux dangers au cours de la dissection :

- les vaisseaux latéro-utérins surtout veineux
- les uretères

- On reconstitue ensuite la continuité séreuse par une suture en paletot au fil fin non résorbable, selon le procédé de PENAM et AMREICH. Cette simple procédure suffit indiscutablement à rétablir une statique correcte et à faire rapidement disparaître la stase veineuse et les varicocèles. Les résultats fonctionnels paraissent bons. L'on peut parfois se contenter d'un seul plan prenant le bord de la brèche épaissie par accollement de la séreuse et de son doublement fibreux. S'il s'avérait impossible de restaurer sans danger un ligament latéro-utérin valable, la voie basse, dans un deuxième temps, selon SCHERODKAR, retrouverait son intérêt.

Dans beaucoup de cas l'utérus est bien suspendu, a perdu son aspect oedemato-congestif et le col retrouve une fixité normale.

Cependant on peut douter de l'efficacité à long terme de ce geste isolé, qui ne corrige qu'une partie des lésions anatomiques, surtout lorsqu'elles ne s'avèrent pas évidentes (VARANGOT).

Avec H. SERMENT, convaincu de la réalité et de la fréquence de ce syndrome, nous pensons que ce geste qui néglige les utéro-sacrés, n'est pas suffisant au maintien d'un résultat prolongé.

Nous ne sommes pas persuadés que sa non réalisation en cas de gestes associés altère forcément la qualité du résultat fonctionnel, (ce qui laisserait à penser que la seule correction de la rétroversion, par un moyen approprié, suffit). Quoi qu'il en soit si le paramètre est déchiré ce geste paraît parfaitement logique.

2) Action sur les utéro-sacrés et le cul-de-sac de Douglas .

Plicature des utéro-sacrés dans le plan transversal, en V à points séparés ou en X, à la face postérieure de l'isthme , à la façon de THOYER-ROZAT.

Il ne faut pas se contenter d'une prise sérieuse superficielle mais charger largement les faux ligamentaires sous péritonéales, en ayant constamment sous les yeux l'uretère pelvien et en restant à distance du rectum. La manoeuvre est facilitée par la traction vers le haut et le côté opposé de l'utérus qui fait saillir le ligament et l'éloigne de la paroi pelvienne latérale, même dans les cas où la distension est importante.

On peut également surfiler au fil non résorbable le bord supérieur des ligaments utéro-sacrés, créant, une sorte de bourse en V qui rapproche l'isthme de la face antérieure du rectum, mais cette manoeuvre oblige, de même que la solidarisation par affrontement longitudinal direct des 2 ligaments,/.....

..... à veiller à ne pas laisser aucun orifice ~~ou~~ une anse pourrait s'étrangler, et à fermer les 2 couloirs ligamento-recto-sacrés. Le risque d'un point perforant la face antérieure du rectosigmoïde est réel. Dans les cas où les reliefs ligamentaires sont à peine visibles, il est loisible de les sectionner à la face postérieure de l'isthme sur une hauteur suffisante d'au moins 2 cm., puis de les suturer en les entrecroisant à la face postérieure du Torus, le plus haut possible, ce qui exerce un effet d'accourcissement et remet en tension postérieure le point fixe cervico-isthmique. Ce geste aurait pour certains l'avantage (mais avec moins d'efficacité que par la voie basse) de sectionner les voies de la sensibilité neuro-végétative interoceptive genito-sacrée, dont la majorité des fibres afférentes emprunteraient le trajet de ces ligaments. Mais on peut aussi se demander si l'on ne risque pas de créer des perturbations dans l'innervation neuro-végétative motrice ou vaso-motrice des autres viscères pelviens?

Nous n'avons jamais utilisé la technique de SCHIRODKAR, 2ème manière ni oser transposer l'extrémité utérine de ces ligaments en avant du col à travers une brèche du ligament large, en raison de la crainte d'une compression des vaisseaux des pédicules utérins. Cependant une telle technique serait concevable, si on la met en parallèle avec celle de BALDY, DARTIGUES qui pratiquait une telle hystéropexie postérieure indirecte par cette même voie transparamétriale, au moyen des ligaments ronds.

Chez certaines femmes on ne trouve pratiquement plus trace des utéro-sacrés sous le péritoine, même en traitant l'utérus fortement hors du ventre. Les limites de la fosse Douglassienne se confondent avec celles des culs-de-sac de WALDEYER. L'importance de la laxité verticale utérine peut alors justifier surtout en cas d'ébauche de prolapsus chez la femme jeune, un deuxième temps par voie vaginale de section-transposition des utéro-sacrés en avant de l'isthme et raccourcissement du Douglas selon la technique de SCHIRODKAR,...

MAGENDIE DELLAPIANE ou à la rigueur effectuer une opération de PIANA. Il est intéressant de noter que l'on trouve à peu près toujours des reliefs ligamentaires par voie basse alors qu'ils peuvent avoir disparus par voie haute.

La profondeur anormale de la chausse-trappe Douglassienne ne doit jamais être négligée, car la cure de la rétrodéviation approfondit la fosse pelvienne et expose à l'élytrocèle secondaire, opprobre des hystéropexies. Il faut donc fermer " la chambre à louer" de MERGER. On peut l'exclure par cloisonnement à la MARION que nous continuons à utiliser volontiers, par une seule bourse étagée ou plusieurs bourses superposées en prenant au passage le ligament large et son péritoine, ce qui réalise la cure selon MASTERS. L'essentiel est que le cloisonnement soit étanche, car il existe un risque d'occlusion par incarceration. Certains comme ROBERT nie toute efficacité à ce geste en raison de la plasticité du péritoine. Il fait remarquer que cette technique n'est qu'une solution théorique à un problème mal posé. En effet, pour cet auteur, le point déclive de la fosse pelvienne n'est pas le fond de Douglas, mais la face antérieure de l'ampoule rectale. Cependant, il nous semble loisible de prendre comme point départ ce point déclive péritonéal et d'exclure l'entonnoir recto-vaginal avec précaution et de façon étanche, car le danger d'occlusion aiguë par strangulation d'une anse grêle dans une faille n'est pas une vue de l'esprit. On peut également utiliser la technique d'exclusion anatomique de BRET et BARDIAUX (1965) (13) ou resequer purement et simplement la fosse de la masse séreuse par la Douglasectomie de JAMAIN et LETESSIER - CREPIN (1962) (25) , ce qui aurait l'avantage d'extirper un péritoine malade; là encore la reconstitution au passage des paramètres est facile. Cependant ce procédé même aidé par une hydrodissection préalable au serum ou à la xylocaïne nous paraissent réserver à la compétence du chirurgien chevronné, car ils ne sont pas faciles à exécuter, ..

...ils comportent des risques (lésion urétérale ou rectale) et des complications : (hémato-cèle sous péritonéal, phénomène inflammatoire, cicatrice retractile fixant la région cervico-isthmique trop en arrière, entraînant une dyspareunia post-opératoire par défaut d'amplication du cul-de-sac vaginal postérieur).

L'aspect du pelvis après suture d'une Douglassectomie typique est très satisfaisant : l'utérus est parfaitement maintenu redressé par l'adossement des 2 feuillets péritonéaux, prérectal et rétro-isthmique. Un véritable plancher péritonéal se trouve reconstitué, soutenant efficacement les annexes.

Enfin l'on a recréé une charnière "d'articule" au niveau de la face postérieure de l'isthme avec un col traité en haut et en arrière, une bonne prophylaxie de l'élytro-cèle secondaire, ainsi qu'une mobilité physiologique du corps sur le col.

Cette technique a surtout l'avantage d'exposer le fond du bassin, et de mettre bien en évidence uretères, vaisseaux utérins face postérieure des paramètres et partie supérieure des utéro-sacrés. On peut donc agir de façon claire, sans geste aveugle et reconstituer un plancher péritonéal très solide, soutenu par une adhérence recto-vaginale.

C'est donc une belle opération, mais à ne pas mettre entre toutes mains.

L'exclusion sans résection de BRET et BARDIAUX, de technique plus facile comporte cependant un risque d'étranglement du rectum en arrière si on ne soigne pas bien sur la suture.

La suspension de l'isthme au disque lombo-sacré (HUGUIER AMELIN E GERBONNET) a peu d'indication pour nous en milieu africain, l'utérus n'étant plus fait pour être ligoté en arrière au saillant vertébral que pour être rattaché en avant à la paroi abdominale.

On en connaît les inconvénients :

- excès de correction avec extension vaginale et stase fécale
- incontinence d'urine
- ~~- hystéropexies~~
- spondylodiscite, voire une occlusion mécanique à travers la brèche

du nécligement. Si elle était utilisée, il faudrait que la femme accepte le principe, d'une stérilisation. En cas de prolapsus associé surtout chez la femme jeune, nous préférons et de loin la voie basse.

III .- REFECTION DU SYSTEME DIRECTIONNEL ANTERIEUR ET OPERATION DE SUSPENSION

On connaît assez la mauvaise réputation des fixations directes pariétales antérieures, ^{isthmique} ou corporéales pour ne pas y insister.

Bien que vivement critiquées, les hystéropexies indirectes par ligamentopexies antérieures peuvent cependant prétendre satisfaire 2 visées, orienter et suspendre, à condition qu'une autre opération assure parfaitement, soit la suspension soit l'orientation, par voie haute ou basse. En effet, elle ne corrige pas la rétroposition cervicale et laisse une béance pelvienne qui finira par forcer l'éventuel orifice de MEIGS. Temps complémentaire systématique, c'est pour nous un geste d'importance capitale, car nous pensons que le rôle des ligaments ronds a été beaucoup trop négligé.

Rejettant l'opération ancêtre de DOLERIS (1848) , on peut le faire selon le procédé de PELLANDA POLLOSSON (1921) avec réglage soigneux de la tension séparée de chaque rond, ou la variante de BOMPART (1950) par voie médiane.

Nous préférons la plicature intrapéritonéale des ligaments ronds en Z, sans section (variante du procédé de MOCQUOT) pour ne pas altérer la vascularisation et la tropicité de ces haubans. Chez les femmes non susceptibles de grossesse ultérieure on peut associer une plastie péritonéale à la PESTALCZZA .).

Cette ligamentopexie indirecte sans section ligamentaire associée à la refixation postérieure cervico-isthmique et au comblement exclusion du Douglas nous semble très efficace pour renforcer la statique utérine. Les auteurs lyonnais estiment qu'elle est suffisante. En fait si elle corrige la rétroversion, elle ne fait pas forcément disparaître les troubles fonctionnels. Elle a par ailleurs d'autres avantages: celui d'éviter de laisser un utérus mobile au-dessus d'un Douglas dépoli et inflammatoire dans lequel l'organe pourrait tomber, et se fixer par des adhérences.

Dans notre pratique elle a quasi toujours été associée en raison de la fréquence de séquelles de salpingite, de pelviopéritonite adhésive voire d'endométriose, d'hématocèle ou de bilharziose.

Conséquences théoriques obstétricales des hystéropexies. L'évolution de la grossesse normale et l'accouchement eutocique nécessitent certaines conditions anatomo-physiologiques (BRET et BARDIAUX).

- Liberté et facilité d'expansion homogène de l'utérus,
- Relative indépendance des deux segments : corporéal (chambre de chasse) et segmentaire (chambre d'expansion).

Le respect des lois d'accommodations et de progression intrapelvienne, avec liberté de rétraction et d'involution. Il faut donc ne jamais perdre de vue que la femme a un mari et qu'elle doit avoir des enfants.

Il est théoriquement concevable :

- que la fixation utérine, même indirecte puisse engendrer des présentations vicieuses (oblique, transversale, épaule irréductible) surtout après pexie directe et /ou PESTALOZZA.

- Les ligamentopexies pourraient exposer (beaucoup plus rarement que l'isthmopexie antérieure) à des défauts d'engagement et des dystocies cervico-corporéales.

- Les pexies directes ne semblent pas, selon l'avis de leurs promoteurs, gêner la grossesse et l'accouchement par les voies naturelles.

Cependant, le prolapsus peut se reconstituer (s'il existait) de même que la désinsertion.

Dans notre expérience, chez les femmes opérées, la dystocie est exceptionnelle, l'accouchement se déroule sans difficultés . Le pourcentage de récurrences (impossible à chiffrer) ne nous semble pas élevé .

IV./- GESTES ASSOCIES (FACULTATIFS)

COTTE avait proposé la section du nerf pré-sacré en cas de dysmenorrhée importante ou de névralgie essentielle .

PALMER et DUMONT (35) en sont également partisans(23)

L'un de nous n'a pas constaté un bénéfice évident de cette neurotomie et l'a pratiquement exclue de sa pratique après avoir constaté les échecs d'autres confrères.

Quelques cas ont bénéficié d'un geste d'enfouissement plicature d'une varicocèle infundibulo-pelvienne excessive ; nous ne sommes pas non plus persuadés de l'utilité de ce geste. L'ovariopexie, pour éviter le prolapsus des gonades ne trouve plus d'indication en cas de Douglassectomie ou de ses dérivés (BRET et BARDIAUX, MARION)

La vesicofixation haute à la façon de WERTH HALBAN n'a été pratiquée qu'en cas de cystocèle associée, indépendamment de toute incontinence. A condition d'utiliser 3 ou 4 anses de catgut, elle nous semble solide, efficace et durable, et sans incidence sur les grossesses ultérieures.

Nous ne l'avons jamais utilisé dans un but d'hystéropexie indirecte, car elle ne corrige nullement la rétrodéviation cervicale.

Quant à la plastie péritonéale vesico-utérine de PESTALOZZA que nous avons longtemps employée, nous considérons actuellement qu'elle constitue surtout un bon geste de péritonisation, nous ne l'employons plus chez la femme jeune, car elle peut avoir des incidences néfastes gravidiques.

Signalons au passage quelques gestes occasionnels :

- la résection cunéiforme et la laparotomie ovarienne pour ovarose sclérokystique a été peu utilisée. Nous préférons un geste :

- d'ignipuncture de microkystes ovariens

- l'infiltration novocaïnique des hiles des ovaires associés à l'ovariopexie et ou à l'ovariotaxie.

Tous ces gestes de revision visent finalement à restaurer l'appareil génital dans son intégrité et sa statique.

Ils ont pu comporter à la demande : salpingo-ovarolyse annexectomie, cure de stérilité, appendicectomie, myomectomie, excision de foyers endométriosiques, lyse du Douglas.

TABLEAU n°VI.- GESTES CHIRURGICAUX ASSOCIES LEUR FREQUENCE

GESTES CHIRURGICAUX ASSOCIES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGES
APPENDICECTOMIE	38	100
KYSTECTOMIE	8	21,62
MYOMECTOMIE	5	13,51
SALPINGECTOMIE	2	5,40
IGNIPECTURE	18	48,64
PLASTIE TUBAIRE OU OVAROLYSE ou SALPINGO-OVAROLYSE	10	27,02
//////	//////	//////

...../...

V. - LA STERILISATION TUBAIRE

A été recommandée par de nombreux auteurs pour pallier le risque de récurrence en cas de nouvelle grossesse.

Cette attitude est impensable en milieu africain où la Maternité répétée est l'élément capital de la vie traditionnelle familiale, qui commence souvent en milieu rural, dès la puberté installée.

D'après l'étude de nos résultats nous pensons que si la réparation anatomique a été correcte, une nouvelle grossesse avec accouchement par les voies naturelles ou beaucoup plus rarement une césarienne prophylactique pourrait facilement être acceptée, sans être forcément source de récurrences.

Dans notre pratique nous l'avons rarement pratiquée, et uniquement chez les multipares, avec un prolapsus génital notable, associée à une désinsertion sévère et difficile à réparer, ou en cas d'utérus cicatriciel fragilisé.

-L'hystérectomie non signalée dans ce travail (de préférence totale et aussi conservatrice que possible des annexes n'a été effectuée que de nécessité, en raison de l'intensité des lésions associées ou séquellaires (post infectieuses essentiellement) et plus rarement endométriosiques. En effet les séquelles d'annexite sont d'une grande banalité compte tenu des multiples causes d'infection génitale en milieu africain, sans oublier le rôle de la bilharziose urogénitale. Il est rare dans ces conditions que l'on puisse ^{l'effectuer} par voie vaginale. La technique d'ALDRIDGE: intrafasciale, à notre préférence de façon à conserver un anneau cellulo-fibreux d'amarrage au dôme vaginal, que nous suspendons systématiquement aux ligaments ronds solidement solidarisés sur la ligne médiane. Ce geste nous paraît à l'expérience, comme la meilleure prophylaxie du prolapsus génital secondaire mais la chirurgie mutilante a été exceptionnelle dans notre pratique.

En cas de prolapsus antérieur cysto-urethral avec ou sans I.U.E.O. , un temps complémentaire périnéal est toujours indiqué, éventuellement associé à un SCHRODKAR pour refaire une filière vulvo-périnéale correcte chez une femme jeune. Il est probable qu'un bon périnée complète efficacement la reconstitution par voie haute de la fixité du bloc isthmo-cervico-vaginal surtout en cas de vagino-fixation améliorée.

Une plicature sous urethrale de MARION ou un MARSHALL MARCHETTI règle souvent le problème d'une I U E O. à condition de l'épauler sur une solide colporrhaphie antérieure et postérieure empêchant le col vésical de sortir de l'enceinte manométrique abdominale. Deux malades ont bénéficié d'une opération plastique de BERKOV.

Enfin chez quelques femmes, certains traitements complémentaires pourront améliorer ou consolider les effets de la (cure de lésions cervicales chroniques, de séquelles inflammatoires ou d'endométriose active).

Finalement face à la multiplicité des techniques chirurgicales (plus de 125) donc aucune n'a fait l'unanimité il faut un choix raisonné en sachant que s'il est essentiel d'essayer d'adapter ce traitement aux lésions ligamentaires et aux lésions associées, il n'est pas possible pour l'instant de préciser l'indication en fonction de chaque cas particulier.

Voici l'attitude que nous avons adoptée personnellement .

La voie d'abord a été pratiquement toujours la médiane sous ombilicale. Une incision de PFANNENSTIEL ne donnant pas toujours un bon jour sur le pelvis, encore qu'on puisse l'améliorer par la désinsertion des droits de CHERNEY-BASTIEN (de MEAUX)

Les autres voies ont découlé de l'incertitude du diagnostic (appendicite, ovarite).

L'intervention est ensuite conduite en trendelenbourg léger et protection péritonéale soigneuse.

Premier temps : Reconnaissance de tous les éléments macroscopiques du syndrome typique et recherche^{des} lésions latentes et/ ou associées. Exposition de la face postérieure de chaque ligament large. S'il existe une brèche fibro-séreuse, on en repère les limites, on l'agrandit, puis on avive latéralement ses 2 berges.

Après suture sous tension des 2 moignons profonds du fascio-callulo-fibreux, en évitant veines et uretères, on coud le péritoine au fil non resorbable si possible en le retendant. Remis en tension, l'utérus redevient tonique, bien centré dans le pelvis avec une suspension élastique appréciée par l'épreuve de la balle dans la main, et l'on constate une disparition quasi-immédiate des troubles circulaires, statiques et ptosiques. Ce geste de refection directe des paramètres n'est cependant pas systématique. Il peut ne constituer qu'un temps particulier, au passage, lors d'un cloisonnement remontant très haut à la ROUX, ou d'une Douglassectomie.

Deuxième temps : Devant la profondeur excessive habituelle du Dougais, la distension ligamentaire des ronds et / ou la désinsertion des utéro-sacrés, nous associons systématiquement une triple opération, mais de technique souple et nuancée, visant à corriger chacune de ces lésions.

Il s'agit dans l'ordre :

- d'une hystéropexie indirecte antérieure par raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds sans section (PESTALOZZA seulement chez la femme âgée ou stérile), plus rarement, technique de BOMPART .

- de la plicature des utéro-sacrés (THOYER-ROZAT) remplacée éventuellement par :

- . raccourcissement par surfilage
- ; ou section réinsertion isthmique.

- Un cloisonnement exclusion du Douglas à la MARION éventuellement remplacé en cas de fosse abyssale, de congestion intense et d'une disparition des utéro-sacrés par une Douglasstomie ou la technique de BRET et BARDIAUX.

La Douglassectomie nous semble avoir l'avantage d'une exclusion du péritoine et du tissu cellulaire sous péritonéal malade avec au passage réparation de la déchirure ligamentaire des ligaments larges (nous n'avons pas la possibilité de faire examiner nos prélèvements histologiques).

Quelques rares malades, atteintes de prolapsus associés, ont bénéficié d'une opération de SCHIRODKAR par voie basse mais pas de façon délibérée.

On peut se demander s'il ne serait pas possible de plicaturer les paramètres en avant du col à la façon de CAMPBELL par voie haute, après dissection vesico-cervico-vaginale ??

Après de nombreuses années de pratique Outre Mer (1ère publication en 1964) nous nous sommes arrêté à cette triple opération par voie haute qui nous paraît simple et peut être la moins dangereuse quant à l'évolution d'une éventuelle grossesse et du risque de recidive ultérieure. Bien que disposant d'un nombre important d'observations africaines (que nous n'avons jamais publiées en statistique intégrale faute de recul suffisant), nous ne pouvons bien entendu, établir, la valeur comparative de tel ou tel procédé. Mais en accord avec l'évolution des idées actuelles, il ne nous semble pas que l'on puisse faire confiance à la seule refection des paramètres, seule valable à notre sens pour un utérus encore en anteversion normale.

Chez toutes nos malades, avec ces techniques " souples et manœuvrées " la suspension cervico-isthmique et la réorientation utérine était excellentes en fin d'intervention, avec une correction efficace de tous les autres troubles macroscopiques, et en particulier la stase phlébo-lymphatique, l'oblitération du cul-de-sac de Douglas reconstituant un bon plancher de soutènement aux annexes.

Deux cas restent toujours pour nous particuliers :

- découverte fortuite de déchirure ou d'élongation sans antécédents précis. Il semble logique, dans ces cas, le geste étant simple, de reconstituer préventivement l'anatomie normale.

- A l'inverse, clinique parlante sans support anatomique décelable à l'évidence. A cryptodéchirure, attacher une grande valeur à la stase veineuse et à l'hypermobilité utérine et franchir délibérément la séreuse pour explorer les paramètres et les réparer le cas échéant. La section réinsertion des utéro-sacrés pourrait être envisagée à titre antalgique dans ces cas (?). Dans le même temps ou dans un deuxième temps par voie basse. Pour certains, seule la voie basse semble indiquée.

Cependant, les bases de cette intervention nous paraissent trop théoriques et ses promoteurs reconnaissent eux-mêmes que ses effets antalgiques sont inconstants et qu'il faudrait, en cas d'échec repasser par voie haute. Enfin la section réinsertion latérale des utéro-sacrés et plus ou moins des paramètres paraît illogique si l'on admet que tôt ou tard, en l'absence de rétrodéviation initiale, les ligaments ronds se laisseront distendre.

L'intervention de SCHIRODKAR semble alors plus indiquée pour assurer la prévention du trouble statique ultérieur; aucune innovation, dans ce domaine, ne nous paraît pour l'instant justifiée hormis, peut être, la benignité relative d'une telle intervention.

Au terme de cette étude thérapeutique nous sommes bien conscient que notre choix technique même s'il s'efforce de s'adapter au bilan des lésions ligamentaires et des atteintes associées (qui peuvent rendre impossible l'affirmation des résultats post-opératoire), est parfaitement discutable et encore trop empreint de suspectivité. Il donnera peut être l'impression d'une sorte de "bricolage" chirurgical, de remise en état en quelques sorte de l'appareil génital. Cette attitude ne s'aurait être blâmée, elle traduit la nette tendance conservatrice de la chirurgie gynécologique actuelle.

TABLEAU n°7. - LES TECHNIQUES OPERATOIRES ET LEURS DIFFERENTES ASSOCIATIONS
LEUR FREQUENCE. -

TECHNIQUES ET LEURS ASSOCIATIONS	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGES
- MOCQUOT	11	29,72
- MOCQUOT + PESTALOZZA	2	5,40
- MOCQUOT + MASTERS-ALLEN	5	13,51
- MARION + MASTERS - ALLEN	1	2,70
- MOCQUOT + MARION	1	2,70
- MOCQUOT + MARION + THOYER-ROZAT	6	16,21
- MOCQUOT + THOYER-ROZAT + MASTERS-ALLEN	2	5,40
- MOCQUOT + MARON + MASTERS - ALLEN	1	2,70
- MOCQUOT + THOYER -ROZAT + JAMAINETESSIER	1	2,70
MOCQUOT + MARION + PESTALOZZA + MASTERS-ALLEN	1	2,70
- MOCQUOT + THOYER -ROZAT + MARION + MASTERS-ALLEN	3	8,10
- MOCQUOT + PESTALOZZA + THOYER-ROZAT + MASTERS-ALLEN	1	2,70
- MOCQUOT + MARION + PESTALOZZA + THOYER-ROZAT + MASTERS- ALLEN	1	2,70
MARION	1	2,70

R E S U L T A T S

TABLEAU n°9.- VOICI NOS RESULTATS GLOBAUX

QUALITES DES RESULTATS	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGES
RESULTATS TRES BONS	6	15,21
RESULTATS BONS	28	75,67
RESULTATS PASSABLES	1	2,70
RESULTATS MAUVAIS	0	0
RECUl INSUFFISANT	2	5,40

Nous avons classé nos résultats comme suite :

1°) Très bons :

a) Sur le plan fonctionnel

- Pelvis indolent
- Eupareunie
- Disparition des lombalgies
- Comportement transformé

b) Sur le plan anatomique

Excellence de la suspension , du soutènement et de l'orientation sans préjuger du devenir à long terme de ce résultat.

2°) Bons

- Résultat anatomique correct. Persistance
- Persistance de quelques lombalgies et/ou d'une dysmenorrhée

Nous n'avons pas tenu compte dans cette cotation de l'éventualité d'une grossesse menée à terme et terminée sans problème.

3°) Passables

- Rétrodéviation insuffisamment corrigée.
- Amélioration seulement modérée de l'ensemble des troubles fonctionnels .

De l'étude de ce tableau . . . ressort :

- L'absence de mortalité
- Une morbidité très faible représentée dans un cas par un abcès de paroi et par une relative fréquence des granulomes superficiels sur fil mal toléré.
- Qualité du résultat fonctionnel.

92 % de nos malades ont tiré un bénéfice évident de l'intervention .

Une seule a un résultat passable caractérisé par la persistance de lombalgies et de dyspareunie cependant nettement atténuées. Il s'agit donc d'une chirurgie bénigne même en tenant compte des gestes complémentaires effectués sur les lésions associées.

- Qualité du résultat anatomique, apprécié par la fixité du col, la correction du ^{trouble} statique utérin et l'indolence aux manoeuvres de translations cervicales, il est dans la majorité des cas bon ou très bon. Aucune de nos patientes n'a présenté une correction insuffisante de la rétroversion utérine.

Au terme de plus de 20 années d'activité chirurgicale gynécologique en pays francophones africains de l'Ouest et du Centre nous avons observé plus de 450 syndrômes de MASTERS et D'ALLEN (considérés comme authentiques sur les critères précédemment énoncés ;

265 environ de ces femmes ont été opérées) et on permis de fructueuses confrontations anatomo-cliniques. C'est dire que compte tenu des conditions de la pratique obstétricale outre-mer (qui a heureusement évolué par rapport au niveau du standing médico-obstétrical que nous avons connu lors de nos premiers séjours), le syndrome d'entorse grave du joint universel cervico-isth-mique est fréquent; mise à part une publication en 1964, nous nous sommes toujours refusés à un travail de catamnèse, car notre dromomanie professionnelle ne nous a pas permis une appréciation objective et chiffrée à long terme, le maximum du suivi des malades, à l'exception de quelques cas, ne dépassant pas 36 mois.

...../.....

Cependant , l'analyse de nos dossiers et des résultats obtenus, parmi lesquels ne figurent que de rares cas côtés mauvais ou médiocres, nous autorise à formuler une impression globale favorable. Nous nous garderons bien de parler " d'excellence" en ce domaine car nul n'ignore l'effet placebo du geste chirurgical sur les composantes psychologiques^{de nos patientes}, encore qu'en milieu africain, surtout rural, on ne puisse considérer ces composantes avec la même perspective qu'en Europe. Donc, dans l'ensemble, un effet objectif bénéfique du traitement chirurgical, à condition de ne pas élargir les indications à des " algies essentielles", mal étiquetées et de tenir compte des lésions associées , fréquentes en pathologie gynécologique africaine.

Faute de recul suffisant pour pouvoir parler de succès prolongé, on peut tout de même considérer comme positive, l'amélioration subjective importante, voire la guérison d'un grand nombre de ces femmes opérées, souffrant souvent de façon intolérable depuis des années, en dépit d'une multitude de thérapeutiques symptomatiques diverses, aboutissant à un investissement financier considérable, à des accidents thérapeutiques iatrogènes, et à une régression psychologique dont on imagine aisément le retentissement néfaste sur la cellule conjugale en milieu traditionnel. Beaucoup de ces femmes étaient découragées, déprimées, inaptées à l'effort considérant que leur sexe était devenu " mauvais" et sollicitant parfois de ce fait, un geste radical pour les délivrer enfin de leur infirmité. Au prix d'une indication prudente et bien pesée, d'une technique simple, à la portée d'un chirurgien non spécialiste, en même en reconnaissant l'effet " Tôtém" éventuel du Bistouri, le pourcentage de bons résultats est finalement appréciable. Certes il est possible que les choses se dégradent avec le temps, bien que ce soit pas notre conviction, quoi qu'il en soit, le soulagement apporté à ces malades est souvent spectaculaire et transforme leur existence: n'est ce pas là l'essentiel et la meilleure récompense de l'attitude du médecin toujours soucieux de mieux cerner ces troubles et de mieux codifier quand cela est possible, ses indications.

Il ne faut donc pas adopter à l'égard de ces femmes, pour lesquelles le chirurgien représente souvent le dernier recours, une attitude systématique de rejet, voire de suspicion sous prétextes de ne pas parvenir à fournir une explication nette aux douleurs de la femme et surtout à sa façon personnelle de souffrir, qui l'amène à persévérer dans sa quête d'un mieux être.

Si le bilan lésionnel a été précis, le traitement adapté, il n'y a pas de raison à priori, comme certains l'ont prétendu VALETTE et KELLER (26) que ce résultat se dégrade, en faisant bien entendu la part d'autres facteurs dorigènes indépendant de la sphère génitale, particulièrement les colopathies et les troubles dysondocriniens ovariens.

Bien sûr, il y aura toujours des cas difficiles à délimiter, en raison des inconnues ou des incertitudes pathogéniques qui persistent. La femme doit être discrètement informée de la possibilité d'un échec faute de pouvoir affirmer qu'une intervention chirurgicale sera toujours bénéfique, et que le résultat en sera durable, en raison de la médiocre valeur des lames cellulo-conjonctives réparées, qui peuvent à nouveau se déchirer, sollicitées par la profondeur d'un Douglas non oblitéré ou par un nouveau traumatisme obstétrical.

La tactique que nous avons adoptée, relativement simple et nuancée, nous donne l'impression qu'il s'agit d'une bonne opération et qu'avec un geste purement orthopédique et conservateur nous avons effectivement guéri à Bamako (36) malades sur (37) opérées sur un total de 80 observations soit 46,25 % d'opérées.

Nous sommes persuadés que la qualité de ces résultats est imputable aux soins apportés à la réfection de la statique utérine, dans son ensemble. D'autre part, en milieu africain, un point d'importance capitale est l'avenir obstétrical de ces femmes, qui, ne souffrant plus et ayant oublié les conséquences parfois prolongées du traumatisme obstétrical responsable de leurs anciens troubles, ne demandent qu'à mener à bien de nouvelles grossesses.

Nous avons eu l'occasion à ce sujet, de suivre un certain nombre d'anciennes opérées, enceintes, et d'observer que l'accouchement s'est effectué normalement par les voies naturelles. Il nous est impossible, faute d'un suivi suffisant d'estimer même grossièrement, le pourcentage de récurrences.

Bien entendu il ne faut pas tomber dans l'excès inverse et étiquetter syndrome de MASTERS et ALLEN toutes les rétrodéviations utérines et toutes les algies pelviennes essentielles.

Les difficultés viennent surtout des formes atypiques ou des associations pathologiques.

Sur le plan thérapeutique :

Modération dans l'indication opératoire.

Ajustement des techniques aux lésions anatomiques comme il est la règle en chirurgie gynécologique.

En opérant les cas qui le méritent, en réparant ce qui doit l'être (et pour nous toujours par voie haute en l'absence de prolapsus associé) avec des techniques simples, éprouvées et non dangereuses, et se méfiant des attitudes dogmatiques, il est certain que la reconstitution des moyens de fixité cervico-utérines rompus, la remise en position physiologique du viscère, donnent satisfaction sur le plan subjectif et statique.

En milieu africain plus qu'ailleurs peut être il faut se montrer extrêmement respectueux de l'appareil génital chez la femme jeune, soucieuse de maternité. Les gestes radicaux facilement appliqués par ignorance ou par excès de simplification n'ont qu'une place minime. Il s'agit non seulement de supprimer les douleurs, mais surtout de conserver la féminité et la fécondité.

Si le chirurgien sait limiter sa tendance à certaines modes chirurgicales récentes, s'il sait appliquer une technique simple et nuancée aux lésions de chaque malade, il sera récompensé par la qualité des résultats post-opératoires qui feront que la patiente pourra reprendre son métier de femme.

Puisse la reconnaissance des rétroversions libres acquises post-puerpérales douloureuses par désinsertions utérines être plus fréquemment reconnues chez les femmes jeunes, afin d'éviter des fautes diagnostiques et thérapeutiques diverses, notamment des interventions mutilantes pour des phénomènes purement algiques et fonctionnels, le plus souvent curables par un geste simple. Ce qui exige une obstination certaine dans l'enquête étiologique, tant à l'étape clinique et paraclinique qu'à la phase d'exploration chirurgicale.

Nous ne pensons pas que en dehors du cas de la grande multipare que la stérilisation tubaire ou la césarienne prophylactique doivent être systématiques comme certains l'ont prôné. Il conviendra toutefois que de telles femmes soient particulièrement surveillées, et leurs accouchements contrôlés en milieu obstétrical spécialisé.

Nous avons observé un certain nombre d'échecs ou de mauvais résultats beaucoup s'expliquent par une insuffisance de bilan anatomique, l'existence méconnue ou non traitée d'une lésion organique associée ou une mauvaise indication de chirurgie conservatrice: là où il aurait fallu un geste d'excrèse quant au terrain névropathique, nous avons vu qu'il fallait en milieu africain, ne pas lui accorder plus d'importance qu'il ne le mérite.

C O N C L U S I O N

1°) Faut-il, dans le cadre des dislocations du T.C.C.P.S.P., conserver son autonomie au syndrome de MASTERS et ALLEN ?

Pour nous la réponse est affirmative, dans les cas typiques et complets, réunissant l'ensemble des critères étiologiques, fonctionnels et anatomopathologiques, mais en insistant bien une fois de plus, sur le fait que la lésion séreuse de la face postérieure du ou des ligaments larges n'a qu'une signification très contingente.

- La correction statique obtenue par les différents procédés déjà vus, suffit le plus souvent à faire disparaître les douleurs sans que l'on puisse préciser le rôle pathogène des différents facteurs, depuis longtemps invoqués, et mis tour à tour prioritairement en avant, tout au long des travaux historiques. Il n'existe encore aucune explication valable pour les 15 à 30 % de rétroversions avec col désinséré, cliniquement asymptomatiques. Cette absence de parallélisme anatomo-clinique n'est pas le trait le moins original de ce syndrome.

Dans un certain nombre d'observations, on découvre des lésions organiques associées, qui ont certainement une part de responsabilité algogène, et dont la fréquence, sinon la banalité, empêche d'affirmer qu'une intervention projetée (et facilement acceptée) sera bénéfique.

On retrouve le cadre de la névralgie pelvienne ~~essenti~~elle lorsqu'il s'agit de cryptodéchirure, lorsque manquent certains critères étiologiques ou cliniques fondamentaux, qu'il n'y a pas de trouble statique utérin ou que le tableau semble devoir être rattaché à des lésions associées que seule une enquête étiologique approfondie peut déceler (myome, trouble circulatoire, infection, dystrophie, endométriose....) il s'agit là des formes intriquées ou atypiques.

Il n'y a pas de relation obligatoire de cause à effet entre la dilacération ligamentaire dont le degré de gravité peut être très variable, et les phénomènes douloureux qui en sont la conséquence. Et c'est bien là que git toute la difficulté, source de multiples discussions pathogéniques.

Enfin il existe des cas latents, véritable maladie inapparente: déchirure inattendue des ligaments larges et élongation des utéro-sacrés découvertes à l'occasion d'une intervention pelvienne. Il est possible que la stase et l'irritation sympathique soient secondaires à la lésion traumatique ou à une dystrophie constitutionnelle aggravée.

A l'opposé, dans des cas en apparence cliniquement typiques on ne trouve pas de lésions franches: seulement un certain degré isolé d'élongation plus ou moins évidente de la charpente fibro-musculaire du connectif para et parfois rétro-utérin. Faute de lésions macroscopiquement évidentes il faudrait accepter la logique d'une dissection poussée des paramètres et explorer les utéro-sacrés, ce qui est difficile et dangereux.

Il est possible que dans ces cas, une intervention ultérieure par voie basse soit utile ?

Nous ne voyons pas pour l'instant d'avantage à tenter d'individualiser, comme certains auteurs s'y sont essayés récemment, deux portes de syndrômes d'instabilité ou de laxité chronique cervico-utérine.

1.- Un syndrome haut ou total, caractérisé par la rétrodéviatation associée liée à l'élongation des fonds et qui définirait le vrai syndrome décrit initialement par MASTERS et ALLEN.

2.- Un syndrome bas ou segmentaire cervico-isthmique, où la tonicité encore conservée du système directionnel antérieur empêcherait temporairement la rétrodéviatation. Ce syndrome de dislocation focalisé de SERMENT et collaborateurs serait caractérisé par la mobilité excessive et dyspareuniante du col utérin. Mais ces auteurs admettent que tôt ou tard les ronds se laisseront distendre, l'installation d'un vrai syndrome de MASTERS et ALLEN ne serait donc qu'une question de temps.

En plus, pour ces auteurs, leur syndrome de désinsertion basse justifierait une intervention par voie ^{vaginale} type SCHIRODKAR ou PIANA ce qui nous semble très discutable car pour que le col soit véritablement en joint universel, en bouée flottante la seule atteinte postérieure ligamentaire ne semble pas suffir.

En fait la description magistrale des auteurs anglo-saxons contient en filigrane tous les éléments du puzzle lésionnel, de topographie et d'intensité variables et de leurs conséquences fonctionnelles, même si ces auteurs, qui doivent à notre avis, et en toute justice, conserver la paternité de ce syndrome, n'en ont pas épuisé, dans leur travail princeps, tous les aspects multiples et déroutants. On peut admettre, dans une perspective synchrétique, comme a tenté de le faire l'école de Tours, qu'il n'y a pas un mois des syndromes de MASTERS et ALLEN, à l'instar des prolapsus.

Nous pensons que cette perspective est peut être un des moyens de mettre un terme à ces discussions pathogéniques renouvelées, mais dont les implications thérapeutiques qui en découlent peuvent ne pas être négligeables.

2°) Problème de diagnostic : la réalité et la fréquence du syndrome de MASTERS et ALLEN étant indiscutables il faut y penser systématiquement devant toute consultante de gynécologie qui souffre, notamment au coït, et éplucher l'interrogatoire. Faute de diagnostic exact, ces malades sont vouées à faire la fortune ou plus souvent encore la mauvaise réputation des multiples traitements qui leurs sont proposés de service en service, quand elles n'aboutissent pas au psychiatre ou sur la table d'un chirurgien au geste radical qui les débarrasse enfin de leur calvaire.

Dans les cas de diagnostic difficile, discutable ou discordant car le même tableau clinique peuvent être observé dans des rétroversions primaires ou secondairement acquises, inflammatoires, infectieuses ou endométriosiques...) et où la réparation anatomique améliore d'ailleurs les troubles menstruels et peut éviter des hormones inutiles, le problème n°1 est celui de la légitimité de l'intervention.

Pour la justifier il n'est malheureusement pas possible de toujours pourvoir compter sur les investigations complémentaires, statiques ou dynamiques.

C'est donc une affaire de bon sens et d'expérience en se méfiant de 2 éléments :

1°) Faire la part trop belle aux algies dites essentielles, qui ne sont en fait que l'expression de notre ignorance.

2°) Etendre abusivement les indications, menant à une nouvelle furia opératoire, qui ne manquerait pas d'être rapidement discréditante.

3°) Sur le plan anatomique, la seule évolution des idées qui nous paraissent dignes d'intérêt est celle qui concerne la structure et les fonctions complexes du T C C P S P (ce n'est pas un simple tissu de comblement et de feutrage des espaces anatomiques sous péritonéaux). Il a retenu l'attention des gynécologues par son rôle dans le maintien des organes du petit bassin et en particulier de l'utérus, en dehors bien sûr de celui qu'il joue dans la propagation des processus infectieux et cancéreux.

La station érigée, les mouvements vésico-rectaux et la physiologie de l'organe génital interne obligent le T.C.S.P. à s'adapter en s'organisant en ligaments. Ces ligaments assurent l'orientation, le soutènement et surtout la suspension de l'appareil génital féminin tout en lui permettant une liberté et une fixité relative nécessaires à son bon fonctionnement. L'affaiblissement constitutionnel de ces moyens d'amarrage, les dimensions du foetus humain, considéré comme l'un des plus gros de la série animale par rapport au bassin ostéo-fibro-musculaire peu extensible, expliqueraient les traumatismes obstétricaux avec désinsertion utérine, variables dans leur gravité.

4°) Sur le plan thérapeutique, l'inventaire lésionnel nécessaire à un bon traitement chirurgical ne sera possible qu'en per-opératoire, sans que celui-ci puisse prétendre dans l'état actuel de nos connaissances à une compréhension pathogénique et encore moins à une tactique et une technique d'opératoire univoques.

Jusqu'à preuve du contraire, nous ne sommes pas convaincus qu'il faille abandonner la voie haute, surtout en gynécologie africaine compte tenu des associations lésionnelles.

Le sujet n'étant pas épuisé, il est possible que les recherches ultérieures amènent à associer dans certains cas ces deux voies. Pour l'instant et sans reconnaître l'éventuel effet placebo de nos interventions, toute attitude dogmatique paraît prématurée et ne peut amener qu'à un certain nombre de déboires. Mais n'est ce pas de l'échec que jaillit la lumière? L'intervention chirurgicale, bien indiquée, par voie haute, ou basse en cas de prolapsus associé et adaptée aux lésions ligamentaires sans reconnaître les éventuelles lésions associées, permet d'obtenir des résultats dans l'ensemble favorables, ainsi que nous avons tenté de le démontrer dans ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.- ATKINSON (S.H.Jr.)
Syndrome de l'universal joint cervix (Masters et Allen)
Laceration traumatique des supports utérus obstétric and Gynec.,
Oct. 1970, 36 , n°4 510-514.
- 2.- AUBERT (G.)
Conceptions actuelles du syndrome de désinsertion utérine
Thèse, Marseille, 1971.
- 3.- AUBERT (L.)
Syndrome de Masters et Allen .
Concours Méd. 9 Oct. 1970 n°41-4531-4532.
- 4.- ALLEN (W.N.) et MASTERS (W.H.)
Traumatic laceration of uterin support.
Ann. J. Obst. Sup. 1955, 70 , n°3, 500-513.
- 5.- BACUS (J.Y.)
Syndrome d'Allen et Masters
Thèse, Besançon, 1972, n°113.
- 6.- BADIN (A.)
Considération sur le syndrome de Masters et Allen
Bull. Fe. Soc. Gyn. Obst., 1968, 20, n°2, 107
- 7.- BATISSE (G.) et SCUTOUL (J.H.)
Tissu cellulaire et péritoine pelvien
XXVI Ass. Fr.Gyn. Masson édit. Paris 1973 - 3-33 (125 références)
- 8.- BELAISCH (J.) GOSSET (C.)
La dysmenorrhée
XXXè Ass. Fr. Gyn. Masson édit. Paris, 1981, 113-132 (41 références)
- 9.- BENEDETTI (J.B.)
26 observations de déchirure du ligament large.
Thèse Marseille, 1963, n°60.
- 10.- BERFER (Ch.), BERTRAND (J.) et SCUTOUL (J.H.)
Le syndrome de Masters et Allen peut-il être considéré comme
une "entorse " grave du col utérin ?
J.Chir. Tours et du C.O. 1971, 5, n°2, 87-93.
- 11.- BERTRAND (P.), BLANCHARD (R.) et DUBREUIL-FILLMAN (Y.);
Syndrome de déchirure du ligament large.
Bull. Féd. Soc. Gyn. obst. , 1961, 13, n°4, 451-454.
- 12.- BRUHA (M.A.), JACQUETIN (B.) PAULETIC (B.), VEYRE (A.)
Les algues pelviennes d'origine veineuse
XXXè Ass. Fr. Gyn. Masson édit. Paris, 1981, 197-213 (14 références)

- 13.- BRET (A.J.), BARDIAUX (M.) de BRUX (J.) et DENAY (C.)
 Algies pelviennes d'origine génitale, la pelvi-péritonite chronique sclérosante inflammatoire . Etude clinique et histologique de 25 cas.
 A propos du syndrome d'Allen et Masters.
 Sem. Hôp. Paris, 1967, 43, n°3, 173-182.
- 14.- CARAYON (A.) COLOMAR (R.) et RESILLOT (R.)
 Fréquence méconnue du syndrome de Masters et Allen.
 Bull. Soc.-Med. Afr.noire; 1964, 9, n°4, 524-536.
- 15.- COGNAT (M.)
 Place de la coelioscopie dans le dépistage des lésions infra-cliniques algogènes .
 XXXè Ass. Fr. Gyn. Masson édit. Paris, 1981, 243-253, (Références 36)
- 16.- CONDAMIN (R.)
 Etudes sur la Doublassite -
 Lyon Méd., 1926, 138, n°42, 439; 439-446.
- 17.- CREPIN (C.), DELAHOUSSE (G.) DECCO (J.), DELCROIX (M.), CAQUANT(F.),
 QUERLEU (D.):
 La Douglassectomie traitement logique du syndrome de Masters et Allen.
 Rev. Franç. Gynéc. - 1976, 71, 7-9, 453-457.
- 18.- DELECOUR (M.), MONNIER (J.L.), CODACCIONI (X.) PUECH (F.), POITIER (A.)
 WATTEL (A.)
 Place du syndrome de Masters et Allen dans les algies pelviennes.
 Rev. Franç. Gynec. 1976, 7-9, 451-452.
- 19.- DELLENBACH (P.) et MULLER (P.)
 Exploration coelioscopique
 XX è Ass. Fr. Gyn. Masson édit. Paris, 1973 - 3- 53-76.
- 20.- FERRARI (A.)
 A propos du syndrome d'Allen et Masters .
 Thèse , Marseille, 1964, n°49.
- 21.- FUNCK-BRENTANO (P.)
 Traitement des algies pelviennes féminines.
 Rev. Prat. t.9, n°22, p. 2383-1959.
- 22.- GORINS (A.) TOURNANT (B.) LIPSZYC (J.), PERRET (F.) et ROGIER (C.)
 Algies pelviennes du syndrome prémenstruel .
 XXXè Ass. Fr. Gyn. Masson édit. Paris 1989, 133-149, (32 références)
- 23.- GAUTHIER (P.J.), DESMONT (F.), GARBEZ (Ph.)
 Le syndrome de Masters et Allen sa place, ses limites.
 Rev. Franç. Gynéc. 1976, 7-9, 459-461.

- 24.- HUGUIER (J.), JAMAIN (B.), BRET (J.), MUSSET (R.), LANVIN (M.)
CERBONET (G.) et LETESSIER (A.)
Statique pelvienne. Table ronde des entretiens de Bichat 1964.
Rev. Franç. Gyn. Obst., 1965, 60 n°5, 349-374.
- 25.- JAMAIN (B.), LITESSIER (B.A.) et GRENET (C.):
La Douglassectomie cure de la rétroversion utérine douloureuse.
Technique, résultats à propos de 72 cas .
Press. Med. 25 déc. 1963, 71, n°55, 2701-2704, 8 fig.(bibliog.)
- 26.- KELLER (B.), WOLFF (F.), LEISSNER (P.), SZWARCBERG(R) et FOEGLE (J.)
La déchirure du feuillet postérieure du ligament large.
Rev. Franç. Gyn. Obst., 1972, 67, n°5, 315-320.
- 27.- LANSAC (J.)
Le prix de la Douleur .
XXXè Ass. Fr. Gyn. Masson édit, 1981, 406-420 (8 références).
- 28.- LAUTIER (P.)
Trois cas de syndrome de Masters et Allen.
Mémoire de l'académie de chirurgie 11-18 et 23, Janvier 1961, 37,
n°-1-2 et 3, 61-65.
- 29.- LEFFREDC (V.)
Le syndrome de déchirure du ligament large. Etude clinique, étiopa-
thogénique et thérapeutique. A propos de 42 observations, 27 cm,
multigr., 144 pp., 5 pl. h;t.
Thèse , Méd. Paris - 1960 n°9
- 30.- LEFFREDC (V.)
Cure chirurgicale des déchirures du ligament large .
E.M.C. (uro-gynéco) 41845 (1-4).
- 31.- MALINAS (Y.)
Le syndrome de Masters et Allen .
Présentation Rev. Fr. Gyn. Obst. Luil. Sept. 71, n° 7-9, 445
- 32.- MICHEL-WOLFROMM (H.)
Etude psychosomatique des douleurs génitales .
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1961, 13, n°2, 109.
- 33.- MICHEL -WOLFROMM (H.)
Les algies pelviennes psychogènes.
Sem. Hôp. , 1956, 32, n° 48-49, 2604-2616.
- 34.- MOUNIER (J.)
Le traitement des rétroversions utérines par le cloisonnement du cul-
de-sac de Douglas.
Bordeaux Drouillard 1956 in 8, 51 pages.
Thèse Méd. , Bordeaux, 1959 n°90.

- 35.- PALMER (R.)
La coelioscopie dans le diagnostic des algies pelviennes réelles.
Rev. du Prat. t. IX n°22 p. 2375-81.
- 36.- PIANA (L.)
Traitement chirurgical des douleurs pelviennes chroniques génitales
1979 (à paraître)
- 37.- PISSANCIEL (G.)
Le syndrome de désinsertion utérine.
Thèse, Marseille, 1964, n°121.
- 38.- PONTONNIER (A.), GRYNFOGEL (M.) et RAUZY (Mlle)
A propos du syndrome de Masters et Allen.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., 1962, 14, n°2, 210-215.
- 39.- RAUZY (M.M.)
Syndrome de Masters et Allen.
Thèse, Toulouse, 1962, n°15.
- 40.- RIVIERE (M.), MAHON (R.) CHASTRUSSE (L.), DUBECQ (J.P.), TRILLAUD(A.)
Conséquences obstétricales des ligamentopexies.
Bull. Fed. Soc. Gynec. Obst. Franç. 1960, 12 574-575.
- 41.- ROBERT (H.G.)
Les algies pelviennes, problème clinique et étiologique.
Rev. Prat. t. 9 n° 22 p. 2365-1959.
- 42.- ROCHET (Y.) et MARTIN (M.)
Les algies pelviennes prétendues primitives et leur traitement.
XXVIè Ass. Fr. Gyn. Masson édit., Paris, 1973, 305-323 (49 références)
- 43.- ROCHET (Y.) et SEFFERT (P.)
L'opération de Gotte (ou 20 après)
XXXè Ass. Fr. Gyn. Masson édit. 1981.
- 44.- SARFATI (G.)
Les indications chirurgicales de la rétroversion utérine isolée.
Paris, 1958, in 8° 59 p. (Thèse médecine, Paris, 1958, n°359).
- 45.- SERMENT (H.) COMITI (J.) et PISSANCIEL (G.)
Le syndrome de désinsertion utérine.
Gyn. Obst. 1965, 64, 2, 271-283.
- 46.- SERMENT (H.) PIANA (L.) GAMERRE (M.) et SERMENT (G.)
La dislocation du tissu cellulaire pelvien.
XXXè Ass. Fr. Gyn. Masson édit Paris, 1981, 175-186. (28 références)
- 47.- SERMENT (H.) RUF (H.) et FELLE (A.) Mlle.
A propos du syndrome d'Allen et Masters.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., 1962, 14 n°2, 182-183.

- 48.- SHIRODKAR (V.H.)
Réorientation de nos idées sur l'anatomie des ligaments de l'utérus
et nouvelles techniques opératoires pour le traitement du prolapsus
utérin.
Rev. Franç. Gyn. Obst., 1954, 49: 332-339
- 49.- SOUTOUL (J.E.), KAMINA (P.) et BERTRAND (J.)
Anatomie médico-chirurgicale de l'appareil génital féminin.
Encycl. Med. Chir. Paris, Gynécologie, 10 A ¹⁰ 4.4.11.
- 50.- SOUTOUL (J.E.) TRUC (J.B.) et BERTRAND (J.)
Malpositions, déviations et désinsertions utérines .
Encycl. Méd. Chir., Paris. Gynécologie, 250 A ¹⁰ 9-1980.
- 51.- STEG (G.)
La dyspareunie .
XXXè Ass. Fr. Gyn. Masson édit. Paris 1981 105-117.
- 52.- THIBAUD-MAYENCON (H.)
Contribution à l'étude du traitement chirurgical, du syndrome de
désinsertion utérine.
Thèse, Marseille, 1971.
- 53.- THOYER-ROZAT(J.) SENEZE (J.) et LEVY (R.)
Technique et indication de l'exclusion du Douglas.
Entretien de Bichat (chirurgie et Spécialités), 1966, 333-336,
Expansion Scient. Franç. édit. Paris.
- 54.- TISSOT -CHANIER (M.)
Le Syndrome de désinsertion utérine : réflexion sur les conceptions
thérapeutiques actuelles.
Thèse Méd., Marseille, 1979.
- 55.- TOUSSAINT (M.)
L'ovaire et l'état hormonal dans les rétrodéviations de l'utérus,
Paris, Imprimerie Laverne, 1950, in n°8 96 pp.
Thèse médecine, Paris 1940, n°23).
- 56.- TRUC (J.B.) et MUSSET)
Pathologie du tissu cellulaire pelvien et grossesse.
XXVI Ass. Fr. Gyn. Masson édit Paris 1973-3-203-259(500 références).
- 57.- VARANGOT (J.)
Problème de la rétroversion utérine .
Concours méd. 1959, 81, 3421-3422.
- 58.- VARANGOT (J.) , GRAJON (A.), CHARTIER (M.) et LOFFREDO (N.)
Syndrome de déchirure du ligament large.
Press. Méd. 6 Juin 1959, 81, 3421-3422.

- 59.- VITSE (M.) BOULANGER (J.C.), CHAUMONT (J.), LEMAY (B.) MARQUIS (P.)
Place du syndrome de Masters et Allen dans les algies pelviennes
chroniques.
Rev. Franç. Gyn. 1976, 71, 7-9, 447-450.
- 60- YVENAT (J.C.)
Contribution à l'étude du syndrome de Masters et Allen.
Paris, Dactylosorbonne, 1962, 24 cm. 78 p. Tabl.
(Thèse médecine, Paris, 1962, n°1157).
-

INTRODUCTION ET DEFINITION..... 1

HISTORIQUE..... 6

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE..... 10

 Les bases anatomiques.....

 1 - Quelle est la position de l'utérus dans le pelvis..... 12

 2 - L'orientation normale du col utérin ou antéversion..... 14

 3 - Physio-pathogénie des rétrodéviations..... 16

 Sur le plan de la dynamique des viscères pelviens..... 22

 Les hémigaines pré-rectales..... 23

 L'innervation de l'utérus..... 24

SYNDROME DE MASTERS et ALLEN..... 25

 A. Cas atypiques..... 26

 I. Troubles fonctionnels..... 26

 II. Les facteurs pathogéniques et rapport du syndrome avec la grossesse..... 30

 1°) Enquête étiologique..... 30

 2°) Relation entre syndrome de MASTERS et ALLEN et la grossesse..... 32

 III. - DONNEES DE L'EXAMEN PHYSIQUE..... 34

 1°) Inspection..... 34

 2°) Spéculum..... 34

 3°) Toucher Vaginal..... 34

 IV. - LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES..... 36

 V. - LES LÉSIONS ANATOMIQUES..... 38

 VI. - ÉLÉMENT THÉRAPEUTIQUE..... 41

B/ FAUX SYNDROME DE MASTERS et ALLEN..... 42

 a) Cas atypiques..... 45

 b) Cas latents..... 45

 c) Les formes intriquées..... 46

C/ PROBLÈME DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL..... 48

 1. Algies pelviennes dites essentielles..... 48

 2. Avec les rétrodéviations utérines..... 50

 3. Avec utérus gravide..... 50

 4. Les lésions associées..... 50

 5. Les faux syndromes gynécologiques..... 51

	<u>P a g e s</u>
MATERIEL-METHODE-OBSERVATION.....	54
PROBLEME DES INDICATIONS THERAPEUTIQUES et des CHOIX TACTIQUES et TECHNIQUES.....	71
I .- Problème de la prévention.....	72
II .- Le traitement Médical à visée palliative.....	73
III .- Le traitement chirurgical.....	73
1°) Suture isolée de la déchirure du paramètre.....	77
2°) Action sur les utéro-sacrés.....	78
III bis. Résection du système directionnel antérieur et opération de suspension.....	82
IV. Gestes associés.....	84
V. Stérilisation tubaire.....	86
RESULTATS.....	92
CONCLUSION.....	99
1. Autonomie du syndrome.....	100
2. Problème de Diagnostic.....	102
3. Sur le plan xxx anatomique.....	103
4. Sur le plan thérapeutique.....	104
BIBLIOGRAPHIE.....	105

= = =

= = =

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
