

CONTRIBUTION A LA CLASSIFICATION DE LA FISTULE VESICO VAGINALE OBSTETRICAL CONTRIBUTION AT THE CLASSIFICATION OF VAGINAL DENT VESICO OBSTETRICAL

Tembely. A, Cissé. M C , Ouattara. Z , Doumbia . D , Sanogo. Z , Cissé.M ,A. Samassékou. A, Ouattara. K. Service d'urologie Hopital du point G centre hospitalier universitaire Bamako Mali

Correspondances : Aly Tembely adresse ci dessus ; email : alitembely@yahoo.fr tel 0022366737433

Résumé : Notre étude a été faite au C.H.U de l'hôpital du Point G. dans le Service d'Urologie à Bamako au Mali. Il s'agit d'une étude rétrospective dans un service qui possède une unité de prise en charge de F.V.V.O en moyenne deux cent patients par an. Nous avons inclus dans notre étude toutes les F.V.V.O examinées dans le service qui ont eu un bilan lésionnel. Ce bilan a noté l'aspect du vagin et la situation topographique de la fistule. L'examen de certaines patientes a nécessité parfois une anesthésie loco-régionale et des tests au bleu de méthylène pour individualiser la fistule. **Conclusion** : la classification proposée est le résultat d'une expérience sur le terrain. Elle est un outil pour l'apprenant lui permettant ainsi de distinguer des types de fistule avec leur pronostic et des gestes techniques à réaliser.

Mots clés : Fistule Vésico-Vaginale Obstétricale, classification.

Summary: Our study was made with the C.H.U of the hospital of the Point G in the Service of Urology in Bamako in Mali. It is about a retrospective study in a service which has a dosage unit in load of F.V.V.O on average two hundred patients per annum. We included in our study all the F.V.V.O examined in the service which had an organic assessment. This assessment noted the aspect of the vagina and the topographic situation of the dent. Sometimes the examination of certain patients required a loco-regional anaesthesia and tests with the methylene blue to individualize the dent. **conclusion**: the classification proposed is the result of an experiment on the ground. It is a tool for learning thus enabling him to distinguish from the types of dent with their forecast and from the technical epic to realize.

Key words: Vésico-Vaginal dent obstétrical, classification

INTRODUCTION

La fistule vésico vaginale obstétricale (F.V.V.O) se rencontre toujours dans les pays où la prise en charge obstétricale connaît quelques problèmes thérapeutiques. Les connaissances étiopathogéniques et physiopathogéniques de la fistule font que les lésions anatomiques peuvent avoir des topographies entre le bas appareil urinaire et la filière utéro-vaginale voire l'appareil digestif colorectal. Dans un souci didactique et pour une meilleure prise en charge chirurgicale, plusieurs auteurs se sont intéressés à la classification des fistules obstétricales. Certains en fonction de leurs expériences d'autres en fonction des connaissances théoriques. Ainsi plus de quinze classifications ont été récemment publiées ces dix dernières années. [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

Nous proposons après trente années d'expérience sur la F.V.V.O une classification basée non seulement sur l'anatomie mais aussi sur l'environnement c'est-à-dire l'état du vagin.

METHODES-PATIENTS

Notre étude a été réalisée au C.H.U de l'hôpital du Point G. dans le Service d'Urologie à Bamako au Mali. Il s'agit d'une étude rétrospective dans un service qui possède une unité de prise en charge de F.V.V.O qui recrute en moyenne deux cent patients par an. Nous avons inclus dans notre étude toutes les F.V.V.O examinées dans le service qui ont eu un bilan lésionnel. Ce bilan a noté l'aspect du vagin et la situation topographique de la fistule. L'examen de certaines patientes a nécessité parfois une anesthésie loco-régionale et des tests au bleu de méthylène pour individualiser la fistule.

RESULTATS

TYPE I : Fistule en fonction de l'environnement (état du vagin) :

- Fistules sur vagin souple,
- Fistules sur sclérose vaginale (brides, sténose ou atrésie vaginale),

c) F.V.V associée à une fistule recto-vaginale (haute ou basse) ou à une déchirure du périnée (I, II, III^{ème} degré).

TYPE II : Les fistules anatomiques en fonction de la situation topographique :

- Fistule de la cloison vésico vaginale,
- Fistules vésico-cervico-urétrales :
 - Fistule cervico-uretéro-vaginale :
 - Désinsertion (trans-section) cervico-urétrale partielle.
 - Désinsertion (trans-section) cervico-urétrale totale.
 - Destruction de l'urètre.
- Fistules Trigono-Cervico-Utérines.
- Fistules mixtes complexes.
- Fistules hautes.
 - Fistules Vésico-cervico-utérines
 - Fistules Vésico-Utérines classiques.

Tableau : Résultat après acte opératoire en fonction du siège de la fistule et la qualité du vagin

Résultat	Type de Fistule	Qualité du vagin		Total
		Vagin souple	Vagin scléreux	
Guérison	Cloison vésico-vaginale	143 (91,08%)	14 (8,91%)	157 (52,33%)
	Cervico-urétrale	41 (93,18%)	3 (6,81%)	44 (14,66%)
	FVV + FRV	7 (100%)	0	7 (2,33%)
Non Guérie	Fistule urétéro-vaginale	11 (100%)	0	11 (3,66%)
	Fistule vésico-utérine	10 (100%)	0	10 (3,3%)
	Total	212 (92,57%)	17 (7,42%)	229 (76,33%)
	Cloison vésico-vaginale	30 (88,23%)	4 (11,76%)	34 (11,33%)
	Cervico-urétrale	26 (86,66%)	4 (13,33%)	30 (10%)
	FVV + FRV	7 (100%)	0	7 (2,33%)
		63 (88,73%)	8 (11,26%)	71 (23,66%)
	Total	25 (8,33)	300	275 (91,66)

NOTRE CLASSIFICATION DE LA FISTULE OBSTETRICALE AFRICAINE EN IMAGES.



Photo 1 : Lésions vulvaires de macération provoquées par l'acidité des urines



Photo 2 : la sclérose vaginale

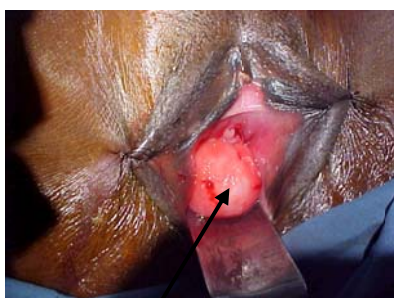


Photo 3 : large fistule avec protrusion de la muqueuse vésicale

Photo 4 : large fistule de la cloison vésico-vaginale

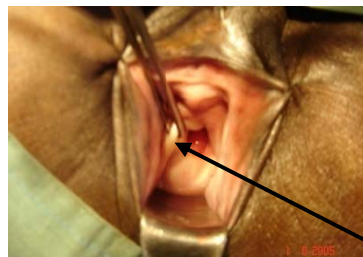


Photo 5 : large fistule de la cloison vésico-vaginale (complexe)



Photo 6 : un biquet explore la fistule



Photo 7 : intubation des méats urétraux

DISCUSSION

La réussite de la cure chirurgicale de la F.V.V.O dépend beaucoup de son environnement. Un débridement voire une épisiotomie uni ou bilatérale est indispensable pour bien exposer la fistule suivit d'une plastie vaginale. En cas de fistule rectale quelque soit sa situation haute ou basse nous ne recommandons pas une colostomie de décharge. **Les fistules de la cloison vésico-vaginale** se définissent comme des fistules loin du col vésical et du col utérin; de pontiformes à larges, médianes, latéralisées droites, latéralisées gauches, avec cependant commissure postérieure et antérieure suffisantes pour un dédoublement vésico-vaginal circulaire permettant la fermeture des brèches vésicale et vaginale. Elles sont de bon pronostic. **Les fistules vésico-cervico-urétrales** sont situées sur le segment cervico-urétrale, parfois associées à une destruction totale de la face postérieure de l'urètre.

Elles peuvent affecter l'appareil sphinctérien de la vessie et la patiente n'est pas à l'abri d'une incontinence d'urine sur fond de cure chirurgicale réussie de la fistule. S'assurer par le test au bleu de méthylène qu'il n'y a pas de fistule résiduelle. Certains auteurs évaluent la zone dangereuse à environ 5 cm du méat urétral. Quatre variétés de fistules de ce type peuvent être individualisées : **La fistule cervico-uretro-vaginale** : vrai trou situé sur le segment vésico-cervico-urétral ; la désinsertion (trans-section) cervico-urétrale partielle avec la présence d'un pont muqueux reliant l'urètre au col vésical sur face antérieure ; la désinsertion (trans-section) cervico-urétrale totale (absence d'un tel pont) ; la destruction de l'urètre (absence de la face postérieure de l'urètre). Nous recommandons les gestes chirurgicaux fondamentaux dans la cure chirurgicale de ce type de F.V.V. à savoir : le dédoublement vésico-cervico-vaginale et le dédoublement uretro-vaginal circulaire suivi de la fermeture de la fistule cervico-urétrale et de la fermeture de la brèche vaginale cervico-urétrale. Le dédoublement vésico-cervico-vaginale et le dédoublement uretro-vaginal, suivi d'une anastomose cervico-urétrale partielle. Le dédoublement vésico-cervico-vaginal et le dédoublement uretro-vaginal, suivi d'une anastomose cervico-urétrale totale. Uretroplastie en vagin, Uretroplastie en vessie. **Les Fistules Trigono-Cervico-Utérines** : dans ces cas la commissure postérieure de la FVV insuffisante ou absente pour un dédoublement Vésico-vaginale. Dédoublement trigono-cervico-utérin temps fort de l'intervention pour la mobilisation voir la création de la commissure postérieure qui adhère au col utérin. Le cul de sac vesico-utérin peut être ouvert pour mieux mobiliser la vessie. Les méats urétéraux peuvent être d'emblée visible. Intérêt de les rechercher et de les catheteriser. Un prolapsus du fond vésical par la fistule est le plus souvent associé. Le col utérin est soit normal, soit délabré soit enfoui. Il y a intérêt de le rechercher et de le repositionner. **Les Fistules mixtes complexes** : comportent des éléments des formes antérieurement décrites avec atteinte des deux cols (vésical, utérin), le plus souvent avec énorme perte de substance (absence de la cloison Vésico-Vaginale), à rattraper par telle ou telle technique. **Les Fistules hautes** : Vésico-cervico-utérine, Vésico-utérine classique sont le plus souvent d'ordre iatrogène suite à la césarienne effectuée en urgence. L'atteinte du segment vesico-urétral par exemple laisse croire que la fermeture chirurgicale d'une telle fistule peut s'accompagner de troubles sphinctériens même si la situation exacte de l'élément sphinctérien n'est pas bien définie. Ainsi les fistules vesico-urétrales ont un pronostic incertain sur le plan de la continence des urines. Par ailleurs une fistule qui implique le col utérin, compromet l'avenir obstétrical de la malade, mais aussi comporte des difficultés techniques (risque de ligature des méats urétéraux ou même du bas urètre voire la création d'une fistule urétéro-vaginale). Il faut réussir un dédoublement trigono-cervico-utérin. Il faut alors prendre en compte l'implication du col utérin dans les critères de classification de la F.V.V.O. (valeur pronostique). Les systèmes de classifications devraient refléter les résultats et les techniques utilisées et être un outil pour l'étude et la communication.

Parfois il s'agit de classification qui tient compte de la taille de la fistule associée ou non à la topographie de la fistule (1). La continence a été soulignée par d'autres comme pathologie associée (3,5, 12). Certains auteurs ont classé les fistules en associant l'état fonctionnel de l'urètre après un examen urodynamique (7). Certaines classifications ont été trop simplifiées et ne prennent pas compte de plusieurs cas rencontrés en pratique (9), d'autres classent en fistules simples et en fistules compliquées en se basant du temps opératoire ou des lésions associées ou non à la topographie de la fistule (11). La taille isolée de la fistule, la topographie, la continence isolées de la fistule sans tenir compte de l'état du vagin ne doivent pas constituer des types ou sous groupes de classification. Nos résultats basés sur notre classification montre l'importance de tenir compte de l'état du vagin quelque soit la topographie de la fistule (tableau), car la souplesse du vagin est un facteur intervenant sur la guérison. **Conclusion** : la classification proposée est le résultat d'une expérience sur le terrain. Elle est un outil pour l'apprenant lui permettant ainsi de distinguer des types de fistule avec leur pronostic et des gestes techniques à réaliser. **Mots clés**: Fistule Vésico-Vaginale Obstétricale, classification.

REFERENCES

1. **Kees Waadijk.** Step by step surgery of vesicovaginal fistulas. Campion Press. Limited Edenburg, 1994 : 21-29
2. **M. Camey.** Les fistules obstétricales. Progrès en urologie, 1998 : 20-36
3. **Luffman N.** Considérations sur les facteurs de pronostic dans la cure des fistules vesico-vaginales africaines. Acta Urol. Belg. 1977 ; 45 : 323-341.
4. **Falandry L. Dumurger C Scham A** La fistule obstétricale en Afrique. Médecine et années. 1989 ; 17(8) : 571-578.
5. **Barroux P.** Les types anatomo-cliniques des fistules vésico-vaginales. J. Urol. (Paris), 1956; 62: 592-617.
6. **BENCHEKROUN A. ; FAIK . M; MARZOUK M .** Les dérivations continentales. J. Urologie, 1991; 97(4-5) : 167-177.
7. **FALANDRY L.** La fistule vésico-vaginale en Afrique, 230 observations, Presse médicale 15 février 1992 ; 25(6).
8. **KANE A.F.** Les fistules vésico-vaginales : situation actuelle au Sénégal à propos de 307 cas. Thèse de médecine, Dakar 1993 ; no27.
9. **DIAGNE B.A.** Les fistules vésico-vaginales : aspects étiopathogéniques et thérapeutiques au Sénégal. Journal d'urologie 1992 ; 3 : 148-151
11. **OUATTARA K. TRAORE M. L ; C. CISSE** Quelques aspects des fistules vésico-vaginales en république du Mali à propos de 134 cas. Médecine de l'Afrique Noire 1991 ; 38 (12) : 856- 860.
12. **ZOUNG – KANYI, SOW M.** Le point sur les fistules vésico-vaginales à l'hôpital Central de Yaoundé à propos de 111 cas observés en 10 ans. Annale d'urologie, 1990 ; 6 : 457-467.