

TRAITEMENT DE LA FISTULE VESICO-VAGINALE AFRICAINE (FVV) EN REPUBLIQUE DU MALI

EXPERIENCE DU SERVICE D'UROLOGIE DE L'HOPITAL DU POINT "G" BAMAKO (A propos de 134 cas)

K. OUATTARA*, M.L. TRAORE*, C. CISSE*

RESUME

Bien que toutes les facettes de la chirurgie de la F.V.V. semblent avoir été élaborées au fil des temps, néanmoins sur bon nombre de points les opinions diffèrent encore. Les résultats sont disparates.

Au Mali les F.V.V. sont traitées principalement au service d'urologie de l'Hôpital National du Point G. Cette position privilégiée nous permet de rapporter notre expérience.

L'étude concerne 134 cas de F.V.V. colligées de janvier 1982 à décembre 1986 examinées sur le plan diagnostique, clinique, systématisation, technique chirurgicale.

Le diagnostic de la F.V.V. est simple. La F.V.V. va du petit trou de la cloison vésico-vaginale au délabrement génito-urinaire. Une classification anatomoclinique simple est proposée. Dans notre contexte environ 90 % des F.V.V. sont traitables par voie basse avec 71,6 % de guérison complète. Les causes d'échec du traitement chirurgical ont été recensées. Il faut dire qu'en matière de F.V.V. ce n'est pas du traitement chirurgical que vient le salut, puisque même dans 30 % des cas où la fistule est chirurgicalement fermée, l'incontinence d'urine reste. "Mieux vaut prévenir que guérir".

Mots-clés : F.V.V., traitement chirurgical.

INTRODUCTION

La chirurgie de la FVV est l'une des principales expressions de la chirurgie réparatrice en urologie au Mali; Bien que toutes les facettes de cette chirurgie semblent avoir été élaborées au fil des temps, néanmoins l'opinion de différents praticiens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) diffère encore sur bon nombre de points. Il s'agit entre autres : du délai du traitement chirurgical, du mode de drainage des urines, de la voie d'abord, de la systématisation de cette pathologie et

de la technique même de la suture. D'autre part, une femme sur dix de nos jours, garde sa fistule non guérie après de nombreuses tentatives chirurgicales (4).

Au Mali les FVV sont traitées principalement au Service d'Urologie et de Chirurgie C de l'Hôpital du Point "G" à Bamako, où est évacuée la presque totalité des patients présentant une fistule vésico-vaginale.

MATERIEL ET METHODES

Notre série comporte 134 FVV d'origine obstétricale traitées entre 1984 et 1986, soit pendant une période de 36 mois.

Toutes les FVV ont été diagnostiquées sans difficulté majeure. En effet, en se servant d'une valve vaginale, d'un bényqué ou d'une sonde métallique courbe, du toucher vaginal, de la cystoscopie, dans tous les cas, nous sommes parvenus à explorer la cloison vésico-vaginale, le col vésical, l'urètre et au terme de cet examen, à avoir une idée plus ou moins exacte du siège et des particularités de chaque fistule.

Nous avons classé les fistules selon le schéma ci-dessous (Tabl. 1)

FVV sur vagin souple	FVV sur sclérose vaginale	FVV + FRV (Fistule recto-vaginale)
1. Fistule de la cloison vésico-vaginale		
a) rétrotrigonales		
b) trigonales		
2. Fistule vésico-cervico-urétrale		
a) avec désinsertion totale ou partielle de l'urètre (borgne ou perméable)		
b) avec destruction totale de l'urètre, ou de sa face postérieure.		

Tous nos malades n'ont pas été soumis à des examens complémentaires urologiques spéciaux (UIV, Cystoscopie) et leur bilan préopératoire qui reflète nos moyens a comporté : NFS et VS, TC et TS, groupe sanguin et rhésus, scopie pulmonaire, ECBU et antibiogramme, Azotémie et

* Service d'Urologie - Hôpital du Point G - BAMAKO (MALI)

glycémie. Par contre, nous avons mis un accent particulier sur la préparation du champ opératoire : pendant une semaine toilette vaginale aux antiseptique locaux (Solu-bacter, Bétadine, Mercryl Laurylé), ovules gynécologiques, antibiothérapie pour stérilisation des urines.

RESULTATS

a) Répartition des FVV selon les particularités anatomo-cliniques (Tabl.2)

Types anatomiques	Catégories cliniques			TOTAL 134 (100 %)
	F.V.V. en vagin souple 83 (61,9 %)	F.V.V. sur sclérose 37 (27,6 %)	FVV + FRV sur vagin souple 14 (10,4 %)	
Fistules de la cloison vésico-vaginale	69 (48,5 %)	28 (20,8 %)	8 (5,9 %)	101 (79,3 %)
a) rétrotrigonales	12 (8,5 %)	7 (5,2 %)	5 (3,7 %)	24 (57,4 %)
b) trigonales	53 (39,5 %)	21 (15,6 %)	3 (2,2 %)	77 (57,4 %)
Fistules vésico-cervico-urétrale (fistule du col)	18 (19,4 %)	9 (6,7 %)	6 (4,4 %)	33 (24,6 %)
a) avec désinsertion totale ou partielle de l'urètre borgne ou perméable (D.V.U.)	15 (11,2 %)	2 (1,4 %)	2 (1,4 %)	19 (14,0 %)
b) avec destruction totale de l'urètre ou de sa face postérieure (D.U.)	3 (2,2 %)	7 (5,2 %)	4 (2,9 %)	14 (10,0 %)

Dans notre série 61,9 % des F.V.V. sont sur vagin souple, 27,6 % sur sclérose vaginale et l'association FVV et FRV constitue 10,4 % des cas. Les fistules de la cloison totalisent 75,3 % contre 24,6 % pour les fistules vésico-urétrales.

b) Traitement chirurgical

1. Répartition des FVV selon la voie d'abord : Tabl. 2

Voie d'abord principale	Variétés de la voie principale d'abord	Type et nombre de fistules opérées selon la voie	Total %
Voie basse 122 (89,5 %)	a) voie vaginale pure	74 FVV sur vagin souple 5 FVV + FRV sur vagin souple	79 (59,5 %)
	b) Voie vaginale + section de brides vaginales avec ou sans épisiotomie latérale	28 FVV sur sclérose vaginale 6 FVV + FRV sur sclérose vaginale	
	c) Voie vaginale + section du cul-de-sac vaginal antérieur	6 FVV souples rétrotrigonales hautes	6 (4,4 %)
	d) Voie vaginale + Section du cul-de-sac vaginal postérieur	3 FVV + FRV	3 (2,2 %)
Voie haute 7 (5,2 %)	a) Transvésicale pure	4 FVV sur vagin sclérotique	4 (2,9 %)
	b) Transpéritonéo-vésicale	3 FV (Souples rétrotrigonales)	3 (2,2 %)
Voie mixte	Dédoublement vésico-vaginale par voie basse, suture vésicale par voie haute transvésicale - suture de la brèche vaginale par voie basse.	5 FVV rétrotrigonales sur vagin sclérotique	5 (3,7 %)

Dans notre série 89,5 % des FVV sont traitées par voie basse, 5,2 % par voie haute et 3,3 % par voie mixte (Tabl.2). Pour mieux explorer la fistule par voie basse, dans certains cas, nous avons eu recours à des artifices complémentaires : résection de brides vaginales, ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur ou postérieur, épisiotomie unie ou bilatérale. Certaines anciennes fistules n'ont pu être abordées que par voie haute transvésicale ou transpéritonéo-vésicale vu la sténose serrée du vagin (Tab. 2). Après le dédoublement vésico-vaginal, il était plus aisé afin de respecter les méats urétraux, de faire la suture de la brèche vésicale par voie haute (voie mixte).

2) Mobilisation de la fistule et technique de la suture vésicale.

La mobilisation de la FVV se fait par dédoublement vésico-vaginal avec ou sans colerette ou par simple avivement des bords de la brèche, comme l'ont préconisé depuis longtemps Marion Sinis, MAYWARD, FERGUSSON, BRAQUEHAYE.

En faisant la suture de la brèche vesicale nous avons tenu compte, dans la mesure du possible, des recommandations de MAYBICE-Kane (4) à savoir :

- une bonne interposition des bords de la brèche.
- un rebord avivé suffisant pour les points de suture
- un bon choix du fil de suture, fil à résorption lente de

- préférence (vicryl), à défaut non résorbable ;
- épargner la muqueuse vésicale en passant les points en sous-muqueuse ou musculuse.
- Points transversaux de haut en bas (nos points sont ou x pour un meilleur enfouissement du rebord de la brèche à l'intérieur de la vessie).
- Points éloignés de 0,3 à 0,7 cm du bord de la brèche.
- Un nombre raisonnable de points.

Nous avons procédé à la fistulographie dans les fistules de la cloison vésico-vaginale, à l'anastomose vésico-urétrale dans les désinsertion vésico-urétrales (D.U.V), à l'urétroplastie simple ou à la confection d'un néo-urètre (D.U).

3) Evaluation de la guérison

- Nous avons considéré 3 degrés de guérison :
- 1er degré : La fistule est fermée, sans trouble sphinctérien. La miction normale est rétablie. Pas de fuite d'urine.
 - 2ème degré : La fistule est fermé. Une insuffisance sphinctérienne persiste avec fuite périodique ou constante des urines.
 - 3ème degré : La fistule n'est pas fermé. Même si la fuite d'urine a considérablement diminué avec des mictions conservées ou non.

4) Répartition des cas selon le degré de guérison de la fistule vésico-vaginale (Tab. 4)

Degré de guérison de la F.V.V.						
	I degré		II degré		III degré	
	93 cas	(71,6%)	29 cas	(21,6%)	12 cas	(8,8%)
Fistule de la cloison vésico-vaginale 101 cas	77 (76,2%)	- 58 (FVV sur vagin souple) - 16 (FVV sur sclérose vaginale - 3 (FVV+FRV) - 13 (D.V.U. sur vagin souple	15 14,8%	- 7 (FVV sur vagin souple - 4 (FVV sur sclérose vaginale - 4 FVV+FRV - 2 (D.V.U sur vagin souple	9 8,9%	- - 8 (FVV si sclérose vaginale - 1 (FVV+F)
Fistule vésico-cervico-urétrale 37 cas	16 (48,4%)	- 2 (DVU+FRV)		- 3 (D.U sur vagin souple) - 1 (D.U. sur sclérose vaginale - 7 (DU sur sclérose vaginale - (DU + FRV)	3	3 (D.U.+FRV)

Pour un total de 134 FVV nous avons obtenu 71,6 % de guérison, environ 29,4 % d'échec. La guérison complète dans les fistules de la cloison est de 76,2 % contre 48,4 % pour les fistules vésico-cervico-urétrales (tab.4).

COMMENTAIRES DES RESULTATS CONCLUSION

1. A propos de la systématisation, des FVV.

Plusieurs classifications des FVV ont été proposées (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Nous dirons que notre classification des FVV semble mieux adaptée puisqu'elle tient compte, d'une part de l'aspect anatomotopographique de la fistule, d'autre part de ses particularités cliniques, de son environnement (présence ou non de la sclérose du vagin, association d'une fistule recto-vaginale, atteinte du segment vésico-urétral facteurs dont l'influence est notoire sur le résultat du traitement chirurgical.

2. A propos de la voie d'abord nous rejoignons - PROSCURE O.U. 1959 et KANE (4) nous pensons que la plupart des FVV peuvent être abordées par voie basse, où certains artifices tels que la section de brides vaginales, l'épisiotomie, l'ouverture des cul-de-sac du vagin peuvent aider à très bien exposer la FVV pour la suture. La voie haute est une voie de réserve.

3. A propos des résultats du traitement chirurgical.

Nous constatons que les résultats sont loin d'être satisfaisants, représentant seulement 71,6 % de guérison complète de la fistule. Ainsi 1 femme sur 3 voit sa fistule non guérie, et selon KANE (O.V.), 1978, 1 femme sur 10.

D'autre part, parmi celles qui ont accusé une guérison complète de la fistule la possibilité de procréer reste incertaine chez bon nombre d'entre elles.

Les résultats sont encore moins satisfaisants s'il s'agit de fistules vésico-cervico-urétrales couramment appelées fistules du col 48,34 % de succès contre 76,2 % pour les fistules de la cloison vésico-vaginales. Dans les fistules du col avec destruction de l'urètre ou de sa face postérieure, nous avons confectionné un néo-urètre avec abouchement ectopique pubienne du méat. La courbure sous-pubien de l'urètre ainsi obtenue et la position verticale du méat du néo-urètre ont permis d'améliorer la continence des urines. Il est à signaler que les résultats présentés sont la finalité d'un travail laborieux qui a vu le traitement de plusieurs fistules repris maintes fois.

D'autre part, nous ne pratiquons pas la dérivation intestinale des urines vu le suivi impossible des malades après leur sortie. Les résultats pourront éventuellement être améliorés par la pose de sphincter artificiel ou par les sphinctéropplasties traditionnelles.

4. A propos des causes d'échec

Parmi ces causes nous retenons :

1. La gravité même de la FVV (fistule du col, destruction de l'urètre, délabrement génital).
2. L'association d'une fistule recto-vaginale
3. La sclérose vaginale
4. L'inadéquation des fils et du matériel de suture.
5. L'inexpérience du chirurgien
6. Le mauvais suivi post-opératoire (perturbation du drainage des urines, l'infection etc).

En conclusion disons que la fistule vésico-vaginale reste un problème d'actualité pour l'urologue du tiers monde et le salut viendra sans doute avec seulement une amélioration de l'aide obstétricale de la population.

Nos remerciements à Monsieur le Professeur Henri TOSSOU, Professeur d'Urologie - Faculté de Médecine de DAKAR (Sénégal).

BIBLIOGRAPHIE

1. COUVELAIRE (R.), CULCIER (J.) : Fermeture des FVV - Nouveau traité de technique chirurgicale Tome XV, Urologie 1974, 429-441 - Masson et C. Ed. Paris, 1974.
2. COUVELAIRE (R.) : Les FVV complexes - J. Urol., 1982, 88, (6) 353-358
3. KOITA (A.) : Les fistules vésico-vaginales observées à l'hôpital du Point "G". Thèse Méd. Bamako, 1983.
4. KANE (O.V.), MAJBICE (V.) : Problèmes urologiques en obstétrique et gynécologie. - Thèse Méd. Moscou, 1978.

5. MENSAH (A.) : Problèmes thérapeutiques des FVV observées au Sénégal. Thèse Méd. Dakar, 1965, 9.
6. SERAFINO (X), TOSSOU (H) : La néo-vessie rectale avec abaissement transsphinctérien du sigmoïde dans le traitement des FVV - J. Urol., Nephrol. 1962, 68, (12) 851-861.
7. J. ZOUNG (X) - KNYL M. SOW. Le point sur les fistules vésico-vaginales à l'Hôpital Central de YAOUNDE à propos de 111 cent onze cas observés en dix ans. Annales d'Urologie 1990, 6, P. 457-467.