

**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE  
DU MALI**

**Année 1982**

**No 16**

**LES FISTULES VESICO - VAGINALES GEANTES, ISOLEES  
OU ASSOCIEES AUX FISTULES RECTO - VAGINALES, ET - OU  
AUX DELABREMENTS DU PERINEE D'ORIGINE OBSTETRICALE  
A LA MATERNITE DE L'HOPITAL DU POINT "G."  
CHOIX TACTIQUES ET TECHNIQUES  
(A PROPOS DE 16 OBSERVATIONS)**

**THESE**

**Présentée et soutenue publiquement le 19 Février 1983  
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali**

**Par :**

**Samuel DOUYON**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**(DIPLOME D'ETAT)**

**EXAMINATEURS :**

**PRESIDENT** Professeur **Jacques F. GRENIER**  
MEMBRES } Professeur **Mamadou DEMBELE**  
Professeur **Abdel Karim KOUMARE**  
Médecin Colonel **Robert COLOMAR**

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE : 1981-1982

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

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur Sadio SYLLA : Anatomie  
- Francis MIRANDA : Biochimie  
- Michel GUILLECI : Immunologie  
- Humbert GIONO-BARBER : Pharmacodynamie  
- Jacques JOSSELIN : Biochimie  
- J.P. MARTINEAU : Physiologie  
- Alain GERAULT : Biochimie  
  
Docteurs Bernard LANDRIEU : Biochimie  
- Gérard TOURATE : Psychiatrie  
- Jean-Pierre BISSET : Biophysique  
  
Mesdames Paula GIONO-BARBER : Anatomie-Physiologie Humaines  
- Thérèse FARES : Anatomie-Physiologie Humaines  
Monsieur Mackthar WADE : Bibliographie  
Docteur Emile LOREAL : O.R.L.

-----

-----  
PROFESSEURS RESIDANT A BAMAKO  
-----

Professeur Aliou BA	: Ophtalmologie
- Bocar SALL	: Orthopédie-Traumatologie-Sécourisme
- Mamadou DEMBELE	: Chirurgie générale
- Mohamed TOURE	: Pédiatrie
- Souleymane SANGARE	: Pneumo-Phtisiologie
- Mamadou KOUMARE	: Pharmacologie-Matière Médicale
- Mamadou Lamine TRAORE	: Obstétrique-Médecine-Légale-Chirurgie
- Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie
- Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine Interne
- Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique
- Sinè BAYO	: Histo-Embryo-Anatomie Pathologie
- Abdel Karim-KOUMARE	: Anatomie-Chirurgie générale
- Bréhima KOUMARE	: Bactériologie
- Mamadou Kozéissi TOURE	: Cardiologie
- Yaya FOFANA	: Hématologie
- Philippe RANQUE	: Parasitologie
- Bernard DUFLO	: Patho. Méd. Thérapeut. Physio. Hémato.
- Robert COLOMAR	: Gynécologie-Obstétrique
- Bouba DIARRA	: Microbiologie
- Salikou SANOGO	: Physique
- Niamanto DIARRA	: Mathématiques
- Oumar COULIBALY	: Chimie Organique

-----

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

---

Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA	: Parasitologie
- Sory Ibrahima KABA	: Santé Publique
- Moctar DIOP	: Sémiologie chirurgicale
- Balla COULIBALY	: Pédiatrie-Médecine du Travail
- Bénitiéni FOFANA	: Obstétrique
- Boubacar CISSE	: Dermatologie
- Boubacar CISSE	: Toxicologie-Hydrologie
- Souleymane DIA	: Pharmacie Chimique
- Yacouba COULIBALY	: Stomatologie
- Sanoussi KONATE	: Santé Publique
- Issa TRAORE	: Radiologie
- FERRACCI	: Dermatologie-Vénérologie-Léprologie
- Mme SY Aïssata SOW	: Gynécologie
- Jean Pierre COUDRAY	: Psychiatrie
- Mahamane MAIGA	: Néphrologie
- Abdou Alassane TOURE	: Chirurgie Orthopédique-Traumatologie

CHARGES DE COURS

---

Docteur Gérard GAUCHOT	: Microbiologie
- Gérard TRUSCHEL	: Anatomie-Sémiologie Chirurgicale
- Boulkassoum HAIDARA	: Galénique-Diététique
- Philippe JONCHERES	: Urologie
- Saïbou MAIGA	: Galénique
- Abdoulaye DIALLO	: Gestion-Législation
Professeur N'Golo DIARRA	: Botanique-Cryptogamie-Bio.Végétale
- Souleymane TRAORE	: Physiologie générale
Monsieur Cheick Tédiani TANDIA	: Hygiène du Milieu.

---

JE DEDIE CE TRAVAIL.

A MON PERE

Grâce à l'éducation rigoureuse que tu nous as donnée, nous avons très tôt appris à discerner le bien du mal et à aiguïser notre sens de responsabilité.

Homme vertueux, tu f restes pour nous le modèle admirable de courage, de persévérance et de conscience professionnelle.

A NOTRE MERE

Magnifique exemple de droiture, de générosité de courage et de sagesse, vous nous avez éduqué depuis les premiers pas de la vie dans une enceinte familiale pleine de tendresse et d'amabilité.

Trouvez-ici l'expression de notre indéfectible attachement filial.

A MES FRERES ET SOEURS

Ayant reçu la même éducation, sachons être fidèles aux lignes que nous ont tracées nos parents.

Amour fraternel.

A TOUS MES ONCLES ET TANTES

A TOUS MES COUSIN ET COUSINES,

A TOUS MES NEVEUX ET NIECES

A TOUS MES PARENTS

Votre soutien tant matériel que moral ne m'a jamais fait défaut.

Ce travail est la résultante de la conjugaison de vos multiples efforts.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A MA FUTURE FEMME

Je demeure convaincu que tu sauras que la compréhension dans un ménage constitue l'élément déterminant de réussite.

A TOUS MES AMIS :

Je me garde d'énumérer ici dans une liste de peur d'en oublier.

Après de tous j'ai bénéficié de la sympathie .

Soyez assurés de ma sincère amitié.

A TOUTE MA PROMOTION

A TOUS LES ETUDIANTS DE L'E.N.M.P.

Courage et succès.

A LA DIRECTION DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

AU CORPS PROFESSORAL DE L'E.N.M.P

AU SECRETARIAT

A TOUS MES ANCIENS MAITRES

Mes remerciements.

A Mr. LASSANA TRAORE .

Vous avez bien voulu dactylographier ce travail

Toute ma reconnaissance.

AU PERSONNEL DE LA MATERNITE DE L'HOPITAL DU POINT-"G"

Pour leur franche collaboration durant tout  
le séjour de mon internat.

Qu'ils trouvent tous ici, l'expression de ma  
profonde gratitude.

AU PRESIDENT DE NOTRE JURY

Monsieur J.F. GRENIER

Professeur de Clinique Chirurgicale au  
Centre Hospitalier régionale de Strasbourg.  
Chirurgien des Hôpitaux.

Vous nous faites un grand honneur, en acceptant au détriment de vos multiples occupations de présider le Jury de ce travail qui nous est agréable de soumettre à votre appréciation.

Notre reconnaissance et notre profond respect envers vous ne peuvent être exprimés en quelques mots.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur Mamadou DEMBELE  
Chirurgien-Chef de Service  
Hôpital du Point-"G".

L'occasion nous a été offerte d'apprécier à sa juste valeur votre enseignement, riche d'expérience que nous nous efforcerons de garder en mémoire .

Vous nous faites honneur de siéger dans ce jury.

Soyez assuré de nos sentiments respectueux et de notre profonde gratitude.

Docteur Abdoul Karim KOUHARE  
Professeur d'Anatomie Générale et  
Organogenèse, Professeur de Chirurgie  
Générale Hôpital du Point-"G".

Nous profitons chaque jour de votre expérience clinique.

Nous avons profité de la clarté de votre enseignement que nous nous efforcerons de garder en mémoire.

Nous vous exprimons notre profonde reconnaissance de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

A NOTRE MAITRE DE THESE  
Le Médecin-Colonel Robert COLOMAR  
Chirurgien des Hôpitaux  
Chef de la Mission Médicale  
Française au Mali.

Vous avez suscité notre admiration en classe  
par la clarté et la qualité de vos cours.

Durant toute notre année d'internat vous n'avez ménagé aucun effort physique matériel et moral pour notre formation .

Nous avons eu à apprécier particulièrement votre courage, patience et persévérance devant les cas difficiles et decevants,

Vous avez été notre guide infatigable pour la réalisation de ce travail qui est le vôtre.

Soyez assuré de notre reconnaissance.

Vous restez pour nous un exemple.

- S O M M A I R E -

	Pages
INTRODUCTION.....	1
HISTORIQUE.....	5
EPIDEMIOLOGIE.....	10
ANATOMIE PATHOLOGIQUE .....	16
I. Les F.V.V. Géantes correspondant aux types III et IV de la classification de LETAC, BARROUX et MARC.....	16
I. a) Les Fistules vésico-vaginales type III.....	16
I. b) Les Fistules vésico-vaginales type IV.....	18
II. Les Fistules recto-vaginales.....	20
III. Les Lésions périnéales.....	22
METHODES OBSERVATIONS.....	29
I. Résumés des Observations des malades du 1er groupe.....	29
II. Résumés des Observations des malades du 2ème groupe.....	30
III. Résumés des Observations des malades du 3ème groupe.....	32
PHYSIOLOGIE DE LA DEFECATION NORMALE.....	34
CONDUITE THERAPEUTIQUE-INDICATIONS- TACTIQUES ET TECHNIQUES.....	42
I. Considérations sur les Problèmes Tactiques et Techniques posés par les Fistules Vésico-Vaginales géantes isolées ou associées aux séquelles de délabrements du Périnée ou aux Fistules Recto-Vaginales.....	42
II. Dérivation urinaire.....	47
II. a). Cas défavorables.....	47
II. b). Cas favorables.....	50
II. c). Caractères anatomo-physiologiques du DUHAMEL-NEDELEC.....	56
III. Problèmes posés par la cure des Fistules recto-vaginales associées d'origine obstétricale.....	58
III. a). Technique de MUSSET-COTTREY pour les fistules recto-vaginales basses.....	58
III. b). Cure Chirurgicale des Fistules recto-vaginales hautes.....	59
III. c). Technique de ROBERT de l'abaissement trans-anal du rectum dans les fistules recto-vaginales moyennes irréparables par suture directe en raison de l'étendue de la brèche et/ou de la médiocrité du tissu avoisinant.....	64
IV. Traitement des déchirures, obstétricales anciennes du Périnée.....	66
TACTIQUE ET ORGANISATION DU PLAN OPERATOIRE.....	74
I. Cas des Fistules Vésico-Vaginales isolées.....	74
II. Cas des Fistules Recto-vaginales ou des lésions plus ou moins sévères associées aux fistules vésico-vaginales géantes.....	75

III. Bilan et Soins Pré-et Post-Opératoires.....	81
RESULTATS.....	84
I. Résultats de la néo-vessie rectale.....	84
II. Résultats toutes techniques confondues.....	87
CONCLUSIONS.....	91
BIBLIOGRAPHIE.....	100

---

INTRODUCTION

- SITUATION ET INTERET DU SUJET -

- Les vastes brèches vésico-vaginales (fistules géantes à l'emporte pièce), isolées ou associées aux délabrements du canal ano-rectal ou de la cloison recto-vaginale d'origine obstétricale sont, par leur fréquence et leur gravité, l'une des premières affections chirurgicales féminines à Bamako.

- Leur fréquence est impressionnante et il ne semble pas, à la lecture des publications consacrées à ce sujet depuis 1950, qu'elle soit en voie de diminution.

A la maternité de l'Hôpital du Point-"G" à Bamako, en dehors du cadre d'un Service d'Urologie spécialisé, il y a en quasi permanence une ou deux fistuleuses hospitalisées, qu'il s'agisse de lésions fraîches ou séquellaires, et encore faut-il admettre que nous ne voyons qu'une petite proportion de ces séquelles obstétricales dont il est impossible d'apprécier nettement l'incidence et la prévalence réelles, un certain nombre de ces femmes semblant s'accomoder de leur infirmité.

Le nombre de cas vus en consultation externe avoisine 200, mais notre statistique concerne sur 3 années consécutives qu'un nombre limité de malades.

- Ces fistules d'origine obstétricale exclusive, sont d'une étendue telle que l'on ne peut s'en faire une idée avant de les avoir vues. Elles n'ont rien de comparable avec celles que l'on peut encore observer en pays industrialisés, et d'origine actuellement surtout iatrogène. Il s'agit d'une affection tout à fait différente, relevant d'une ischémie prolongée des tissus par compression au cours d'un accouchement laborieux. Elles créent une infirmité d'une effroyable gravité, tant du point de vue social que vital.

Frappant électivement des sujets jeunes (80 % de moins de 30 ans), elles font de ces femmes, des malheureuses à l'avenir désastreusement compromis, sur le plan de la vie génitale, obstétricale, de la vie tout court.

- La stérilité est d'une haute fréquence. Les complications infectieuses menacent dangereusement le haut appareil urinaire. Les lésions gynécologiques associées sont quasi constantes et souvent sévères.

Véritable fléau, maladie sociale par excellence, elles posent un grave problème de santé publique, rançon qu'elles sont d'un standing médico-obstétrico-social insuffisant.

- Si leur diagnostic est évident, permettant une classification précise lésionnelle, leur gravité est remarquable :

. gravité de l'étendue et de la multiplicité des lésions anatomiques, l'ancienneté de la fistule, de l'infection urinaire constante, de l'état général déficient, du retentissement gynécologique.

. Les lésions anatomiques sont considérables : brèches admettant aisément trois à quatre doigts, il n'y a plus de plancher uro-génital. L'urèthre est le plus souvent détruit et 1/3 existe une fistule recto-vaginale concomittente, tantôt petite et haute, tantôt réalisant une déchirure complète du périnée. Il en résulte un <sup>vaste</sup> cloaque vagino-vésico-rectal dont on conçoit la difficulté et les aléas de la réparation anatomique complète et la nécessité dans la quasi totalité des cas de solutions palliatives .

L'ancienneté de la fistule (en moyenne plus d'un an) explique l'intensité de la sclérose péri-fistuleuse frappant la totalité du vagin, atrésié et cartonné, et s'étendant aux paramètres et au col utérin.

Si l'on se donne la peine de la rechercher, l'infection urinaire à germes gram négatif est constante. Elle est loco-régionale mais aussi ascendante.

L'urographie intraveineuse révèle souvent des altérations urétéro-pyélo-calicielles latentes, éventuellement majorées par les séquelles bilharziennes.

Tableau 3.- Répartition des malades selon l'ancienneté des lésions :

ANCIENNETE DES LESIONS EN AGE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
1 - 4	11	68,75
5 - 9	01	6,75
10 - 14	03	18,75
15 - 19	01	6,25
TOTAL	16	100

11 Malades soit 68,75 % des malades sont arrivées dans le Service moins de 5 ans après la fuite vaginale des urines ou des matières ; c'est-à-dire après l'accouchement dystocique responsable des lésions.

Certaines malades, après un premier échec se résignent et sollicitent le traitement qu'après plusieurs années.

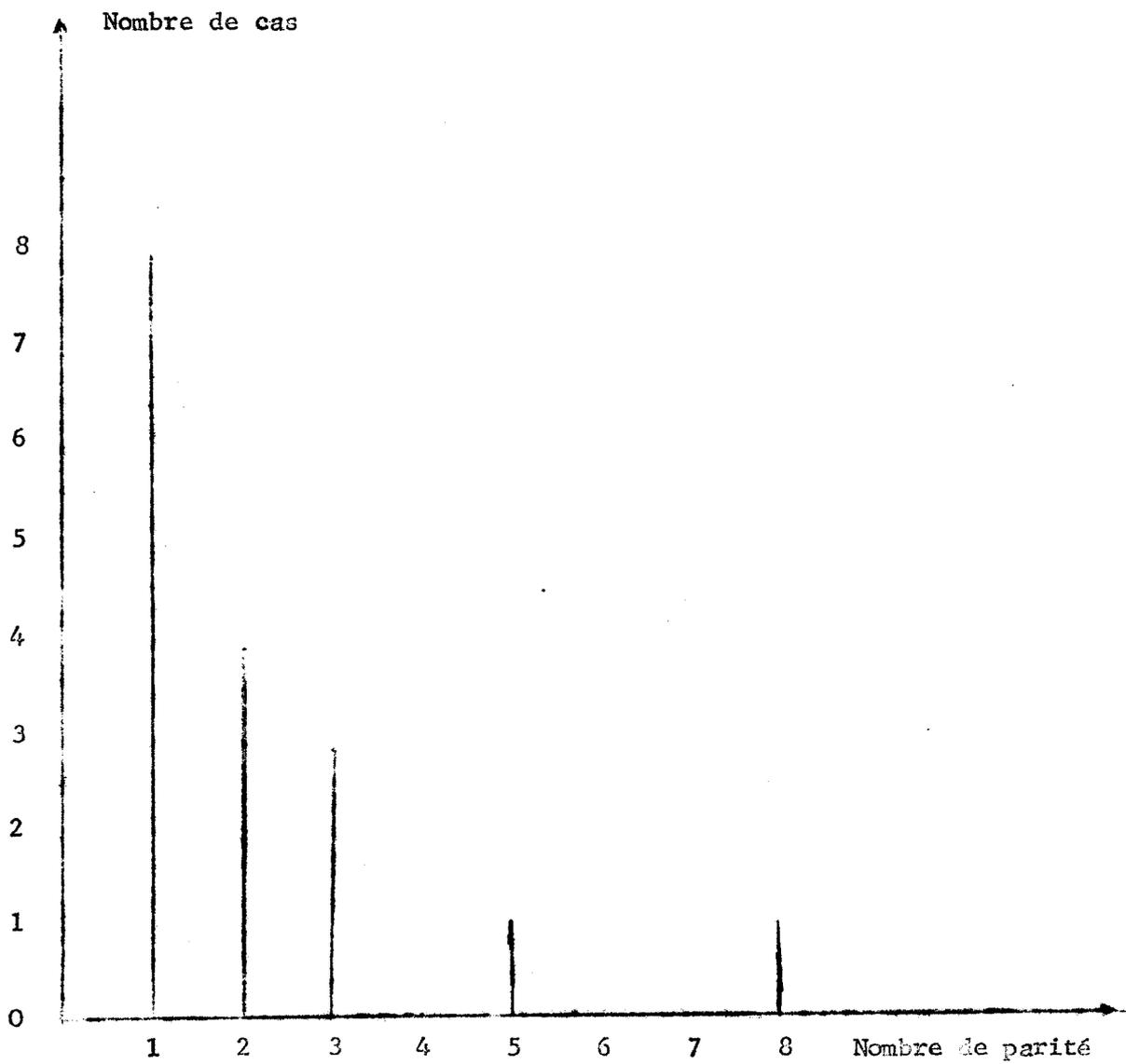


Diagramme en barre : Fréquence des lésions en fonction de la parité.

Tableau 2.- Répartition selon la parité

PARITE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
1	8	50
2	4	25
3	2	12,50
4	0	0
5	1	6,25
6	0	0
7	0	0
8	1	6,25
TOTAL	16	100

Les primipares dominent nettement le nombre des malades : 8 cas, soit 50 % . Mais elles ne sont pas les seules victimes. L'accident peut survenir au cours du deuxième accouchement (25 % dans notre cas ) ou des accouchements suivants .

Fait remarquable à souligner est celui d'une des malades qui est à sa huitième parité.

L'épisiotomie est très rarement utilisée .

- Les atteintes neurologiques sont très fréquemment associées. Elles se traduisent par des paralysies uni ou bilatérales des membres inférieurs, de la vessie ou du sphincter anal chez plus de 62 % des parturientes. Certes on peut escompter leur lente régression mais au prix d'une lourde morbidité invalidante de plusieurs mois dans le post-partum. Souvent une incontinence anale temporaire, même en cas d'intégrité anatomique du sphincter est retrouvée.

Actuellement, l'affection tend à disparaître dans les centres urbains bien équipés, avec l'organisation des consultations prénatales et l'augmentation du nombre de Maternités, permettant le dépistage et le traitement approprié en temps utile des femme menacées des complications dystociques.

Les tableaux suivants indiquent la répartition de nos cas observés selon l'âge, la parité et l'ancienneté des lésions.

Tableau 1.- Répartition selon l'âge

AGE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
18 - 22	3	18,75
23 - 27	7	43,75
28 - 32	5	31,25
33 - 37	1	6,25
TOTAL	16	100

Le jeune âge de nos malades se manifeste de façon évidente dans ce tableau. 62,50 % des malades ont moins de 30 ans. 43,75 % ont un âge compris entre 23 et 27 ans.

- La durée moyenne du travail des accouchements dystociques avoisine 4 jours, ce délai pouvant être largement dépassé chez certaines femmes.

Le plus lourd tribut est payé par les femmes rurales dont le travail débute et se prolonge à domicile, continue ensuite dans un dispensaire de brousse, dirigé par une matrone sans grande expérience en ce qui concerne les situations obstétricales difficiles. Une fois l'évacuation décidée, toujours avec retard, elle se heurte à l'opposition des parents qui craignent les inconnues de la ville et veulent que tout se passe par les voies naturelles, quel qu'en soit le prix à payer. Faut-il encore reconnaître le mauvais pronostic d'une césarienne chez des femmes fatiguées, en travail pendant plusieurs jours, très infectées, qui n'a rien de comparable à celui d'une césarienne prophylactique. La crainte des parents est aggravée si un cas de décès est déjà survenu dans le même village et dans les mêmes conditions, éventualité malheureusement fréquente.

A ces conditions psychologiques particulières, s'ajoute le manque de pouvoir économique pour faire face aux coûts du transport, aux frais d'hospitalisation et de traitement. Ainsi, la majorité de nos malades se recrute-t-elle parmi la population féminine rurale, pour plus de 80 % de cas.

- La césarienne est assez rarement retrouvée, moins de 15 %, l'application de forceps représente moins de 10 %. Chez la plupart de ces femmes, l'accouchement se termine par les voies naturelles (80 à 90 %), aboutissant à l'expulsion d'enfants morts, ce qui se conçoit si on considère la durée du travail.

- Les manoeuvres obstétricales agressives et dangereuses comme l'expression utérine, la dilatation forcée du périnée, malheureusement systématiquement utilisées chez ces femmes, aggravent les lésions utérines, vésicales et rectales et délabrent le périnée.

Les fistules vésico-vaginales géantes, isolées ou associées aux délabrements souvent complexes du périnée, sévissent encore de façon remarquable dans les pays en voie de développement.

Elles s'observent aussi bien en Afrique anglophone (Ghana, Nigéria...) que francophone (Côte d'Ivoire, Sénégal, Haute Volta ...).

De nombreux auteurs chirurgiens tropicalistes comme CARAYON (7) Le GUYADER (23) et autres ont été les auteurs de plusieurs publications concernant cette affection.

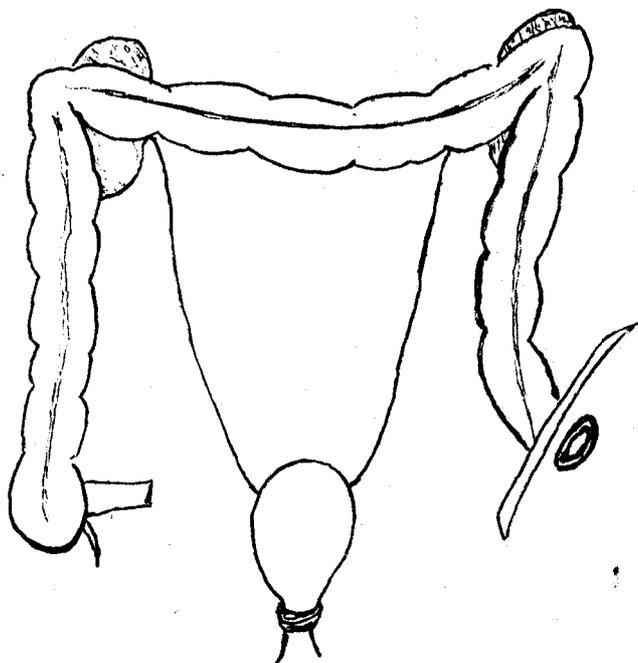
Au Mali, bien qu'il n'existe pas de statistique permettant d'estimer l'incidence de cette maladie, sa fréquence et sa gravité n'échappe à personne. En 3 ans, nous avons observé en consultation externe, dans le seul Service de Gynéco-obstétrique à la Maternité de l'hôpital du Point-"G", 200 malades atteintes de fistules vésico-vaginales et/ou recto-vaginales et /ou délabrements du périnée. Un nombre non négligeable de ces malades avait des lésions fistuleuses, vésico-vaginales abordables par voies basses et ont pu être guéries de leur affection. Mais certaines de ces femmes présentaient des fistules géantes, isolées ou associées aux fistules recto-vaginales ou aux délabrements souvent sévères du périnée chez lesquelles toute tentative de solutions réparatrices n'étaient pas envisageables (8 %). Elles étaient vouées par nécessité aux solutions palliatives de dérivation intestinale des urines; nous en avons relevé 16 cas dans notre étude.

- L'âge moyen de ces malades est de 27 ans; il s'agit donc de femmes très jeunes, frappées en pleine période d'activité génitale.

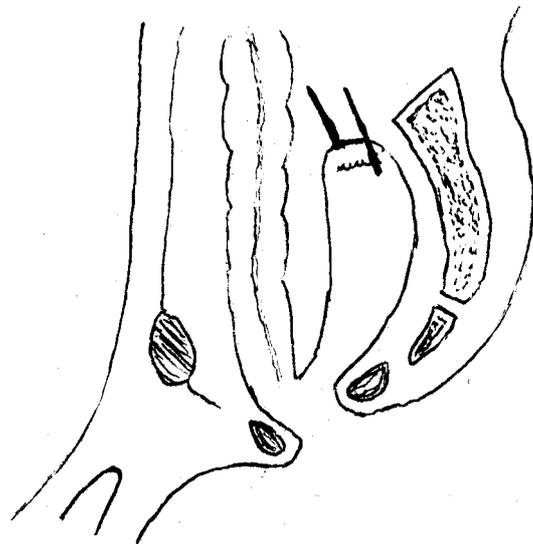
- Plus de 50 % sont des primipares, sans enfant vivant, l'accouchement dystocique responsable de la ou des lésions s'étant terminé par la naissance d'enfant(s) mort (s).

Parmi les secondipares et autres, moins de 20 % ont des enfants vivants; d'où le désir ardent de ces femmes non seulement de guérir mais aussi de nouvelles maternités, dans les pays africains, où l'enfant est considéré comme le bien le plus précieux que l'on puisse avoir sur terre.

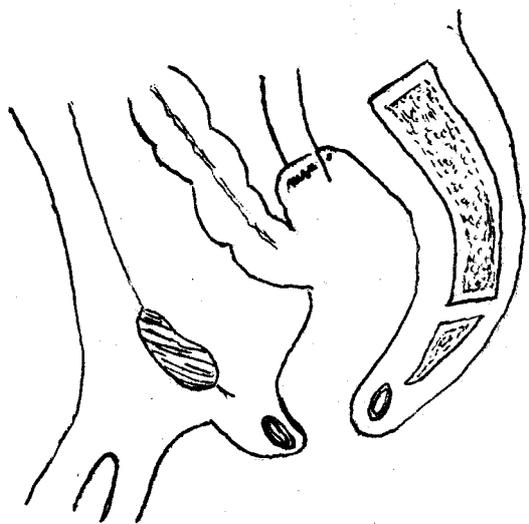
EPIDEMIOLOGIE



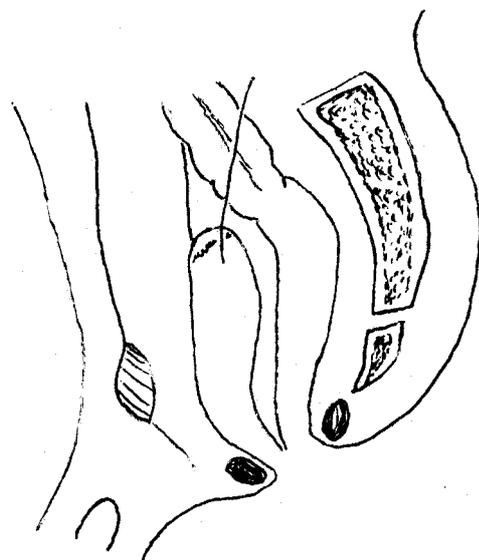
1. MAUCLAIRE



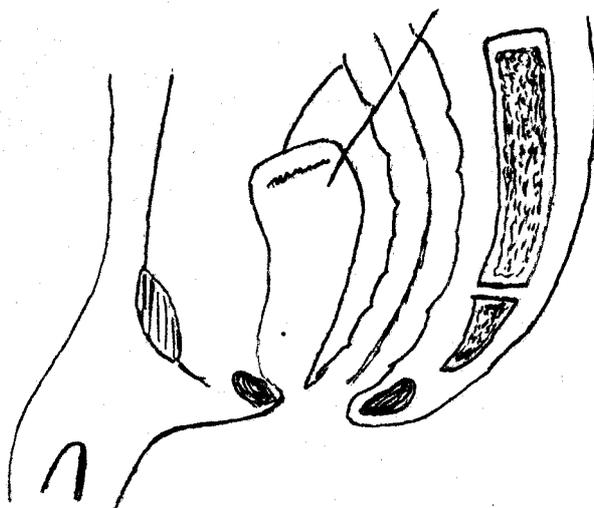
2. GERSUNY



3. DESCOMPS



4. CUNEO



5. HEITZ-BOYER - HOVELACQUE

La réparation sphinctérienne et l'étanchéité rectale devront alors être obtenues au préalable, ce qui n'est pas sans poser de problèmes difficiles de tactiques et techniques opératoires.

-----

GERSUNY en 1908 associe l'implantation des urétères dans le rectum exclu et l'abaissement périméal du sigmoïde qu'il abouche dans le canal anal au-dessus du sphincter anal.

En 1911 CONRO isole une anse grêle, l'abaisse à l'anus entre sphincter et muqueuse anale antérieure, puis dans un second temps implante le trigone dans le grêle. Les résultats obtenus étaient bons mais cette technique fut vite supplantée par celle présentée presque en même temps par MARION (1911) VUILLET (1912) , COSSET (1913), à propos de cure des extrophies vésicales.

Ce sont HEITZ BOYER - HOVELACQUE qui ont proposé la première vraie vessie rectale capable et continente, associant à l'implantation des urétères dans le rectum, un abaissement du sigmoïde, mais cette fois trans-sphinctérien et en arrière du rectum.

La méthode, après un début prometteur, sombre dans une longue période d'oubli. On doit sa réhabilitation au progrès de l'anesthésie, de la réanimation et à la découverte des antibiotiques.

En 1956, IOWSLEY et JOHNSON publient plusieurs cas de néo-vessies rectales pour tumeurs malignes de vessies mais ils reviennent à l'abaissement pré-rectal .

À la même époque, la néo-vessie rectale avec abaissement retro-rectal et trans-anal du côlon dite également intervention d'HEITZ-BOYER et HOVELACQUE est codifiée par DUHAMEL pour le traitement du mégacôlon. Il est suivi par MARC NEDELEC. (36)

En 1957 le même auteur l'adapte pour créer une néo-vessie rectale.

HUET (19) a été le premier à utiliser cette technique pour le traitement des fistules vésico-vaginales africaines.

Toutefois, il convient de souligner que ces solutions palliatives, intéressantes et efficaces, de techniques bien réglées, ne peuvent trouver d'indications qu'à la condition expresse que le seul sphincter anal restant ait conservé son intégrité anatonique et fonctionnelle, et qu'il n'existe pas par ailleurs de communications pathologiques recto-vaginales.

L'utilisation d'un greffon iléal ou colique, adaptée par les urologistes à la suite de COUVELAIRE, SIDERT et KISS a apporté à coup sûr une solution élégante au problème posé. Elle est incontestablement la meilleure solution, quand il s'agit de néo-vessie d'agrandissement avec conservation du trigone du col et de ses sphincters. Par contre, dans la néo-vessie de substitution après cystectomie totale enlevant le col et son système sphinctérien, ou après de larges brèches uréthro-cervico-vaginales avec destruction du col vésical et de l'urèthre, irréparables par voies naturelles, comme on les voit encore dans les pays en voie de développement, d'origine obstétricale, on ne peut obtenir une continence sûre .

Chez la femme, l'incontinence de jour et de nuit est fatale. Il est de même si les tentatives répétées de reconstitution du sphincter et du col détruit se solde par des échecs.

Dans ces conditions, il faudra tenter une solution palliative: dérivation des urines en amont par urétérostomie directe ou par l'intermédiaire d'une anse intestinale (anus urinaire à la BRICKER ). L'incontinence qui en résulte peut protéger le haut appareil urinaire et s'opposer à l'infection ascendante, mais cette méthode n'est pas aisément acceptée par les malades en milieu africain.

L'idée d'utiliser le rectum séparé du cours des matières, pour en faire le réservoir des urines, assurant du même coup la continence, la séparation des urines et des matières, est acceptée sans trop d'inconvénients.

Le retentissement sur le haut appareil urinaire et les troubles électrolytiques sont réduits au minimum sinon évités.

Dès 1895 MAUCLAIRE propose d'utiliser l'ampoule rectale comme néo-vessie et de dériver les matières par un anus iliaque, procédé qui résout le problème urinaire mais aux prix d'une infirmité définitive et désagréable.

Les fistules vésico-vaginales sont connues depuis fort longtemps puisqu'on a trouvé une fistule vésico-vaginale à l'examen de la momie HENHERIT, se situant 2 000 ans avant J.C. ( 1 ) .

HIPPOCRATE avait sa thérapeutique en préconisant le tamponnement vaginal tous les jours.

Au 17ème siècle, FELIX PLATTER tente d'aborder le traitement de cette affection mais il faudra attendre le milieu du 18ème siècle pour arriver à des méthodes de traitement rationnel, bases du traitement actuel.

MARION SIMS et VON ROHNYSE introduisent l'avivement suture. Le premier en appliquant comme fil de suture, du fil d'argent, le second des épingles de cygne, taillées en pointe.

En France, GERDY et BRAQUEHAYE décrivent le dédoublement suture avec confection <sup>d'une</sup> collerette vaginale. Ensuite de nombreux travaux ont été faits sur cette question. Parmi tant d'autres, nous retiendrons :

. ceux de LETAC, BARROUX et MARG, de SERAFINO et TOUSSON ( 41 ) appartenant à l'Ecole de Dakar;

. ceux de Le GUYADER ( 27 ) de l'Ecole d'Abidjan, ainsi que ceux des Chirurgiens des corps de santé de marine qui ont contribué par leurs nombreuses publications à une meilleure approche thérapeutique de cette affection.

Avant la mise au point des néo-vessies intestinales, la recherche de ces impératifs avait inspiré à COFFEY (1928) divers procédés d'implantations des urètres dans le sigmoïde. Il est exact que la continence était assurée convenablement dans la grande majorité de cas mais le mélange des urines et des matières faisait courir le risque de troubles électrolytiques majeurs avec toutes les conséquences, tant directes qu'indirectes sur les fonctions rénales.



Plusieurs modalités tactiques et techniques peuvent être envisagées pour dériver le cours des urines sous réserve que toute communication pathologique recto-vaginale ait été éventuellement supprimée et que ces femmes soient capables d'une continence anale normale.

- Tout échec est un échelon de plus que l'on fait franchir à la malade et à sa maladie dans l'aggravation et l'incurabilité . Et pourtant en ce domaine, seul l'acharnement thérapeutique peut permettre sinon une guérison, de moins une amélioration fonctionnelle valable, permettant à ces femmes une certaine réinsertion sociale.

-----

- L'altération de l'état général et les désordres métaboliques ne sont pas évidents. Ils existent cependant chez des femmes indigentes, carencées, anémiées, parasitées, parfois en état de dénutrition chronique.

- La gravité sociale et ses conséquences sur le plan familial africain sont évidents.

Pendant leurs urines et/ou les matières par le vagin, ces femmes ont le périnée et les cuisses irrités .

Aggravant leur infirmité, elles dégagent une odeur désagréable pour elles-mêmes et leur entourage. Elles sont souvent abandonnées et répudiées par leur mari. Le retentissement psychologique peut être important.

- Elles ont cependant la volonté farouche d'être guéries, ce qui explique leur extrême docilité malgré les charges financières, les durées d'hospitalisation et les multiples interventions souvent nécessaires. Elles sont prêtes à tout pour être sèches " To be dry or die ".

- Devant des cas aussi graves, on ne peut rien attendre de la chirurgie réparatrice, tout au moins en ce qui concerne les fistules vésico-vaginales géantes. Elle est vouée à l'échec, et pourtant il faut apporter un remède à ces malheureuses qui portent un fardeau pénible et rébutant.

Face aux lésions irréparables, seule la chirurgie palliative est concevable. Devant le désir ardent de guérir de ces femmes, la dérivation urinaire est la seule solution. Elle est loin d'être facile et sans danger et sera dominée par la qualité du sphincter anal, seul sphincter restant, qu'il soit intact ou initialement l'objet d'une chirurgie restauratrice.

ASPECTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES  
ET CLINIQUES

Il convient d'étudier séparément :

I.- LES FISTULES VESICO-VAGINALES GEANTES, CORRESPONDANT AUX TYPES III et IV DE LA CLASSIFICATION DE LETAC, BARROUX et MARC (TYPE 5 C). En séparant :

1. Les fistules uréthro-cervico-vaginales (E.U.C.V.) ou fistules du col vésical ; empiétant largement sur le trigone en arrière et sur le canal uréthral en avant , dont il ne persiste qu'un court moignon : type III.

Elles représentent 25 % de nos fistuleuses.

- Classiquement, elles correspondent à une perte de substance étendue du sphincter uréthro-cervico-vésical.

- Ce sont les fistules ischémiques du col de CABANIE ou calus fistuleux uréthro-cervico-vaginal de DUCASSOU (12).

Liées à l'ischémie prolongée par compression, elles détruisent totalement le col vésical, à l'épicentre de la lésion. De là, elles empiètent largement sur la portion adjacente de l'urèthre et de la vessie.

Le plancher uréthral est détruit , il ne persiste plus qu'un plafond ou toit .

Au niveau de la vessie, la perte de substance déborde largement sur le trigone, et atteint fréquemment en arrière et latéralement les méats urétéraux, dont l'un ou l'autre peut s'aboucher au ras de la brèche.

Ces fistules, de forme transversale, admettent aisément deux doigts. Elles paraissent parfois plus étroites, du fait de la rétraction cicatricielle

Mais, l'expérience enseigne qu'après tentative de réparation directe, elles atteignent après dédoublement, des proportions inattendues, surtout latéralement,

Dans ce type de fistules, la sclérose primordiale entraîne de profonds remaniements, comme dans toutes les grandes destructions englobant la paroi vésico-vaginale et l'urèthre.

La sclérose, dense, infiltre tous les espaces conjonctifs interstitiels.

L'espace cellulo-graisseux rétro-pubien disparaît, soudant à la face postérieure du pubis en un bloc, la face antérieure de l'urèthre, la face supérieure du col vésical et la vessie.

D'épaisses brides résistantes peuvent ancrer les commissures de la fistule à l'arcuatum.

Au niveau des bords de la fistule, le fascia vésico-vaginal a disparu, remplacé par une lame "cartonnée" et rigide. Seuls le dôme et la face latérale de la vessie sont latéralement libres de sclérose, sous réserve que la femme n'ait pas subi de césarienne, ou de tentative préalable de cure par voie haute.

Retractée par la sclérose cicatricielle, ouverte en permanence dans le vagin, parfois atteinte de lésions chroniques bilharziennes surinfectées, on conçoit que la capacité vésicale soit considérablement réduite. Le vagin, de son côté est envahi par une fibrose dure, le plus souvent dans sa totalité. Rigide et atréiée, la paroi antérieure du conduit a perdu sa souplesse et sa dépressibilité.

Au niveau de la paroi postérieure, également blindée, il est banal d'observer une bride frontale arciforme semi-lunaire, parfois prolongée en arrière d'une bride sagittale tranchante amarrant la lèvre postérieure du col utérin, et effaçant le fornix.

Les brides rétractiles peuvent rendre impossible l'examen à la valve du col utérin même sous anesthésie générale, celui-ci étant littéralement enfoui dans une sorte d'arrière récessus vaginal. On aboutit ainsi à une atrésie vaginale parfois impressionnante.

La surface vaginale est lisse, blanchâtre et vernissée extrêmement sensible au toucher, tous les plis normaux de la muqueuse ont disparu.

La rétraction cicatricielle vaginale est parfois telle qu'elle approfondit le vestibule vulvaire en une sorte d'entonnoire rétractant le périnée et donnant un aspect anormalement saillant aux grandes lèvres.

La conservation d'un toit urétral est plus apparente que réelle, et le moignon d'urèthre restant souvent n'excède pas 10 mm.

On conçoit que dans ces conditions, la limite anatomopathologique de ces fistules soit peu précise, et qu'elle se confonde en pratique avec les pertes subtotaales d'urèthre.

Quoiqu'il en soit, la plupart de ces fistules sont impossibles à suturer même au prix d'une section du toit de l'urèthre restant. Outre le problème de la réparation de la destruction du col vésical, le raccordement éventuel uréthro-vésical posera de problèmes insolubles et la trocardisation simple ne donne que des résultats insuffisants et aléatoires. La continence, faute d'une réparation sphinctérienne efficace ne sera à peu près jamais obtenue.

## 2.- Les fistules vésico-vaginales de type IV avec destruction totale de l'urèthre.

Elles constituent un type anatomo-pathologique individualisé. Leur nombre semble élevé dans les pays à standing médico-obstétrical précaire.

- KIRSIMAN les appelle " fistules combinées".

- CABANLE les a bien étudiées à Tanger. Ce sont des lésions particulièrement sévères attribuables à une compression prolongée de l'ordre de 3 à 6 jours.

Nous en avons observées 12 cas ( soit 75 %).

Ces pertes de substance uréthro-cervico-vésicales ont quatre caractères:

- Atrésie majeure du vagin ;
- Atrophie vésicale;
- Etendue de la fistule, véritable brèche;
- Et surtout destruction complète de l'urèthre dont même le méat peut avoir disparu, simplement marqué par une dépression linéaire lisse sous clitorienne.

soit réalisable que sa réparation soit possible  
pour ce qui concerne :

201

- La suture vésicale ;
- La réfection uréthrale
- La continence fonctionnelle.

Ces fistules sont également caractérisées par les lésions secondaires et associées.

Outre les fistules recto-vaginales que nous détaillons plus loin l'ancienneté et la gravité des lésions expliquent :

- l'atrésie des urétères terminaux avec retentissement sur le haut appareil, visible à l'U.I.V. et fréquemment majorée par la schistosomiase.
- l'infection urinaire chronique constante, expliquant l'intensité de la vaginite, de la cystite et l'irritation érythémateuse souvent ulcérée périnéo-vulvo-crurale.
- l'extrême fragilité de la paroi vaginale, irritée avec incrustation calcaire;
- la rétraction du col utérin, invisible, infecté et ulcéré.

Toutes ces causes d'infection et d'irritation chroniques provoquent finalement une importante atrésie vaginale avec disparition des plans de clivage.

## II.- LES FISTULES RECTO-VAGINALES

Il s'agit des fistules traumatiques, liées comme pour les lésions de la cloison uréthro-varvico-vaginales, à l'ischémie par compression prolongée aboutissant à l'ouverture secondaire par chute d'escarres.

..../....

Ce sont en règle de grosses lésions , uniques ou multiples, aggravant singulièrement le pronostic de la fistule vésico-vaginale.

Leur réparation préalable est la condition sine-qua-non de la dérivation urinaire. Comme pour les lésions graves du périnée, elles imposent la dérivation temporaire préalable, grâce à une colostomie bien faite et bien placée, qui transforme la vie de ces malheureuses, mais pas au point de s'accomoder de leur anus artificiel dont elles réclament toujours la fermeture pour être socialement utilisables. C'est dire que ce palliatif définitif n'est qu'un pis-aller de désespoir. Contrairement à l'opinion admise en Europe, il n'est pas question pour des raisons d'environnement, de rejeter la dérivation " complètement et sans hésitation". Dans notre pratique c'est l'inverse qu'il faut affirmer, malgré l'inconvénient de deux temps opératoires supplémentaires.

#### Les fistules recto-vaginales ont plusieurs caractères

Elles peuvent être hautes et punctiformes, facilement méconnues au fond d'un vagin atrésié et scléreux, au-dessus d'un col utérin rétracté et fixé. Elles ne laissent passer qu'une petite quantité de gas, que la femme ne perçoit pas toujours et, à l'occasion, quelques selles liquides.

- Elles peuvent être hautes et géantes, véritables colostomies ou rectostomies vaginales atteignant plusieurs centimètres de diamètre, avec parfois une séparation, isolant le haut du bas rectum par une sorte de diaphragme complet muqueux ou musculo-muqueux par suite de la striction annulaire d'une bride cicatricielle post-ischémique qui étrangle littéralement le rectum à hauteur du Douglas.

Complexes, elles seront les plus difficiles à traiter surtout si elles s'associent à une autre fistule moyenne ou basse. Elles sont souvent étendues, uniques ou multiples, et de taille variable.

care à localiser.

### III.- LES LESIONS PERINEALES :

Leur diagnostic ne pose pas en général de problèmes. Il s'agit le plus souvent des séquelles de déchirure complète de type II, avec rupture de l'anneau sphinctérien anal, ou compliquée de type III, avec ouverture étendue du canal anal et de la cloison recto-vaginale. La plupart du temps, le noyau fibreux central du périnée a éclaté et il ne reste plus que la demi circonférence anale postérieure d'intacte. Il s'agit parfois d'épistomie mal placée et complétée malencontreusement par le traumatisme obstétrical.

Cependant, elles ne résultent pas toujours d'une faute technique, la disposition congénitale du périnée étant un facteur étiologique important.

Aux lésions de type II on peut associer les Fistules Recto-Vaginales basses, trouvant la cloison recto-vaginale à une distance variable de la brèche mais n'intéressant que les 2/3 inférieurs du vagin. Elles peuvent être uniques ou multiples et parfois, difficiles d'accès, en raison d'une bride cicatricielle de la paroi vaginale, formant un récessus où se dissimule la fistule recto-vaginale.

Ces lésions résultent le plus souvent de rupture complète ou compliquée périnéale non réparée extemporanément, ou reprise par suture secondaire précoce, dans de mauvaises conditions sur des tissus mal détergés, aboutissent à la désunion complète ou incomplète, avec de ponts cutané-muqueux plus ou moins synéchiants.

...../.....

Les séquelles de déchirures sous cutanées avec incontinence sphinctérienne relative ne sont pas rares. Elles doivent être recherchées attentivement à l'interrogatoire et à l'examen clinique; car les malades ne signalent pas toujours spontanément l'existence d'une incontinence aux gaz ou aux selles liquides. Il faudra particulièrement s'en méfier sous peine de résultats insuffisants, en cas de dérivation urinaire colo-rectale.

Enfin, il existe souvent des séquelles cicatricielles et dystrophiques des petites lèvres, de la fourchette ou du vagin qui font loucher la vulve béante.

Les déchirures de la muqueuse vaginale antérieure et postérieure sont très importantes. Elles ont leur part dans l'intensité de la sclérose rétractile secondaire.

La chirurgie de l'ensemble de ces lésions est loin d'être facile. Elle peut même s'avérer pénible. Elle ne supprime pas pour autant chez ces femmes le désir de maternité.

Chez celles qui sont tombées enceintes par la suite, la césarienne prophylactique semble préférable pour éviter la récurrence des déchirures graves du périnée déjà opéré.

A partir de ces bases anatomo-cliniques nous avons classé nos malades en trois groupes dont le bilan lésionnel respectif apparaît sur les schémas suivants.

1. F.U.C.V. Géantes Isolées

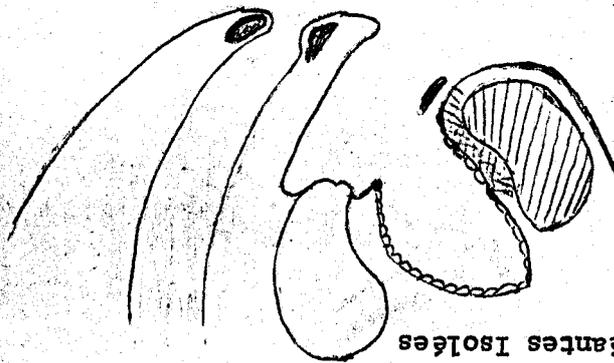


Fig. 1. F.U.C.V. Type III 25 %

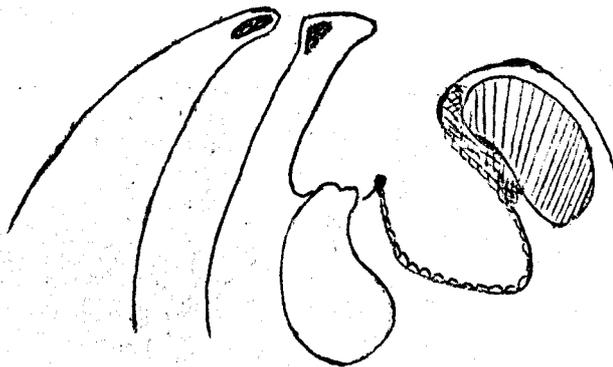


Fig. 2. F.U.C.V. Type IV. 75 %

2°. Classification et Schémas des F.U.C.V. Géantes associées aux F.R.V.

Fig. 1. F.R.V. Basse ( 1 cas )

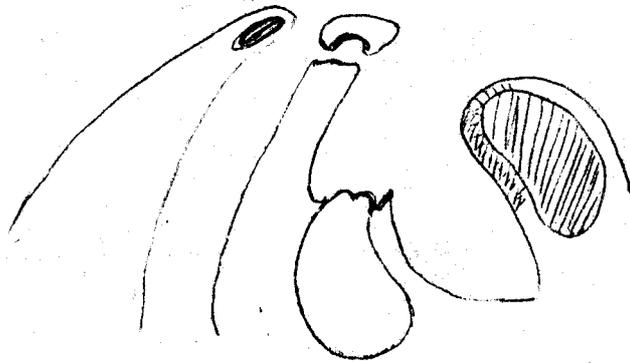


Fig. 2. F.R.V. Moyenne ( 1 cas )

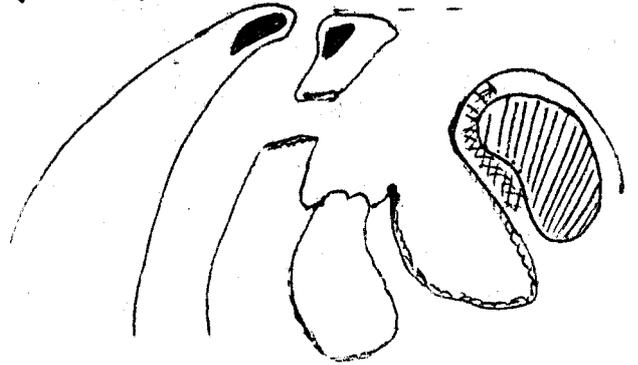
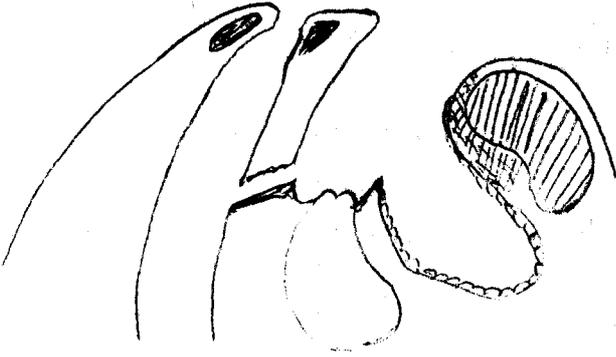


Fig. 3. F.R.V. Haute punctiforme ( 2 cas )



MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple-Un But-Une Foi

Direction Nationale des Enseignements

Supérieurs et de la Recherche Scientifique

N° .....

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE

**Contribution à l'étude du Programme Elargi de Vaccination au Mali:**

**ANALYSE DES PREMIERES EVALUATIONS  
REALISEES PAR L'ECOLE NATIONALE  
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE :1987-1989**

**THESE**

Presentée et soutenue publiquement devant  
l'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

**Par Mr YOUSOUF COULIBALY**

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

**EXAMINATEURS**

**PRESIDENT:** Professeur Sidi Yaya SIMAGA

**MEMBRES:** Docteur Mohamed Ag Bendeck

Docteur Mohamed Cissé

Docteur Pascal FABRE Directeur de Thèse

Date de soutenance...le...../...../1990.....

Année 1989