

La fistule vésico-vaginale

Dr Mehdi Jaidane

I- Introduction – Définition :

La fistule vésico-vaginale (FVV) est définie comme l'existence « d'un trajet anormal reliant la vessie au vagin ».

Il s'agit d'une affection très ancienne décrite dès l'époque pharaonique.

Les progrès de la chirurgie et de l'obstétrique ont permis la baisse de l'incidence de la fistule vésico-vaginale dans les pays développés.

Actuellement on distingue deux types différents de fistules vésico-vaginales :

- Dans les pays développés : les FVV sont rares, isolées et sont secondaires à la chirurgie pelvienne
- Dans les pays sous-développés : les FVV sont fréquentes, associées à des lésions multiples et sont secondaires à des accouchements difficiles et/ou compliqués.

II- Etiologies :

1) FVV post-opératoires :

Elles sont secondaires à une chirurgie pelvienne par voie haute ou basse : hystérectomie, césarienne, cure de prolapsus ...

La fistule est secondaire à une plaie vésicale méconnue en per-opératoire ou à une nécrose secondaire à une dissection poussée dévascularisant la paroi vésicale.

Il s'agit d'une lésion directe, limitée et de bon pronostic.

2) FVV post-obstétricales :

Elles sont secondaires à une compression ischémique de la vessie, de l'urètre et du périnée et/ou au traumatisme des forceps. Il s'ensuit des délabrements pelvipérinéaux étendus de mauvais pronostic.

3) FVV d'autres origines :

Les FVV radicales sont secondaires à une radiothérapie pelvienne et sont de mauvais pronostic.

Il existe d'autres causes exceptionnelles de FVV : congénitales, néoplasiques, infection chronique.

III- Classification :

De façon simplifiée, l'on peut distinguer deux types de FVV :

1) Les fistules vésico-vaginales simples : (figure 1)

Elles sont le plus souvent hautes, rétro-trigonales. Elles sont plutôt secondaires à une chirurgie : césarienne, hystérectomie. Ces FVV sont de bon pronostic et faciles à réparer.

2) Les fistules vésico-vaginales complexes : (figure 2)

Elles présentent l'un des éléments suivants :

- une atteinte du trigone
- une atteinte du col vésical ou de l'urètre
- une autre fistule associée : utéro-vaginale, recto-vaginale
- une réduction de la capacité vésicale

Ces FVV complexes sont secondaires à un traumatisme obstétrical. Elles sont difficiles à réparer et sont de mauvais pronostic.

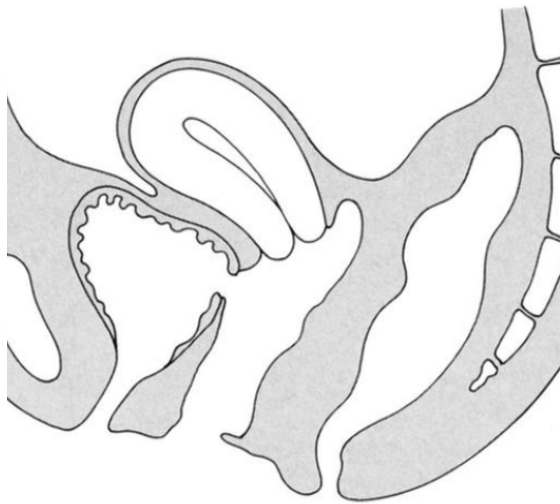


Figure 1 : Fistule vésico-vaginale simple

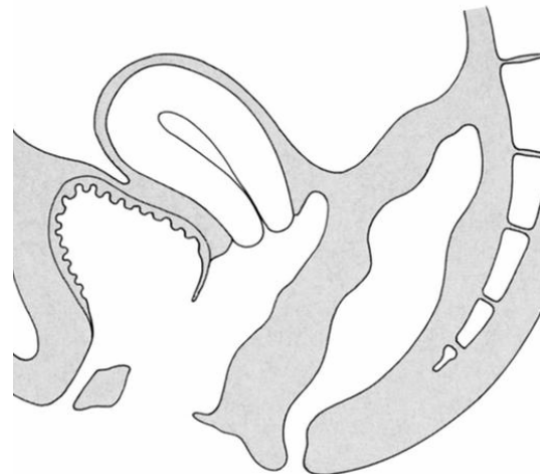


Figure 2 : Fistule vésico-vaginale complexe

IV- Présentation clinique :

1) Symptômes :

La FVV est révélée par l'apparition de fuites d'urines par le vagin. Ces fuites d'urine sont permanentes, nocturnes et diurnes.

Rarement, lorsque la fistule est petite, les fuites peuvent n'apparaître que dans certaines positions.

Ces fuites peuvent s'accompagner de brûlures mictionnelles, de leucorrhées ou de signes d'irritation vulvo-vaginale.

Les antécédents de chirurgie pelvienne récente, d'hystérectomie, de césarienne, d'accouchement difficile ou avec forceps sont importants car évocateurs du diagnostic et doivent être recherchés lors de l'interrogatoire.

2) Examen clinique :

Permet de faire le diagnostic, il se fait en position gynécologique.

Les touchers pelviens permettent de localiser la fistule, d'apprécier sa taille et l'état des tissus adjacents.

La face antérieure du vagin est ensuite examinée grâce aux valves démontées du spéculum et ce après avoir rempli la vessie par du sérum physiologique additionné de bleu de méthylène par une sonde transurétrale. Cet examen permet de visualiser la fistule. Il permet aussi d'apprécier la trophicité du vagin et la possibilité de cure par voie basse (figure 3).

V- Examens complémentaires :

La cystoscopie permet d'apprécier la position exacte de la fistule et ses rapports avec le col vésical, le trigone et les uretères. La fistule n'est pas toujours facile à voir par cystoscopie (figure 4).

L'urographie intraveineuse doit être toujours réalisée, non pas pour mettre en évidence la fistule vésico-vaginale (rarement vue) mais pour éliminer une lésion associée en particulier une fistule urétéro-vaginale.

Parfois pour faire le diagnostic différentiel avec une fistule urétéro-vaginale on peut être amené à réaliser une uréthrocystographie rétrograde (UCR), une urétéropyélographie rétrograde (UPR) ou un test à l'indigo-carmin.

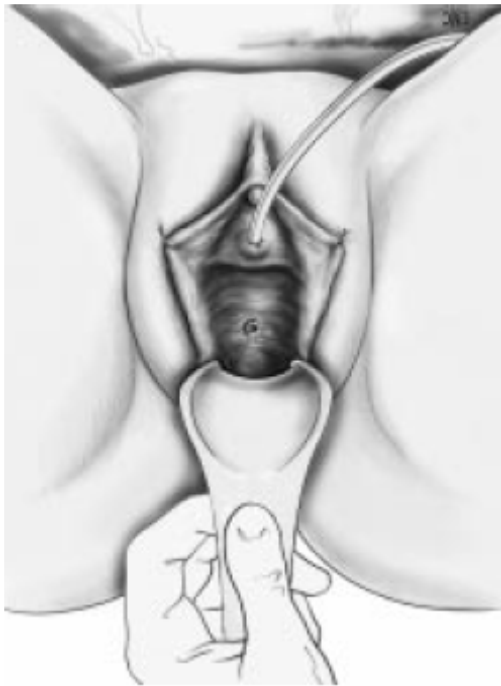


Figure 3 : Examen au spéculum d'une FVV

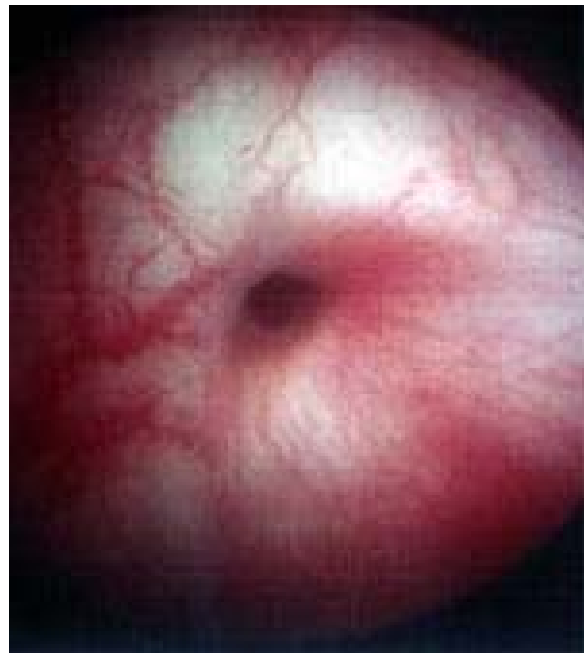


Figure 4 : Aspect d'une FVV à la cystoscopie

VI- Traitement :

Il est chirurgical et de nombreuses techniques sont décrites.

Le principe de la chirurgie est de séparer les parois vaginales et vésicales et de les suturer séparément sans traction. Le trajet fistuleux est le plus souvent excisé.

Lorsque la fistule est complexe ou récidivante il est possible d'interposer de la graisse, un lambeau musculaire ou de l'épiploon.

Différentes voies d'abord sont possibles :

- La voie basse transvaginale : lorsque la fistule est basse et accessible à la réparation par voie vaginale (figure 5).
- La voie haute transvésicale : consiste à ouvrir la vessie et à réparer la fistule par voie endovésicale. Elle est indiquée lorsque la fistule est haute (figure 6).

Les lésions associées sont réparées séance tenante.

Dans les fistules très complexes et récidivantes l'on peut parfois être amené à réaliser une dérivation temporaire ou définitive des urines.



Figure 5 : Réparation de la FVV par voie basse

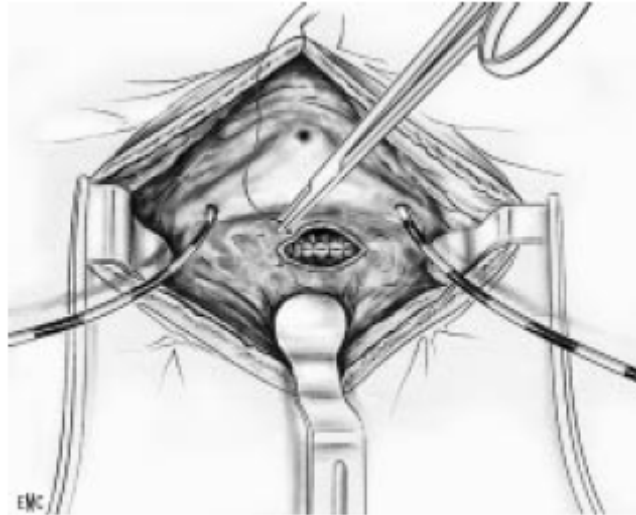


Figure 6 : Réparation de la FVV par voie haute

La fistule urétéro-vaginale

Dr Mehdi Jaidane

I- Définition – Généralités :

La fistule urétéro-vaginale (FUV) correspond à l'existence d'un trajet anormal entre l'uretère et le vagin

Elle est rare et ne représente que 5 à 8 % de l'ensemble des fistules uro-génitales.

Les étiologies sont les mêmes que celles de la fistule vésico-vaginales. On distingue :

- Les causes chirurgicales : la fistule est secondaire à une chirurgie pelvienne : hystérectomie, césarienne...
- Les causes obstétricales : la fistule est secondaire à un accouchement difficile, compliqué et souvent par forceps

A la différence de la fistule vésico-vaginale, la fistule urétéro-vaginale entraîne un retentissement sur le rein. Il y'a le plus souvent une sténose sur la voie excrétrice associée à la fistule avec dilatation du rein homolatéral. Il y'a également un risque d'infection urinaire haute et de destruction du rein.

La fistule urétéro-vaginale peut être isolée ou associée à une fistule vésico-vaginale.

II- Diagnostic clinique et paraclinique :

La fistule urétéro-vaginale entraîne des fuites d'urines par le vagin permanentes avec des mictions conservées.

L'examen clinique gynécologique avec remplissage de la vessie au bleu de méthylène ne met pas en évidence de fuites lorsque la fistule urétéro-vaginale est isolée.

La cystoscopie montre une vessie normale.

Le diagnostic est fait sur l'urographie intraveineuse qui montre la dilatation du rein homolatéral à la fistule (figure 1). Parfois le rein est muet. Rarement on met en évidence le trajet fistuleux et/ou la présence d'air dans l'uretère.

Le diagnostic peut également être fait sur une urétéropyélographie rétrograde (UPR) ou plus récemment une tomodensitométrie (TDM).

Lorsque il y'a un problème de diagnostic différentiel avec une fistule vésico-vaginale, on peut être amené à réaliser un test à l'indigo-carmin. Des compresses sont introduites dans le vagin, la vessie est remplie par du carmin (de couleur rouge) alors que de l'indigo-carmin est injecté par voie intraveineuse. Ce dernier colorie les urines en bleu. L'examen des compresses permet de différencier une fistule urétéro-vaginale (les compresses sont imbibées de bleu) d'une fistule vésico-vaginale (les compresses sont imbibées de rouge).

III- Traitement :

Rarement, lorsque l'uretère est cathétérisable, le drainage par une sonde urétérale peut suffire à assécher la fistule.

Dans la quasi-majorité des cas le traitement est chirurgical par abord abdominal. Comme la lésion siège sur l'uretère pelvien on réalise une réimplantation urétéro-vésicale avec un procédé antireflux.

La fistule vésico-utérine

Dr Mehdi Jaidane

I- Définition – Généralités :

La fistule vésico-utérine est définie par l'existence d'un trajet anormal reliant la vessie et l'utérus (figure 1).

Elle est rare et ne représente que 1 à 5 % des fistules uro-génitales.

Les étiologies sont :

- Les étiologies obstétricales : accouchements difficiles, complexes avec utilisation de forceps..
- Les étiologies chirurgicales : surtout les césariennes au cours desquelles une plaie vésicale méconnue en per-opératoire peut se compliquer de fistule vésico-utérine.
- Les étiologies infectieuses : des fistules vésico-utérines d'origine infectieuse notamment actynomycotiques ont été décrites chez des femmes porteuses de dispositifs intra-utérins inchangés depuis des années.

II- Physiopathologie :

Les mécanismes à l'origine de ces fistules vésico-utérines sont :

- une plaie vésicale méconnue lors d'un forceps ou d'une césarienne
- une dissection trop proche de la vessie source de nécrose secondaire
- une compression utéro-vésicale prolongée par le fœtus, source de nécrose ischémique.

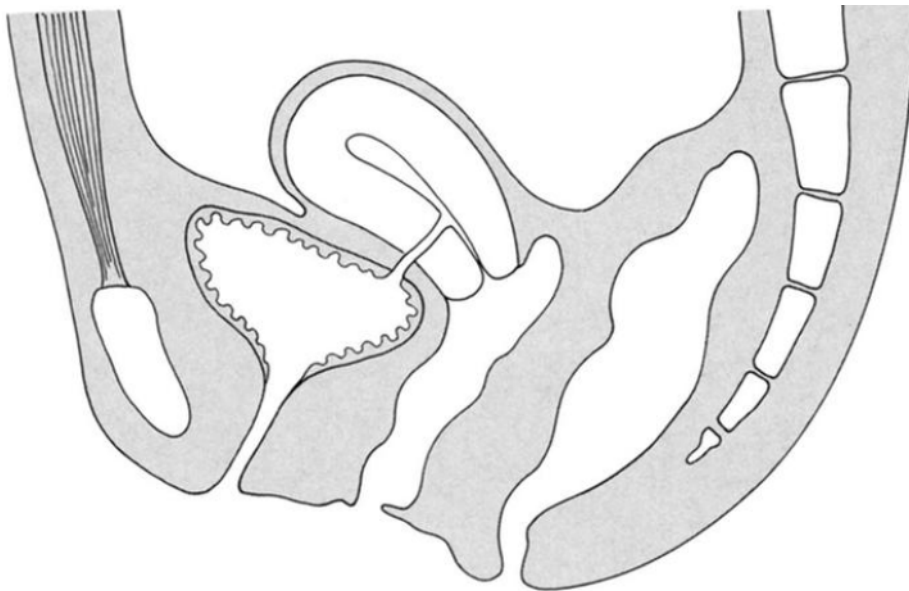


Figure1 : La fistule vésico-utérine

III- Clinique :

Le diagnostic de fistule vésico-utérine est parfois difficile.

4 modes de découverte sont possibles en fonction de la taille et de la localisation de la lésion :

- Le syndrome de Youssef : associe une aménorrhée (absence de menstruations) à une méno-urie (issue d'urines par le col utérin lors de la période des menstruations) ou une hématurie cataméniale (hématurie lors de la période des menstruations).

Ce syndrome se voit surtout dans les fistules hautes.

- Des fuites d'urines vaginales qui disparaissent pendant les règles (en raison de la congestion utérine qui comprime la fistule). Ce mode de découverte se voit surtout dans les fistules basses.

- L'association des deux modes de découverte précédents

- La découverte d'une fistule vésico-utérine lors d'une hystérosalpyngographie effectuée par exemple lors du bilan d'une stérilité.

Au cours de l'examen au spéculum, le remplissage vésical par du sérum physiologique additionné de bleu de méthylène permet de voir sourdre du bleu par le col utérin.

IV- Examens complémentaires :

La cystoscopie permet de rarement de voir la fistule. Elle montre une muqueuse inflammatoire au contact de l'utérus.

L'urographie intraveineuse est systématique afin d'éliminer une lésion associée en particulier urétérale. Elle montre rarement un passage de produit de contraste dans l'utérus.

La cystographie permet parfois de visualiser le trajet fistuleux.

L'examen le plus fiable qui permet d'objectiver la fistule est l'hystérographie avec clichés de profil.

V- Traitement :

Certains auteurs réalisent un traitement médical. Celui-ci comporte un drainage vésical prolongé associé à un traitement hormonal supprimant les cycles menstruels pendant 6 mois.

Le traitement de référence est le traitement chirurgical réalisé au moins 3 mois après l'apparition de la fistule (lorsque la lésion est stabilisée).

La voie d'abord est une voie haute transpéritonéale.

Vessie et utérus sont disséqués et séparés. La fistule est suturée chirurgicalement plan par plan. Si une grossesse ultérieure n'est pas souhaitée, on peut réaliser une hystérectomie.