

7 FISTULES RECTO-VAGINALES

Une fistule recto-vaginale (FRV) ne se produit que dans les épisodes d'obstruction les plus prolongés. C'est pourquoi elle est généralement associée à une fistule vésico-vaginale (FVV) sévère, plus vraisemblablement circonférentielle et plus cicatricielle. Il est très probable que la patiente soit atteinte de steppage ou d'une autre lésion neurologique. Les FRV isolées dues à un travail obstructif sont extrêmement rares, environ quatre cas de fistule obstétricale sur mille. Les cas isolés de FRV sont plus susceptibles d'être provoqués par des violences sexuelles dans des situations de guerre ou dans le cadre de mariages de mineurs et de viols, ou bien par une déchirure périnéale de quatrième degré qui a été mal réparée ou qui s'est rompue.

Les déchirures du sphincter anal (déchirures périnéales s'étendant à travers le sphincter et la muqueuse anale, soit déchirure périnéale de grade 4) se produisent généralement de manière isolée, sans lien avec un travail obstructif, et ne doivent pas être classées comme FRV. Elles surviennent parfois en association avec une FVV, mais le plus souvent elles surviennent après un travail précipité, et non un travail obstructif. Il faut rappeler que le canal anal mesure environ 5 cm de long et que la déchirure doit donc être assez importante avant de pénétrer dans le rectum. Les déchirures sont traitées dans le chapitre suivant.

Incidence

L'incidence exacte de la FRV est difficile à déterminer, car certains chirurgiens classent les lésions du sphincter dans la catégorie des FRV, alors que ce terme devrait être réservé à une communication recto-vaginale provoquant une fistule, et non une déchirure. Cependant, quelques lésions rectales affectent dans une certaine mesure le bas du rectum et le complexe sphinctérien. De plus, si les chirurgiens ont été sélectifs en évitant les FVV les plus difficiles, les cas exclus auront une incidence plus élevée de FRV, et l'incidence réelle sera donc sous-estimée.

L'incidence la plus élevée a été rapportée par l'Hôpital de la fistule d'Addis-Abeba, où 15 % des patientes opérées d'une FVV présentaient également une FRV. C'était en 1993 et la situation a changé depuis. Une incidence inhabituelle de FRV traumatique isolée chez des jeunes mariées mineures a été rapportée en Éthiopie. À Baher Dar, dans le nord de l'Éthiopie, l'incidence des fistules combinées est de 8,4 %. Le chiffre pour l'Ouganda est plus bas, de 3,3 %. La différence entre l'Éthiopie et l'Ouganda peut s'expliquer en partie par l'incidence beaucoup plus faible des césariennes chez les patientes éthiopiennes atteintes de fistule (15 % contre 65 % à la fin des années 1990).

Les patientes qui finissent par accoucher par voie vaginale souffrent davantage d'ischémie que celles dont l'obstruction est résolue par césarienne. La durée moyenne du travail chez les femmes qui subissent une FRV accompagnée d'une FVV est supérieure d'un jour complet, par rapport à celle des femmes qui ne présentent qu'une FVV. Ainsi, l'incidence des FRV chez les femmes ayant accouché par césarienne est similaire en Éthiopie et en Ouganda (environ 2 %), alors que chez les femmes ayant accouché par voie vaginale et souffrant d'une fistule, le pourcentage de FRV est plus élevé (5,2 % en Ouganda et 9,3 % en Éthiopie). ($p = 0,001$).

Classification

Une classification objective des FRV repose sur la distance entre le site de l'hymen et le bord distal de la fistule, comme l'a décrit Judith Goh (voir le chapitre 1 « Classification des fistules obstétricales »). Une estimation est faite de la taille et de la quantité de cicatrice entourant la perte tissulaire. Bien qu'une FRV de type 1 donne l'impression d'être plus facile à réparer, ce sont souvent les plus difficiles à réparer, car elles sont situées haut dans le vagin et souvent adhérentes au promontoire du sacrum. Elles présentent souvent une sténose serrée qui rend la mobilisation difficile et le risque d'hémorragie élevé, alors que les sténoses basses sont beaucoup plus accessibles. Le seul problème avec les petites fistules est la perméabilité du sphincter anal et la nécessité ou non de le réparer également.

Évaluation

Il est important de reconnaître que la cicatrisation déformera l'anatomie du rectum. Une évaluation minutieuse par examen rectal est tout aussi importante qu'une évaluation vaginale, en prêtant attention au site, à la taille et au degré de cicatrisation. Il est fréquent qu'une fistule située au milieu du vagin soit plus haute que prévu au toucher rectal. En cas de difficulté, une sonde doit être passée dans l'ouverture vaginale pour sentir l'endroit où elle pénètre dans le rectum. Ce qui semble être un petit trou à l'examen digital peut s'avérer, lors de l'opération, couvrir près de la moitié de la circonférence du rectum. La lumière du rectum au niveau de la fistule doit être soigneusement évaluée. Un rétrécissement peut être présent, souvent au niveau du bord proximal de la fistule (Figure 7.1), ce qui influencera la méthode de fermeture afin de ne pas occlure la lumière. Exceptionnellement, le rectum est complètement bloqué juste en aval de la fistule. (Figure 7.2)

L'état du sphincter anal doit être déterminé. Le tonus au repos, la pression de compression et la qualité de la bandelette pubo-rectale doivent être évalués.

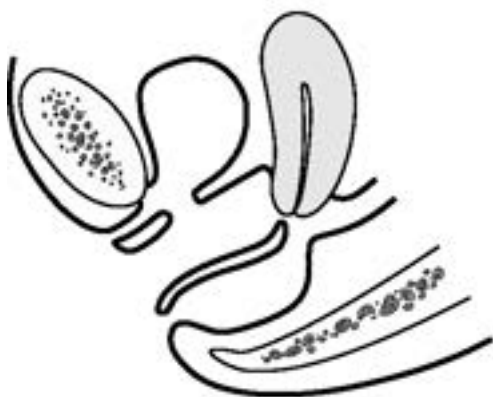


Figure 7.1
FRV haute avec une bande de cicatrice sur le rectum postérieur, créant un rétrécissement de la lumière.



Figure 7.2
Dans de rares cas, l'intestin distal à une fistule cicatrisée peut être complètement fermé.

Toutes les FRV doivent-elles être fermées ?

Toutes les FRV n'ont pas besoin d'être fermées. Les symptômes de la FRV varient de l'incontinence fécale complète et des flatulences à l'absence d'incontinence. Il est souvent surprenant de constater que certaines patientes atteintes d'une FRV de taille modérée signalent très peu de fuites, à moins qu'elles n'aient la diarrhée. Certaines fistules minuscules peuvent n'entraîner aucun symptôme. Il est inutile de se lancer dans une réparation potentiellement difficile si la patiente ne présente aucun symptôme. Ces FRV « asymptomatiques » sont généralement serrées dans une bande cicatricielle sur la partie postérieure du vagin. Lorsque vous relâchez la cicatrice pour accéder à la réparation d'une FVV, la FRV peut s'ouvrir et la patiente sera incontinente si vous ne la réparez pas. Si ce n'est pas le cas et que cela ne préoccupe pas la patiente, la fistule ne doit pas être réparée afin de ne pas prendre le risque d'aggraver son état.

Malgré tous les soins, une petite FRV peut être découverte inopinément lors de la réparation d'une fistule vésicale, par l'apparition de bulles provenant du rectum dans le vagin, de flatulences formant des bulles à travers l'urine accumulée dans le vagin. Si la FRV est facilement accessible, elle peut être réparée après la FVV. J'ai moi-même manqué plusieurs fois une FVR haute lors de la réparation d'une FVV, les symptômes n'apparaissant qu'après la libération de la cicatrice en phase peropératoire. La patiente est devenue incontinente après l'opération. Dans les deux cas, la FVV a bien cicatrisé et j'ai réparé la FRV ultérieurement.

La découverte d'une FRV plus importante au cours d'une opération est une erreur embarrassante de l'évaluation pré-opératoire, et sa prise en charge dépend du site et de la taille, ainsi que de l'expérience du chirurgien. Comme la FVR n'a pas été détectée, l'intestin n'a pas été préparé correctement avant l'opération, de sorte que le risque de contamination fécale du site opératoire est élevé. Vous devez interrompre l'opération et effectuer un lavement avant de poursuivre.

Quelles fistules rectales doivent faire l'objet d'une colostomie ?

Les colostomies sont utilisées beaucoup trop souvent pour les FRV ; la décision d'une colostomie ne devrait être prise que par le chirurgien qui va effectuer la réparation, et elles sont rarement nécessaires. Je retrouve souvent des patientes ayant subi une colostomie dans les hôpitaux périphériques pour une très petite FRV ou même des déchirures périnéales. Cette intervention n'était absolument pas nécessaire et ne fait que soumettre les patientes à des opérations inutiles et à une morbidité possible. Vivre avec une colostomie est probablement aussi pénible pour la patiente que de vivre avec une fistule rectale, sans aucun bénéfice final. Nous avons tous vu beaucoup trop de colostomies mal faites montrant un prolapsus, ce qui ajoute encore à la détresse de la patiente.

Si le chirurgien estime que la fistule peut être fermée de manière sûre avec des bords mobiles sains, de préférence en deux plans, il n'est pas nécessaire de recourir à une colostomie.

Les chirurgiens expérimentés reconnaissent que certaines FRV, hautes, larges et entourées de cicatrices, seront très difficiles à fermer de manière sûre, et se sentent plus à l'aise si une colostomie a été pratiquée. Les colostomies n'augmentent pas les chances de guérison, elles réduisent simplement les complications postopératoires de septicémie ou de péritonite en cas de rupture majeure. Je n'ai réalisé que deux colostomies chez des patientes atteintes de FRV au cours des 10 à 12 dernières années. Dans les deux cas, il s'agissait de lésions très hautes, adhérentes au promontoire du sacrum et avec des rétrécissements serrés.

Une stratégie que Brian Hancock a trouvée efficace pour les fistules très difficiles consiste à effectuer la plus grande partie possible de la mobilisation par voie transvaginale, puis à ouvrir l'abdomen et à terminer la réparation par le haut. Il est alors beaucoup plus facile d'effectuer une fermeture précise en deux plans, pour laquelle il n'est plus nécessaire de pratiquer une colostomie. Je fais ces réparations par le bas et je préfère avoir une colostomie pour éviter que les matières fécales ne se déversent dans la cavité péritonéale pendant l'opération. La lésion étant très haute, le péritoine est systématiquement pénétré et s'il y a une fuite dans la ligne de suture, les matières fécales pénètrent alors directement dans la cavité péritonéale.

Dans les rares cas où une colostomie est envisagée, elle doit être réalisée environ deux semaines avant la fermeture prévue, mais peut exceptionnellement être effectuée au moment de la réparation si des difficultés inattendues surviennent. (Voir la section « Un rectum lésé » du chapitre 13)

Parfois, une patiente est vue très peu de temps après son traumatisme de la naissance, et l'examen révèle une large fistule nécrotique et une perte tissulaire rectale. Ces patientes sont souvent incapables de marcher en raison de lésions nerveuses. Déterminer si une colostomie est conseillée dans cette situation reste controversé. La tradition veut qu'une colostomie soit pratiquée dans l'espoir de faciliter les soins à la patiente. Cependant, comme les poches de colostomie ne sont généralement pas disponibles, cela ne fera aucune différence. Lorsque le moment est venu de procéder à la réparation, la fistule rectale peut être beaucoup plus petite et il s'avère alors qu'une colostomie n'était pas nécessaire. De nombreuses colostomies pratiquées dans ces circonstances en milieu rural peuvent ne jamais être refermées et, comme les poches de colostomie ne sont souvent pas disponibles, cette situation aggrave le malheur de la femme. Aussi désagréable que soit la fuite de matières fécales par le vagin, la fuite par l'abdomen sans poche de colostomie appropriée n'est pas vraiment préférable. La patiente doit simplement se nettoyer régulièrement et faire fermer la FRV dès que possible.

Réalisation d'une colostomie

Si une colostomie est nécessaire, il est préférable qu'elle soit pratiquée dans le côlon sigmoïde. Réaliser une petite incision oblique à gauche de l'ombilic sur une ligne tracée entre la crête iliaque antéro-supérieure et l'ombilic. Effectuer l'incision sur cette ligne, juste sur le bord latéral de la gaine et du muscle droit de l'abdomen. Cela minimise le risque de prolapsus de la colostomie. Dans les cas que nous avons vus, les principales raisons du prolapsus sont l'utilisation du côlon transverse ou la sortie de la stomie par un trou latéral et trop grand dans le muscle droit de l'abdomen.

Pour minimiser le risque de prolapsus, nous recommandons les étapes suivantes :

1. Utiliser le côlon sigmoïde.
2. Choisir le côlon sigmoïde proximal où il n'est pas trop mobile.
3. Faire sortir une anse par un petit orifice qui traverse le muscle droit latéral. L'ouverture de la peau et de la gaine du muscle droit (les fibres du muscle droit sont divisées) doit être tout juste suffisante pour laisser passer confortablement deux pouces.
4. L'anse intestinale doit être fixée en position en incisant sur environ 5 cm dans le sens longitudinal à travers les bandelettes longitudinales du côlon (taenia coli) et en éversant le bord de l'intestin sur lui-même et en le fixant à la peau.

Le prolapsus massif de la colostomie a des conséquences désastreuses. (Figure 7.3)



Figure 7.3

a) et b). Deux exemples de prolapsus massif sur colostomie causant une grande détresse chez les patientes.

Stratégie de réparation d'une double fistule

La plupart du temps, une FRV et une FVV doivent être réparées en même temps dans la salle d'opération. La fistule à réparer en premier importe peu, la FVV ou la FRV. La plupart des chirurgiens commencent par la FVV et procèdent ensuite à la FRV. Si vous réparez la FRV en premier, vous devrez probablement rétracter la FRV avec un spéculum vaginal Auvards ou Sims pendant que vous réparez la FVV, ce qui risque de l'endommager.

La plupart des doubles fistules présentent une cicatrisation importante et une sténose vaginale qui nécessite des incisions de relâchement et/ou des épisiotomies pour accéder à la réparation. Dans les cas doubles plus graves, il y a souvent une insuffisance de muqueuse vaginale, ce qui rend difficile le recouvrement du vagin, soit par voie antérieure, soit par voie postérieure, soit les deux à la fois. Lorsque les cas sont aussi graves, j'ai tendance à échelonner les opérations, en procédant d'abord à la FRV et à une reconstruction vaginale postérieure, puis à la FVV quelques semaines ou quelques mois plus tard. J'obtiens de meilleurs résultats en procédant ainsi qu'en faisant trop de lambeaux pour fermer la vessie, les intestins, le vagin antérieur et le vagin postérieur en une seule fois. La présence de nombreux lambeaux peut mettre

à rude épreuve l'apport sanguin et entraîner une nécrose des bords distaux des lambeaux. Cela conduit bien sûr à un échec de la réparation, c'est pourquoi j'opte pour la prudence en procédant en deux étapes. Si j'échelonne les opérations, je commence toujours par la FRV pour que la patiente soit continente et que les matières fécales potentiellement infectieuses restent à l'écart de la FVV en cours de cicatrisation.

Préparation préopératoire

Il est souhaitable que le rectum et le côlon gauche soient vides. J'ai pour habitude de n'autoriser les liquides que la veille de l'opération et d'administrer un lavement matin et soir la veille. Un purgatif oral tel que le picosulfate de sodium (Picosalax) ou le mannitol est très utile, mais n'étant pas toujours disponible, un simple lavement rectal à l'eau et au savon est couramment utilisé. Avant l'anesthésie, il convient de vérifier que le rectum est vide. Si ce n'est pas le cas, l'opération doit être reportée ou la patiente doit être invitée à aller vider ses intestins ou à effectuer un lavement dans la salle d'opération. Il n'est pas rare de constater des écoulements fécaux au début de l'opération. Il est alors impératif de s'arrêter et d'effectuer un lavement approfondi sur la table d'opération, de frotter à nouveau et de poursuivre l'opération en cas de contamination fécale. Il est conseillé de continuer les antibiotiques pendant 24 à 48 heures en plus des doses peropératoires.

Technique

Comme pour la réparation de la FVV, le premier élément essentiel est une très bonne exposition. (Figure 7.4)



Figure 7.4

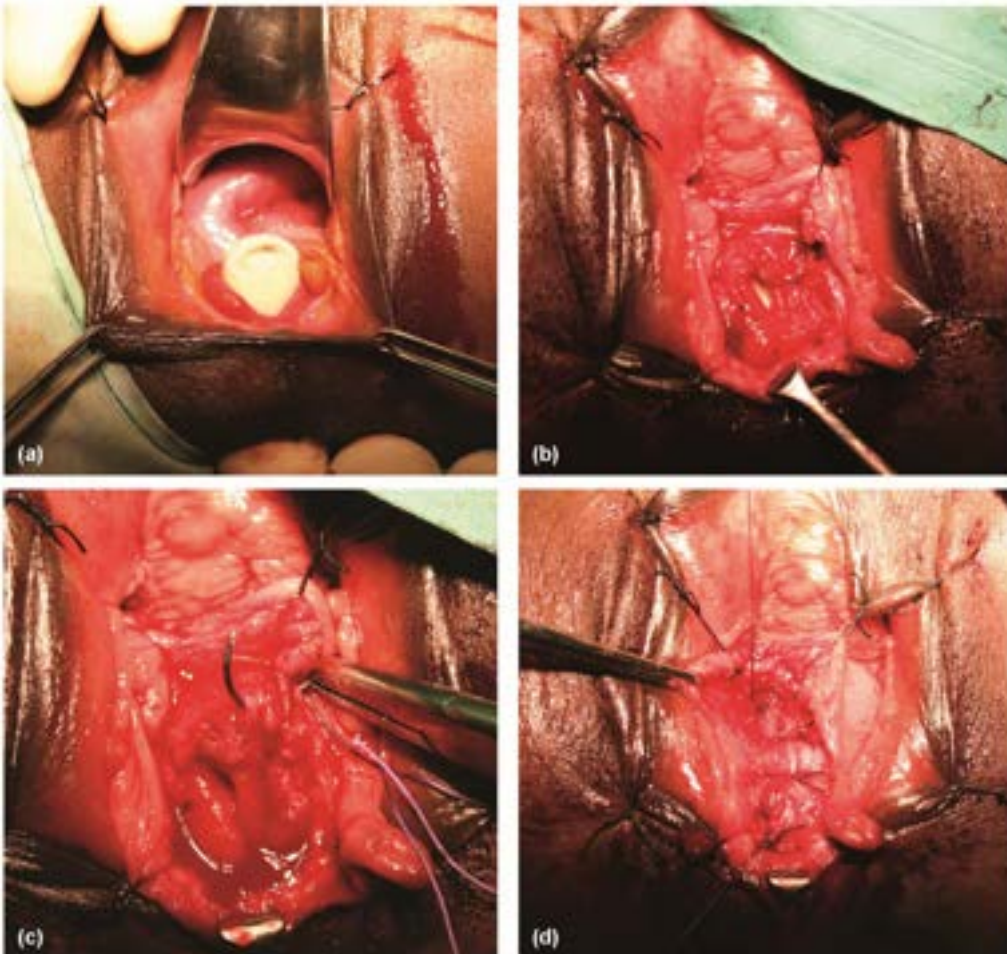
Une épisiotomie bilatérale a été nécessaire pour y accéder. Le vagin était presque complètement obturé par la cicatrice, ce qui rendait l'accès très difficile. Les épisiotomies permettent d'observer clairement la FRV.

La réparation d'une FRV basse simple est illustrée sur la Figure 7.5. Cette fistule a été provoquée par un traumatisme lors d'un mariage avant l'âge légal.

Si elle est disponible, une aspiration est utile, car le sang (et l'urine) s'accumule dans le champ opératoire. Elle permet également de réduire l'inclinaison de Trendelenburg pour la FRV, afin de mettre en évidence le vagin postérieur.

Lorsque l'exposition est suffisante, une incision est pratiquée autour de la fistule et latéralement à partir de chaque angle, de la même manière que pour une FVV. Comme pour la FVV, la mobilité est obtenue à partir de la dissection proximale plutôt que distale.

Toutes les FRV ne sont pas aussi simples que celle de la Figure 7.5. La plupart d'entre elles présentent une cicatrice épaisse. Les bords latéraux sont les plus difficiles à mobiliser, car ils sont souvent liés à la cicatrice. (Figure 7.6) Une incision franche de la cicatrice latérale de la fistule et une orientation postérieure peuvent permettre d'atteindre la fosse pararectale juste à côté de la fistule. Il faut couper largement avec des ciseaux solides pour libérer la cicatrice, et pour cela il est utile d'insérer fréquemment un doigt dans la lumière du rectum à travers l'anus pour guider la dissection et s'assurer que l'on ne pénètre pas dans le rectum. La fistule est souvent entourée d'une épaisse cicatrice. Celle-ci doit être excisée pour libérer le muscle rectal et anal et la muqueuse qui se trouvent en dessous. Une plus grande mobilité est obtenue lorsque la cicatrice est enlevée.



Suite

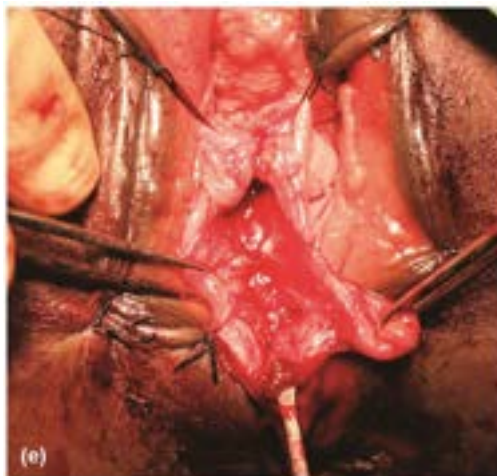


Figure 7.5 (suite)

a) FRV basse juste au-dessus du sphincter. b) La FRV a été mobilisée. c) Réparation par des points séparés en prenant toute l'épaisseur de la musculature, à l'exclusion de la muqueuse. d) La première couche est terminée. e) Deuxième couche. f) Le vagin est réparé.



Figure 7.6

Il faut noter les épisiotomies bilatérales pour y accéder (ainsi que l'absence d'urètre). La FRV est étirée de chaque côté du bassin où elle adhère à une cicatrice dense. Celle-ci doit être libérée de manière adéquate et la cicatrice épaisse doit être excisée pour réparer le tissu sain en deux couches.

La paroi vaginale postérieure étant raccourcie, le cul-de-sac de Douglas est souvent ouvert lors de la dissection supérieure. C'est un avantage, car le rectum devient plus mobile et plus facile à évaluer. Un saignement important lors d'une dissection rectale indique que le chirurgien s'est égaré dans la paroi rectale. Si le péritoine est pénétré, j'ai tendance à le fermer dès que la mobilité est suffisante. La patiente est souvent légèrement inclinée en position de Trendelenburg et le sang et l'urine qui s'écoulent dans le vagin se déversent ensuite dans la cavité péritonéale où ils peuvent provoquer un iléus prolongé après l'opération. La présence d'un écoulement de matières fécales dans la cavité péritonéale est le pire scénario.

Il convient généralement de fermer la perte tissulaire rectale transversalement, et il est probablement préférable de prévoir la fermeture en deux plans. Il n'est pas facile de placer les sutures avec précision dans une FRV difficile, le deuxième plan apportera donc une sécurité supplémentaire (les aiguilles 5/8 de cercle sont les plus utiles). Si une colostomie est en place, un seul plan suffit.

Une fois la réparation terminée, il est essentiel de vérifier que la lumière est adéquate par palpation du rectum. Le rectum étant un organe volumineux, un certain rétrécissement est acceptable, à condition qu'il laisse passer deux doigts. Exceptionnellement, le rectum est tellement sténosé lors de l'évaluation initiale qu'il nécessite une résection complète et une anastomose termino-terminale. (Figure 7.2) Quelques chirurgiens ont acquis la capacité de réaliser cette résection entièrement par voie transvaginale. Il s'agit d'une opération très exigeante, que peu de personnes sont en mesure de réaliser en toute confiance.

Certains chirurgiens envisageraient une approche purement abdominale. Pour un chirurgien colorectal expérimenté travaillant dans des conditions idéales, une résection et une anastomose termino-terminale ne sont pas difficiles. Cependant, dans une salle d'opération rurale moyenne où l'éclairage et les instruments ne sont pas optimaux, la situation est tout à fait différente. Il est important de comprendre que le plan aponévrotique exsangue habituellement utilisé pour disséquer le rectum et le mésorectum hors du bassin sera supprimé par la cicatrice au niveau du site de la fistule. Il existe un risque réel d'ouvrir le rectum là où il adhère fortement au sacrum, ou de pénétrer dans les veines présacrées au cours de cette dissection. (La prise en charge d'urgence de saignements présacrés consiste à utiliser une punaise stérile. Elle est introduite dans le sacrum par l'orifice du saignement, elle ne fera aucun mal. Si ce n'est pas le cas, il faut mettre en place un tampon et sortir.)

Dans certains cas, l'approche combinée vaginale et abdominale peut s'avérer très utile. Malgré une mobilisation persistante par le bas, il n'est parfois pas possible de fermer solidement une perte tissulaire très haute dans le rectum. Après l'ouverture de l'abdomen, il est souvent facile de compléter la réparation par le haut, la majeure partie de la mobilisation ayant déjà été effectuée. (Figure 7.7)

Les fistules recto-vaginales s'accompagnent généralement d'une cicatrice vaginale plus importante et, après avoir libéré et parfois excisé le tissu cicatriciel, il peut rester très peu de tissu vaginal pour reconstruire la paroi vaginale postérieure. Des lambeaux, tels que les lambeaux fessiers rotationnels et les lambeaux de Singapour, peuvent être utilisés. Si elle n'est pas bien recouverte, le tissu cicatriciel se contracte à nouveau, sténosant le vagin et provoquant une dyspareunie, voire une apareunie.

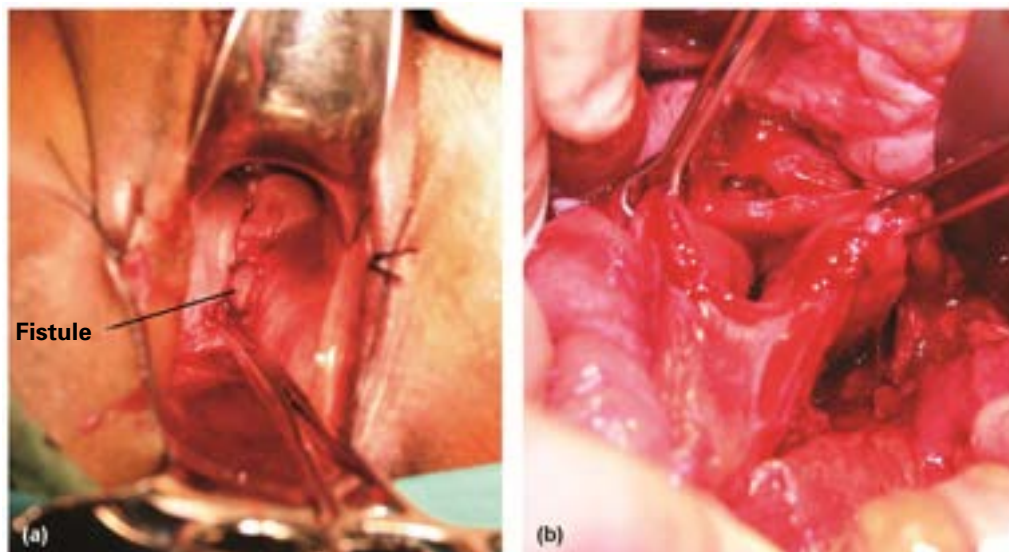


Figure 7.7

a) FRV haute. L'extrémité distale a pu être mobilisée par voie vaginale, mais l'extrémité proximale était difficile à atteindre. b) Elle a été facilement exposée par voie abdominale. Cela a été plus facile parce que le bord distal avait déjà été mobilisé par voie vaginale.

Résultats des réparations rectales

D'après l'expérience de la plupart des chirurgiens, les résultats de la réparation sont bons, bien que le nombre de cas refusés en raison de la gravité des lésions ne soit pas connu. Dans une série de plus de 100 patientes atteintes de FRV (présente chez plus de 1 000 patientes consécutives atteintes de fistules obstétricales), 98 % de fermeture et de continence réussies ont été enregistrées lors de la première opération.

Le taux de réussite de la réparation concomitante de la vessie et de la FRV est beaucoup moins élevé. Moins de 50 % d'entre elles sortent continentes après une FVV associée, car une FRV est généralement associée à une FVV cicatricielle et circonférentielle affectant l'urètre, dont le pronostic est mauvais. Il est rare de trouver une fistule juxta-cervicale associée à une FRV.

Enfin, il convient de souligner que la chirurgie de la FRV haute est exigeante et ne doit pas être entreprise sans précaution par des chirurgiens inexpérimentés. Seules les fistules basses sont relativement faciles.

Lectures complémentaires

Browning A, Whiteside S. Characteristics, management, and outcomes of repair of rectovaginal fistula among 1100 consecutive cases of female genital tract fistula in Ethiopia. *Int J Gynaecol Obstet* 2015 Oct;**131**(1):70–3.

Goh J, Krause H. *Female Genital Tract Fistula*. Brisbane: University of Queensland Press, 2004.

Kelly J, Kwast BE. Epidemiological study of vesico-vaginal fistula in Ethiopia. *Int Urogynaecol J* 1993; **4**: 278–1.

Muleta M, Williams G. Post coital injuries treated at the Addis Ababa Fistula hospital 1991–1997. *Lancet* 1999; **354**: 2051–2.