

Les fistules recto-vaginales d'origine obstétricale : aspects épidémiologiques et approches thérapeutiques. Etude multicentrique tunisienne

Recto-vaginal obstetrical fistulas : Therapeutic attitudes.

Multicenter tunisian study

Baraket Oussama*, Moussa Makrem*, Chennoufi Badis**, Bouchouha Samy*

*: Service de Chirurgie générale. Hôpital Habib Bouguetfa .Bizerte

** : Service de gynéco-obstétrique C. centre de Maternité La Rabta

RÉSUMÉ

Prérequis: La communication pathologique et épithélialisée entre la paroi postérieure du vagin et la paroi antérieure du rectum, à travers la cloison recto-vaginale. Les fistules d'origine obstétricale restent fréquentes dans les pays en voie de développement.

But : décrire les aspects épidémiologiques des fistules recto-vaginales d'origine obstétricale dans notre pays et discuter les résultats du .

Matériel et méthodes : étude multicentrique rétrospective colligeant 41 cas de fistule recto vaginales obstétricales pris en charge dans 19 centres tunisiens.

Résultats : le diamètre médian de la fistule était de 12mm. Le traitement avait consisté en une excision suture chez 34 patients. Une périnéotomie avec reconstruction simultanée dans 4 cas ; une périnéotomie et reconstitution en deux temps selon Musset dans 2 cas et une interposition musculaire par le muscle Gracilis dans 1 cas. Une guérison complète après la première intervention a été retrouvée dans 35 cas, une guérison complète mais au prix d'une dyspareunie a été noté dans 1 cas. Un échec définitif a été retrouvé dans 4 cas

Conclusion : Les FRV obstétricales sont rares mais elles n'ont pas disparu complètement en Tunisie malgré les efforts déployés. Le traitement chirurgical donne de bons résultats mais le meilleur traitement reste préventif à cause des répercussions socio-économiques graves de cette pathologie

Mots-clés

Fistule recto-vaginale, Causes obstétricales - diagnostic - Traitement

SUMMARY

Background: Rectovaginal fistulas are abnormal epithelial-lined connections between the rectum and vagina. The acquired etiology caused by child birth are still frequent in many countries.

Aim: to describe epidemiology of obstetrical recto vaginal fistula in our country and discuss therapeutic modalities

Materiel and methods: A retrospective multicentric study among 19 hospital departments from February 1982 to January 2007 of obstetrical recto-vaginal fistulas including 41 patients.

Results: The median diameter of the fistula was 12 mm. the treatment consist on excision of the fistula and perineal suturing in 34 cases, Advancement flaps was used in four cases, the Musset technique repair in two cases, Gracilis transposition for repair was used in one case. Forty five patients had satisfactory anatomic and functional satisfactory results. One patient had reported dyspareunia. Definitive failure was reported in four cases.

Conclusion: Our study suggests a regression in obstetrical RVF. However many efforts on institutional, socioeconomic and obstetrical levels have to be done in order to eradicate this pathology. Surgical treatments have good results. However prevention of this complication is the best treatment because a major handicap for women regarding socioeconomic, functional and psychological effects.

Key- words

Recto-vaginal fistulas, Obstetrical causes, diagnosis, Treatment.

La fistule recto-vaginale (FRV) se définit comme étant la communication pathologique et épithélialisée entre la paroi postérieure du vagin et la paroi antérieure du rectum, à travers la cloison recto-vaginale. Elle fait correspondre la paroi postérieure du segment moyen et inférieur du vagin et la paroi antérieure du rectum sous-péritonéal, dépourvue de méso, par l'intermédiaire d'une condensation ténue de fibres de collagène, mêlées à des fibres musculaires longitudinales issues de la musculature rectale. Les étiologies sont multiples post radiques, néoplasiques, iatrogènes ou obstétricales qui représentent le sujet de ce travail.

La prise en charge des FRV dépend de la localisation, de la taille et de la cause de la fistule. Les principes du traitement reposent sur une excision de la fistule associée à une interposition de tissu sain résultant ou non de l'apport d'un greffon. Un éventuel déficit sphinctérien doit également être réparé.

Le but de cette étude et de décrire les aspects épidémiologiques des fistules recto-vaginales d'origine obstétricale dans notre pays et discuter les résultats du traitement chirurgical.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique intéressant au total 19 services hospitaliers répartis sur tout le pays : 6 Services de gynécologie obstétrique ; 6 services de chirurgie urologique et 7 services de chirurgie viscérale durant une période de 26 ans allant de Février 1982 à Janvier 2007 colligeant 41 cas.

Une fiche des données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques a été établie et envoyée à tous les services suscités. Le recueil des données s'est fait par consultation des archives de codage de chaque service, et par la suite par la consultation des différents dossiers d'admissions et des comptes rendus opératoires.

Les critères d'inclusion retenus étaient les fistules secondaires aux accouchements dystociques, aux manœuvres instrumentales et à la chirurgie obstétricale (Césarienne ou Hystérectomie d'hémostase).

Les critères d'exclusion étaient les fistules iatrogènes (secondaire à une chirurgie gynécologique, urologique et endoscopique) ; les fistules radiques, traumatiques (corps étrangers ou post coïtales), congénitale, néoplasiques et celles secondaires à des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

La classification des lésions a fait appel à la classification de Rothenberger qui subdivise ses lésions en simples si la taille est inférieure à 2,5 cm et son siège occupe les 2/3 inférieurs du vagin. Elles sont complexes si leur taille est supérieure à 2,5 cm ou siégeant sur le 1/3 supérieur du vagin.

Les critères de jugement principal étaient les résultats définitifs après traitement chirurgical ainsi que les résultats fonctionnels.

Les résultats définitifs étaient définis selon qu'il y a eu échec ou succès du traitement chirurgical.

Un échec définitif était défini par une persistance de la symptomatologie et persistance de la fistule recto-vaginale à l'examen clinique et aux examens morphologiques.

Les résultats fonctionnels étaient recherchés à l'interrogatoire : elles étaient jugées excellentes quand les patients ne présentaient aucun symptôme en post opératoire avec une activité sexuelle normale et satisfaisante. Elles étaient jugées moyennes quand les patients présentaient une dyspareunie peu gênante et sans retentissement

majeur. Les résultats étaient jugés mauvais en cas de dyspareunie majeure ou de la persistance de la fistule recto-vaginale.

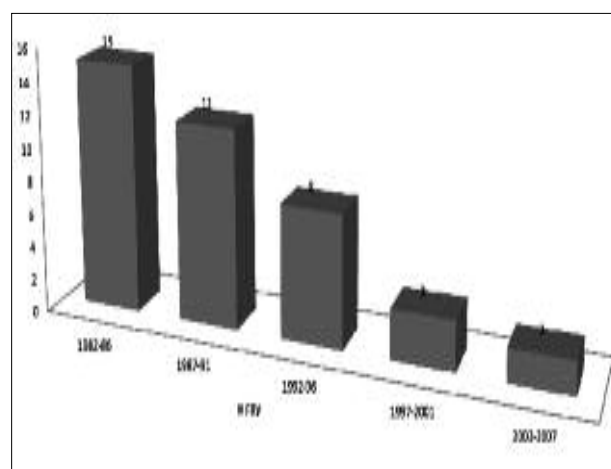
Au cours de ce travail, l'analyse statistique a été réalisée au moyen du logiciel SPSS version (18.0). Les résultats ont été exprimés sous forme de pourcentages ou de moyennes. La comparaison des pourcentages a été faite par le test de χ^2 et le test de Fisher.

RÉSULTATS

L'âge médian dans la série était de 38 ans avec des extrêmes entre 36 et 40 ans.

La répartition selon les périodes (figure.1) de ces fistules montre une nette diminution au cours des années : 37,5 % de ces fistules sont survenues entre 1982 et 1986 et 5% entre 2002 et 2007.

Figure 1 : Nombre de cas en fonction des périodes



Toutes ces patientes étaient classées ASA1. Elles n'avaient pas de comorbidités. Trente sept de ces patientes étaient primipares, deux patientes étaient deuxième geste et deux patientes avaient plus de deux accouchements dans leur antécédents.

Ces fistules recto-vaginales étaient secondaires à un accouchement laborieux dans 38 cas (95% des cas).

Un périnée court était retrouvé dans 4 cas, un périnée infecté et fragile dans 2 cas.

Un accouchement par forceps était retrouvé dans 36 cas.

Les circonstances de découverte étaient passage de selles ou de gaz par le vagin dans 38 cas (90 %) une vaginite chronique récidivante dans 3 cas. Le délai médian du diagnostic par rapport à l'accouchement était de 5 mois avec des extrêmes allant de 1 à 12 mois. Le bilan lésionnel avait comporté l'examen du vagin, du périnée l'examen du rectum avec étude du tonus du sphincter anal. Ce bilan lésionnel reposait sur un examen physique et des examens complémentaires. L'examen physique avait comporté un examen proctologique complet dans tous les cas appréciant essentiellement le tonus sphinctérien qui était normal dans 34 cas. Le test au bleu de méthylène était positif dans 25 cas (62,5 %). Une rectoscopie avec examen au speculum était pratiquée chez tous nos patients. L'IRM pelvienne était pratiquée dans 3 cas.

Au terme du bilan préopératoire la taille de la fistule était < 0,5 cm dans 3 cas, entre 0,5 et 2,5 cm dans 36 cas et > 2,5 cm dans 2 cas. Le diamètre médian était de 12mm [extrêmes : 0,2-35mm].

Les gestes chirurgicaux réalisés étaient essentiellement une excision et suture dans 34 cas ; une périnéotomie avec reconstruction simultanée dans 4 cas ; une périnéotomie et reconstitution en deux temps selon Musset dans 2 cas et une interposition musculaire par le muscle Gracilis dans 1 cas.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 5 jours avec des extrêmes allant de 4 à 10 jours.

Les résultats fonctionnels étaient jugés excellents dans 34 cas, bons à partiels dans 2 cas et mauvaises dans 5 cas. Quand on a fait la corrélation taille de la fistule résultats fonctionnels on a retrouvé que toutes les lésions dont la taille était inférieure à 0,5 cm avait donné de bons résultats. Quand la taille était entre 0,5 et 2,5 cm 29 patientes avaient de bons résultats alors que quatre patientes avaient de mauvaises résultats et une patiente avait des résultats moyens. Le résumé des résultats en fonction

Une guérison complète après la première intervention a été retrouvée dans 35 cas, une guérison complète mais au prix d'une dyspareunie a été notée dans 1 cas. Un échec définitif a été retrouvé dans 4 cas.

DISCUSSION

Ce travail multicentrique sur les FRV, nous a permis de constater que cette pathologie est devenue de plus en plus rare en Tunisie. Les résultats du traitement chirurgical sont satisfaisants dans notre série.

Pour la plupart des auteurs, l'étiologie obstétricale des FRV est la plus fréquente. Elle est exceptionnelle dans les pays développés, tandis qu'elle persiste dans les pays sous développés [3]

L'incidence réelle de ces FRV est difficile à déterminer ; en effet la plupart des séries publiées sont des courtes séries

En 1989, l'OMS estimait que plus de 2 millions de femmes atteintes de Fistules obstétricales restaient sans traitement dans les pays en développement et qu'il survenait au moins 50.000 à 100.000 nouveaux cas chaque année. Mais le secret et la honte associés à cette affection posent des difficultés lorsque l'on essaie d'estimer sa prévalence [5,6].

Certaines études approfondies suggèrent que le nombre réel de femmes vivant avec une FO non traitée et souffrant de la douleur et de la déchéance qui en résultent pourrait avoir été sous-estimé. Le nombre de femmes vivant avec une FO pourrait se situer entre 100 000 et un million au Nigeria [7] et à plus de 70 000 au Bangladesh [2] Des études récentes ont révélé que l'incidence des fistules serait entre 1-3 pour 1000 accouchements en Afrique occidentale et entre 5-10 pour 1000 accouchements dans certaines régions rurales africaines [8]. La fréquence de ces fistules dans les pays développés et beaucoup moindre : Sur une période de 2 ans au Parland Memorial Hospital de Dallas en 1993, sur 30.000 malades ayant accouché par voie basse, seules 2 malades ont développé une FRV [9]. Dans une série de 30 malades prises en charge au CHU d'Amiens en France Entre 1981 et 2001, les FRV étaient pour 40% néoplasiques, 17% post-obstétricales [10]

Plusieurs facteurs ont été incriminés dans la survenue de ces fistules. Les plus étudiés dans la littérature tel que la primiparité, l'âge jeune, l'accouchement à domicile et les manœuvres instrumentales [2,3,5]

Le diagnostic positif repose essentiellement sur la clinique : le signe fonctionnel majeur étant le passage de selles ou de gaz par le vagin. Dans la littérature ce signe est retrouvé dans plus de 80% des cas. Ces résultats est concordant avec notre série où 90% des patients avaient présenté ces symptômes [11]. Ailleurs les autres signes qu'on peut observer sont les écoulements purulents par le vagin, une vaginite chronique ou à répétition, des infections urinaires récidivantes. L'examen clinique soit être fait de façon minutieuse et permet dans la majorité des cas de confirmer le diagnostic surtout quand il est fait sous anesthésie générale. Il montre la fistule, précise sa taille, son siège et l'aspect de la paroi vaginale sous jacente. On recherchera une atteinte vésicale associée [1,4]. Celle-ci était présente dans des cas dans notre série dans deux cas. Cet examen doit être complété par un examen du tonus du sphincter anal et un test au bleu de méthylène si la fistule n'est pas évidente à déterminer.

Les examens complémentaires ont peu de place dans le diagnostic positif.

Cependant l'anuscopie et la rectoscopie permettent d'examiner le canal anal, la muqueuse rectale, de rechercher l'orifice primaire de la fistule et de réaliser des biopsies [12]. Pour certains auteurs un bilan sphinctérien est systématique avant de décider de l'attitude thérapeutique. Ce bilan comporte au minimum une échographie endoanale et manométrie rectale. D'après plusieurs études [10,13], l'EEA a mis en évidence de façon rétrospective que plus de 80% des femmes présentant une incontinence anale ont une rupture sphinctérienne

Le traitement des ces FRV est toujours chirurgical. Le but est d'interrompre la communication entre rectum et vagin en supprimant le trajet fistuleux et en suturant des tissus sains. Plusieurs techniques ont été décrites dans la littérature.

L'excision suture de la fistule est la technique la plus souvent utilisée essentiellement en cas de fistule simple. Elle était la technique la plus utilisée dans notre série. Elle expose selon certains auteurs à des récurrences fréquentes. L'intervention de Musset consistant en une périnéoproctotomie longitudinale avec réparation immédiate ou différée constitue l'intervention de référence [14]. Dans l'intervention initiale a été décrite par Musset en 1937, il propose d'attendre plusieurs semaines entre la périnéotomie longitudinale première et la réfection du corps périnéal, alors que d'autres auteurs [15,16] propose, pour les FRV simples, d'associer dans le même temps opératoire périnéotomie et réfection périnéale. Les résultats du traitement des FRV par l'intervention de Musset en un temps donnent d'aussi bons résultats que l'opération en deux temps et sont excellents dans toutes les études. Le taux de guérison varie de 75 à 100 % de guérison selon les auteurs [16,17,18] Dans notre série cette technique a été utilisée uniquement dans 2 cas. La plupart des auteurs se sont penchés vers la réalisation d'une suture simple. Le lambeau d'avancement rectal : Cette technique a l'avantage de sa simplicité et de la préservation sphinctérienne. Elle est donc indiquée s'il n'existe pas de lésion sphinctérienne [10,19,20]. Pour plusieurs auteurs c'est la technique la plus utilisée dans le traitement des FRV basses et moyennes [18,19,20, 21,22]. Dans la littérature, Le taux de réussite est de l'ordre de 70-80% durant un suivi de 1 à 2 ans, parfois de 3,6 ans [23,24]. Et il rejoint même 100% dans certaines études [25,26,27]. Les interpositions musculaires ont été décrites mais nécessitent des conditions anatomiques bien spécifiques rendant leur utilisation rare

dans la littérature et leur résultat mal évalués [27]. Les résultats La plupart des auteurs pensent que la résolution spontanée est possible. Pour Rothenberger [28], l'éventualité d'une guérison spontanée d'une fistule rectovaginale dépend de sa cause et de façon moindre de sa taille. Pour d'autres l'obésité et les réparations récurrentes constituent les principaux facteurs déterminant les résultats à long terme [29]

CONCLUSION

La fréquence des fistules obstétricales reflète l'état des progrès réalisés en obstétrique dans un pays. Notre travail nous a permis de constater une nette diminution des FRV obstétricales ces dernières

années et ceci grâce au programme national de périnatalité Une prise en charge adaptée permettra aux patientes d'éviter les problèmes psychologiques majeurs et de faciliter leur réintégration dans la société. Le traitement est simple et sera réalisé dès l'établissement du diagnostic. Lorsqu'il existe des phénomènes inflammatoires locaux, un délai de 3 à 6 mois selon les auteurs s'avère nécessaire avant d'intervenir.

Cependant, le meilleur traitement de ces fistules est basé sur leur prévention par la sensibilisation des femmes à cette complication redoutable de l'accouchement, par le suivi des grossesses et par l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et la surveillance après l'accouchement afin de ne pas méconnaître une lésion à la salle d'accouchement qui aurait pu être réparée sans séquelles.

Références

- Rivadeneira D, Ruffo B, Amrani S, Salinas C. Rectovaginal Fistulas: Clin Colon Rectal Surg 2007; 20: 96-100
- Tebeu P, Fomulu J N, Khaddaj S. Risk factors for obstetric fistula: a clinical review Int Urogynecol J 2012; 23:387-394
- Goldaber KG, Wendel PJ, McIntire DD, Wendel GD Jr Postpartum perineal morbidity after fourth-degree perineal repair. Am J Obstet Gynecol. 1993 168:489-93.
- Rosenshein MD, Rene R. Anatomic classification of Rectovaginal septal defects. Am J Obstet Gynecol 1990; 137 : 439-44
- Schlörcke E, Zimmermann M, Hoffmann M et al. Surgical treatment and prognosis of rectovaginal fistulae according to their origin. Zentralbl Chir 2012 ; 137:390-5
- Genadry RR, Creanga AA, Roenneburg ML, Wheelless Complex obstetric fistulas. Int J Gynaecol Obstet 2007; 99 :51-6.
- Wall LL. Dead mothers and injured wives: The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria. Stud Fam Plann, 1998, 19:341-59.
- Linda V, Kalilani P, Umar E, Lazaro D, Lunguzi J, Chilungu A. Prevalence of obstetric fistula in Malawi Int J Gynecol Obst 2010; 109: 204-208
- Goldaber KG, Wendel PJ, McIntire DD. Postpartum perineal morbidity after fourth-degree perineal repair. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 489-93
- Manaouil D, Dumont F, Regimbeau JM, Duval H, Brazier F, Dupas JL. Fistules recto-vaginales acquises de l'adulte. Gastroenterol Clin Bio 2004;28: 1267-79.
- Tsang CB, Madoff RD, Wong WD et al. Anal sphincter integrity and function. Influence outcome in recto-vaginal repair. Dis Colon Rectum 1998;41:1141-6
- Ommer A, Herold A, Berg E et al . German S3-Guideline: Rectovaginal fistula. Ger Med Sci 2012, 10: 1612-34
- Mazier WP, Senagore AJ, Schiesel EC. Operative repair of anovaginal and rectovaginal fistulas. Dis Colon Rectum 1995; 38:4-6.
- Russell TR, Gallagher DM. Low rectovaginal fistulas. Approach and treatment. Am J Surg 1977;134:13-8
- Koebele A, C. Masias, A. Barbier, F. Abel, T. Routiot, A. Barbarino, B. Deval Fistules rectovaginales basses simples Pelv Perineol 2007; 2: 280-285
- Casadesus D, Villasana L, Sanchez IM, et al. Treatment of rectovaginal fistula: a 5-year review. Austral New Zealand J Obstet Gynecol 2006 ;46:49-51
- Rahman MS, Al-Suleiman SA, El-Yahia AR, Rahman J. Surgical treatment of rectovaginal fistula of obstetric origin: a review of 15 years experience in a teaching hospital. J Obstet Gynecol 2003 ; 23: 607-10.
- Waldijk K. The immediate management of fresh obstetric fistulas. Am J Obstet Gynecol 2004; 191:795-9.
- Tracy L, Hull, MD, Victor W. Fazio, MD, Surgical Approaches to Low Anovaginal Fistula in Crohn's Disease Am journal of surgery 1997; 173: 95-8
- Rodríguez-Wong U, Cruz-Reyes JM, Santamaría-Aguirre JR, García-Alvarez J. Postobstetric rectovaginal fistula: surgical treatment using endorectal advancement flap. Cir Cir. 2009;77:201-5.
- Mazier WP, Senagore AJ, Schiesel EC. Operative repair of anovaginal and rectovaginal fistulas. Dis Colon Rectum 1995;38:4-6.
- Hilsabeck JR. Transanal advancement of the anterior rectal wall for vaginal fistulas involving the lower rectum. Dis Colon Rectum 1980;23:236-41.
- Haadem K, Dah Iström JA, Lingman G. Anal sphincter function after delivery : a prospective study in women with sphincter rupture and controls. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1990;35:7-12
- Jones IT, Fazio VW, Jagelman DG. The use of transanal rectal advancement flaps in the management of fistulas involving the anorectum. Dis Colon Rectum 1987; 30: 919-23.
- Rijken Y, Chilopora GC. Urogenital and recto-vaginal fistulas in southern Malawi: a report on 407 patients. Int J Gynaecol Obstet 2007; 99: 85-89
- Faucheron JL, Risse O. Technique : le lambeau rectal d'avancement. J Chir 2001;138:157-61.
- Zmora O, Tulchinsky H, Gur E, Goldman G, Klausner JM, Rabau M. Gracilis muscle transposition for fistulas between the rectum and urethra or vagina. Dis Colon Rectum 2006;49:1316- 21.
- Rothenberger DA, Goldberg SM. The management of recto-vaginal fistula Surg.Clin.North Am 1983; 63:61-79
- El-Gazzaz G, Hull TL, Mignanelli E, Hammel J, Gurland B, Zutshi M. Obstetric and cryptoglandular rectovaginal fistulas: long-term surgical outcome; quality of life; and sexual function. J Gastrointest Surg 2010;14:1758-63