LES FISTULES VÉSICO-VAGINALES ET LÉSIONS URÉTÉRALES POST-CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE AU SERVICE D'UROLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIBREVILLE (CHUL) : PRISE EN CHARGE ET ÉVOLUTION

BLADDER-VAGINAL FISTULAS AND URETERAL LESIONS FOLLOWING GYNECOLOGICAL SURGERY IN THE UROLOGY DEPARTMENT OF THE LIBREVILLE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER (CHUL): MANAGEMENT AND OUTCOME

MBETHE D, MOUGOUGOU A, NDANG NGOU MILAMA S, ADANDÉ MENEST, BISSIRIOU IZOUDINE, NZALIMBANINENOU MBOULA P, NGUYEN AKENDENGUE L, ALLOGHO MBOUYE G.

Service d'Urologie du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville

Auteur Correspondant : Dr MBETHE Dimitri ; BP : 40000 Libreville Gabon. ; Tél : +241 66 138630 ; E. mail : dimitri.mbethe@yahoo.fr

Résumé :

Introduction : Les atteintes urologiques au cours de la chirurgie gynécologique sont fréquentes et principalement représentées par les sections ou ligatures urétérales, et les fistules vésico-vaginales. Leurs conséquences peuvent être dramatiques, sur les plan affectif, psychologique, sexuel et même social, d'où l'intérêt d'une prise en charge précoce et adéquat. Ce travail avait donc pour objectif d'analyser les différentes options thérapeutiques chirurgicales, et d'évaluer leurs résultats.
Patients et méthode : Etude monocentrique, rétrospective allant de janvier 2019 à décembre 2024 des patientes admises au service d'urologie pour une complication urologique liée à une chirurgie gynécologique. Les paramètres étudiés étaient, l'âge, les antécédents, les circonstances de survenue, le délai diagnostic, les techniques chirurgicales utilisées, l'évolution. La réussite du traitement était confirmée cliniquement par le tarissement des fuites urinaires en cas de fistule vésico-vaginale ou de section urétérale, ou par la normalisation de la fonction rénale dans les cas de ligature urétérale bilatérale. L'analyse des données a été faite par calcul des moyennes et des fréquences.
Résultats : Pendant ladite période, 35 patientes ont été opérées, dont 18 fistules vésico-vaginales, 11 sections urétérales, et 6 ligatures urétérales. L'âge moyen des patients était de 45.71 ans. Les interventions en cause étaient dominées par la césarienne (42.86%) et l'hystérectomie (28.57%). Le délai diagnostique moyen était de 154.8 jours. Les interventions réalisées étaient, une cure de fistule vésico-vaginale par voie haute chez 4 patientes ; par voie basse chez 9 patientes, par voie mixte chez 5 patientes. Devant les lésions urétérales, une réimplantation urétéro-vésicale chez 15 patientes, et une anastomose uretéro-uretérale chez 2 patientes. L'évolution était favorable dans 94.28% des cas.
Conclusion : Dans notre travail, les techniques de réparation les plus utilisées étaient la réimplantation urétéro-vésicale en cas de traumatisme urétéral, et la cure de fistule par voie basse en cas de fistule vésico-vaginale ; ces techniques donnent de bon résultats, confirmant les données de la littérature.

Mots clés : fistule vésico-vaginale – section urétérale – ligature urétérale

Summary:

Introduction*: Urological damage during gynecological surgery is common and mainly consists of ureteral sections or ligatures and fistulas. The consequences can be dramatic, emotionally, psychologically, sexually, and even socially, hence the importance of early and appropriate treatment. The aim of this study was therefore to analyze the various surgical treatment options and evaluate their outcomes.*
Patients and method: *A single-center, retrospective study from January 2019 to december 2024 of patients admitted to the urology department for a urological complication related to gynecological surgery. The parameters studied were age, medical history, circumstances of onset, time to diagnosis, surgical techniques used, and outcomes. Treatment success was clinically confirmed by the cessation of urinary leakage in cases of vesicovaginal fistula or ureteral section, or by the normalization of renal function in cases of bilateral ureteral ligation. Data analysis was performed by calculating means and frequencies.*
Results*: During the period in question, 35 patients underwent surgery, including 18 bladder-vaginal fistulas, 11 ureteral sections, and 6 ureteral ligatures. The average age of the patients was 45.71 years. The procedures involved were predominantly cesarean sections (42.86%) and hysterectomies (94.28%).*
Conclusion: *In our work, the most commonly used repair techniques were ureterovesical reimplantation in cases of ureteral trauma and low-route fistula repair in cases of vesicovaginal fistula; these techniques yield good results, confirming the data in the literature.*

Key words: *bladder-vaginal fistula – ureteral section – ureteral ligation.*

INTRODUCTION

Les appareils urinaire et gynécologique occupent les parties antérieure et moyenne du pelvis. Ces rapports anatomiques étroits expliquent l'atteinte régulière au cours de la chirurgie gynécologique des uretères ou de la vessie [1 ; 2, 3]. Les conséquences de ces atteintes sont variables dans la vie de la patiente pouvant se ressentir sur les plans affectifs, psychologiques, sexuels et même sociales [4]. Plusieurs techniques chirurgicales et voies d'abord existent pour la cure de fistule vésico-vaginale et pour la réparation de lésions urétérales [1 ;2]. L'objectif de ce travail était d'analyser les différentes options thérapeutiques chirurgicales, et d'évaluer leurs résultats.

PATIENTS ET MÉTHODE :

Etude monocentrique, rétrospective allant de janvier 2019 à décembre 2024 des patientes admises au service d'urologie pour une complication urologique liée à une chirurgie gynécologique quelle qu'en soit l'étiologie. Les paramètres étudiés étaient, l'âge, les antécédents, les circonstances de survenue, le délai diagnostic, les techniques chirurgicales utilisées, l'évolution. La réussite du traitement était confirmée cliniquement par le tarissement des fuites urinaires (vésico-cutanée ou vésico-vaginale) ou la normalisation de la fonction rénale dans les cas de ligature urétérale bilatérale. L'analyse des données a été faite par calcul des moyennes et des fréquences.

RÉSULTATS :

Pendant ladite période, 35 patientes ont été opérées, dont 18 fistules vésico-vaginales, 11 sections urétérales, et 6 ligatures urétérales [Tableau I]
L'âge moyen des patientes était de 45.71 ans (extrêmes 32 et 67 ans)
Les interventions en cause étaient dominées par la césarienne (42.86%) et l'hystérectomie (28.57%) [Tableau II].
La durée moyenne d'évolution de la fistule était de 154.8 jours (extrêmes 1 jour et 1 an) ;
Les symptômes cliniques comprenaient : des pertes d'urines par le vagin en cas de fistule vésico-vaginale, des fuites d'urines par la plaie opératoire dans les cas de section urétérale, ou de lombalgies en cas de ligature urétérale.
L'examen physique notamment le toucher vaginal et l'examen au spéculum permettaient d'individualiser l'orifice fistulaire et d'en préciser le nombre, le siège mais aussi les caractères de la paroi vaginale antérieure qui pouvait être souple, indurée, cartonnée.
Le bilan paraclinique montrait à l'uroscanner une extravasation du produit de contraste dans le pelvis dans les cas de section urétérale, et au niveau vaginale en cas de fistule vésico-vaginale
Le bilan biologique était normal, sauf dans les cas de ligature urétérale bilatérale où une insuffisance rénale aigue obstructive était observee
Les interventions réalisées étaient, une cure de fistule vésico-vaginale par voie haute chez 4 patientes ; par voie basse chez 9 patientes, par voie mixte chez 5 patientes. Devant les lésions urétérales, une réimplantation urétéro-vésicale par lambeau de Boari chez 15 patientes, et une anastomose uretéro-uretérale chez 2 patientes.
L'évolution a été marquée par un tarissement complet des fuites urinaires dans les cas des fistules vésico-vaginales; concernant les sections urétérales, après anastomose, on notait 2 cas de persistance des fuites urinaires manifestées en post-opératoire par un drain de redon productif (supérieure à 500 cc), ayant justifié une seconde reprise chirurgicale au cours de laquelle une réimplantation urétéro-vésicale sera effectuée chez l'une et une reprise de l'anastomose urétéro-urétérale chez l'autre.

Tableau I : Différentes atteintes urétérales et vésicales

NATURE DE LA LESION	EFFECTIF	POURCENTAGE (%)
SECTION URETERALE UNILATERALE	11	31.43
SECTION URETERALE BILATERALE	0	0%
LIGATURE URETERALE UNILATERALE	4	11.43
LIGATURE URETERALE BILATERALE	2	5.71
FISTULE VESICO-VAGINALE	17	48.57
FISTULE URETERO-VESICO-VAGINALE	1	2.86

Tableau II: Répartition selon le type d'interventions en cause en gynécologie

Type d'intervention	Effectif	Pourcentage (%)
Césarienne	15	42.86
Hystérectomie	10	28.57
Myomectomie	6	17.14
Colpohystérectomie élargie	4	11.43
Annexectomie	0	0

DISCUSSION :

La chirurgie gynécologique est la principale pourvoyeuse de lésions iatrogènes de l'arbre urinaire [5,6], l'âge moyen de nos patientes était de 45.71 ans. Fatnassi en Tunisie [7] trouve un âge moyen de 46 ans ce qui se rapproche de nos résultats, alors que Diallo en Guinée Conakry [8] trouve un âge moyen de 39,40 ans, et Sangaré au Mali [9] trouve un âge moyen 32 ans.

L'atteinte urinaire était secondaire à une césarienne dans 42.86% des cas, et à une hystérectomie dans 28.57 % des cas. Mian en Côte d'ivoire [10] retrouve 30.77% de cas de césarienne. Bouya au Congo [11] trouve 61.73% de cas de césarienne et 32.1% d'hystérectomie comme interventions pourvoyeuses de lésion urétérale en chirurgie gynécologique. Ces résultats confirment que la césarienne et l'hystérectomie sont les deux principales interventions en gynécologie pourvoyeuse de lésions de l'appareil urinaire.

Leur prédominance comme interventions pourvoyeuses de lésions urétérales ou vésicales s'explique sur le plan anatomique par le fait que l'artère utérine croise l'uretère à proximité du col utérin, et donc lors de sa ligature au cours d'une hystérectomie, le risque de section ou ligature urétérale et majeur. La prévention de cette complication repose essentiellement sur une dissection soigneuse permettant de visualiser et repérer l'uretère [12].

La durée moyenne d'évolution de la fistule était de 154.8 jours (extrêmes 1 jour et 1 an). Ridha en Tunisie [7] trouve un délai diagnostic variant entre 1 et 13 jours. Diallo en Guinée Conakry [8] trouve une durée moyenne d'évolution de la fistule de 11 ans.

Plusieurs facteurs expliquent les variations des délais de diagnostic, notamment le caractère tabou de cette affection pouvant amener certaines patientes à dissimuler les symptômes [13, 14] ; mais aussi le bas niveau socio-économique et l'analphabétisme des populations pour la plus part rurales et le manque d'accès aux structures sanitaires adéquats [4]

La symptomatologie clinique révélatrice était marquée par des fuites urinaires permanentes par le vagin en cas de fistule vésico-vaginale, de fuites urinaires par la plaie opératoire ou par le drain de redon en cas de section urétérale ou vésicale, enfin de lombalgie en cas de ligature urétérale. Ces circonstances de découverte sont également décrites à travers la littérature [1, 15].

Concernant les fistules vésico-vaginales, la cure s'est faite par voie haute chez 9 patientes (50%), par voie basse chez 4 patientes (22.22%), et par voie mixte chez 5 patientes (27.78%). L'abord chirurgical est variable selon plusieurs paramètres (siège, nombre, antécédents, expérience de l'opérateur, état local tissulaire) [2], cela explique les résultats assez divers rapportés par Sangaré au Mali [9] qui rapporte un abord par voie haute chez 52% des patientes; alors que Massandé au Gabon [13] décrit un abord par voie basse à 93% chez 31 patientes opérées pour fistule vésico-vaginale obstétricale.

Concernant la prise en charge des lésions urétérales, 8 patientes ont bénéficié d'une réimplantation urétéro-vésicale et 1 d'une anastomose urétéro-urétérale. Plusieurs techniques de réparation urétérale sont connues et bien décrites, leur choix est fonction de paramètres tels que le siège de la lésion et le type de lésion [2,16]. Dans notre série, les lésions intéressaient toutes l'uretère pelvien, d'où la décision de réimplantation urétéro-vésicale ; sauf chez une patiente présentant une section urétérale à environ 14 centimètres de la vessie, et découverte en per-opératoire a bénéficié d'une anastomose urétéro-urétérale. Aucune chirurgie endoscopique ou coelioscopique n'a été pratiquée du fait d'un diagnostic posé tardivement chez la majorité des patientes, mais surtout par manque de plateau technique pour un traitement endoscopique.

L'évolution était favorable, marquée par un tarissement complet des fuites urinaires dans les cas de fistule vésico-vaginale. Chez une patiente néanmoins, le post-opératoire révélait une insuffisance urétrale, occasionnant des fuites urinaires à l'effort qui en préopératoire ne pouvait être distinguées de la fistule vésico-vaginale. Un soutènement sous urétral par la pose d'une bandelette sous urétrale sera proposée à distance de l'intervention, mais la patiente sera perdue de vue. Dans la littérature, les taux de réussite sont variables ; ainsi Diallo en Guinée Conakry [8] sur une cohorte de 450 cas de fistules vésico-vaginales rapporte un taux de réussite de 79.3%, alors que Ntsambi en République démocratique du Congo [17] rapporte 82.81%. Selon une autre étude de Ntsambi [18], il existe 4 facteurs prédictifs d'échec du traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales, notamment la présence d'une fibrose cicatricielle, la présence de deux fistules ou plus, l'abord trans-vésical comme voie d'abord, et l'atteinte urétral. Le nombre peu important des patientes de notre cohorte ne nous a pas permis d'effectuer des analyses statistiques pour corroborer ces résultats.

Dans les cas de lésion urétérale, après réparation l'évolution était favorable (88.23%), sauf chez 2 patientes qui ont présenté une persistance des fuites urinaires par le drain de redon ; ce qui a justifié une reprise chirurgicale. Otiobanda à Brazaville [19] met en évidence un taux similaire de réussite chez 17 patientes ayant eu un traumatisme urétéral. Karmouni en France [15] rapporte un taux de succès immédiat de 71% et en cas d'échec l'évolution après reprise chirurgicale était favorable dans 83% des cas.

CONCLUSION :

Les fistules vésico-vaginales et traumatismes urétéraux d'origine gynécologique sont les plus fréquentes du fait des rapports anatomiques étroits des appareils urinaire et gynécologique. Leur prise en charge est bien codifiée. Dans notre travail, les techniques de réparation les plus utilisées était la réimplantation urétéro-vésicale en cas de traumatisme urétéral, et la cure de fistule ?? par voie basse en cas de fistule vésico-vaginale ; ces techniques donnent de bon résultats confirmant les données de la littérature.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Long J.-A, Descotes JL., Rambeaud JJ. Fistules vésicales. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Urologie. 2017 ; 18-215-A-10.

2. Savoie PH, Laroche J, Vallier C, Fournier R. Réparations chirurgicales des lésions de l'uretère. EMC -Techniques chirurgicales - Urologie 2017;6(1):1-15

3. Bounoual M, Omana JP, Ahsaini M. Incontinence urinaire révélant une fistule vésico-utérine: à propos d'un cas. Pan African Medical Journal. 2018; 31:32.

4. Alioune Sarr, Cyrille Ze Ondo, Amath Thiam et al. Profil épidémiologique, étiologique et évolutif des fistules vésico-vaginales au Sénégal. Progrès en urologie. 2023 ; 33 : 401-406.

5.Wagner JR, Paul Russo. Urologic complications of major pelvic surgery. Seminars in Surgical Oncology. 2000; 18(3):216-28.

6.Børseth KF, Acharya G, Kiserud T, Trovik J. Incidence of gynecological fistula and its surgical treatment: A national registry¬based study. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2019;98(9):1120¬6

7. Fatnassi R, Merzougui L, Rebhi I et al. Les traumatismes urétéraux compliquant une chirurgie gynécologique. PanAfrican Mededical journal J. 2018 ; 30 :145.

8.Diallo MB, Diallo AT, Sow KB et al. Les complications urologiques de la chirurgie gynécologique. À propos de 16 cas. Annal of Urology. 2001 ; 35 : 210-5.

9. Sangaré D, Berthé HJG, Diakité ML, Samassekou A, Diakité AS et al. Les complications urologiques liees à la chirurgie pelvienne au CHU du point-G, à propos de 23 cas. Mali Médical. 2018 ; 23(2) : 9-12.

10. Mian DB , Kassé R, Kakou C et al. Lésions urologiques iatrogènes au cours de la chirurgie gynécologique et obstétricale au CHU de Cocody. Annales de la SOGGO. 2020 ; 35(15) : 66-69.

11. Bouya PA, Odzébé AWS, Otiobanda FG et al. Les complications urologiques de la chirurgie gynécologique. Progrès en Urologie. 2011 ; 21 : 875-878.

12. Sahnoun M, Ben Elkadhi S, Boulma R et al. Les plaies iatrogènes de l'uretère : à propos de 11 cas. Journal de Chirurgie Viscérale. 2022 ; 159(4) : S70

13. Massandé Mouyendi J, Mougougou A, Ndang Ngou Milama S et al. Fistule obstétricale au Gabon : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Bulletin Médical d'Owendo. 2017 ; 15(43) : 27-31.

14. Sanda G, Chipkao R, Harissou A et al. Les fistules uro-génitales iatrogènes : À propos de 62 cas et revue de la littérature. African Journal of Urology. 2016; 22(2) : 55-60.

15. Coccolini F, Moore E.E, Kluger Y et al. Kidney and uro-trauma: WSES-AAST guidelines. World Journal of Emergency Surgery. 2019; 14(54): 2-25

16. Michel F, Gaillet S, Boissier R et al. Epidemiology and care pathway of vesicovaginal fistulas managed in France between 2010 and 2018. World journal of Urology. 2022 ; 40(4):1027-1033.

17. Bulanda Nsambi J, Mukuku O, Foma Yunga JDD et al. Fistules obstétricales dans la province du Haut-Katanga, République Démocratique du Congo: à propos de 242 cas. PanAfrican Mededical Journal. 2018 ; 29 :34.

18. Nsambi J, Mukuku O, Kakudji P, Kakoma JB. Modèle prédictif de l'échec de la réparation chirurgicale de la fistule obstétricale vésico-vaginale. PanAfrican Medical Journal. 2019 ; 34 :91.

19. Otiobanda GF, Mahoungou-Guimbi KC, Odzebe A.W.S et al. Les traumatismes urétéraux au cours de la chirurgie pelvienne chez la femme congolaise. Revue Africaine d'anesthésiologie et de médecine d'urgence. 2011 ; 15(1) : 1- 4.