

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union-Discipline-Travail

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UFR DES SCIENCES MEDICALES

MEMOIRE

Année : 1997-1998

N°

Pour l'obtention du

**CERTIFICAT D'ETUDES SPECIALES (C.E.S)
DE CHIRURGIE GENERALE**

**LA RECTOMYOPLASTIE DANS LA CURE DES
FISTULES UROGENITALES TECHNIQUES
ET RESULTATS A PROPOS DE 35 CAS**

Présenté par

Docteur DEKOU ANGORAN HYJIN

Responsable du C.E.S.

Professeur KANGA Miessan

Directeur de Mémoire :

Professeur MAZAN Konan

Agrégé d'urologie

SOMMAIRE

	PAGES
INTRODUCTION	1 - 2
I – <u>RAPPEL HISTORIQUE</u>	3 - 5
II – <u>RAPPEL DES CLASSIFICATIONS DES FUG</u>	6 - 14
III – <u>PATIENTES ET METHODES DE TRAVAIL</u>	
1) RECRUTEMENT DE S MALADES.....	16 - 17
2) CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES MALADES....	17 - 19
3) MOYENS DIAGNOSTICS.....	20
4) BILAN DES LESIONS.....	21
IV - <u>LA RECTOMYOPLASTIE</u>	
1) BUTS.....	23
2) TECHNIQUE OPERATOIRE.....	23 - 24
3) INDICATIONS	25 – 26

V - RESULTATS

1) RESULTATS FONCTIONNELS.....	28
2) MORBIDITE.....	29
3) MORTALITE.....	29

VI - COMMENTAIRES

1) S'AGISSANT DE LA TECHNIQUE OPERATOIRE.....	31
2) A PROPOS DES INDICATIONS DE LA RMP.....	32
3) S'AGISSANT DES RESULTATS DE LA RMP.....	33

CONCLUSION.....	35
------------------------	-----------

RESUME.....	37
--------------------	-----------

BIBLIOGRAPHIE.....	39 - 42
---------------------------	----------------

INTRODUCTION

Affection connue depuis l'antiquité, les fistules uro-génitales restent encore dans les pays sous médicalisés, une maladie fréquente et invalidante.

On distingue sur le plan anatomopathologique deux grands types de fistules uro-génitales (FUG).

- 1) Les fistules simples dont le traitement est essentiellement le dédoublement-suture.
- 2) Et les fistules complexes dont la cure chirurgicale est difficile. Cela explique la multitude des techniques chirurgicales dans la cure de ces fistules complexes. Il arrive même que devant certaines fistules complexes, on propose une dérivation urinaire définitive, parcequ'aucune chirurgie réparatrice ne peut être proposée.

La rectomyoplastie (RMP), vulgarisée par les urologues de la faculté de médecine d'Abidjan permet dans de nombreux cas, de conserver la vessie et sa fonction en évitant ainsi les dérivations définitives.

Le but de ce travail est de rapporter notre expérience dans la cure des F. U. G. complexes par la technique de la rectomyoplastie.

Après un rappel des généralités relatives à l'histoire du traitement, aux classifications des FUG, nous nous proposons, à propos de 35 cas de fistules complexes, de faire le point de la RMP à travers nos résultats.

I-RAPPEL HISTORIQUE

Les fistules uro-génitales existent depuis l'antiquité puisqu'on en a retrouvé à l'examen de la momie **HENHENIT** se situant 2000 ans avant J.C.

Le traitement proposé a évolué dans le temps. Hippocrate préconisait le tamponnement vaginal avec un cylindre de chair de bœuf.

En 1832. **JOBERT DE LAMBALLE** oblitère la fistule à l'aide d'un lambeau prélevé sur la grande lèvre.

En 1851 **SIMON** pratique la première dérivation en implantant les uretères au niveau du colon et propose en 1856 le cloisonnement du vagin (colpocléisis).

Vers la même époque, **MARION SIMS** et **BOREMAN** introduisent l'avivement suivi de suture et **DUBOUE** le dédoublement de la cloison vésico-vaginale suivi de la fermeture de chaque organe séparément.

En 1881 **TREDELENBOURG** réalise la première cure par voie haute, transvésicale qui sera remise à l'honneur par **MARION** en 1924.

En 1932 **PICOT** propose la voie vagino-périnéale.

Malgré de multiples procédés plastiques (tunnellisation des tissus sous-pubiens par **MARION**, fermeture de la fistule par lambeau vésical par **KÜSS** et **CHATELAIN** ou par lambeau épiploïque par **KURICUTTA** et **KÜSS**), la fermeture de la fistule vésico-vaginale est parfois impossible. Il a été proposé diverses techniques de dérivation des urines ou de substitution de la vessie.

COFFEY perfectionne la technique de **SIMON. NEDELEC** réalise une néo-vessie rectale reprise par **MARION** en 1911 et **COMTE** à Casablanca en 1961.

En 1950, **BRICKER** met au point une uréterostomie cutanée transiléale et en 1976 **BENCHEKROUN** à rabat, propose une vessie iléo-coecale continente. (1) (18)

C'est encore en 1950-1952 que des chirurgiens en Guadeloupe dont **A. LEGUYADER** (13) confronté à de larges pertes de substance urogénitale post-dystocique, ont constaté l'insuffisance de la graciloplastie déjà décrite par **GARLOCK** en 1928, ont eu recours à la transposition partielle du muscle grand droit de l'abdomen (rectus abdominis) d'où le nom de rectomyoplastie.

II-RAPPEL DES CLASSIFICATIONS DES FISTULES URO-GENITALES

L'étude anatomo - pathologique des fistules uro-génitales conditionne l'accessibilité chirurgicale.

Cette étude est d'autant plus importante que devant la variété des lésions anatomiques, chaque fistule constitue un cas d'espèce qui nécessite un traitement adapté, d'où l'importance de savoir classer les fistules uro-génitales.

Plusieurs classifications ont été proposées :

- **EN FRANCE CELLE DE R. COUVELAIRE** (20) qui a été simplifiée en deux groupes qui sont :

Groupe I : Fistules vésico-vaginales simples

Elles désignent un petit trou ou grand trou faisant communiquer vessie et vagin. Ce sont essentiellement des fistules rétrotrigonales dont le traitement est le dédoublement suture simple.

Groupe II : Fistules vésico – vaginales complexes

Elles désignent les lésions dans lesquelles il y a deux ou plusieurs éléments suivants :

- le trou jouxte l'orifice urétéral ;
- le col vésical est perforé ;
- la capacité du réservoir vésical est réduite ;
- la perte de tout ou une partie de l'urètre ;
- une sclérose importante accompagne la fistule vésico-vaginale ;
- la présence de lésion du périnée, du pelvis.

-A DAKAR LA CLASSIFICATION DE BARROUX ET LETAC (14)

se présente comme suit :

1- Les fistules de l'urètre

2- Les fistules de la cloison vésico-vaginale :

a) juxta cervico-vésicale ;

b) moyennes ;

c) juxta cervico- utérine ;

3- les fistules du col vésical :

a) les fistules simples ;

b) les fistules compliquées.

4 – Les destructions de la cloison vésico-vaginale (avec conservation de l'urètre)

5 – Les destructions segmentaires de l'appareil uréthro-vésical :

- a) avec destruction limitée de l'urètre ;
- b) avec destruction étendue de l'urètre (moignon urétral de 1 à 2 cm) ;
- c) avec destruction totale ou presque totale de l'urètre (moignon urétral inférieur à ½ cm) ;
- d) destruction urétrale complète ou partielle, mais avec orifice vésical sphinctérisé.

- **LE PROFESSEUR X. SERAFINO (3) (17)** Directeur de la clinique chirurgicale de Dakar de 1957 à 1965 quant à lui, a décrit ; 4 types de FUG :

1 – des fistules simples vésico-vaginales vraies ;

2 – des fistules complexes : avec participation du col vésical et de l'urètre ;

3 – des fistules compliquées où prédomine la sclérose ;

4 – des fistules associées à une brèche recto-vaginale.

– **A ABIDJAN A. LEGUYADER** (13) dont nos maîtres furent les collaborateurs et élèves, a proposé la classification suivante que nous utilisons dans nos pratiques quotidiennes. Elle associe des lettres qui sont des initiales du siège lésionnel et des nombres qui précisent le degré de la fistule.

La nomenclature est la suivante :

U : Urètre

S : sphincter du col vésical

T : Trigone vésical

B : Bord postérieur de la vessie

Ug : Uretère gauche

Ud : Uretère droit

M : Matrice (utérus)

A : vagin

R : rectum

F : Fibrose

Les nombres apprécient le degré de la lésion et varie de 1 à 4 :

- Le nombre 1 désigne un petit trou ;
- Le nombre 2 désigne une brèche ;
- Le nombre 3 désigne une destruction importante, mais réparable ;
- Le nombre 4 désigne une destruction irréversible, irréparable.

Les degrés 1 et 2 constituent des fistules simples

Les degrés 3 et 4 constituent des fistules complexes

Exemple :

- Atteinte légère : T1 – simple trou du trigone ;
- Atteinte modérée : S2 brèche du sphincter (s) du col vésical ;
- Atteinte importante : U3 – délabrement de l'urètre ;
- Atteinte irréversible : M4 – Exérèse de la matrice (M) ;
- Atteinte scléreuse : AF : Fibrose du vagin.

Plusieurs structures peuvent être concernées en même temps par la fistule.

Exemple : T2 S3 U1 – Udg + AF3

Il s'agit d'une fistule complexe qui associe un délabrement du sphincter du col vésical qui mord légèrement sur l'urètre, avec brèche trigonale qui menace les uretères droit et gauche complétés par une fibrose vaginale (colpocléisis).

**III - PATIENTES ET
METHODE DE TRAVAIL**

1 – MODE DE RECRUTEMENT DES MALADES

– Population étudiée

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur des patientes hospitalisées et traitées dans le service d'urologie du centre hospitalier et universitaire (CHU) de Cocody.

– Choix de l'échantillon analysé

Sur 70 dossiers de patientes présentant une fistule urogénitale, 35 malades ont été traitées par la rectomyoplastie (RMP) du 1^{er} janvier 1985 au 31 déc. 1995.

Dans 27 cas, il s'agissait d'une RMP de soutènement et de suspension (type T2S) dont 1 cas de récurrence avec lésion urétrale ayant nécessité l'opération de **MARTIUS**.

Dans 8 cas, il s'agissait d'une RMP de soutènement simple (type TS) dont 1 cas de sclérose du col vésical ayant fait l'objet d'une incision du col.

– Méthode de recrutement des patientes

Toutes nos malades ont été vues en consultation externe à la suite d'un accouchement dystocique avec accidents urinaires.

L'interrogatoire a permis d'obtenir des renseignements notamment sur les circonstances de survenue des troubles urinaires, sur les modalités de l'accouchement. Après un examen clinique, les patientes subissent un examen spécialisé en salle d'opération qui permet dans la plupart des cas de confirmer le diagnostic.

2 -CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENT

- Age

L'âge des patientes varie entre 15 et 75 ans avec une moyenne de 26, 9 ans.

Dans plus de 50 % des cas, les fistules se rencontrent chez les patientes de moins de 25 ans.

Tableau I : **REPARTITION DES PATIENTES SELON L'AGE**

AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
[15 :24]	20	57,14
[25 :34]	6	17,14
[35 :44]	6	17,14
[45 :54]	1	2,86
[55 :64]	1	2,86
[65 :74]	0	0
[75 :84]	1	2,86
TOTAL	35	100

– Gestite

Le nombre de grossesses varie de 1 à 9 grossesses par patiente soit un total de 91 grossesses avec une moyenne de 2,6 grossesses par femme.

– Parité

Le nombre d'accouchements varie de 1 à 8 accouchements par patiente, soit un total de 77 accouchements avec une moyenne de 2,2 accouchements par patiente.

Parmi ces 77 accouchements, il a été constaté 58 enfants vivants et 19 mort-nés soit un taux de mortalité d'environ 24,67 %.

Nous notons par ailleurs 22 primipares et 13 multipares soit respectivement 62,85 % et 37,14 %.

Tableau II : **REPARTITION DES PATIENTES SELON LE NOMBRE D'ACCOUCHEMENT**

	EFFECTIF	
PRIMIPARE	22	62,85 %
MULTIPARE (2-3 enfants)	5	14,29
GRANDE MULTIPARE >/ 4 enfants	8	22,86
TOTAL	35	100

– Au plan socio-économique

Toutes nos patientes ont un niveau socio-économique bas et se répartissent ainsi :

- sans profession : 32 cas (91,42 %) ;
- petites vendeuses ambulantes : 2 cas ;
- coiffeuse 1 cas.

– Etiologie

L'étiologie des fistules est post-obstétricale, après un accouchement dystocique.

Dans 22 cas (62,85 %) la FUG est apparue après un accouchement dystocique .

Dans 9 cas, une césarienne a été nécessaire et dans 4 cas une hystérectomie totale a été réalisée pour rupture utérine.

Tableau III – REPARTITION DES PATIENTES SELON L'ETIOLOGIE

MECANIQUE	EFFECTIF	POURCENTAGE
ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUE	22	62,85
CESARIENNE	9	25,72
RUPTURE UTERINE (hystérectomie)	4	11,43
TOTAL	35	100

3 - MOYENS DIAGNOSTIQUES

Nos patientes ont été vues en consultation externe pour incontinence urinaire totale survenue à la suite d'une dystocie.

Après l'interrogatoire et l'examen clinique sommaire, nous les programmons pour un examen spécialisé sur table, au bloc opératoire et sous anesthésie générale légère. Un bilan paraclinique s'impose avant cet examen à cause de l'anesthésie.

Ce bilan comprend essentiellement l'exploration de la fonction rénale (urée et glycémie à jeun), la numération de la formule sanguine à la recherche d'une anémie, la radiographie pulmonaire et l'électrocardiogramme.

Ces conditions étant remplies, l'examen se fait en position gynécologique, la paroi vaginale postérieure étant reclinée par l'aide, avec une valve vaginale, sauf les cas où une sclérose vaginale rend impossible l'écartement du vagin.

Dans la plupart des cas, le diagnostic est aisé et la fistule vésico-vaginale est rapidement mise en évidence. Seuls les cas difficiles peuvent entraîner une épreuve au bleu de méthylène.

A l'issue de cet examen, l'on est en mesure de faire un bilan des lésions anatomiques et d'établir la formule de la fistule afin de choisir le traitement chirurgical.

4 - BILAN DES LESIONS

- Brèches fibrosées du col vésical (S2) 6 cas ;
- Brèches fibrosées du trigone (T2) 7 cas ;
- Brèches associant urètre et col vésical (S2, U2): 7 cas ;
- Destruction du trigone menaçant les urètres et associant brèche du col vésical : (T3 S2 + UDG) ; 2cas
- Destruction du trigone vésical menaçant les urètres et associant brèche du bord post de la vessie : T3D2 + UDG : 1 cas ; *
- Destruction du trigone et du col vésical avec brèche de l'urètre et menaçant les urètres; (T3 S3 U2-UDG) 8 cas
- Destruction du trigone, du col vésical de l'urètre menaçant uretères avec fibrose vaginale. T3 S3 U3 + UDG + AF2 : 4 cas

Ces lésions sont représentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau IV : BILAN DES LESIONS ANATOMO PATHOLOGIQUES

Formule	S	T	U.S	S.T.Udg	BT. Udg	UST udg	USTudg + AF	TOTA
Effectif	6	7	7	2	1	8	4	35

IV-LA RECTOMYOPLASTIE

En raison de la complexité des lésions observées, toutes nos malades ont subi une réparation selon la technique de la rectomyoplastie (RMP), en complément de la suture de la fistule vésicale.

1 - BUTS

- soutenir la suture de la fistule et contribuer à sa fermeture ;
- corriger une éventuelle incontinence urinaire transurétrale par analogie à la technique de goebell-stoeckel.

2 - TECHNIQUE OPERATOIRE

Il convient de rappeler les temps essentiels qui sont :

- le dédoublement vésico-vaginal par voie basse ;
- suture de la fistule ;
- prélèvement du muscle grand droit de l'abdomen avec son pédicule épigastrique, en respectant son insertion pubienne, par une incision médiane ou paramédiane remontant à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic ;

- création d'un tunnel rétropubien latéro-vésical d'un côté (tunnel d'amont) où le muscle descend pour être récupéré dans le vagin pour retenir la région vésico-urétrale, matelassant la suture vésicale ; remonte latéralement du côté opposé par le tunnel d'aval où il est fixé par son extrémité à l'aponévrose du muscle grand oblique opposé grâce à une contre incision inguinale.

Il sera fixé sous tension dans le cas de la RMP type T2 S, indiquée dans les incontinences transurétrales.

Dans le cas du soutènement simple dit RMP de type TS, le muscle est simplement étalé autour de la suture vésicale et maintenue en position par quelques points simples aux fils résorbables.

Réfection soigneuse de la gaine du droit déshabillée aux fils non-résorbables

Une sonde urétrale est mise à demeure pendant 21 jours

Ces 2 modalités techniques (RMP de type TS et RMP de type T2 S) sont réalisées en fonction de la formule de la fistule.

La RMP de type T2 S est indiquée chaque fois qu'il y a une lésion du col vésical. Toutes les autres lésions où il n'y a pas d'atteinte sphinctérienne, nécessitent une RMP type TS.

3 -INDICATIONS

D'une façon générale la RMP est indiquée pour toutes les fistules vésico-vaginales complexes, mais réparables.

Ainsi, se trouvent résumées sous forme de tableau les interventions réalisées en fonction des formules des fistules.

Tableau V : **INTERVENTIONS DE LA RMP EN FONCTION DES FORMULES DES FUG**

INTERVENTION	INDICATIONS
RMP TYPE T2S	Toutes les fistules vésico-vaginales impliquant le sphincter du col vésical. S. ; U.S ; T.S ; U.T.S. ; U.T.S. – UDG
RMP TYPE TS	Fistules vésico-vaginales pures intéressant les structures B. ; T. ; B.T. ; B.T.- UDG
RMP HAUTE	- Large délabrement du dôme vésical (D) et du corps de la Matrice DM3 ; - Lorsqu'une épiploplastie est impossible.
RMP MIXTE	- En cas de fistules-pièges, à la fois dystocique et post-opératoire faisant communiquer dôme et bord vésicaux (DB) avec le col de la Matrice (DBMC)
RMP DE TYPE L (type longitudinal)	- En cas d'urétroplastie totale - En cas d'échec à une graciloplastie ou une labioplastie

Dans notre étude, seule la RMP de type transversal a été utilisée pour la cure des fistules.

la RMP de type TS a été réalisé dans 8 cas (22,86 %).

Elle intéresse les fistules de siège purement trigonal (T) dans 7 cas et de siège trigone- bord postérieur (TB) dans 1 cas.

La RMP de type T2S a été réalisée dans toutes les autres variétés de fistules où le sphincter du col vésical a été lésé soit : 27 cas (77,14 %).

Tableau VI : REPARTITION DES PATIENTES SELON LES INDICATIONS

TYPE	EFFECTIF	POURCENTAGE
RMP T2S	27 cas	77,14
RMP TS	8 cas	22,86

V - RESULTATS

1 - RESULTATS FONCTIONNELS

Considérant les résultats globaux, nous avons observé sur 35 cas :

- 32 cas, soit 91, 42 % d'excellents résultats d'emblée c'est à dire: fistule guérie avec miction normale ;
- Chez 3 malades dont la fistule est fermée nous avons noté une rétention aiguë d'urine (RAU) après ablation de la sonde.

Nous avons attribué cet incident à une tension excessive du muscle. Après l'échec des dilatations urétrales, les patientes ont été entraînées à l'auto-sondage à vie.

L'une de ces malades est venue nous voir pour des troubles urinaires 20 ans plus tard.

A l'examen clinique, il s'agissait d'une fistule uréthro-vaginale iatrogène due au sondage par la sonde rigide métallique.

Cette patiente fut réopérée selon la technique de Martius. Nous en avons profité pour inciser le col vésical. Depuis, tout est rentré en ordre et notre patiente urine normalement.

1 cas de rétention chronique est survenu 4 ans après rectomyoplastie de soutènement (RMP TS). L'incision du col a permis de corriger les troubles urinaires.

2 - LA MORBIDITE

Nous n'avons constaté aucune complication en per et post opératoire.

3 - LA MORTALITE

Nous n'avons déploré aucun décès.

VI - COMMENTAIRES

1 – S'AGISSANT DE LA TECHNIQUE

Pour toutes les fistules reconnues complexes, nous avons recours à la RMP, en raison de ses résultats fiables 91,42 % de guérison et pour ses avantages indiscutables notamment :

- Son rôle hémostatique, car le muscle prélevé et interposé à travers les tunnels réalise une hémostase par compression ;
- Son rôle de soutènement des sutures parfois précaires ;
- Son rôle de suspension de col vésical pour corriger une éventuelle incontinence urinaire trans-urétrale ;
- son rôle économique pour les patientes, à cause de son succès opératoire qui évite ainsi plusieurs interventions pour récurrence.

La dysurie secondaire à une RMPT2 S due à une tension excessive du muscle est une faute technique qu'on peut améliorer par l'expérience chirurgicale. Cette complication rare ne doit pas faire ignorer les nombreux avantages ci-dessus rappelés.

2 - S'AGISSANT DES INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Dans tous les cas le traitement des FUG reste chirurgical, pour les fistules reconnues simples, le dédoublement suture est habituellement suffisant.

Cependant les fistules complexes font appel, outre le dédoublement- suture, à des plasties musculaires avec ou sans dérivations urinaires.

Plusieurs méthodes de plasties musculaires ont été décrites et le choix est une affaire d'école. Pour notre part, après avoir expérimenté le couturier, le droit interne, notre choix est aujourd'hui porté sur le muscle grand droit de l'abdomen en raison de ses nombreux avantages déjà décrits. *

C'est ainsi que dans notre série de 35 cas, la RMP de type T2S a été utilisée 27 fois, c'est à dire toutes les fois qu' il y a lésions du col vésical isolées ou associées à d'autres lésions.

La RMP de type S a été utilisée 8 fois en vue de renforcer nos sutures et d'améliorer les résultats thérapeutiques.

3 – A PROPOS DES RESULTATS

Sur les 27 cas de fistules traitées par la RMP T2S, 24 cas, soit 88, 89 % ont été guéris d'emblée.

Seul 1 cas a été repris pour rétention chronique d'urine et fistule urétrale guérie après incision du col vésical et plastie urétrale selon la technique de Martius.

2 cas ont eu recours à l'autosondage à vie pour rétention chronique d'urine. Cela pourrait s'expliquer soit par l'importance des lésions urétrales et du col vésical reconstruit, soit par le fait d'une erreur technique par traction trop importante du muscle cravatant le col vésical.

Sur les 8 cas opérés selon la méthode de type TS, nous ne déplorons aucun échec car toutes les fistules sont fermées. Seul 1 cas a présenté une complication post-opératoire marquée par la rétention chronique d'urine. Il s'agissait d'une sténose du col vésical dont l'incision a permis de corriger les troubles urinaires.

Si l'on tient compte des résultats globaux obtenus, nous enregistrons un succès de 94, 28 %.

Ce résultat est quelque peu identique à celui de **ZOUNG-KANYI**, et **SOW** (20) qui trouvent 94,95 % dans leur série au Cameroun. La complication iatrogène essentielle est marquée par la rétention chronique d'urine due à une tension excessive du muscle sous le col vésical. Cette anomalie s'améliore toujours avec l'expérience de l'opérateur.

CONCLUSIÓN

Cette étude vient en complément des travaux antérieurs réalisés par nos maîtres, les professeurs **LEGUYDER, YAO-DJE** et **DJEDJE MADY**, sur l'intérêt de la RMP dans la cure des FUG africaines.

Elle confirme, à partir des résultats thérapeutiques obtenus (94 % de guérison) la place de cette plastie musculaire dans les indications chirurgicales des fistules complexes. Toutefois, comme toute technique chirurgicale, la RMP répond à des indications précises dont le respect rigoureux permet d'obtenir ces résultats encourageants. Malgré ce succès thérapeutique, les FUG restent un problème de santé publique en raison de leur fréquence encore élevée et de l'existence de certaines fistules irréparables justifiant une dérivation urinaire définitive.

Ces faits doivent encourager la multiplication des mesures prophylactiques (amélioration des infrastructures gynéco-obtétricales, éducation sanitaire), seuls moyens d'éviter cette infirmité aux pays en voie de développement.

RESUME

35 patientes atteintes de FUG complexes post-dystociques ont été traitées selon la technique de la rectomyoplastie.

Deux protocoles opératoires ont guidé le traitement :

- La rectomyoplastie de soutènement et de suspension est indiquée pour les lésions isolées ou associées du col vésical : 27 cas dont 24 sont guéris sans séquelles ;
- La rectomyoplastie de soutènement est pratiquée dans les autres cas de fistules complexes où le col vésical est épargné : 8 cas avec 100 % de guérison sans séquelles.

En considérant les résultats globaux, 91,42 % des patientes sont guéries, ce qui justifie notre recours à la R.M.P. dans la cure des FUG africaines

MOTS CLES : RECTOMYOPLASTIE, FISTULE URO-GENITALE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 – **BARAUD Ph., VEILLARD J.M et COLL**
Les fistules vésico-vaginales africaines
Med. TROP VOL 40, n° juillet - août 1980

- 2 - **COUVELAIRE R**
Les fistules vésico-vaginales complexes
Journal d`urol. 1982, 88, N° 6, P.P 353 – 358

- 3 – **DAMAS R. , WAAG J. et AOUBA**
Fistules vesico-vaginales obstétricales africaines à propos de 47 observations
Med. Trop. Vol. 32 Juillet, août 1972, N°4

- 4 – **DJEDJE MADY A.**
Les fistules uro-génitales : la rectomyoplastie et ses différentes modalités
(opération de A. LEGUYADER), dans le traitement des grandes fistules
uro-génitales. Thèse de Méd. Abidjan 1976,98

- 5 – **FALANDRY L.**
Réparation des grandes nécroses uro-génitales d'origine obstétricale par
plastie myocutanée pédiculée de la grande lèvre. Technique et résultats.
J. chir (Paris), 1991,128, n°3 P, 120-126
MASSON. Paris, 1991

6 - **FALANDRY F.**

La double autoplastie de la grande lèvre dans la cure des fistules vésico-recto vaginales d'origine obstétricale. A propos de 17 cas.

J. Chir (Paris), 1990,127, n°2 P. 107-112

7- **FALANDRY F., LAHAYE F., MARACA C.**

Le lambeau pédiculé cutané graisseux de la grande lèvre dans le traitement des fistules vésico-vaginales complexes. A propos de 11 cas. J. Urologie,

1990, 96, n°2, P. 97-102

8 - **HUGH LAMENS DORF , DOLPHUS E. COMPERE, GRANT F. BEGLEY**

Simple surgical correction of urethrovaginal fistula
from the urology clinic fort worth Texas

Urology/Agust 1977, vol X number 1

9- **JANEZ J.**

Utilisation du grand épiploon dans le traitement des fistules vésico et uréthro-vaginales complexes.

Ann. urol. 1985,19, n°4. 267-268

10 – **KEBE M., ROLAND G., PIBAULTY, SANGARE S. , N'GUESSAN K.**

Les complications urétérales dans les fistules vesico-vaginales

Chirurgie 19975, 105, PP. 860 – 865

11 – **KIRICUTA I., BERARIU T.**

La technique simplifiée de traitement par épiploplastie de grandes fistules vésico-vaginales radiques et traumatiques. A propos de 130 cas opérés.

J. urol. 1988, 94, n°4, P.205-209.

12 - **LEFORT G., BOUCHE-PILION M.A. et COLL**

Fistule vésico-vaginale congénitale. Commentaires et revue de la littérature à propos d'un cas.

Chir. Pédiatrique 1990, 31, 96-99

13- **LEGUYADER, YAO-DJE C., DJEDJE MADY A., LOYGUE L. ALNO L. , N'GBAKOR A. et KASSANYOU.**

A propos de 698 fistules uro-génitales opérées par le même chirurgien.

Chirurgie 1979, 105, P. 854-859

14 – **PERQUIS P.**

Pathologie chirurgicale sous les tropiques.

Fistules vesico-vaginales obstétriques en Afrique noire

Me. Trop. Vol 31 septembre - octobre 1971, N05.

15 - **GUENU L.**

Fistule vésico-génitale après hystérectomie subtotale par voie abdominale associée à une incontinence à l'effort. Mémoire de l'académie de

chirurgie : Tome 105. n°5, 1979

- 16 - **SARRAMON J.P., LHEZ J.M., COURTY B. et COLL**
Intervention de MARSHALL- Marchetti-KHRANTZ au cours des
incontinences à l'effort
J. d'urol. 1981,87,0°8, P. 515-522
- 17 - **SERAFINO X. , TOSSOU H. et MENSAH A.**
Les délabrements uro-genitaux d'origine obstétricale en pays tropical
(étude critique à propos de 320 cas)
Gyneco-obst. 1968, tome 67, N°3, 329-358
- 18 - **ZHIRI M.A., BENJELLOUN S., MEZIANE E.M, KIRAMI M.**
Fistules vesico-vaginales d'origine obstétricale
Gynécologie 1988, 39, 1, 47-51.
MASSON PARIS 1988.
- 19 - **ZIMMERN PH. E., HADLEY H. R. ; RAZ S.**
La voie d'abord vaginale des fistules vésico-vaginales non irradiées.
J. d'urologie 1984,90, n° 5 P. 355-359
- 20 - **ZOUNG KANYI, SOW M.**
Le point sur les fistules vesico-vaginales à l'hôpital central de YAOUNDE.
A propos de 111 cas observé en 10 ans.
Ann. urol. 19990, 24, N° 6, 457-461