

# Diagnostic et classification des fistules vésico-vaginales : une revue.

Lufuma Iwa Nkandi\*

## RESUME

### Correspondance

**Professeur Dr Simon Lufuma Iwa Nkandi**

Département de Chirurgie

B.P. 123 Kinshasa XI

Cliniques Universitaires de Kinshasa

Tél. : (00243) 99 99 279 58

### Summary

*The author describe vesico-vaginal fistulas and their etiologies which are mostly due to dystocic delivery and sexual violence emerging today in geographic areas of conflicts. Emphasize is put on a careful physical examination of these fistulas and on their classification into 6 categories based on anatomo-clinical aspects of lesions together with their extension to uterus or rectum.*

*This kind of classification is helpful in facilitating the decision for an appropriate surgical approach.*

**Key words** : vesico-vaginal fistulas, diagnosis, classification

\* Service d'Urologie, Département de Chirurgie, Cliniques Universitaires, B.P. 123 Kinshasa XI

L'auteur décrit les fistules vésico-vaginales (FVV) et constate comme les autres cliniciens que les accouchements dystociques et, actuellement, les violences sexuelles dans les zones de conflits, constituent la cause dominante. Après avoir montré l'importance d'un examen clinique minutieux des FVV, il présente une classification en six types caractérisée par l'aspect anatomo-clinique des lésions, l'association de celles-ci entre elles ou avec l'atteinte éventuelle de l'utérus ou du rectum et leur complication.

Cette classification est importante car elle permet d'orienter l'indication thérapeutique.

Mots-clés : Fistule vésico-vaginale - Diagnostic - Classification

### Introduction

Les fistules vésico-vaginales (FVV) demeurent dans les régions africaines, une préoccupation certaine du point de vue social, sanitaire et thérapeutique. En effet, il s'agit d'un véritable paria humiliant dans la mesure où la femme porteuse est étiquetée par l'odeur des urines et une traînée de mouches sur son passage ; un paria excluant puisque le mari répudie sa femme, la famille maudit sa fille et la communauté méconnaît l'un de ses membres. Paria suicidaire parce qu'il est insupportable de vivre une telle vie dans un état psychologique normal. Enfin paria mortel, à cause des nombreuses morbidités compétitives y afférentes.

L'affection frappe la femme jeune en pleine activité génitale (et dans plus de la moitié des cas, primipare) et économique dans un contexte d'insuffisance d'infrastructure sanitaire et du personnel médical qualifié.

Si dans la plupart des cas, la FVV peut être reconnue facilement par le clinicien, la technique de traitement est souvent variable selon la forme anatomoclinique observée. Car il n'existe pas une fistule vésico-vaginale, mais des fistules vésico-vaginales (6). La

variété des formes cliniques de celles-ci justifie les nombreuses classifications existantes (1-3, 10, 16, 17) ainsi que les approches thérapeutiques qui sont curatives souvent, mais parfois palliatives (4). La spécialité du clinicien, selon qu'il est

gynécologue ou urologue, et son expérience entrent également en ligne de compte dans l'adoption d'une classification considérée comme fil conducteur dans le choix des méthodes de traitement. Par ce travail, nous présentons une classification qui tient compte des aspects anatomocliniques des structures lésées, de leur gravité, leurs complications et leur association avec l'atteinte des organes voisins (utérus ou rectum).

Ainsi le clinicien après un examen rigoureux de la malade fistuleuse peut être en mesure de classer les lésions observées et d'établir, grâce à cette classification, ses indications thérapeutiques.

## **Etiologie**

Dans la grande majorité des cas, en Afrique, les causes de FVV sont obstétricales (2, 3, 5, 9, 10, 12, 17). Elles surviennent habituellement au cours d'un accouchement dystocique (22, 25) par manque de surveillance et de traitement approprié. Les FVV survenant après une intervention chirurgicale viennent en deuxième position. La cause traumatique, hier d'importance négligeable, occupe actuellement en République Démocratique du Congo (RDC), un espace important à cause des violences sexuelles dans les zones de guerre à l'est du pays, comme le rapporte Manga (17). Enfin, la FVV compliquant un traitement par la radiothérapie est exceptionnelle du fait de l'utilisation rare de ce moyen de traitement dans notre pays.

## **Examen clinique et diagnostic de la fistule vésico-vaginale**

L'examen clinique est d'une importance capitale dans le diagnostic de la FVV.

### **A. Constat d'une fistule vésico-vaginale**

- l'odeur urinaire dégagée dès l'entrée de la malade en cabinet de consultation ;
- les circonstances à l'origine de l'écoulement vaginal d'urine : accouchement difficile, le plus souvent ;
- l'écoulement vaginal involontaire et permanent d'urine.

### **B. Examen d'une fistule vésico-vaginale.**

C'est l'étape de l'examen loco-régional et de la FVV en général, réalisé à jeun et sous anesthésie générale légère en salle d'opération, et en position gynécologique. Cet examen permet d'apprécier :

1. la paroi abdominale : cicatrice de laparotomie ou de cystostomie, éventration, obésité, suppuration, tonus musculaire, en particulier du grand droit ;
2. l'état du sphincter anal et constat parfois d'une fistule recto vaginale associée ;
3. la sphère vulvo-vaginale :
  - a. écoulement vagino-vulvaire d'urine et irritations vulvaires ;
  - b. état du muscle bulbo-caverneux qui peut être parfois atrophié, rendant difficile la réalisation du Martius ;
  - c. état vaginal : taille, profondeur, souplesse ou induration fibreuse de la muqueuse vaginale ; présence et caractère du col utérin ; ectropion vaginal de la vessie et lésions

éventuelles de la paroi vésicale ;

4. l'état uréthro-vésical :

- examen de l'urètre : méat urétral, longueur, consistance, perméabilité ;
- examen de la capacité vésicale appréciée au moyen d'un toucher transfistuleux en cas de grande fistule, ou au moyen d'une bougie introduite à travers la fistule.

Cet examen est réalisé par :

1. le toucher vaginal qui permet d'apprécier le siège et l'importance de la fistule, le degré d'induration de la muqueuse vaginale limitée ou étendue, intéressant à la fois vagin et vessie, allant jusqu'au vagin atrésique, rendant difficile ou impossible le toucher vaginal
2. la valve vaginale avec un bon éclairage permet de préciser le siège et l'importance de la fistule, la situation du col utérin, l'absence ou la présence de l'uretère ou des uretères par rapport à la fistule, l'ectropion de la muqueuse vésicale, l'atteinte partielle ou totale du sphincter cervical, l'atteinte de l'urètre et son importance.
3. l'examen endoscopique urétrocystoscopique (2,17), exceptionnelle selon nous, peut être indiqué surtout dans de petites fistules après obturation de la fistule par une sonde de Foley gonflée.
4. le test au bleu de méthylène peut être indiqué dans les petites fistules vésicovaginales hautes surtout, non évidentes et parfois

en cas de confusion avec la fistule urétéro-vaginale.

Le bleu instillé dans la vessie :

1. colore en bleu la compresse posée préalablement dans le vagin, le test est positif et indique une FVV
2. ne colore pas, le test est négatif et suggère une fistule urétéro-vaginale.

C. L'examen systématique permet de faire le constat :

1. des lésions de structures urinaires, de leur degré de gravité, leur association entre elles ou avec les lésions utérines ou rectales éventuelles, la fibrose et le degré d'intensité de celle-ci
- des lésions génitales qui sont surtout vaginales (toujours liées aux lésions vésicales) ou utérines. Les lésions utérines peuvent intéresser le col ou le corps utérin.

Ces lésions sont d'importance variable. Dans les formes graves, elles constituent de grandes brèches utéro vésico-vaginales

2. des lésions digestives : particulièrement rectales. Elles peuvent être hautes ou basses allant jusqu'à l'atteinte du sphincter anal. Les lésions rectales et vésico-vaginales aboutissent à la constitution d'un véritable cloaque où se mélangent selles et urines dans le vagin. Ces lésions sont étiquetées au cours de l'examen en lésion rectale haute (Rh) ou rectale basse (Rb).

L'examen clinique attentif de la patiente permet d'aborder la classification des lésions observées.

## Classification

Nous proposons 6 types de FVV ci-après:

Type I (Fig. 1):

Il s'agit de lésion de la cloison vésico-vaginale sans implication urétrale ni

urétérale, d'importance variable 1 cm à 2 cm. Elles sont partiellement trigonales s'étendant vers le bord postérieur de la vessie.

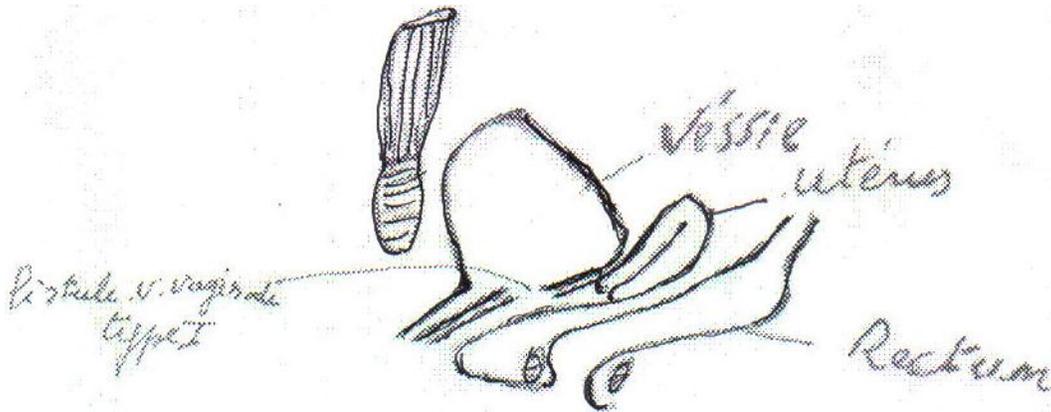


Figure 1. Type I= fistule vésico-vaginale type I

Type II : (Fig. 2)

Ce sont des fistules franchement trigonales mais avec intégrité du col

vésical et pouvant s'étendre jusqu'au dôme vésical, l'atteinte urétérale observée dans cette lésion peut être de :

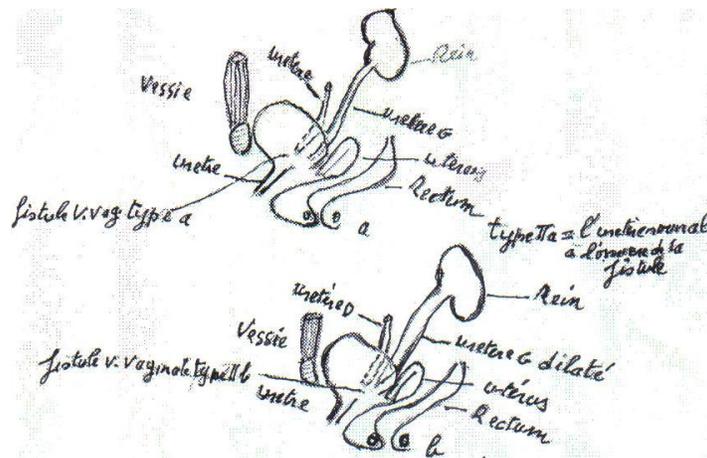


Figure 2. Type IIB = fistule avec complication de l'urètre

Type IIa : l'ouverture de l'uretère à l'ornière de la fistule. L'uretère est d'aspect normal.

Type IIb : l'uretère est déjà entrepris dans un processus de fibrose obstrué par

celle-ci, mettant ainsi l'avenir du rein en danger.

### Type III : (Fig. 3)

L'atteinte du col est évidente. Il peut s'agir d'une atteinte de :

- Type IIIa : le col est partiellement lésé.

- Type IIIb: atteinte totale du col.

Il s'agit de la destruction totale du sphincter posant le problème de sa réfection correcte si l'on veut éviter l'incontinence trans-urétrale.

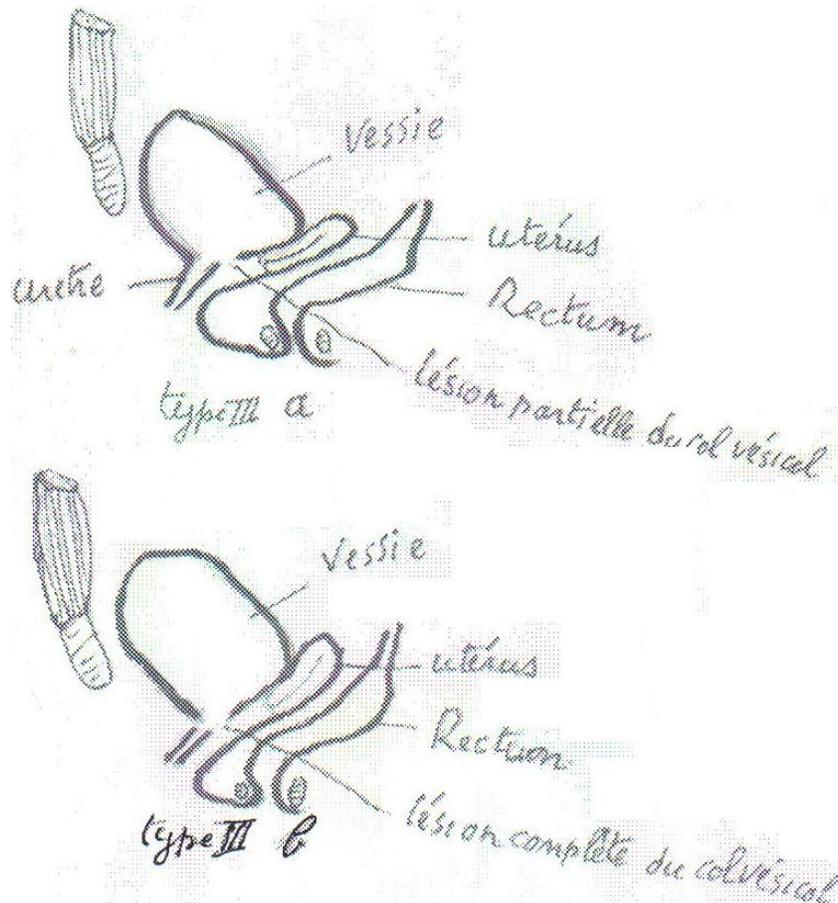


Figure 3. Lésions du col vésical

### Type IV : (Fig. 4)

Il s'agit de fistules vésico-vaginales intéressant la vessie, le col vésical et l'urètre. Nous distinguons :

- F. type IVa : atteignant l'urètre jusqu'à 2,5 cm.
- F. type IVb : atteignant l'urètre au-

delà de 2,5 cm ou totalement ; la division est un peu arbitraire justifiée par l'attitude thérapeutique qui n'est pas la même selon que celui-ci est détruit partiellement, ou presque totalement. Ce sont des fistules d'approche thérapeutique difficile, pourvoyeuses d'échecs.

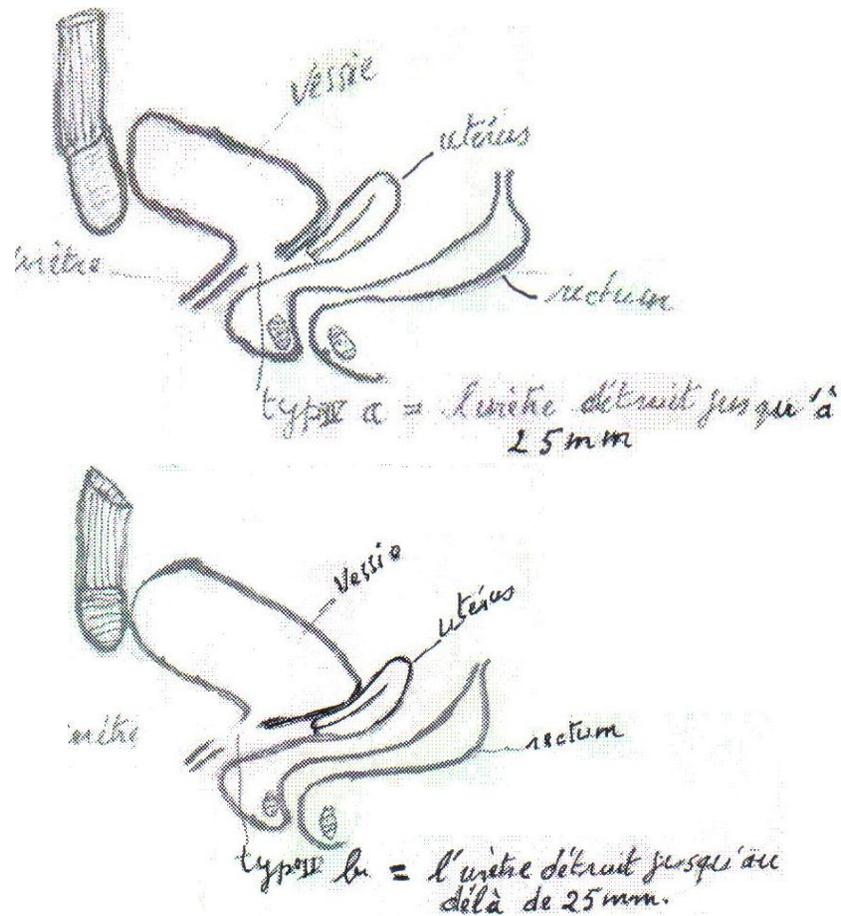


Figure 5. Fistule vésico-vaginale avec lésion de l'urètre

#### Type V : (Fig. 5)

elles sont constituées par des fistules vésico-vaginales associées entre elles ou avec les organes voisins notamment l'utérus ou le rectum. Elles sont de 3 formes :

type V.1. Fistules vésico-vaginales associées entre elles dans leurs types

- F. type II avec type III ;
- T. type III avec type IV ;

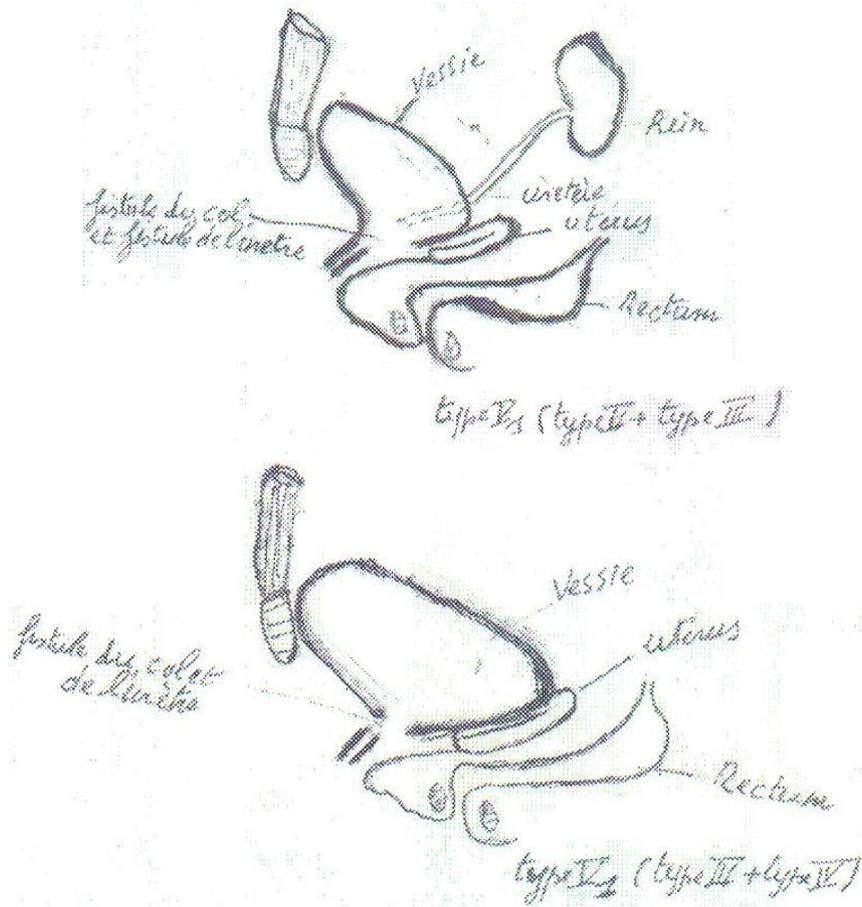
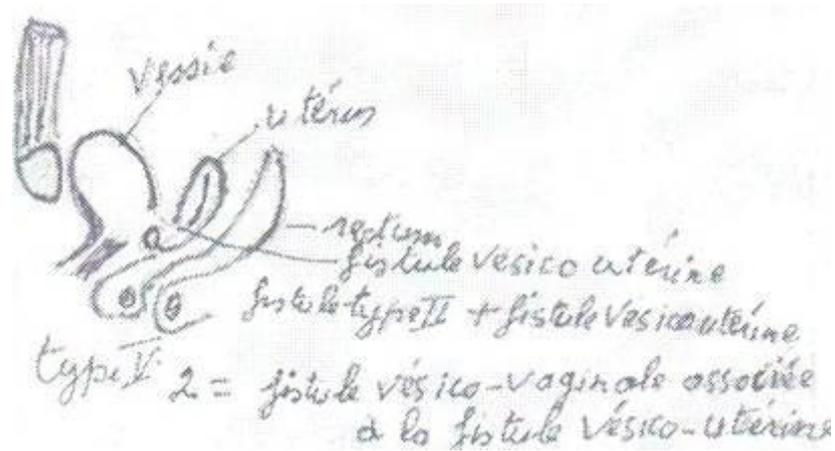


Figure 5 : Fistules vésico-vaginales associées du type V. 1



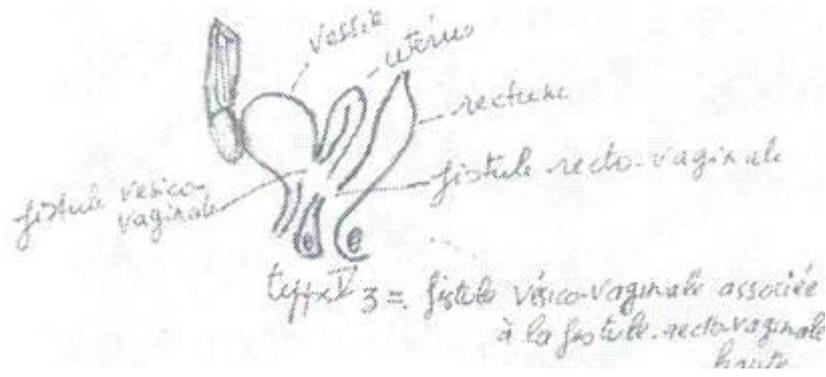
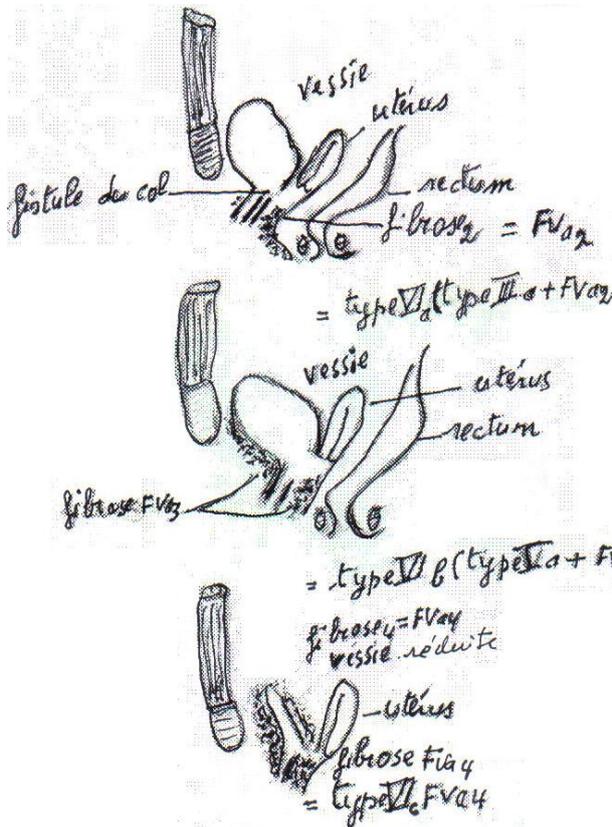


Figure 5, type V.2 et 3

- Fistules vésico-vaginales associées
- à fistules vésico-utérine (2)
  - à fistule recto-vaginale (3).

F. type VI: (Fig. 6)

Ce sont des fistules ci-haut citées compliquées d'une intense fibrose qui aggrave l'acte thérapeutique.



Type VI = Fistules avec fibrose du degré 2, 3 et 4.

Figure 6. Fibrose Fva2, Fva3, Fva4.

On distingue cliniquement 4 degrés de fibrose désignée par le sigle F.va = fibrose vaginale, mais qui peut également impliquer la vessie. Ainsi, on peut avoir :

- Fva<sub>1</sub> = fibrose limitée au bord de la fistule, le reste de tissu vaginal conservant sa souplesse ;
- Fva<sub>2</sub> = le tissu vaginal a perdu sa souplesse, mais reste non cartonné. On peut déjà observer ici un lacet fibreux divisant le vagin en deux chambres et constituant le vagin biloculaire. La vessie est partiellement entamée ;
- Fva<sub>3</sub> = le cartonnage de tissu vaginal est manifeste, intéressant le vagin et vessie dont le volume est acceptable mais réduit ; la vessie est en grande partie dans une gangue de fibrose, mais libérable ;
- Fva<sub>4</sub> = il s'agit de l'atrésie vaginale. Le toucher vaginal est impossible, l'examen même avec l'abaisse langue est impossible. C'est la forme grave. La fibrose est très étendue. L'exploration des lésions est impossible dans le degré Fva<sub>4</sub>.

Un décollement parfois un décrochement de la gangue de fibrose en Fva<sub>2</sub> et Fva<sub>3</sub> est nécessaire pour libérer la vessie de son carcan et rendre possible le traitement. Des artifices existent pour atteindre cet objectif.

Les Fva<sub>2</sub>, Fva<sub>3</sub> et Fva<sub>4</sub> peuvent intéresser les types II, III et IV et former le type VI de la présente classification.

Si les Fva<sub>2</sub>, Fva<sub>3</sub> peuvent ressortir de la chirurgie réparatrice, la forme Fva<sub>4</sub> nécessite exceptionnellement la chirurgie palliative.

Ainsi, la présentation de ce type de fistule peut être :

- type VI (type II + Fva<sub>3</sub>)
- type VI (type IV<sub>b</sub> + Fva<sub>2</sub>)

- ou type VI (type III + Fva<sub>3</sub>)

Dans le type VI + Fva<sub>3</sub>, s'observe généralement la microvessie à cause de la gangue fibreuse réduisant la capacité vésicale.

L'intérêt de cette indication est de montrer le type initial de la fistule en présence, ensuite le degré de fibrose qui la complique. Ce qui éclaire la stratégie thérapeutique à adopter.

Par ailleurs, Fva<sub>4</sub> indique qu'il n'est pas possible de préciser le type concerné de la fistule, l'examen étant rendu difficile par l'intensité de la fibrose.

En définitive, nous avons voulu souligner l'intérêt majeur d'un examen clinique de la FVV pour mieux apprécier les lésions en présence, et la nécessité de les intégrer dans la classification comme celle que nous présentons avec leur association et leurs complications. Cette classification permet d'éclairer après examen, les options thérapeutiques appropriées.

### Commentaire

Le traitement des FVV a toujours été un challenge pour le chirurgien (18). Ce traitement nécessite le choix d'une ou de plusieurs techniques adaptées aux lésions en présence. Ces lésions constituent le résultat d'un examen clinique minutieux permettant l'analyse de celles-ci dans leur aspect anatomo-clinique, leur association éventuelle avec les destructions parfois de l'utérus, mais assez souvent du rectum. Les complications rencontrées habituellement parmi lesquelles, la fibrose, élément important à considérer, sont à prendre en compte dans cet examen. Cependant cette analyse peut paraître insuffisante, si l'on omet de regrouper les fistules dans une classification qui permette une

appréciation correcte dans leurs variétés anatomiques, et leur gravité (1, 3, 10).

Plusieurs classifications existent (1, 2, 9, 10), mais elles n'ont pas toutes la même vocation. Elles sont parfois étiologiques (2), anatomo-topographiques (1) ou pronostiques (9, 10).

Certaines classifications (9, 10) suggèrent cependant l'orientation thérapeutique mais sans être explicites souvent dans le choix de techniques à utiliser.

Nous présentons une classification qui regroupe les lésions constatées au cours de l'examen clinique en six types, révélant au clinicien l'aspect anatomo-clinique des lésions observées, leur gravité, leur association éventuelle, et les complications qui les aggravent. Cette classification permet en outre une orientation thérapeutique et le choix éventuel de la technique chirurgicale à utiliser. La prise en charge thérapeutique des FVV demeure encore une grande préoccupation dans nos milieux. Les patientes à traiter sont jeunes et exigeantes. Elles pressent de recouvrer le statut antérieur, celui de vivre comme les autres femmes, sans odeur et fuite vaginale d'urine.

Il importe donc de bien connaître la lésion fistuleuse de la malade qui consulte dans ses contours cliniques et ses complications aggravantes. C'est le grand intérêt et la nécessité d'une classification claire et pratique, prenant en compte toutes ces constatations que met en évidence un examen clinique bien conduit. Une telle classification aura l'avantage de guider le choix thérapeutique.

### Références

1. Barroux P., Les types anatomo-cliniques de fistules vésico-vaginales. *J. Urol.* 1956; **62**: 592-617.
2. Couvelaire R. Réflexions à propos d'une statistique personnelle de 136 fistules vésico-

- vaginales. *J. Urol.* 1953; **59**: 150-160.
3. Docquier J. Fistules vésico-vaginales d'origine obstétricale, à propos de 417 cas. *Acta Urologica Belg.* 1982; **67**: 329-360.
  4. Ghyoot. Les fistules vésico-vaginales au Katanga et leur traitement. *Acta Urol. Belg.* 1961; **21**: 241-257.
  5. Kalonji Dikoko Didier. Fistules obstétricales : à propos de 106 cas suivis à l'Hôpital Bon Berger de Tshikaji. Mémoire de Spécialisation en Gynéco-Obstétrique, 2007, Faculté de Médecine.
  6. Lufuma LN. L'iléo-cystoplasie dans le traitement des fistules vésico-vaginales de la catégorie IV de Barroux (étude clinique et expérimentale). Thèse d'agrégation à l'enseignement supérieur en médecine) 1986, Faculté de Médecine, UNAZA, Kinshasa.
  7. Manga P. Fistules traumatiques non-accidentelles et non chirurgicales dues à la violence sexuelle en RD-Congo : difficultés de réparation. *Journ. SAGO* 2007; **4**: 44-45.
  8. Moir JC. The vesico-vaginal fistula 1967, 80-128, 2<sup>nd</sup> edition. Baillière turdall and Cassel, London.
  9. Mubikayi L. Fistule vésico-vaginale à l'hôpital du Bon Berger de Tshikaji. *Journ. SAGO* 2007; 103-104.
  10. Serafino X, Tossou H, Mensah A. Les délabrements urogénitaux d'origine obstétricale en pays tropical (étude critique de 320 cas). *Gynéo-obstét.* 1968; **67**:329-360.
  11. Perquis P, Cisse A. Aspects des fistules vésico-vaginales en Afrique Centrale. (à propos de 31 observations). *Méd.ropicale* 1968; **28**: 762-765.
  12. Punga M. Traitement des fistules vésico-vaginales obstétricales et chirurgicales aux Cliniques Universitaires de Kinshasa. Mémoire de spécialisation, 1983.
  13. Tazi K, Mondonni SM, Rhorgi M, Nomi M, Kotani A, IBN Atya AA, Hachini M, Lahrisa A. Martuis technique in the treatment of complex vesicovaginal fistula. *Ann. Urol. (Paris)*, 2001 ; **35**(6), 344-348.
  14. Tozin R. Fistules urogénitales d'origine obstétricale. 1974, Mémoire de spécialisation.
  15. Punetran SV, Buch DN, Soni AB, Swamir G, Rao SR, Kuine JS, Karhad Kars J. Martuis labial fat pad interposition and its modification in complexe lower urinary fistulae. *J. Postgrad Med.* 1999; **45**(3): 69-73.
  16. Wall LL, Karshima JA, Kirscher C, Arrowsmith SD. The obstetrics vesicovaginal fistula: characteristics of 899 patients from jos, Nigeria. *Am J Obstet Gynecol* 2004; **190**(4): 1011-1019.
  17. Yaodje Djedje Mady A, Roux R, Ngbokor A, Leloup M, Pinerg G et Ndrikoffi D. La rectomyoplastie dans le traitement des grandes fistules uro-génitales (à propos de 569 fistules opérées). *Etudes Médicales* 1976; **3**: 143-196.
  18. De Ridder D. Vesicovaginal fistula : a major health care problem. *Curr Opin Urol* 2009; **19**(4): 358-361.