

**Fistule urogénitale obstétricale: a propos de deux observations en France [Obstetric vesicovaginal fistula: reporting two cases in France].**

Amandine Labarrère, Ameth Gueye, Frédéric Ouaki, Christophe Pires, Fabrice Pierre, Xavier Fritel

► **To cite this version:**

Amandine Labarrère, Ameth Gueye, Frédéric Ouaki, Christophe Pires, Fabrice Pierre, et al.. Fistule urogénitale obstétricale: a propos de deux observations en France [Obstetric vesicovaginal fistula: reporting two cases in France].. Gynécologie Obstétrique et Fertilité, Elsevier Masson, 2011, 39 (5), pp.328-31. <10.1016/j.gyobfe.2011.03.009>. <inserm-00729078>

**HAL Id: inserm-00729078**

**<http://www.hal.inserm.fr/inserm-00729078>**

Submitted on 7 Sep 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# **FISTULE URO–GENITALE OBSTETRICALE : à propos de deux observations en France**

## **Obstetric vesicovaginal fistula: reporting two cases in France**

A. Labarrère <sup>a</sup>, A. Gueye <sup>b</sup>, F. Ouaki <sup>c</sup>, C. Pires <sup>d</sup>, F. Pierre <sup>a</sup>, X. Fritel <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, CHU La Milétrie, Poitiers, France.

<sup>b</sup> Service de gynécologie-obstétrique, CHR Félix-Guyon, Saint-Denis de la Réunion, France

<sup>c</sup> Service d'urologie, CHR Saint-Louis, La Rochelle

<sup>d</sup> Service d'urologie, CHU La Milétrie, Poitiers, France

Correspondance :

Amandine Labarrère

*Adresse e-mail* : [amandinelabarrere@gmail.com](mailto:amandinelabarrere@gmail.com)

## RESUME :

De nos jours, les fistules vésico-vaginales obstétricales dans les pays développés sont rares. Nous rapportons les cas de deux patientes ayant présenté des fistules vésico-vaginales obstétricales à la suite d'une extraction instrumentale dans une maternité hospitalière française. Les symptômes en postpartum immédiat étaient un écoulement d'urine par le vagin et un syndrome infectieux. La cure des fistules a été faite chirurgicalement par voie basse dans un cas et par voie mixte dans l'autre. Les patientes sont sèches à distance de l'intervention.

Mots clés : Fistule uro-génitale, fistule obstétricale, extraction instrumentale

## ABSTRACT

Obstetric vesicovaginal fistula is nowadays rare in developed countries. We are reporting two cases of patients with obstetric vesicovaginal fistula that occurred after an operative vaginal deliveries performed in a French hospital. Early postpartum symptoms were vaginal urine leakage and infectious syndrome. The fistula has been cured by vaginal surgery one case and combined (laparotomy and vagina surgery) in the other case. Patients were totally healed a few months following the surgery.

Keywords: Urogenital fistula, Obstetric fistula, Operative vaginal delivery

## INTRODUCTION

Les fistules uro-génitales obstétricales se définissent comme une continuité organisée entre le tractus urinaire et génital après un accouchement. La grande majorité des fistules obstétricales survient dans les pays en voie de développements là où le système de soins ne permet pas une prise en charge optimale obstétricale. L'incidence annuelle est de 50000 à 100000 cas recensés par l'OMS mais ce nombre est probablement sous estimé. Dans les pays développés, les fistules obstétricales restent exceptionnelles. Nous présentons deux cas survenus dans des maternités hospitalières françaises.

## CAS CLINIQUES

Madame M, 34 ans, sixième geste quatrième pare, IMC (Indice de Masse Corporelle) à  $29\text{kg/m}^2$ , a déjà accouché trois fois par voie basse avec des suites simples. La sixième grossesse est compliquée d'un diabète gestationnel traité par régime seul. A 38 semaines d'aménorrhée, le travail est déclenché par perfusion de Syntocinon devant quelques anomalies du rythme cardiaque fœtal. Le col utérin est épais dilaté à 4cm et la présentation céphalique appliquée. Une anesthésie péridurale est posée. L'accouchement est effectué par extraction instrumentale par forceps de Tarnier pour des anomalies du rythme cardiaque fœtal sur une présentation entre partie haute et moyenne en OIDP. Il n'existe pas de notion de sondage vésical avant l'extraction

instrumentale dans le compte-rendu obstétrical. L'enfant vivant pèse 4175g. L'épisiotomie est suturée en trois plans. Les suites de couches sont compliquées de fuites urinaires à mictions conservées et d'un choc septique à E. Coli pour lequel la patiente a été admise en unité de soins intensif et traitée par antibiothérapie. La fistule est découverte à la consultation post-natale, six semaines après l'accouchement alors que la patiente rapporte des fuites urinaires permanentes. L'interrogatoire de la patiente révèle qu'il existait déjà une des fuites urinaires en post-partum immédiat. L'examen clinique, le test au bleu et la cystoscopie montrent une fistule vésico-vaginale large de 3cm située sur la paroi vaginale antérieure (Figure 1). Quatre mois après l'accouchement, la fistule est traitée chirurgicalement par voie basse par une résection du trajet fistuleux et une suture plan par plan sans interposition tissulaire (Figure 2). Une sonde vésicale est gardée pendant 15 jours. Les dernières nouvelles indiquent que la patiente est sèche à neuf mois de la réparation de la fistule.

Le deuxième cas, Madame N, est une femme de 28 ans, deuxième geste primipare, qui présente une obésité morbide, IMC à 50kg/m<sup>2</sup>. La deuxième grossesse est marquée par la présence d'un diabète gestationnel traité par régime seul. La patiente bénéficie d'une maturation cervicale par gel de prostaglandine (2 mg de Dinoprostone) à 38 semaines d'aménorrhée pour une pré-éclampsie modérée. Une anesthésie péridurale est posée. En cours de

travail elle présente des anomalies du rythme cardiaque fœtal à type de ralentissements variables atypiques de plus en plus sévères. A dilatation complète avec engagement de la présentation fœtale à la partie moyenne une extraction instrumentale est décidée. Une sonde urinaire à demeure est mise en place. Après 3 tentatives de pose des cuillères, le forceps de Tarnier est abandonné car la prise est asymétrique. Une ventouse plastique à usage multiple est alors utilisée, celle-ci permet la naissance, après 2 efforts de poussée, d'un enfant sans vie de 3780g. L'extraction instrumentale a duré 15 minutes. Le décès fœtal sera prononcé après 30 minutes de réanimation. Il n'y a pas eu d'épisiotomie. Les suites de couches sont compliquées par un syndrome douloureux abdominal et infectieux, avec une CRP à 292. Le scanner abdominopelvien montre des contours utérins flous avec des bulles d'air péri utérines associés à un épanchement abdominal. L'IRM met en évidence une déchirure utéro-vésicale (figure 3 et 4) et un épanchement abdominal. La laparotomie met en évidence un uropéritoine et une rupture utérine. Il est découvert en plus de la déchirure médiane allant de l'utérus au vagin, une déchirure vésicale sectionnant le détrusor entre les deux méats. L'utérus et la vessie sont réparés par l'incision de laparotomie le col utérin et le vagin par voie basse. Une sonde urinaire et 2 sondes urétérales sont mises en place au cours de la procédure chirurgicale. La cystographie réalisée à distance montre la persistance d'une fistule vésico-vaginale de 2cm de large.

Un deuxième temps opératoire par voie basse permet une exérèse du trajet fistuleux, une suture plan par plan après interposition d'un lambeau de Martius. La cystoscopie à 6 mois de l'intervention confirme la fermeture de la fistule vésico-vaginale. Aux dernières nouvelles, 2 ans après l'accouchement la patiente est sèche.

## DISCUSSION

Les fistules obstétricales dans les pays développés sont des complications obstétricales exceptionnelles (1). Elles sont décrites après une extraction instrumentale ou encore une césarienne (2,3). La majorité des fistules obstétricales sont rapportées dans les pays en voie de développement où elles font suite à un travail prolongé et dystocique (4). La compression prolongée par la présentation serait par elle-même capable de provoquer une ischémie et une nécrose tissulaire responsable ensuite de la fistule (4).

Les deux cas de fistule décrits font suite à une extraction instrumentale sous anesthésie péridurale par forceps de Tarnier pour le premier et ventouse après échec de pose de forceps de Tarnier pour le deuxième. Une hypothèse pour expliquer ces deux complications est que la plaie vésico-vaginale, et donc la fistule secondaire, soit une conséquence de la pose du forceps. Nous savons que l'accouchement instrumental s'accompagne de plus de déchirures vaginales et d'hémorragies en particulier quand la pose de l'instrument a été

haute (5). Il est raisonnable de penser que dans certains cas ces déchirures vaginales puissent être étendues à la vessie. Nous savons déjà que l'utilisation d'un forceps est associée à un risque accru de déchirure du sphincter anal et du levator ani (6). Nous savons également que le forceps comporte plus de risque de lésions périnéales ou vaginales que la ventouse (7). Pour le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, l'extraction instrumentale à partie haute n'est pas recommandée (8). Dans le cas numéro 2, une autre hypothèse est que la rupture utérine soit survenue en cours de travail, elle expliquerait alors les anomalies sévères du rythme cardiaque fœtal, et qu'elle se soit ensuite étendue vers la vessie et le vagin, soit spontanément, soit à l'occasion du forceps.

Le diagnostic de la fistule vésico-vaginale est clinique. Il est évoqué sur l'existence d'un écoulement urinaire permanent, le plus souvent sans mictions. Il est confirmé par l'examen clinique avec test au bleu et cystoscopie. Une cystographie rétrograde peut être utile au diagnostic quand l'orifice fistuleux est fin. Au niveau des examens complémentaires, l'IRM peut dans les fistules plus complexes comme dans notre deuxième cas, être utile pour identifier et classer correctement la fistule. Dans nos deux cas, les deux patientes présentaient des fuites urinaires en postpartum immédiat qui avait été négligées. C'est au moment de la découverte de la fistule que l'interrogatoire a permis de retrouver de manière rétrospective la fuite

urinaire immédiate et sévère après l'accouchement, confondue dans un premier temps avec une incontinence. Enfin les deux cas étaient accompagnés d'un syndrome infectieux du post-partum. Ainsi devant l'association d'une incontinence urinaire immédiate et sévère du postpartum et d'un syndrome infectieux, il faut savoir évoquer l'existence d'une fistule obstétricale. Le traitement est chirurgical, réalisée en général par voie basse avec le plus souvent interposition d'un lambeau de Martius, associé à un drainage vésical en post opératoire (9). Le taux de succès dans la littérature est de 90% pour les fistules simples (10).

#### CONCLUSION :

Les fistules obstétricales dans les pays développés sont exceptionnelles, mais il faut savoir y penser devant une incontinence urinaire persistante accompagnée d'un syndrome infectieux en postpartum immédiat d'un accouchement instrumental.

#### Bibliographie :

- 1) Phillippe HJ, Goffinet F, Jancky E, Traore B. Fistules obstétricales. Encycl Méd Chir, Obstétrique, 5-078- C-10, 1996
- 2) Yip SK, Fung HY, Wong WS, Brieger G. Vesico-uterine fistula a rare complication of vacuum extraction in a patient with previous cesarean sections. Br J Urol 1997;80:502-3

- 3) Gil A, Sultana CJ. Vesico uterine fistula after vacuum delivery and two previous cesarean sections. A case report. *J Reprod med* 2001;46:853-5
- 4) Bouya PA, Nganongo WI, Lomina, Iloki LH. Etude rétrospective de 34 fistules urogénitales d'origine obstétricale. *Gynecol Obstet Fertil* 2002;30:780-3
- 5) Hankins GDV, Rowe TF. Operative vaginal delivery-Year 2000. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:275-8
- 6) Shek KL, Dietz HP. Intrapartum risk factors for levator trauma. *BJOG* 2010;117;1485-92
- 7) O'Mahony F, Hofmeyr GJ, Menon V. Choice of instruments for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;11:CD005455
- 8) Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF. Extractions instrumentales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008;37:S297-300
- 9) Benchekroun A, el Alj HA, el Sayegh H, Lachkar A, Nouini Y, Benslimane L, et al. Les fistules vésico-vaginales : à propos de 1050 cas. *Ann Urol* 2003;37:194-8
- 10) Cortesse, Colau A. Fistules vésicovaginales. *Ann Urol* 2004;38:52-66

Figure1 :

Cas 1 : examen clinique et mise en évidence de la fistule vésico-vaginale

Figure 2 :

Cas 1 : fistule vésico-vaginale traitée chirurgicalement par voie basse

Figure 3:

Cas 2 : IRM coupe sagittale en T2 mettant en évidence la fistule

Image 4 :

Cas 2 : IRM coupe coronale en T2mettant en évidence la fistule