



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2019

Thèse N°239

Les fistules recto-vaginales basses : Experience du service Gyneco-obstetrique CHU Med VI Marrackech

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16/10/2019

PAR

Mr. Samir MAIDAME

Né le 02/06/1992 à Saada Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Fistules recto-vaginales-basses-Prevention -Traitement

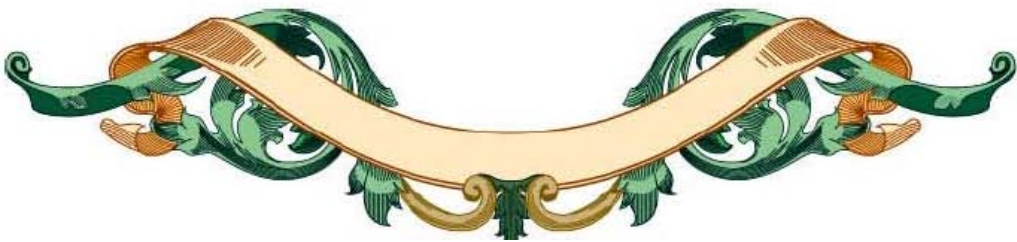
JURY

Mr.	H.ASMOUKI	PRESIDENT
Mr.	Professeur de l'enseignement superieur de Gynécologie- Obstétrique	
Mme.	K. HAROU	RAPPORTEUR
Mme.	Professeur l'enseignement superieur de Gynécologie-Obstétrique	
Mme.	A.BASSIR	JUGES
	Professeur l'enseignement superieur de Gynécologie- Obstétrique	
Mr.	B. FAKHIR	
	Professeur de l'enseignement superieur Gynécologie-Obstétrique	



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي في ذريّتي
إني تبنت إليك و إني من المسلمين"
صدق الله العظيم



Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

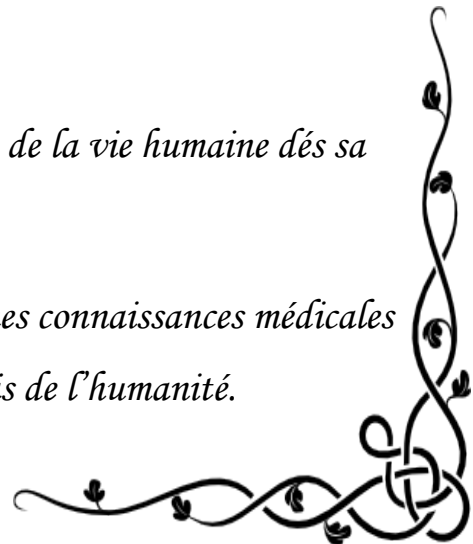
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.





Liste des Professeurs



UNIVERSITE CADI AYYAD FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques
Générale

: Pr. Redouane EL FEZZAZI Secrétaire
: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KISSANI Najib	Neurologie

AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LOUHAB Nisrine	Neurologie
ASRI Fatima	Psychiatrie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUI Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUËL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAÏTY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOÛAT Aïcha	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUALI IDRISSEI Mariem	Radiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOÛSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale

CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne
FADILI Wafaa	Néphrologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJ Soumaya	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale

ATMANE El Mehdi	Radiologie	MARGAD Omar	Traumatologie -orthopédie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RBAIBI Aziz	Cardiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
GHAZI Mirieme	Rhumatologie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFTTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie

BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie–réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie–patologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio–organique	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio–vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 24/09/2019



Dédicaces



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse ... 

الله أكبر

*Louange à Dieu tout puissant,
qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.*

A Mes Chers Parents

En vous offrant toutes les richesses du monde, je ne vous serez pas assez reconnaissant pour tout ce que vous avez fait pour moi durant toute ma vie.

Vos précieux conseils, vos prières, votre générosité et votre dévouement, ont fait de moi l'homme que je suis.

Vous m'avez apporté toute la tendresse et l'affection dont j'ai eu besoin. Vous avez veillé sur mon éducation avec le plus grand soin.

Vous êtes pour moi l'exemple de droiture, de lucidité et de persévérance.

A travers ce modeste travail, je vous remercie et prie dieu le tout puissant qu'il vous garde en bonne santé et vous procure une longue vie que je puisse vous combler à mon tour.

A mon frère Ahmed et à mes sœurs Loubna, Asma et Fatima Zahra

*A travers ce travail je vous exprime tout mon amour
Et mon affection.*

*Sans vous ma vie n'aurait pas eu le même goût.
Je vous remercie pour tout ce que vous êtes, et je vous souhaite
à tous beaucoup de réussite dans votre vie à
venir.*

*A tous les membres de la famille maternelle et paternelle
Veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de
mon affection la plus sincère.*

A tous mes chers(es) amis(es).

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous
exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des
frères et des amis sur qui je peux compter.*

*En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les
moments que nous avons passé ensemble, je vous
dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et
de bonheur.*



Remerciements



A notre maître et président de thèse
Professeur Hamid Asmouki
Professeur de Gynecologie-obtétrique
CHU Med VI -Marrakech

*Vous nous faites l'insigne honneur d'accepter la présidence de
notre thèse.*

*Nous avons pu apprécier vos qualités humaines
Et professionnelles.*

*Nous garderons toujours de votre amabilité
et disponibilité un souvenir indélébile.*

*Veillez cher président et maître, croire à l'expression de notre
plus profond respect et notre sincère admiration*

A notre maître et rapporteur de thèse : Professeur Harou Karam
Professeur de Gynecologie-obtétrique
CHU Med VI -Marrakech

*Vous nous avez inspiré le sujet de thèse, vous nous avez guidé
tout au long de son élaboration, avec bienveillance et compréhension,
flexibilité et disponibilité. Votre accueil si simple, pour l'un de vos
élèves, vos qualités humaines rares, vos qualités professionnelles ont été
un enseignement complémentaire pour notre vie professionnelle
et privée.*

*Veillez accepter ici, cher maître, l'expression de notre gratitude
et l'expression de notre profonde reconnaissance.*

A notre maître et juge de thèse :
Professeur Bouchra Fakhir
Professeur de Gynecologie-obtétrique
CHU Med VI -Marrakech

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Nous avons apprécié vos qualités d'enseignant et de médecin, votre dynamisme et votre extrême sympathie. Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre vive reconnaissance et notre gratitude.

A notre maître et juge de thèse :
Professeur Ahlam Bassir
Professeur de Gynecologie-obtétrique
CHU Med VI -Marrakech

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Nous avons apprécié vos qualités d'enseignant et de médecin, votre dynamisme et votre extrême sympathie. Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre vive reconnaissance et notre gratitude.

Liste d'abreviation



LISTE DES ABRÉVIATIONS

- CHL : Centre Hospitalier Local
- CHP : Centre Hospitalier Provincial
- CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
E.C	: Escherichia Coli
ECBU	: Examen Cytobactériologique des Urines
EEA	: Echographie Endo Anale
FO	: Fistule Obstétricale
FRV	: Fistule recto-vaginale
FRVV	: Fistule Recto-Vésico-Vaginale
FVV	: Fistule Vésico-Vaginale
F.V	: Fourchette Vaginale
IRM	: Imagerie par résonance Magnétique
I.U	: Infection Urinaire
M.A	: Marge Anale
MA	: Maison d'Accouchement
OMS	: Organisation Mondiale de santé
RCOG	: Royal College of Obstetricians and Gynecologists
SRV	: Septum Recto-Vaginal
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
UNFPA	: Fond des Nations Unies Pour La Population.

Plan



INTR	1
ODU	
CTIO	
N	
GENE	4
RALIT	
ES	
I. Ra	5
pp	
el	
An	

at
o
mi
qu
e :
1. 6

2. 8

3. 9

II. Ph	1
ysi	2
op	
at	
ho	
lo	
gi	
e	
III.	1
las	3
sifi	
cat	
io	
n	
1.	1
	3

2. 1
5

3. 1
5

IV. 1
iag 6
no
sti
c
po
siti
f
1. 1
6

2. 1
8

V.Tr 2
ait 0
e
m
en
t

VI.Pr 2
év 9
en
tio
n :
1. 2
9

2. 3
4

MATE 3
RIELS 6
ET
METH
ODES
RESU 4
LTAT 0
S
I. c 4
a 1
r
a
c
t
é
ri
s
ti
q

u
e
s
é
p
i
d
é
m
i
o
l
o
g
i
q
u
e
s

1. 4
1

2. 4
1

3. 4
1

4. 4
1

II. E 4
t 2
u
d
e
c
l
i
n
i
q
u
e

1. 4

2

2. 4
4

3. 4
5

III. D 4
o 8
n
n
é
e
s
p
a
r
a
-
c
l
i
n
i
q
u
e
s

1. 4
8

2. 4
8

IV. E 4
t 9
u
d
e
t
h
é
r

a
p
e
u
t
i
q
u
e

1. 4
9

2. 4
9

3. 4
9

4. 5
0

5. 5
0

6. 5
1

DISC 5

USSIO 2

N

I. Epi 5

dé 3

mi

ol

og

ie

1. 5

3

2. 5

5

3. 5

5

4. 5
5

II. Et 5
ud 7
e
cli
ni
qu
e
1. 5
7

2. 5
9

3. 6
0

4. 6
2

5. 6
2

III. 6
tu 3
de
Pa
ra
-
Cli
ni
qu
e
1. 6
3

2. 6
3

3. 6
4

IV. 6
tu 6
de
Th
ér
ap
eu
tiq
ue

1. 6
6

2. 6
6

3. 6
7

4. 7
2

V. Pr 7
on 3
os
tic

1. 7
3

2. 7
4

CON 7
CLUSI 5
ON
ANNE 7
XES 7
RESU 8
MES 1
BIBLI 8
OGRA 5
PHIE



Introduction



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 musculaire longitudinales issues de la musculuse rectale [1].

Ces fistules sont à l'origine de problèmes psychologiques importants et dans certaines sociétés, elles conduisent à l'isolement social et sexuel de la patiente. Elles sont le plus souvent post-obstétricales, liées à une maladie de Crohn ou post-radiques, moins fréquemment, liées à une infection crypto-glandulaire ou post-chirurgicales et dans de rares situations après un coït normal [2].

Nous nous sommes limités dans ce travail aux FRV post-obstétricales basses qui constituent une invalidité dévastatrice sur le plan personnel et social pour les patientes et un vrai défi pour le ministère de santé contre la morbidité maternelle. Elles représentent 30 % des FRV [3] et reflètent le niveau de développement socio-économique et médical du pays.

Elles affectent, en général, les deux tiers inférieurs de la paroi vaginale [4]. On en distingue les fistules primaires qui surviennent à l'occasion d'une déchirure périnéale de 3ème degré et les fistules secondaires qui font suite à un sepsis local et à une désunion des sutures réalisées sur une épisiotomie ou une déchirure périnéale [5].

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.

En effet plusieurs questions se posent à propos des FRV post obstétricales basses :

- Existe-il des facteurs de risque ?
- Quelles sont les particularités épidémiologiques et cliniques de ces fistules?
- Quelle est la place des examens para cliniques ?
- Y-a-t-il une particularité dans la prise en charge thérapeutique ?
- Comment prévenir ce type de fistules ?

Dans cette perspective, notre travail vise à dévoiler les particularités épidémiologiques, les modalités diagnostiques, thérapeutiques et évolutives ainsi que les facteurs pronostiques et d'en discuter les résultats en regard des données de la littérature.



Généralités



I. Rappel Anatomique :

Le périnée est l'ensemble des parties molles situées au-dessous du diaphragme pelvien, fermant l'excavation pelvienne [6]. Ses limites sont: en avant: la symphyse pubienne, latéralement: les branches ischio pubiennes et les tubérosités ischiatiques, en arrière: l'apex du coccyx, qui composent les quatre points du losange du périnée (Fig n°1). Ce losange se divise en deux segments triangulaires par une ligne transversale menée d'une tubérosité ischiatique à l'autre et passant par le noyau fibreux central du périnée [7-8]. Il met ainsi en évidence :

- Le périnée antérieur ou urogénital: orienté en avant et en bas, traversé par l'urètre et le vagin.
- Le périnée postérieur ou anal: orienté en arrière et en bas, traversé par l'anus entouré des fosses ischio-rectales.

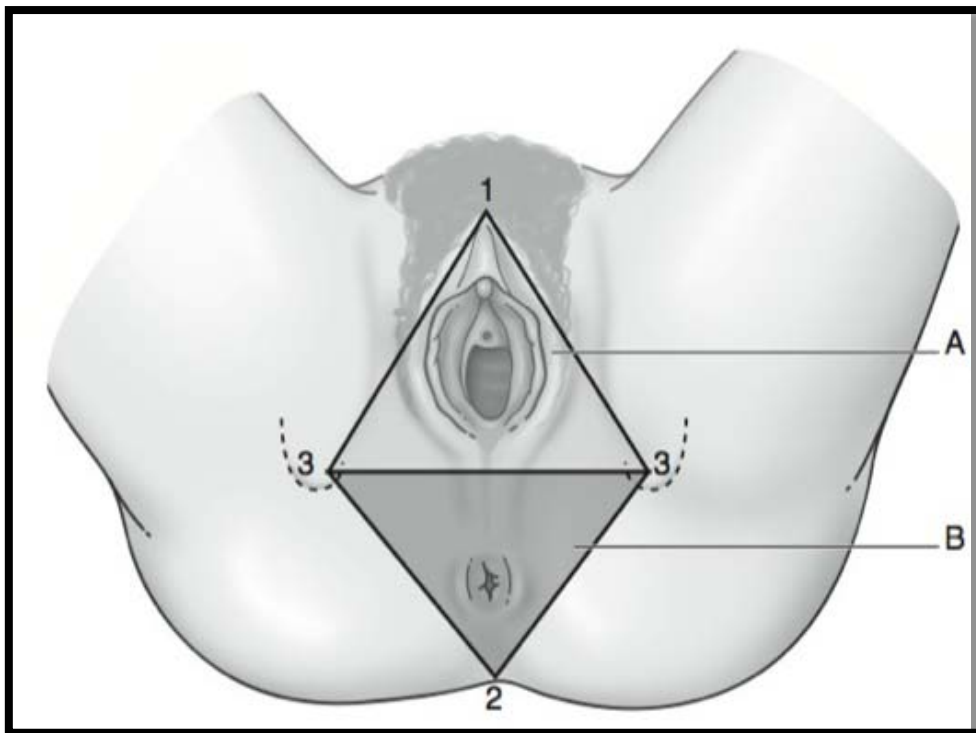


Figure n°1: Périnée position gynécologique[6]

A: périnée antérieur, B: périnée postérieur, 1: pubis, 2: coccyx, 3: tubérosités ischiatiques

L'anatomie du périnée peut être divisée en trois plans : le plan superficiel appelé le plancher périnéal, le plan moyen qui correspond au périnée urogénital, et le plan profond qui correspond au diaphragme pelvien

1. Le plan superficiel du périnée : [9,10,11]

Il contient l'aponévrose périnéale superficielle juste en sous-cutanée qui s'étend seulement dans le périnée antérieur et recouvre les muscles superficiels du triangle uro-génital (Fig. N°2):

- Le muscle ischio-caverneux : Il s'insère au dessus et au dessous de la racine du corps caverneux sur la branche ischio-pubienne et sur la face interne de l'ischion en arrière du corps caverneux et en avant de tubérosité ischiatique. Ces deux faisceaux se regroupent et se portent en avant et en dedans, enveloppant les faces internes, inférieures et externes du corps caverneux.
- Le muscle bulbo-caverneux : Il recouvre la face externe du bulbe et de la glande vestibulaire majeure (de Bartholin). Il s'insère en arrière par une extrémité large et mince sur le centre tendineux du périnée. Il se dirige en haut et en avant, en devenant plus étroit. Les fibres les plus profondes se terminent sur l'albuginée du bulbe. Les fibres superficielles passent en avant du clitoris et se continuent avec celles du côté opposé en s'attachant au passage sur les corps caverneux clitoridiens.
- Le muscle transverse superficiel du périnée : C'est un muscle très variable et inconstant, souvent confondu avec le transverse profond. Il est cependant bien développé quand le transverse profond fait défaut. Il naît de la face interne de la branche ischio-pubienne, se porte transversalement pour se terminer sur le centre tendineux du périnée, parfois dans le sphincter de l'anus ou dans le muscle bulbo-caverneux.
- Le muscle constricteur de la vulve : C'est une mince lame musculaire située en dedans du bulbo-caverneux et de la glande vestibulaire majeure. Il naît en arrière du centre tendineux du périnée et se termine dans l'espace urétrovaginal. En fait, ce serait une dépendance de la musculeuse du vagin. Il n'a donc pas d'individualité propre.

- Le muscle sphincter externe de l'anus : Il est situé autour du canal anal et forme deux arcs qui circonscrivent le canal anal et se réunissent en avant et en arrière de ce conduit. On reconnaît à ce sphincter externe deux faisceaux :
 - Un faisceau profond, le plus haut situé, indissociable du faisceau pubo-rectal du releveur ;
 - Un faisceau sous-cutané situé au-dessous du précédent, à la partie la plus inférieure du canal anal.
 - Les lésions obstétricales de ce muscle sont fréquentes après accouchement par voie basse.

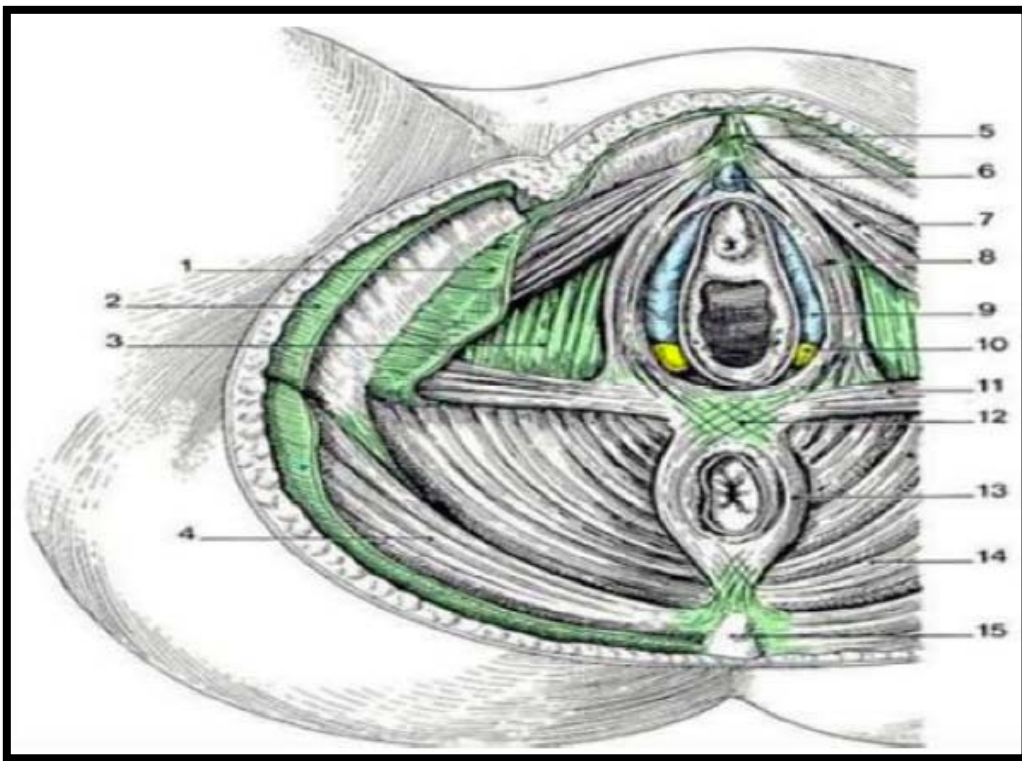


Figure n°2: Périnée –muscles du plan superficiel [12]

1- aponévrose superficielle ; 3- aponévrose moyenne ; 4- muscle gluteus maximus 6-clitoris ; 7- muscle ischio-caverneux ; 8- muscle bulbo-caverneux; 9- bulbe vestibulaire; 10- glande vestibulaire majeure; 11- muscle transverse superficiel; 12-centre tendineux; 13- sphincter externe de l'anus; 14- muscle élévateurde l'anus; 15-coccyx.

2. Plan moyen ou diaphragme urogénital [6]:

Situé au niveau du périnée antérieur, il est formé par les muscles transverses profonds et le sphincter externe de l'urètre (Fig n°3).

- **Le muscle transverse profond:** aplati et triangulaire, il occupe l'espace compris entre les branches ischio-pubiennes.

Il s'insère sur l'ischion et la branche ischio-pubienne respective et se dirige transversalement en dedans vers le noyau fibreux central du périnée.

Il est innervé par le nerf dorsal du clitoris, branche terminale du nerf honteux.

- **Le sphincter externe de l'urètre:** entoure l'urètre membraneux, la partie la plus basse de l'urètre, il comprend le muscle uréto-vaginal et le muscle compresseur de l'urètre. Il est innervé par le nerf honteux.

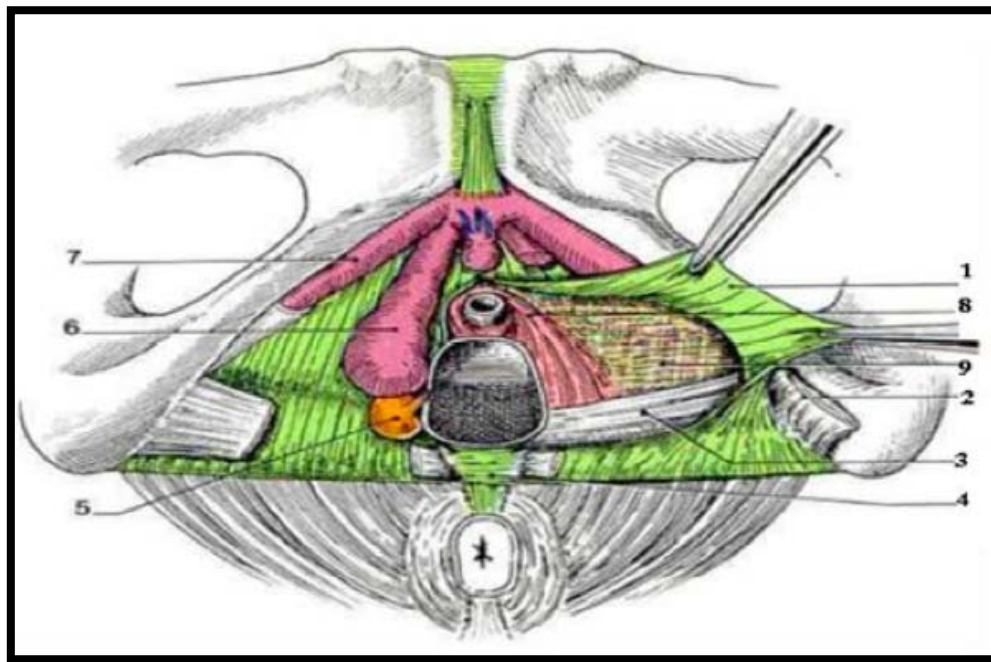


Figure n°3: Le plan moyen du périnée [12]

1-feuillet inférieur de l'aponévrose périnéale moyenne; 2-muscle transverse superficiel ; 3-muscle transverse profond ; 4-centre tendineux du périnée; 5-glande vestibulaire majeure ; 6-bulbe vestibulaire ; 7-piliers du clitoris ; 8-sphincter externe de l'urètre ; 9-feuillet profond de l'aponévrose périnéale moyenne

3. Plan profond ou diaphragme pelvien [10-11-12-13]:

Il constitue la partie la plus haute et la plus solide du plancher pelvien. Il a globalement la forme d'un U horizontal dont les branches sont antérieures. Les deux branches du U ménagent un hiatus uro-recto-génital (ou hiatus lévatorien), antérieur et médian, livrant passage aux éléments viscéraux (Fig n°4). Le plan profond est constitué par le muscle coccygien et le muscle élévateur de l'anus.

3.1 Le muscle élévateur de l'anus :

Il présente trois chefs musculaires distincts : ilio-coccygien, pubo-coccygien et pubo-rectal (Fig n°4 et n°5).

- ***Le faisceau ilio-coccygien*** est un muscle fin qui est le constituant le plus postérieur de l'élévateur.

Il s'insère sur l'aponévrose obturatrice en formant l'arcade tendineuse de l'élévateur.

Ses fibres cheminent de dehors en dedans, d'autant plus obliques qu'elles sont antérieures. Il se termine sur le coccyx et le raphé ano-coccygien

- ***Le faisceau pubo-coccygien*** s'insère en avant du précédent sur la portion antérieure de l'aponévrose obturatrice et à la face postérieure du pubis. Ses fibres se dirigent en arrière et en dedans et recouvrent le bord antérieur de l'ilio-coccygien.

Ainsi au niveau de son insertion postérieure, le pubo-coccygien est au dessus de l'ilio-coccygien.

Les fibres de l'ilio-coccygien et du pubo-coccygien s'entrecroisent avec celles du muscle controlatéral. Le raphé ano-coccygien comprend deux plans : l'un supérieur formé par l'entrecroisement des fibres du pubo-coccygien, l'autre inférieur formé par l'entrecroisement des fibres de l'ilio-coccygien.

- *Le faisceau pubo-rectal* est le chef le plus fort et le plus développé du muscle élévateur de l'anus. Son rôle dans la continence est essentiel. Il s'insère à la face postérieure du pubis et se dirige en arrière et en bas en croisant la face latérale du rectum.

Il entremêle ses fibres en arrière avec celles du muscle controlatéral. Au cours de son trajet d'avant en arrière, il est progressivement recouvert par les fibres du muscle pubo-coccygien et ses fibres horizontales au niveau du pubis, se verticalisent en cravatant le rectum par en arrière.

Les fibres les plus basses s'intègrent au faisceau profond du sphincter externe dont elles sont indissociables. Le muscle pubo-rectal a une physiologie superposable lors de la défécation au sphincter externe.

3.2 Le muscle coccygien:

Appelé encore ischio-coccygien, est une lame musculaire triangulaire placée en arrière du muscle élévateur de l'anus, tendue de l'épine ischiatique au bord latéral du sacrum et de coccyx. Il est étroitement accolé au ligament sacro-épineux.

Il ferme la cavité pelvienne en arrière en complément de l'élévateur dans le plan duquel il est situé.

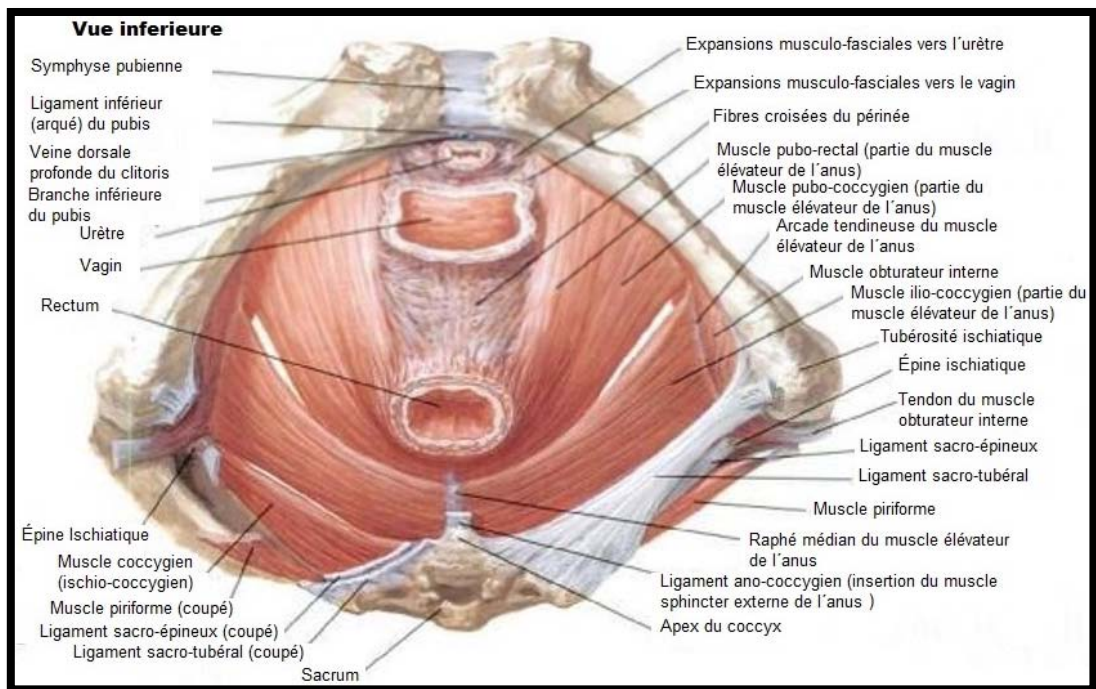


Figure n°4:Vue inférieure des releveurs de l'anus [13]

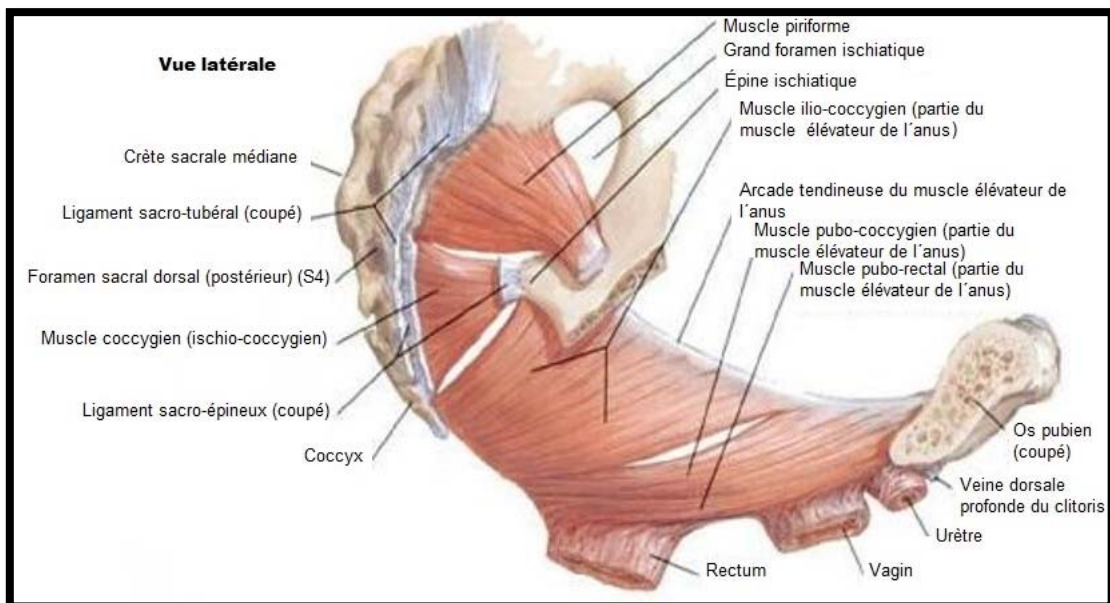


Figure n°5 : Vue latérale des releveurs de l'anus [13]

II. Physiopathologie : [3,14,15]

Les contraintes mécaniques s'exerçant lors de l'accouchement par voie basse peuvent avoir des effets majeurs sur le sphincter anal, l'innervation honteuse et le plancher pelvien avec, parfois, un retentissement tardif.

Les FRV peuvent faire suite à un sepsis local et à une désunion des sutures réalisées sur une épisiotomie. Lors de la réparation du plan musculaire périnéal d'une épisiotomie, un point transfixiant la paroi rectale peut favoriser une infection locale .C'est pourquoi il doit être recherché systématiquement par un toucher rectal en fin de procédure.

Les FRV peuvent survenir aussi à l'occasion d'une déchirure périnéale de 3^{ème} degré (atteinte de l'appareil sphinctérien, de la cloison recto-vaginale et de la muqueuse digestive), mettant directement en contact le vagin et le rectum.

Une suture défectueuse de la partie haute de la plaie ou une méconnaissance de cette déchirure laisse une communication entre le vagin et le rectum .

Il s'agit rarement d'une rupture primitive de la cloison recto-vaginale sans lésion tégumentaire (déchirure à périnée fermé).

Les facteurs de risque des déchirures périnéales lors de l'accouchement sont de trois ordres:

- maternels : primiparité, périnée fragilisé (longueur du travail) ou résistant (cicatriciel), anomalie de la distance ano-pubienne.
- foetaux : macrosomie, présentation foetale particulière (occipito-sacrées, face, épaule et siège) ;
- Et opératoires: extractions instrumentales, manoeuvres obstétricales, épisiotomie médiane.

Elles sont classées en fonction de leurs gravités en trois degrés selon la classification française et en quatre degrés selon la classification anglo-saxonne (Tableau N°1).

Tableau I : Classification des déchirures périnéales [14].

Type de déchirure	Classification Anglaise	Classification française
Premier degré	Déchirure cutanée et/ou vaginale isolée.	Déchirure cutanée ou vaginale atteignant ou non les muscles superficiels du périnée sans atteinte des fibres du sphincter.
Deuxième degré	Déchirure périnéale des muscles superficiels du périnée sans atteinte du sphincter anale.	Déchirure périnéale avec atteinte du sphincter anal.
Troisième degré	Déchirure périnéale avec atteinte du sphincter anal : 3a : avec atteinte de moins de 50% des fibres du sphincter. 3b : atteinte de plus de 50% des fibres. 3c : déchirure complète du sphincter.	Déchirure périnéale avec déchirure complète du sphincter et de la muqueuse rectale
Quatrième degré	Déchirure périnéale avec déchirure complète du sphincter et de la muqueuse rectale.	

III. Classification :

Les FRV peuvent être classées selon leur localisation, leur taille et leur cause.

Certaines classifications ne font état que de la localisation de la fistule, d'autres incluent leur étiologie.

1. Classification de Daniels: [16]

Il les classa selon la localisation de la FRV dans la cloison recto-vaginale en 3 étages (fig. N°6):

- ***Hautes :***

Qui font communiquer le tiers supérieur du vagin et ses culs-de-sac avec la partie moyenne de l'ampoule rectale, l'abouchement est près du col.

- ***Basses :***

Lorsqu'elles sont situées au niveau ou juste au-dessus de la ligne dentelée, l'ouverture vaginale se fait au niveau de la fourchette vaginale.

- ***Moyennes :***

L'ouverture vaginale se situe entre les deux précédents niveaux.

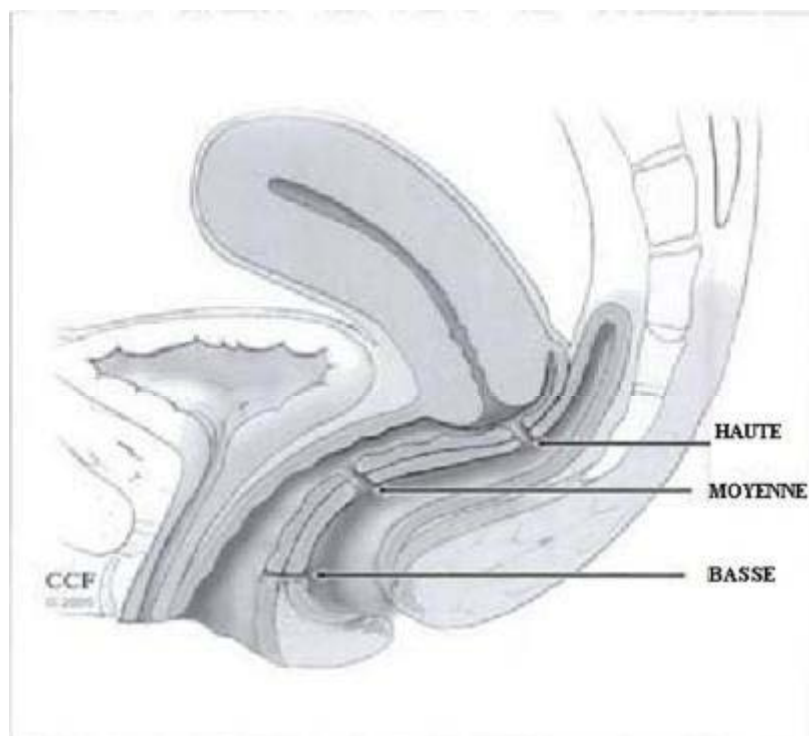


Figure N°6: Classification de DANIELS [16]

2. Classification de Rosenshein : [17]

Rosenshein proposa une classification intégrant le niveau de la fistule et le degré d'implication du périnée dans cette fistule (tableau N°2).

Cette classification était fondée sur l'observation de 57 patientes au John

Hoskins Hospital et a permis de préciser les éléments anatomiques lésés dans ce type de pathologie et de souligner que les atteintes d'origine obstétricales concernent le tiers inférieur du vagin.

Tableau II : Classification de Rosenshein [17]

Type I	Lésion périnéale et fistule du tiers inférieur du vagin, résultant d'une lésion obstétricale du 3e ou 4e degré
Type II	Lésion périnéale et fistule du tiers inférieur du vagin
Type III	Fistule du tiers inférieur et périnée intact ou légèrement atteint
Type IV	La fistule se développe au niveau du tiers moyen
Type V	Le trajet fistuleux se situe au niveau du tiers supérieur du vagin

3. Classification de Rothenberger [18]:

En associant le siège, la taille et l'étiologie des FRV, il est possible de simplifier leur classification et de les séparer en deux groupes (tableau N°3):

Tableau III : Classification de Rothenberger [18]

TYPE	SIMPLES	COMPLEXES
SIEGE	2/3 inférieurs du vagin	1/3 supérieur du vagin
TAILLE	Inférieur à 2,5 cm de diamètre	Supérieur à 2,5 cm de diamètre
ETIOLOGIE	soit traumatique, soit infectieuse sans pathologie ano-rectale spécifique.	soit une colite inflammatoire chronique, soit une néoplasie, soit une irradiation pelvienne ou postopératoire.

Cette classification permet de mieux sélectionner une technique de réparation chirurgicale convenable au type de FRV.

IV. Diagnostic positif:

1. Clinique :

Le diagnostic est facile devant un écoulement de matières fécales ou l'issue de gaz par le vagin. Celui-ci est plus marqué en cas de diarrhée. Le diagnostic peut, en revanche, être plus difficile devant une vaginite chronique ou à répétition, un écoulement purulent par le vagin ou des infections urinaires récidivantes ou bien lorsque les symptômes sont masqués par une incontinence anale. Généralement l'étiologie obstétricale de la FRV est facilement établie immédiatement ou au lendemain d'un accouchement dystocique par voie basse avec ou sans déchirure périnéale [19].

L'examen clinique minutieux est essentiel et demande une bonne expérience pour apprécier l'ensemble des lésions. L'examen en position gynécologique est considéré comme le

meilleur moyen d'exploration, réalisé au mieux sous anesthésie générale en cas de difficulté ou de douleur [20,21, 22].

Il faut commencer par une inspection du périnée, de l'anus et de la vulve avec un bon éclairage.

Il se poursuit par l'examen sous valves et par les touchers pelviens qui apprécient la souplesse des tissus (toucher combiné vaginal et rectal), la tonicité du sphincter et des muscles élévateurs de l'anus. Ceci permet de visualiser la fistule, de préciser la taille, la localisation et l'aspect de la paroi vaginale (Fig n°7).

L'examen clinique devrait rechercher également une atteinte vésicale car l'association d'une FRV et d'une FVV est possible.

L'aspect du sphincter est important à apprécier car dans les origines obstétricales, la fistule peut s'accompagner d'une rupture sphinctérienne.

Si on ne parvient pas à mettre en évidence la FRV, un test au bleu de méthylène peut être utilisé: après mise en place d'un tampon vaginal, on injecte dans le rectum du bleu de méthylène qui est gardé 15 à 20 minutes. Si le test est négatif, la FRV est très improbable [18].

Au terme de l'examen clinique, il est indispensable d'établir un schéma précis des lésions.



Figure n°7 : orifice vaginal d'une FRV[21].

2. Para-clinique :

Le diagnostic positif de la fistule reste essentiellement clinique. Les examens complémentaires n'ont en général pas de place pour affirmer le diagnostic.

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. Un orifice de petite taille peut n'apparaître que comme une simple dépression muqueuse. Il faut alors s'aider d'un stylet pour cathétériser avec douceur le trajet fistuleux [23,24].

L'échographie endo-anale (fig n°8,9,10) et la manométrie rectale évaluent les délabrements sphinctériens associés aux FRV qui sont fréquents et sont importantes à connaître avant de prendre la décision thérapeutique [25].

La manométrie doit être réalisée en cas d'incontinence ou de doute sur l'intégrité du sphincter à l'examen clinique [26].

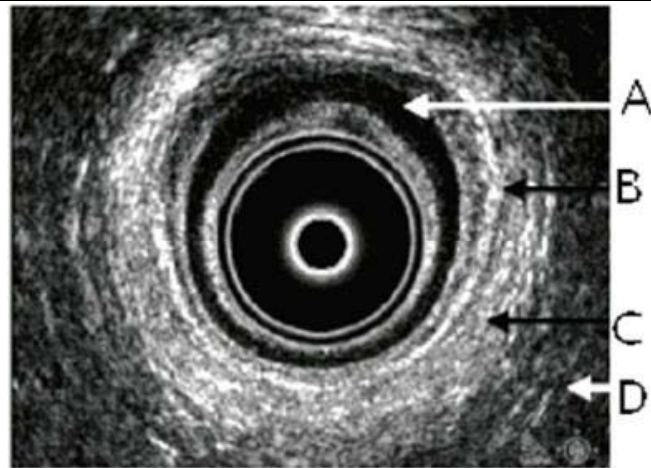


Figure n°8 : EEA : Aspect Normal[27].

A=Sphincter interne ; B=Portion longitudinale du sphincter externe C=Portion circulaire du sphincter externe ; D=Fosse ischio-rectale.

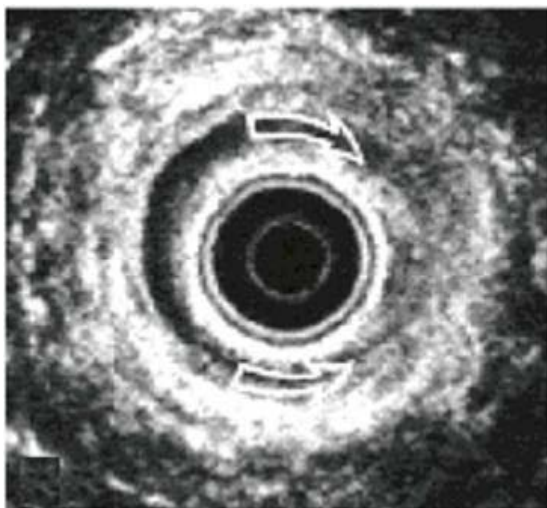


Figure n°9 : Lésion du sphincter interne [27]

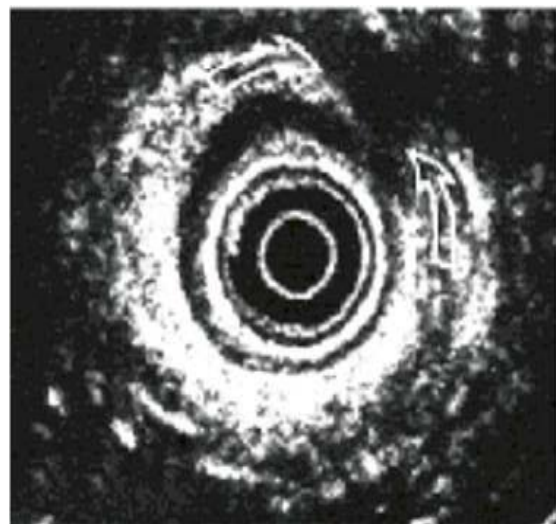


Figure n°10 : Lésion du sphincter anal externe anal [27]

Les examens d'imagerie classiquement utilisés dans les fistules anales, notamment l'imagerie par résonance magnétique (IRM) a un apport limité dans le bilan d'une FRV.

L'IRM avec antenne endo-rectale apporte les mêmes renseignements que l'EEA [3]. Elle est indiquée en cas de [28] :

- Suivi de fistule traitée en deux temps ;
- Fistules récidivantes ;
- Doute clinique sur une fistule complexe ;
- Examen clinique impossible (sténose anale).

V. Traitement :

Le traitement des FRV basses est chirurgical. Le but est d'interrompre la communication entre rectum et vagin en supprimant le trajet fistuleux et en suturant des tissus sains.

Le préalable n°1 est celui de la stabilité des lésions, ce qui nécessite d'attendre que le processus de cicatrisation de la lésion causale soit terminé. Le second préalable est celui d'une exploration très complète des lésions [29].

Il n'est possible d'intervenir qu'en cas de fistule non infectée et dont la cicatrisation s'est stabilisée.

La préparation comporte un régime sans résidu pendant les 5 jours précédant l'opération. Il faut assurer la vacuité rectale par un abondant lavement évacuateur la veille et le matin même de l'opération.

Les différentes techniques chirurgicales utilisées pour ces types de fistules sont :

- Excision et suture : [30] (Fig 11,12)

Cette technique est destinée aux FRV simples. Elle peut être réalisée par voie vaginale, rectale, périnéale transverse ou bien combiner ces différentes possibilités. La réparation périnéale transverse est la plus commune [3].

Cette méthode ne permet ni une dissection des berges évitant une suture sans tension, ni une séparation des deux sutures qui restent au contact l'une de l'autre créant ainsi les conditions d'une récurrence fréquente [31].

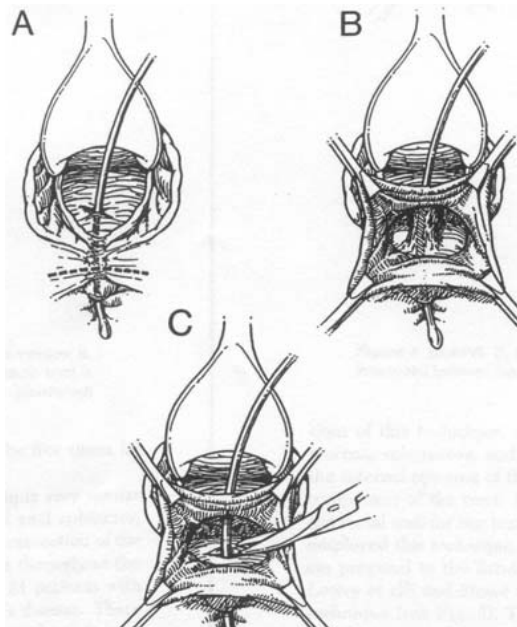


Fig n°11[32] :

- a) incision transpérinéale.
- b) exposition de la fistule.
- c) individualisation du trajet fistuleux.

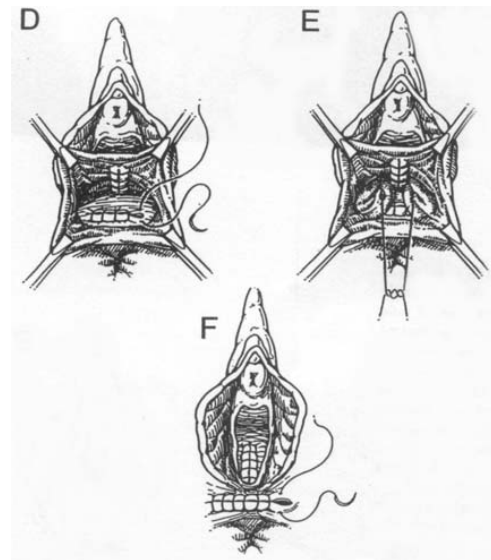


Fig n°12 [32]:

- d) Les défauts vaginal et anal sont fermés
- e) myorrhaphie des releveurs de l'anus
- f) fermeture de l'incision périnéale.

- Périnéoproctotomie (Opération de Musset) [16, 25, 33, 34,35]

La technique de référence c'est l'opération de Musset qui comporte une périnéotomie longitudinale première. Elle a été décrite par Miller et Brown [36] en 1937, promue par Te Linde [37] en 1962. Musset [38,39] propose d'attendre plusieurs semaines entre la périnéotomie longitudinale première et la réfection du corps périnéal, alors que Dargent [40] propose, pour les FRV simples, d'associer dans le même temps opératoire périnéotomie et réfection périnéale.

✓ Périnéotomie avec réparation différée :

- Premier temps de l'opération : périnéoproctotomie médiane (l'incision dite de « Musset ») avec mise à plat du trajet fistuleux.

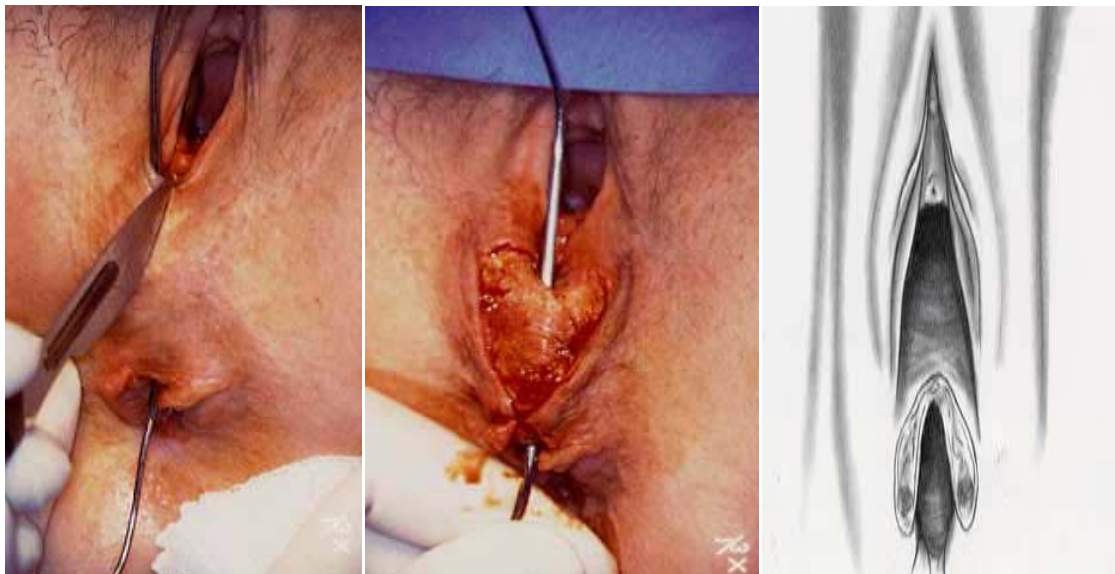


Fig n°13

Fig n°14

Fig n°15

Figure n°13 : Périnéotomie à l'aide d'un bistouri sur le repère une sonde cannelée [34].

Figure n°14 : incision des plans superficiels [34].

Figure n°15 : la mise à plat terminée réalise une périnéotomie médiane [34].

- Deuxième temps de l'opération : Cure chirurgicale d'une déchirure ancienne du périnée du 3ème degré :



Fig n°16

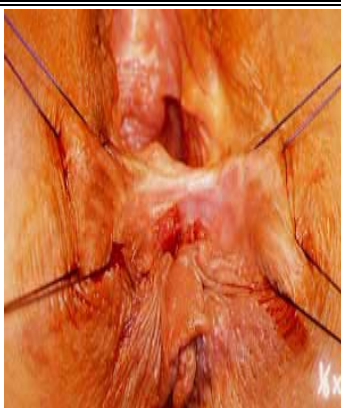


Fig n°17

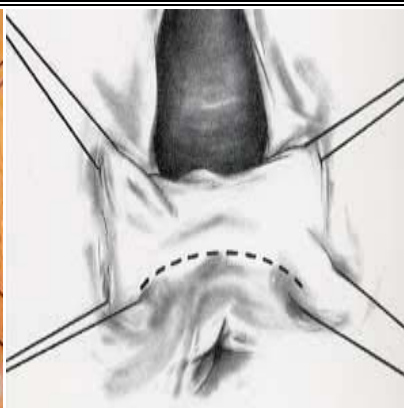


Fig n°18

Figure N°16 : la mise à plat terminée réalise une périnéotomie médiane (81).

Figure N° 17 : la traction à 45° sur les fils repères tend la bride cicatricielle (81).

Figure N° 18 : Tracé de l'incision (81).



Fig n°19

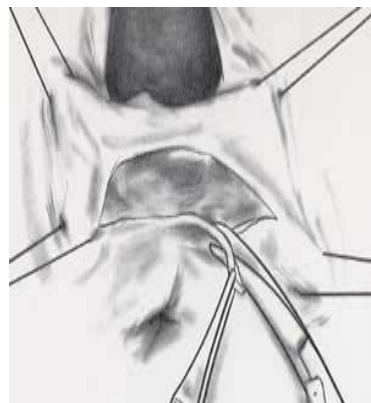


Fig n°20



Fig n°21

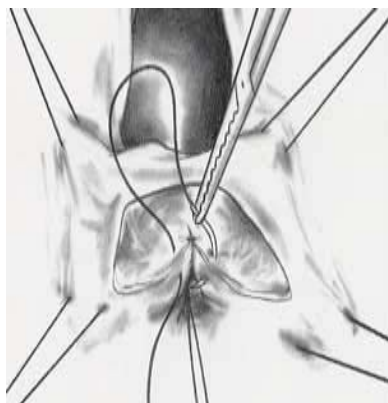


Fig n°22



Fig n°23

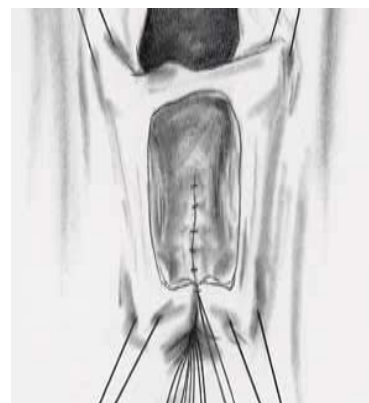


Fig n°24

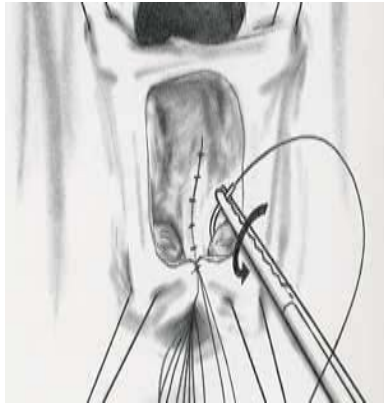


Fig n°25



Fig n°26



Fig n°27



Fig n°28



Fig n°29

Figure N° 19 : Vue du décollement recto-vaginal [34].

Figure N° 20 : Avivement de la berge anale du décollement [34].

Figure N° 21 : reconstitution du canal anal : le point charge la muqueuse et la musculature adjacente [34].

Figure N° 22: les fils sont noués vers l'intérieur [34].

Figure N° 23 : la longueur du canal est refaite par points séparés [34].

Figure N° 24 : le canal anal est reconstitué [34].

Figure N° 25 : repérage du sphincter externe : l'aiguille est introduite vers l'arrière et latéralement, puis est retournée en avant et en dehors [34].

Figure N°26 : Suture du sphincter externe [34].

Figure N° 27 : Reconstitution de la paroi vaginale postérieure [34].

Figure N° 28 : fermeture de la peau par points séparés [34].

Figure N° 29 : vue finale ; la distance ano-périnéale est reconstituée [34].

✓ **Périnéotomie et suture d'emblée : [25, 29,40]**

Cette technique en un seul temps se fait dans le même temps opératoire associant une périnéotomie et une réfection périnéale, décrite en six temps successifs :

- Premier temps : périnéotomie longitudinale médiane.
- Deuxième temps : Mobilisation des parois vaginale postérieure et rectale antérieure, division et excision du callus.
- Troisième temps : reconstitution du noyau fibreux central du périnée et du canal anal.
- Quatrième temps : périnéorrhaphie et sphinctéroplastie.
- Cinquième temps : suture du vagin.
- Sixième temps : serrage de la myorrhaphie et suture du périnée superficiel.

• **Lambeau d'avancement rectal :**

Méthode décrite initialement par Noble en 1902, puis par Mengert et Fish en 1955, elle consiste en l'utilisation d'un lambeau de paroi rectale comprenant muqueuse, sous-muqueuse et couche des fibres musculaires lisses circulaires.

La technique a été également décrite par Kodner [41] : un lambeau en U composé des trois couches citées ci-dessus, est créé, la base de ce lambeau étant plus large que le sommet. La pointe de ce lambeau va au-delà de l'orifice interne (rectal) de la fistule. Le lambeau est suffisamment mobilisé pour reposer sans tension au dessus de l'orifice interne de la fistule.

S'il reste une fistule visible au bout de trois mois on considère qu'il s'agit d'un échec. La technique de lambeau d'avancement endoanal a été utilisée avec succès dans le traitement de fistules simples comme complexes [42,43].

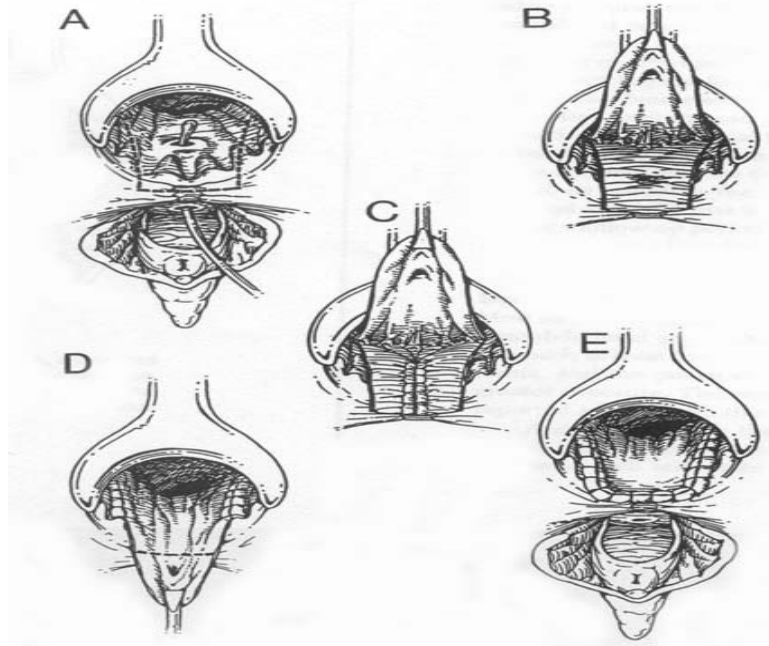


Fig n°30[32]- Lambeau d'avancement :a) tracé de l'incision (futur lambeau) ; b) dissection d'un lambeau comprenant muqueuse, sous-muqueuse rectales et la couche musculaire lisse des fibres circulaires ; c) fermeture de l'orifice fistuleux ; d) le lambeau est mobilisé pour couvrir le site de la fistule et la fistule est otée du lambeau ; e) le lambeau a été suturé.

- **Les interpositions :**

- ✓ **Technique de Martius : interposition de tissus [44]**

Décrite en 1928 et fréquemment utilisée (initialement par Ingelman et Sundberg), elle a été reprise et modifiée notamment par Boronow [45].

Une stomie de dérivation est souvent réalisée dans un premier temps, pour permettre une cicatrisation du lambeau, en dehors d'une atmosphère qui risque d'être souillée par la présence de selles.

Dans certains cas et en ayant prévenu la patiente du risque plus important d'échec, le geste peut être réalisé sans stomie : un régime sans résidu les 5 jours précédant l'opération est alors prescrit, qui est suivi au mieux par un jeûne strict pendant une semaine puis par un régime sans résidu strict pendant une autre semaine

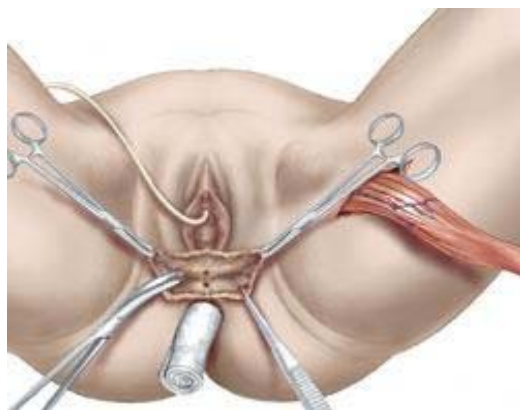
La patiente doit être prévenue que l'opération comprend le prélèvement d'un petit muscle de la grande lèvre et qu'une asymétrie, au moins initiale, s'en suivra.



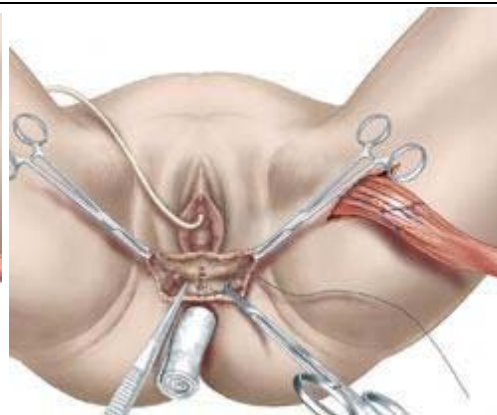
Figure n°31 : Lambeau de Martius avec le lambeau de bulbo-caverneux des grandes lèvres exposées[105].

✓ **Interposition du muscle droit interne : (Graciloplastie) [46,47].**

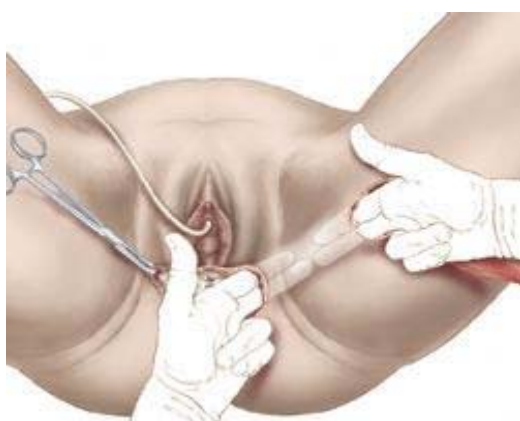
Cette méthode dérive de l'utilisation du muscle droit interne (gracilis) faite par Pickerell en 1952, pour substituer le sphincter anal d'enfants ayant une incontinence anale et qui est encore de temps à autres utilisée de nos jours dans le traitement chirurgical de l'incontinence anale, notamment en cas de defect sphinctérien important [48]. Le principe, dans le traitement des fistules recto-vaginales est le même que celui du lambeau de Martius : apporter entre l'orifice primaire rectal et l'orifice secondaire vaginal du tissu autologue sain et bien vascularisé [49, 50,51].



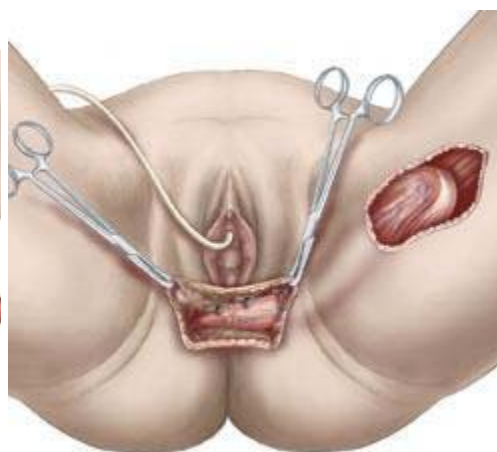
**Figure 32. Dissection de la cloison
recto-vaginale [106]**



**Figure 33 : Fermeture
des orifices fistuleux[106]**



**Figure 34. Confection du tunnel
sous-cutané entre la cuisse
et le périnée[106]**



**Figure 35. Mise en place du
lambeau musculaire[106]**

VI. Prévention : [12,52,54,64,96,97,101]

Dans les pays industrialisés, les fistules représentent une pathologie exceptionnelle d'origine essentiellement chirurgicale.

Trois facteurs expliquent cette différence :

- Le niveau d'éducation ;
- L'information des patientes sur la grossesse et l'accouchement dans les cours de « préparation à l'accouchement » ;
- Et les moyens de transport entre petites maternités et hôpitaux généraux ou régionaux.

Les FRV sont de deux types, celles en rapport avec l'analphabétisation et celles en rapport avec une erreur obstétricale :

- Pour les premières, le traitement est plus difficile en raison du retard au diagnostic et à la nécrose ;
- Pour les autres, il peut être très simple et avec une très faible morbidité à la seule condition d'un diagnostic immédiat et donc d'une réparation immédiate.

La baisse de l'incidence des FRV avec leurs conséquences redoutables ne pourra se faire que grâce à la prévention qui comprend la prévention primaire et secondaire.

1. Prévention primaire :

La prévention primaire portera ainsi sur trois volets :

- Education et information ;
- Organisation du système de santé ;
- Amélioration de la qualité de suivi et des soins obstétricaux.

1.1 Education et information :

La tâche la plus importante est d'améliorer les conditions des femmes. Dans les pays défavorisés, la grossesse précoce, la malnutrition et l'accès limité aux soins obstétricaux d'urgence en sont les causes directes. Certaines causes indirectes, comme la pauvreté et l'analphabétisation empêchent les femmes d'avoir accès aux services qui pourraient prévenir l'apparition des fistules obstétricale.

Il convient donc d'insister sur les éléments suivants :

- La prise de conscience des décideurs à différents niveaux et des professionnels de la santé de la gravité de la FRV et de la nécessité de baisser la mortalité et la morbidité maternelle.
- La lutte contre l'analphabétisation en allongeant la période d'instruction primaire.
- Repousser l'âge du mariage et donc de leur première grossesse.
- Elargir l'accès aux services de planification familiale aussi bien au milieu rural qu'en urbain.
- Informer les femmes et leurs familles sur les dangers de la grossesse et de l'accouchement, sur l'importance des soins obstétricaux d'urgence et souligner ainsi l'intérêt des consultations prénatales et de l'accouchement médicalisé.

Par ailleurs, une campagne internationale prise en charge par l'UNFPA en coopération avec l'OMS visant à mettre fin aux fistules a commencé en 2003, avec l'intention d'attirer l'attention sur les fistules obstétricales, en tant que problème médical mais aussi de par ses dimensions socio-économiques [54].

De tels partenariats ont permis l'évaluation des besoins au niveau des pays et ont dégagé des recommandations à l'intention des décideurs politiques, des directeurs de programmes et des chercheurs en vue du développement de programmes de prévention, de traitement et de réinsertion appropriés et complets.

1.2 Organisation du système de santé :

Dans certains pays d'Afrique dont le Maroc, une politique éducative et une organisation de la prise en charge de la grossesse et l'accouchement en trois niveaux a été développée par le ministère de la santé afin de réduire la mortalité maternelle dans un 1er temps puis la morbidité maternelle dans un second temps.

Les trois niveaux de la prise en charge de la maternité sans risque sont :

- Niveau 1 : correspond aux maisons d'accouchement où sont prodigués les soins obstétricaux urgent de base.
- Niveau 2 : est représenté par les maternités hospitalières où sont pratiqués les soins obstétricaux urgents complets avec en plus des fonctions du niveau 1, la pratique des césarienne et des transfusions.
- Niveau 3 : correspond aux maternités universitaires ou régionales. Elles disposent en plus du niveau 2, la réanimation maternelle et néonatale et une unité de prise en charge des grossesses à haut risque.

D'autres mesures doivent être adoptées pour faire réussir ce système :

- ✚ Etablissement de meilleurs réseaux de transport et de communication entre les villages écartés et les hôpitaux.
- ✚ Le contrôle professionnel de tous les accouchements.
- ✚ La bonne formation des professionnels de santé.

1.3 Amélioration de la qualité du suivi et des soins obstétricaux :

Les FRV post-obstétricales, comme on l'a vu, sont les conséquences d'un travail prolongé ou d'un traumatisme obstétrical (manoeuvre instrumentale ou épisiotomie mal maîtrisée) ou bien d'une déchirure périnéale.

Alors, pour en assuré la prévention, il faut donc diagnostiquer précocement un travail prolongé ou bloqué, prévenir les déchirures périnéales et la bonne maîtrise des manœuvres instrumentales.

1.3-1 Surveillance médicalisée des femmes pendant le travail :

La surveillance médicalisée des femmes pendant le travail est primordiale afin de détecter tôt un travail obstrué et donc agir à temps pour sauver l'enfant et la maman des éventuelles complications.

Pour assurer cette surveillance, l'OMS recommande d'utiliser un « Partogramme ». Mais malheureusement nombreux sont les professionnels de santé qui ne l'utilisent pas.

Le ministère de la santé est conscient de l'importance du partogramme et a généralisé son utilisation dans tous les niveaux du système de santé et il a assuré la formation nécessaire pour les remplir correctement par les médecins et les sages femmes.

1.3-2 Prévention des déchirures périnéales :

La prévention des déchirures périnéale découle des facteurs de risque.

Notamment, macrosomie, Anomalie du bassin, extractions instrumentales, manœuvres obstétricales et épisiotomie médiane [96].

En anténatal, il faut apprécier cliniquement le détroit inférieur qui conditionne la survenue des lésions. Si le doute persiste, un bilan radiologique est nécessaire (Scannopelvimétrie). L'appréciation des mensurations du fœtus est assurée par l'échographie obstétricale.

Une fois ces déchirures surviennent, il faut en assurer une réparation adéquate. La lésion rectale est la première à être suturée grâce à des points séparés extra-muqueux ; le sphincter et la plaie cutané-vaginale sont suturés dans un 2ème temps et En fin d'intervention, plusieurs points sont à contrôler :

- ✚ le toucher vaginal: absence de compresse et bonne étanchéité du plan vaginal ;
- ✚ le toucher rectal: absence de fil transfixiant et bonne tonicité sphinctérienne.
- ✚ le RCOG recommande l'utilisation d'une antibiothérapie à large spectre lors du geste [97].

Il est nécessaire d'appuyer sur la bonne formation des professionnels de santé à la bonne pratique des manoeuvres instrumentales lorsque leur indication est posée ainsi qu'au respect des règles de pratique et de réfection d'épisiotomie.

- **Episiotomie :**

L'épisiotomie médio-latérale aurait en revanche un effet protecteur vis-à-vis du risque de déchirure périnéale sévère. Il semble que l'usage large de l'épisiotomie ne prévienne pas les déchirures périnéales sévères par rapport à un usage plus restreint et qu'un taux d'épisiotomie aux alentours de 30 % des accouchements soit raisonnable [97].

- **extraction instrumentale:**

Une extraction instrumentale est réalisée afin de raccourcir la phase d'expulsion du fœtus en dehors de la filière pelvi-génitale maternelle, lorsqu'il existe un état fœtal suspect ou un défaut de progression du mobile fœtal.

Les principaux mécanismes des lésions maternelles sont l'augmentation des dimensions et la distension excessive des parties molles par l'instrument utilisé ou l'absence d'ampliation périnéale préalable liée à la rapidité de l'expulsion assistée.

Les FRV attribuées à une extraction instrumentale sont exceptionnelles [98,99]. Elles sont plus attribuées au caractère dystocique de l'accouchement qu'à l'instrument lui-même [100]. Une FRV peut survenir à la suite d'une déchirure périnéale compliquée passée inaperçue ou mal réparée.

En 2006, les recommandations pour la pratique clinique sur l'épisiotomie concluaient que la pratique systématique de l'épisiotomie ne se justifiait pas en cas d'extraction instrumentale et qu'elle pouvait dans ce cas augmenter le risque de lésions périnéales [101].

Pour ce fait, il faut limiter l'utilisation de ces moyens aux indications précises pour l'instrument correspondant.

2. Prévention Secondaire :

La prévention secondaire des FRV repose sur la prise en charge chirurgicale correcte qui nécessite une formation spéciale des professionnels de santé en matière de chirurgie de la fistule. En effet peu de praticiens des pays en développement ont été formés pour effectuer des réparations de fistules [52].

Des soins postopératoires strictement contrôlés sont indispensables au rétablissement de la patiente.

Par ailleurs, il est essentiel de prodiguer aux femmes porteuses de fistules des conseils pouvant les aider à retrouver confiance en elle-même après l'opération.

Ainsi qu'à leurs conjoints, en insistant sur l'importance de l'abstinence sexuelle pendant trois à quatre mois après la cure chirurgicale afin de permettre le rétablissement complet [101].

A long terme, il est important de leur donner des informations sur la planification familiale et la nécessité d'une césarienne programmée pour leurs futures grossesses [19].

Selon Lewis wall, « le fait de comprendre qu'il est nécessaire de traiter la personne au complet en présence d'une fistule, et non pas seulement la vessie ou le rectum atteints, est l'unique concept le plus important dans le traitement des fistules » [52].



Matériels et méthodes



I. MATERIELS :

1. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective analytique descriptive mono-centrique.

2. Milieu de l'étude :

Notre étude s'est faite au sein du service de gynécologie-obstétrique CHU Mohammed VI de Marrakech.

3. Durée du travail :

Notre travail a commencé le 01/05/2018 et s'est achevé le 01/05/2019.

4. Période de l'étude :

Notre étude s'est déroulée sur une période de 10 ans, du 1/05/2008 au 01/05/2018.

5. Echantillon de l'étude :

5.1 critères d'inclusion :

Toute les patientes ayant bénéficié d'une prise en charge chirurgicale d'une FRV post-obstétricales basses.

5.2 critères d'exclusion :

Nous avons exclu tous les dossiers des FRV non basses et non obstétricales opérés dans notre formation .Au total, 8 dossiers ont été exclus.

II. Méthodes :

1. Support de données:

Nous avons consulté les données concernant :

- Les dossiers médicaux aux archives de service de gynéco-obstétrique.
- Le registre du bloc opératoire.

2. Variables recueillies

Nous avons recueilli principalement les valeurs suivantes :

- Données cliniques.
- Données para-cliniques.
- Données évolutives.
- Données thérapeutiques.

3. Analyses statistiques

Nous avons intégré les données des variables recueillies dans le logiciel Excel 2010.

L'analyse statistique a été faite par ce même logiciel.

4. Limites de l'étude

Durant notre étude nous avons rencontré certaines limites à savoir :

- Absence de données suffisantes sur le suivi.
- Difficulté d'accès aux archives.

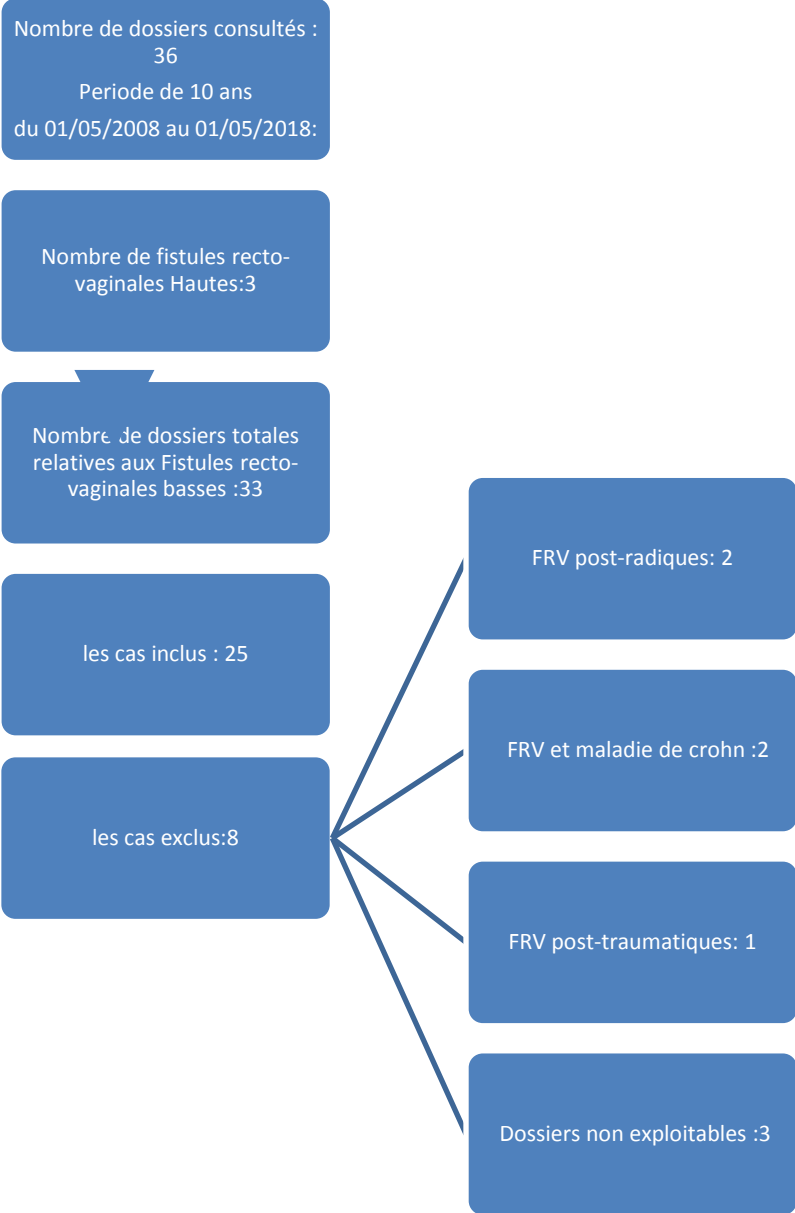


Diagramme représentant le parcours de sélection des dossiers



Résultats



I. caractéristiques épidémiologiques :

1. Fréquence :

Dans notre étude la fréquence des FRV basses d'origine obstétricale était de 76 % parmi les FRV opérées au service de gynécologie-obstétrique du CHU Mohamed VI. Incidence est 0,1 pour 1000 accouchements.

2. Age :

Dans notre série, l'âge moyen était de 30 ans et demi avec des extrêmes d'âges allant de 21 ans à 42 ans.

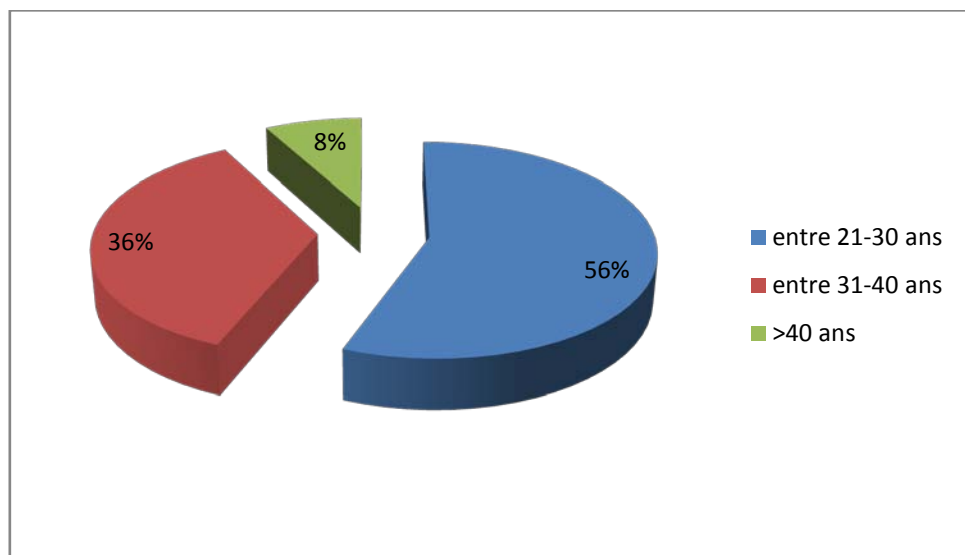


Figure n°36 : Répartition selon la tranche d'âge

3. Origine géographique :

Dans notre étude 18 cas provenaient du milieu rural soit 72 %, alors que 7 cas sont d'origine urbaine soit 28 % de l'ensemble des cas.

4. Statut matrimonial :

- Dans notre étude 4 femmes sont divorcés soit 16 % de l'ensemble des cas.
- Dans 8 cas la situation familiale n'est pas citée.

II. Etude clinique :

1. Antécédents :

1.1 médicaux- chirurgicaux :

- 1 seule patiente était diabétique.
- 1 patiente était VIH +.
- patientes opérées pour FRV obstétricales basses.
- 1 patiente opérée : cholécystectomie.

1.2 obstétricaux:

1.2-1 poids de naissance :

Dans notre série, 4 femmes ayant l'antécédent d'accouchement avec un Nouveau Né macrosome.

1.2-2 Parité :

Dans notre étude on note :

- 12 femmes primipares.
- 13 sont des multipares.

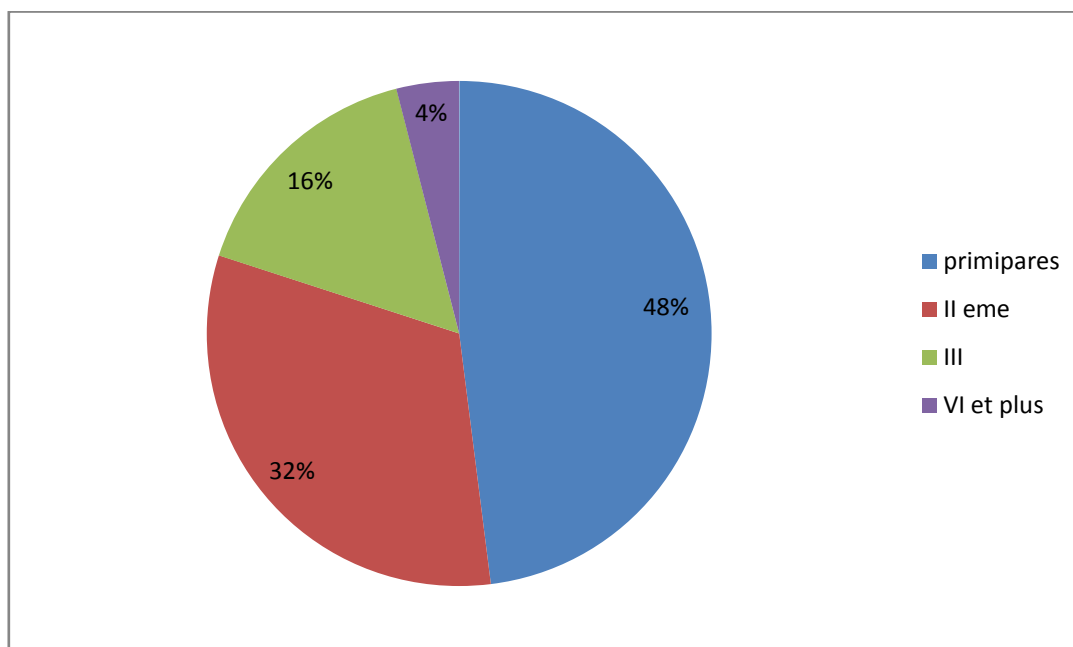


Figure n°37 : Répartition selon la Parité

1.2-3 Lieu du dernier accouchement

Dans notre série le lieu de l'accouchement était :

- 6 patientes à domicile.
- 6 malades dans des Maisons d'accouchement.
- 5 patientes au CHL.
- 2 femmes dans des CHP.
- 3 malades dans des CHR.
- 1 seule patiente au secteur privé.
- Seulement 2 patientes au CHU.

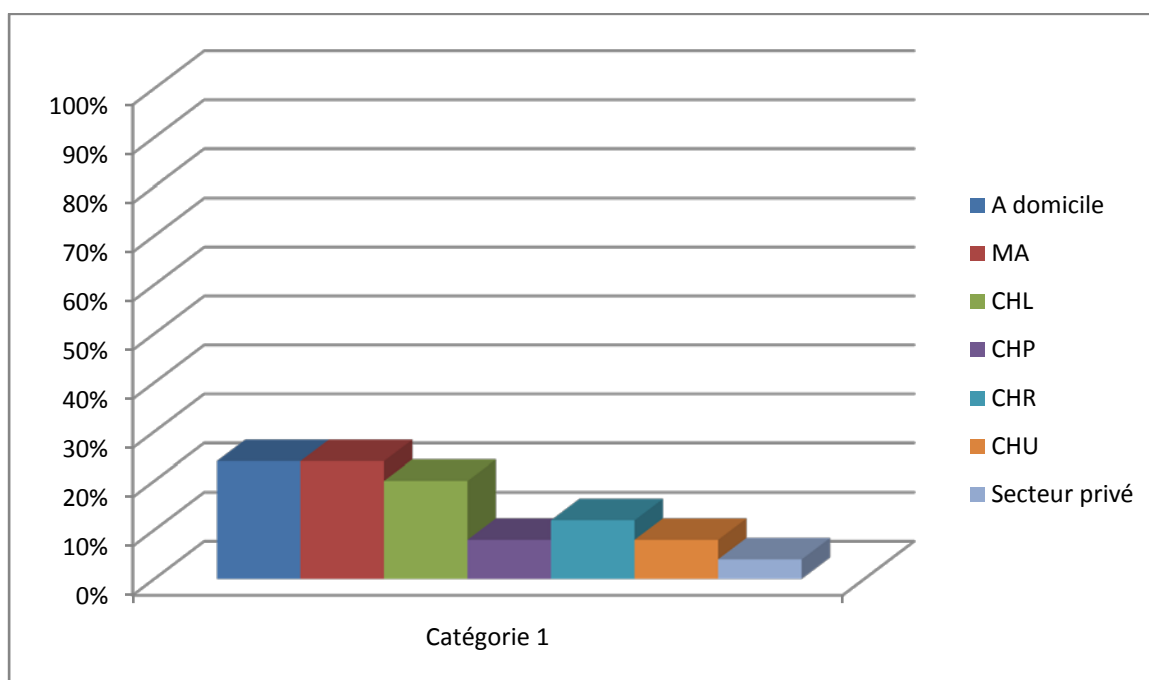


Figure n°37 : répartition selon milieu d'accouchement

1.2-4 Mode du dernier accouchement :

Dans notre série :

- L'accouchement était spontané dans 7 cas soit 28 %.
- 12 accouchements par épisiotomie soit 48 % de l'ensemble des cas.
- 4 accouchements dystociques par forceps soit 16 %.
- 1 seule patiente a accouché par ventouse.

1.2-5 complications du dernier accouchement :

On a noté 10 cas de déchirures périnéales soit 40 % des cas étudiés.

2. Délai de consultation :

Le délai moyen de consultation était de 1 an et 8 mois avec des extrêmes allant de 2 mois à 7 ans.

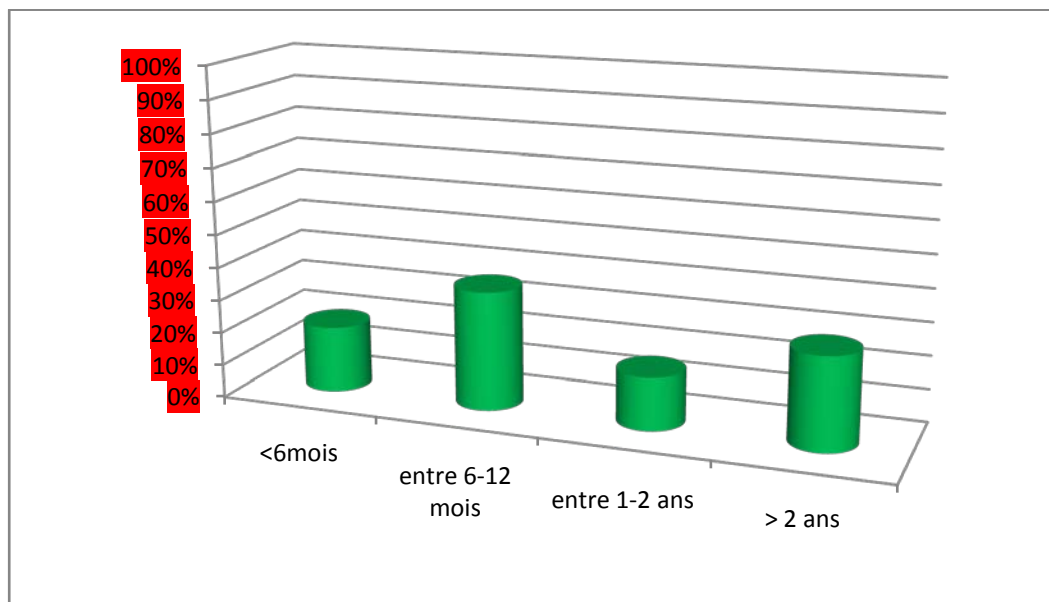


Figure n°38 : Répartition selon le délai de consultation

3. Motif de consultation :

Le principal motif de consultation dans notre étude était l'issue de matières fécales par le vagin avec un pourcentage de 48 %.

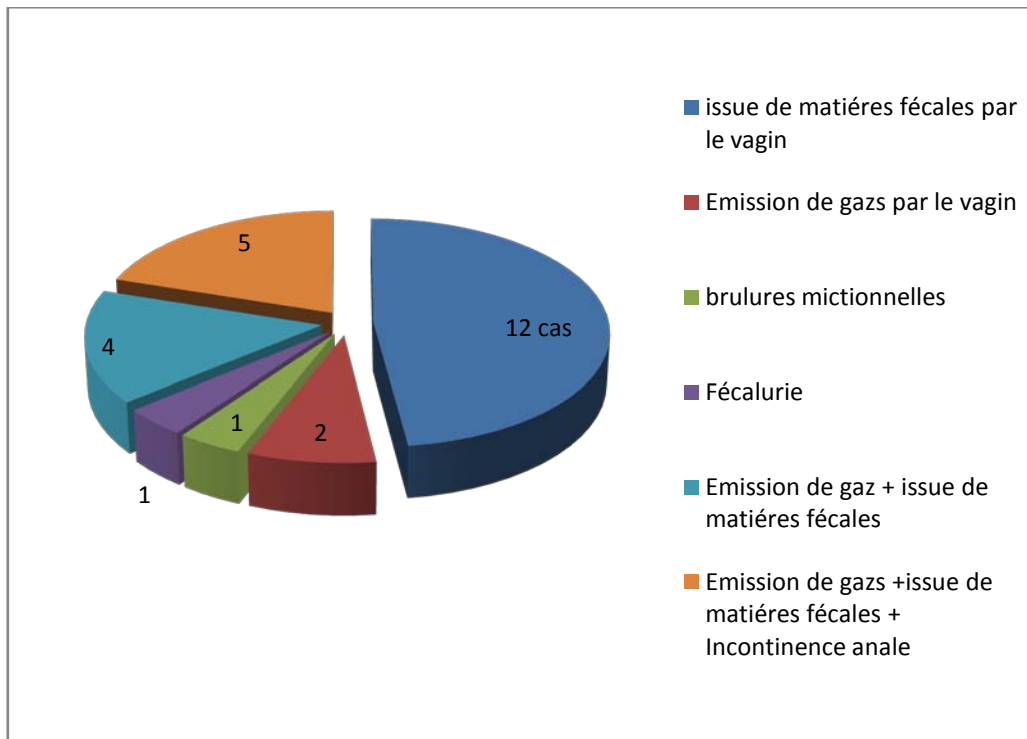


Figure n°39 : motifs de consultation

4. Examen Clinique :

4.1 Inspection :

L'inspection de la vulve chez nos patientes a révélé :

- Dans 6 cas la région vulvaire était souillée de selles.
- Cicatrice d'épisiotomie mentionnée chez 10 patientes.
- La cicatrice de déchirure périnéale observée chez 10 de nos patientes.
- Vaginite chez une patiente.

4.2 Toucher vaginal :

Chez toutes nos patientes :

- Le vagin était souple.
- Perception de l'orifice fistuleux par le T.V

4.3 Toucher rectal :

4.3-1 Etat du sphincter anal :

Dans notre série le sphincter anal était tonique chez toutes les patientes.

4.3-2 Distance à la marge anale :

- Dans 19 cas la distance à la M.A était de 1 cm .

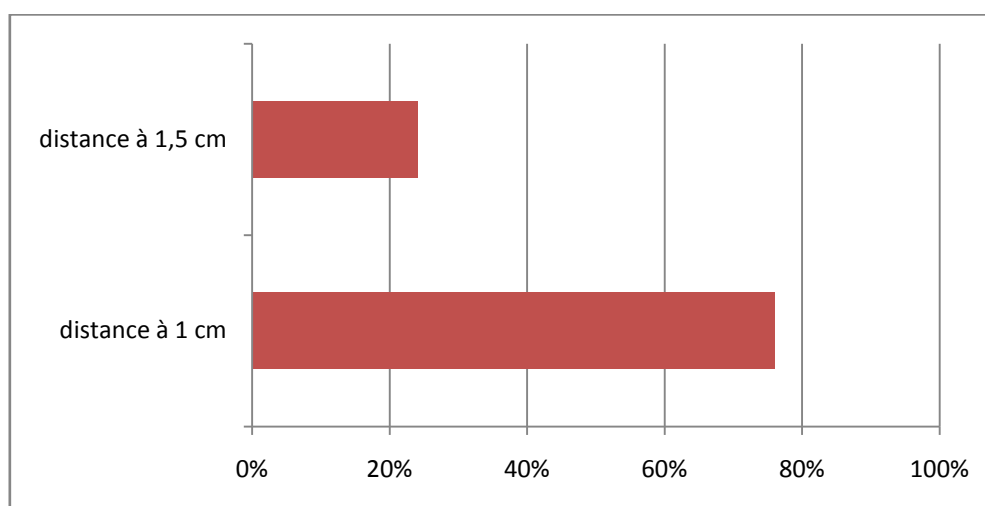


Figure n°40 : Répartition selon distance à la M.A

4.4 Examen au spéculum

Au spéculum :

- 4 patientes avaient un écoulement de matières fécales par le vagin.
- 1 patiente avait des leucorrhées jaunâtres fétides.

4.3-3 Distance à la fourchette vaginale :

La distance à la F.V était comme suite :

- 1 cm dans 12 cas
- 1,5 cm dans 10 cas
- A 2 cm dans 3 cas

4.3-4 Diamètre de la fistule :

Dans notre série le diamètre varie :

- Dans 13 cas, il était de 0,5 cm.
- 10 patientes avaient une fistule de 1 cm.
- Seulement 2 patientes avec une fistule de 1,5 cm.

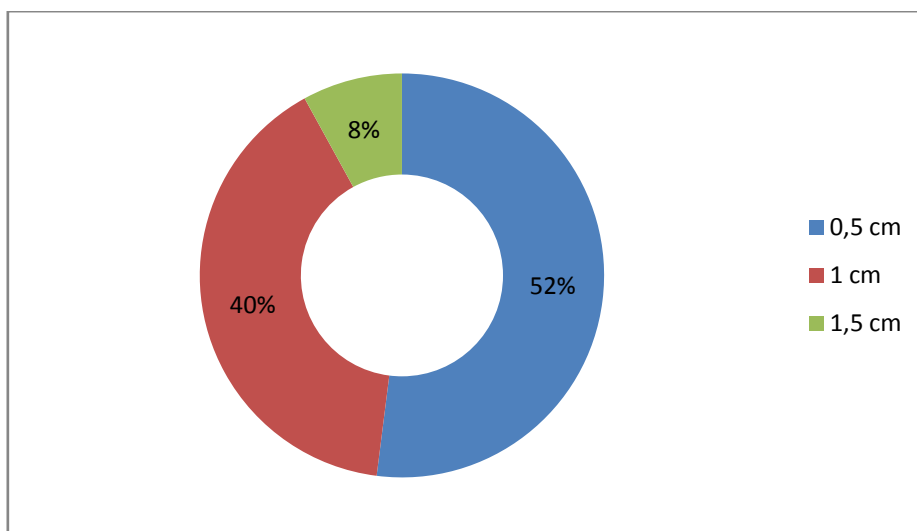


Figure n°41: Répartition selon le diamètre de la fistule

III. Données para-cliniques :

1 Examens à visée diagnostique :

Dans notre étude :

1 seule patiente référée du secteur privé a bénéficié d'une rectoscopie avec anoscopie objectivant une FRV béante basse.

2 Bilan de retentissement :

2.1 ECBU :

Examen le plus demandée : dans 8 cas soit 32%. On a noté :

- Une infection urinaire à EC résistante à l'amoxicilline.
- Une IU à EC multi-sensible.
- 6 examens ont été normaux.

IV. Etude thérapeutique :

1. Durée d'hospitalisation :

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jrs avec des extrêmes allant de 4jr à 19.

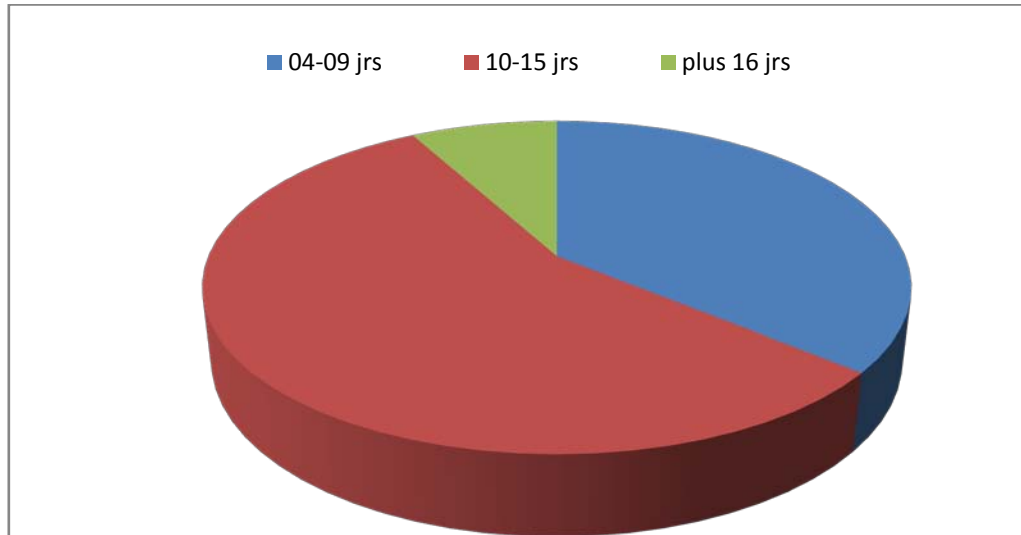


Figure n°42: Durée d'hospitalisation

2. Bilan pré -opératoire :

Le bilan demandé chez toutes nos patientes: NFS-Groupage Rh-TP-TCK-urée-créatinine-

La RX du thorax et l'ECG demandés juste pour les patientes ayant dépassées l'âge de 38 ans.

3. Préparation préopératoire :

3.1 Alimentation :

Toutes les patientes étaient sous régime sans résidus associé à la prise de laxatifs.

3.2 Antibio prophylaxie :

Dans notre série, la majorité des patientes prenaient l'association Amoxicilline-Acide Clavulanique.

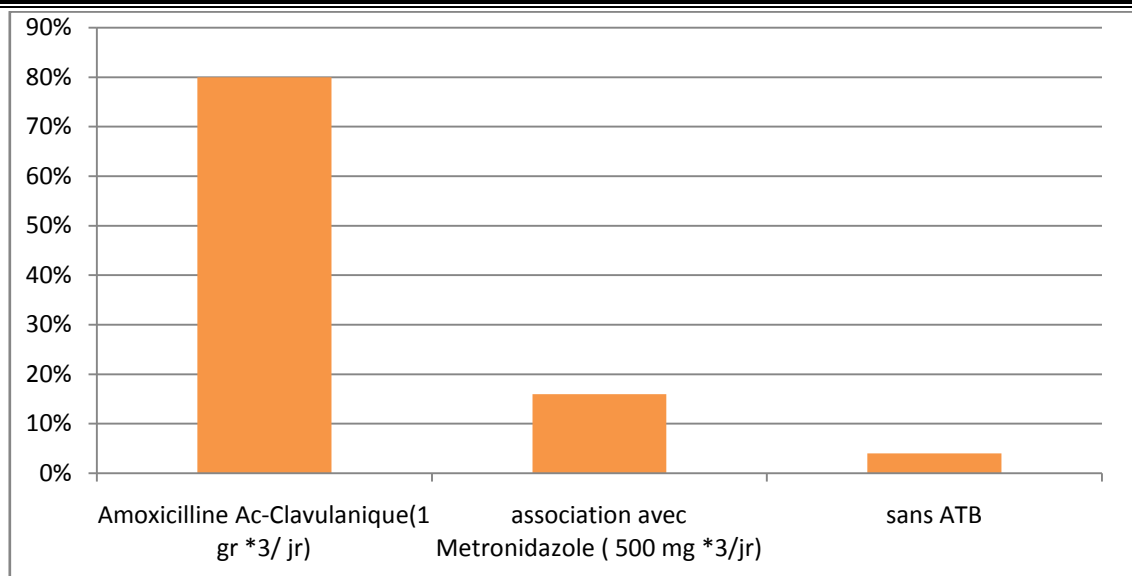


Figure n°43 : Répartition selon l'Antibioprophylaxie utilisée

3.3 Soins vulvo-vaginaux :

La toilette vaginale par le polyvidone iodine diluée était nécessaire pour toutes les patientes avant et après le geste opératoire.

4. Protocole opératoire :

4.1 Position de cure :

Dans notre série, la position de cure était la position gynécologique dans l'ensemble des cas.

4.2 Voie d'abord :

La voie basse était la voie utilisée chez toutes les patientes.

4.3 Type d'anesthésie :

Dans notre étude toutes les patientes sont opérées sous Rachianesthésie.

5. Techniques chirurgicales :

5.1 excision-suture :

Dans notre série, 10 patientes ont bénéficiés de cette opération soit 40% de l'ensemble des cas.

5.2 Technique de Musset :

C'était le type de réparation le plus utilisé : 15 de nos patientes ont reçues la cure par cette technique soit 60% des cas.

6. Evolution :

- Les suites opératoires étaient sans complications chez 24 patientes.
- On a noté le lâchage des fils chez une patiente réopéré par excision-suture de la fistule.



Discussion



I. Epidémiologie

1. Incidence :

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 communautés pauvres d'Afrique subsaharienne et d'Asie [16].

La fréquence précise est inconnue car les séries sont souvent petites, et le recrutement du type de pathologie est propre à chaque institution. Cependant, il existe un lien de causalité évident entre le niveau médical et la fréquence.

1.1 Dans les pays en voie de développement :

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 [52] et à plus de 70 000 au Bangladesh [53,54]. D'autres études en Éthiopie, au Nigeria et en Afrique de l'Ouest évaluent l'incidence de la FO à 1 à 10 pour 1 000 naissances [52]. En Éthiopie, on estime que 9 000 femmes développent chaque année une FO, dont seulement 1 200 sont traitées [55].

Des études 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 [56].

Pour Atienza, les FRV post-obstétricales basses représentent 90% des FRV et surviennent dans 0.1% des délivrances vaginales [57]. Elles correspondent à l'étiologie la plus anciennement décrite [3].

L'origine obstétricale des FRV est la première en Afrique. En 1996, 1000 FRV ont été opérées à l'hôpital d'Addis Ababa en Ethiopie [58].

1.2 : Dans les pays développés :

Il s'agit d'un accident exceptionnel, les fistules obstétricales ne représentent que 5 à 10 % des fistules. Elles sont toujours traumatiques instrumentales ou chirurgicales.

Pour Harris, dans une série datant de 1970, l'incidence des FRV post-obstétricales étaient de 0.6% [59].

Sur une période de 2 ans au Parcland Memorial Hospital de Dallas en 1993, sur 30.000 malades ayant accouché par voie basse, seules 2 malades ont développé une FRV [58].

Dans la série de REIGER [60], sur une période de 3 ans ; 3 malades ont développé une FRV sur 6875 accouchements.

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, 17% post-chirurgicales, 13% dues à une maladie de Crohn et 10% post-radiques [3] Lescher de la Mayo Clinic ne rapporte que 11% des FRV post-obstétricales sur une série de 252 femmes [61].

D'après ces chiffres, on aperçoit clairement la disparité entre les pays en voie de développement et les pays développés, du fait du suivi des grossesses et de la médicalisation des accouchements chez ces derniers.

Dans notre service, les FRV post-obstétricales basses constituent 76 % des FRV opérées et l'incidence est 0,1 pour 1000 accouchement.

2. Age :

Tableau IV : Moyens et Tranches d'âge selon les séries de cas.

Auteur	Pays d'origine	Nombre de cas	Age moyen	Tranche d'âge (ans)
OUSSAMA [62]	Tunisie	41	38 ans	36-40
RAHMAN [63]	Saudi arabia	52	29,5 ans	17-65
GHAZAL [64]	Maroc(Fes)	5	25 ans	21-30
N. ZEGEYE et T DAGNE [65]	Ethiopie	86	25 ans	15-34
CRUZ-REYES [66]	Mexique	16	25,6	19-35
NOTRE SERIE	Marrakech	25	30,5 ans	21-42

3.

Dans les données de la littérature, les patientes victimes de FO proviennent du milieu rural.

L'étude de Nahom Zegeye and Tesfaye Dagne [65] rapporte 79,1 % des femmes vient dans le milieu rural.

Dans la série de Gessesew ET Mesfin[67], 93 % des femmes vivantes avec des FO proviennent du milieu rural.

Notre série rejoint ces études : 18 cas sont d'origine rurale soit 72 %.

4. Statut matrimonial :

À l'hôpital Addis Ababa, une étude a montré que 53 % des femmes traitées avaient été abandonnées par leurs maris [52].

En Inde et au Pakistan, des études limitées menées en milieu hospitalier ont montré qu'environ 70 à 90 % des femmes vivant avec une fistule ont été abandonnées ou sont divorcées [68].

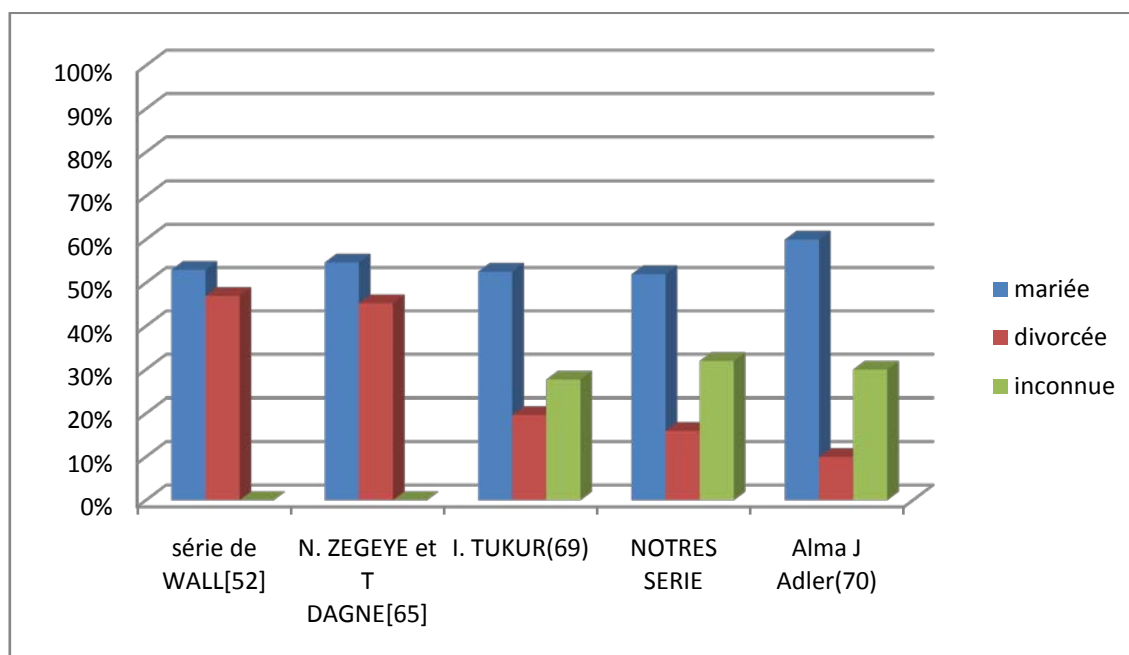


Figure n°44 : Statut matrimonial en pourcentage selon les séries de cas

Au total, le taux de divorce est augmenté chez les femmes victimes de fistules obstétricales.

II. Etude clinique :

1. Contexte étiologique de la fistule :

1.1 Parité :

Tableau V : La parité selon les séries de cas

Auteur	Pays d'origine	Pourcentage des primipares	Pourcentage des multipares
OUSSAMA [62]	Tunisie	90,2 %	9 ,8 %
GHATAK [71]	Nigeria	70 %	30 %
GHAZAL [64]	Maroc (Fes)	80%	20%
HOLME ET AL [72]	Zambie	49%	51%
NOTRE SERIE	Marrakech	48%	52%

D'après ces études la primiparité est un facteur de risque des FRV basses, mais dans notre série la multiparité est plus fréquente.

1.2 Durée du Travail :

Dans la série de RAHMAN [63], 20 % des femmes avaient un travail prolongé.

Dans une revue de littérature sur les facteurs de risque des F.O, La durée moyenne du travail chez les patientes atteintes de fistule variait de 2,5 à 4 jours [60].

Dans notre série on n'avait pas de données sur la durée du travail.

1.3 Lieu du dernier accouchement :

Dans la série de N. ZEGEYE et T DAGNE [65], 50 % des patientes ont accouchés à domicile. 25,6 % dans des maisons d'accouchement ; le reste dans structures hospitalières [24,4%].

86 % des patientes dans la série de I.TUKUR [69] ont accouchés à domicile, seulement 2 % dans un hôpital.

Dans notre série, 24% des patientes ont accouchés à domicile ; 24 % dans des Maisons d'accouchement, Alors que 52 % dans des structures hospitalières.

L'accouchement à domicile et dans des conditions laborieuses multiplie l'incidence des FRV basses.

1.4 Mode du dernier accouchement :

Dans l'étude de FOMEKONG Félicien [73], 51,6 %des accouchements étaient par les manœuvres instrumentales. Dans la série de N. ZEGEYE et T DAGNE [65] 32,6 % des accouchements s'effectuaient par manœuvres instrumentales. Dans la série d'OUSSAMA [62], Un accouchement par forceps était retrouvé dans 87% des cas.

Notre série rejoint ces études : L'accouchement par manœuvres instrumentales était de 20% de l'ensemble des cas.

1.5 complications du dernier accouchement :

Dans une revue de 24 000 naissances vaginales, Goldaber et al [74] ont rapporté une incidence de 1,7% pour les déchirures quatrième degré et 0,5 % pour les FRV.

Le pourcentage des déchirures périneales dans la série de CRUZ REYES [66] était de 56,2%. Dans la série de RAHMAN [63], il était à 85,4 % des cas.

Alma J Adler [70] Dans sa série de 81 cas sur les FO le pourcentage des déchirures était de 26 %.

Notre série rejoint les données de la littérature avec un pourcentage de 40 % de l'ensemble des cas.

2. Circonstances de découverte :

2.1 Motif de consultation :

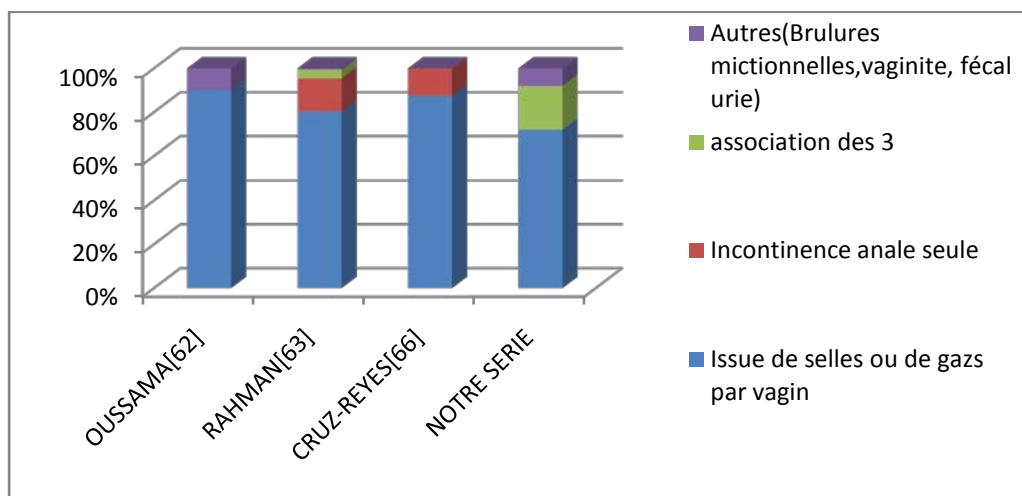


Figure n°45 : le motif de consultation selon les séries.

2.2 Délai de consultation :

Le délai de consultation est la période qui sépare la date du dernier accouchement et la première consultation médicale, ce dernier est variable d'une série à l'autre.

Dans la série de CRUZ-REYEZ [66], en moyenne le délai était de 11 mois avec des extrêmes de 3 mois à 2 ans. Dans la série d'OUSSAMA [62], le délai de consultation était entre 1 mois et 1 an avec une moyenne de 5 mois.

Dans notre série de cas, on observe un retard des patientes pour consulter, le délai moyen de consultation était de 1 an et 8 mois.

3. Examen Clinique :



Figure n°46 : Fistule recto-vaginale post-obstétricale avec lésion du Sphincter anal. Le passage du stylet à travers la fistule et anus semi- ouverts en raison de la perte du tonus du sphincter anal [66].

3.1 Etat du sphincter anal :

L'examen proctologique par TR apprécie la tonicité du sphincter et des releveurs de l'anus ainsi que la souplesse des tissus par le toucher combiné vaginal et rectal.

Dans la série d'OUSSAMA [62] le sphincter anal était tonique dans 83% des cas.

Le sphincter anal était tonique chez toutes nos patientes.

3.2 Distance à la marge anale :

Dans la série de GHAZAL [64], cette distance était de 1 cm dans 3 cas ; 1,5 cm chez 1 patiente et 2 cm dans un seul cas.

Dans l'étude d'ACHEGRI [75], dans la majorité des cas elle était à 1cm; elle n'a pas dépassé 2 cm au total.

Notre étude rejoint ces études :

- 76 % de l'ensemble des cas, elle était à 1 cm.
- A 1,5 cm dans 24 % des cas

3.3 Distance à la fourchette vaginale :

L'examen au spéculum combiné aux touchers pelviens est indispensable car il permet de poser le diagnostic, de détailler les lésions (Taille, Siège, lésions associées) et en fin de déterminer la stratégie thérapeutique.

Pour RAHMAN [63], toutes les fistules étaient situées à moins de 5 cm de la fourchette vaginale.

Dans notre étude, toutes les fistules étaient situées à 2 cm ou moins :

- 1 cm dans 12 cas
- 1,5 cm dans 10 cas
- A 2 cm dans 3 cas

3.4 diamètre de la fistule :

Le TV permet d'apprécier la taille approximative de chaque fistule et toute implication urétrale.

Dans la série de RAHMAN [63], et la série de CRUZ-REYES [66], toutes les fistules étaient simples de quelques millimètres à 2,5 cm.

Dans la série d'OUSSAMA [62], de 41 patientes, dans 3 cas la fistule était <0,5cm ; dans 36 cas de 0,5 à 2,5 cm ; 2 cas seulement avaient une fistule >2,5 cm de diamètre.

Notre série reste l'exemple concret des fistules basses simples selon la classification de Rothenberger [18]:

- 0,5 cm dans 52 % des cas.
- 40 % des patientes avaient une fistule de 1 cm
- 1,5 cm dans 8% de l'ensemble des cas

4. Test au bleu de méthylène :

Si on ne parvient pas à mettre en évidence la FRV, un test au bleu de méthylène peut être utilisé

Dans la série d'OUSSAMA [62], le test était positif dans 25 cas (62,5 %).

Le test au bleu de méthylène a été effectué chez deux patients dans la série de CRUZ-REYES [66], positif dans les deux cas.

Ce test n'était pas pratiqué chez aucune de nos patientes.

5. Association avec FVV :

L'examen clinique devrait rechercher également une atteinte vésicale car l'association d'une FRV et d'une FVV est possible. En effet, Harouna a décrit dans une enquête auprès de 52 femmes admises à l'hôpital national de Niamey (Niger) dont 7 patientes présentaient une FRVV [76].

Falandry a rapporté dans une série colligées au CHU de Libreville au Gabon 17 cas de FRVV dont 13 d'origine obstétricale [77]. Dans une série recrutant 407 patientes porteuses de FO au Malawi 29 ont présenté une combinaison de FRV et de FVV [78].

Dans notre étude, il n'y avait pas d'association de FRV avec un Fistule vésico-vaginale.

III. Etude Para-Clinique :

1. Anuscopie-Rectoscopie :

Dans la série d'OUSSAMA [62], la rectoscopie était pratiquée chez toutes les patientes, chez une patiente dans la série de RHAZAL [64].

La pratique de ces examens n'est pas systématique et dépendante de chaque école.

Dans notre série l'examen clinique était suffisant pour diagnostiquer ces fistules.

2. Echographie Endo-anale et Manométrie rectale :

Le bilan sphinctérien est systématique pour certains auteurs tels que Dargent: l'évaluation associe l'EEA et la Manométrie Rectale [25].

Dans une série nord-américaine 48% des patientes présentaient des lésions sphinctériennes associées avant la cure chirurgicale des FRV post-obstétricales [31].

Selon Sultan, dans 28% des cas on a des lésions sphinctériennes infra-cliniques après un accouchement par voie basse [25].

D'après plusieurs études [18, 21, 24,28], l'EEA a mis en évidence de façon rétrospective que plus de 80% des femmes présentant une incontinence anale ont une rupture sphinctérienne.

Dans la série de CRUZ-REYES [66], l'étude de la manométrie ano-rectale a été réalisée chez 4 patientes présentant une lésion du sphincter anal interne et externe. Une échographie endo-rectale a été réalisée sur deux patients, l'une avait une lésion interne et externe du sphincter anal, avec amincissement de la masse musculaire du SRV.

Dans notre série aucun de ces examens n'est pratiqué chez nos patientes et le bilan sphinctérien était clinique par le biais du TR.

3. IRM :

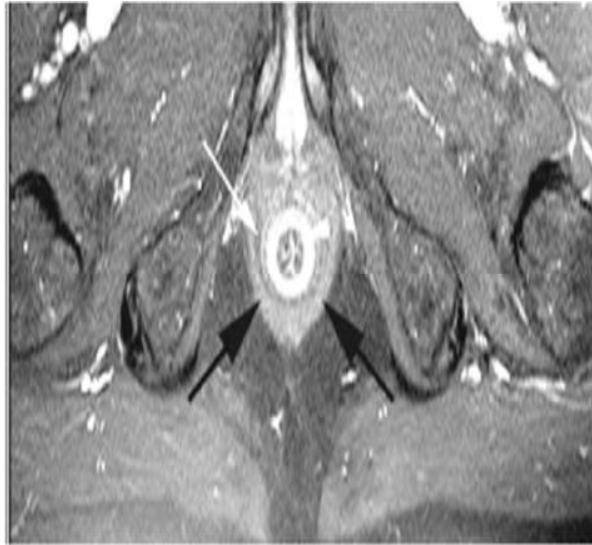


Figure n°47 : Aspect IRM normal du canal anal en T1[28] :

Sphincter externe : flèches noires.

Sphincter interne : tête de flèche.

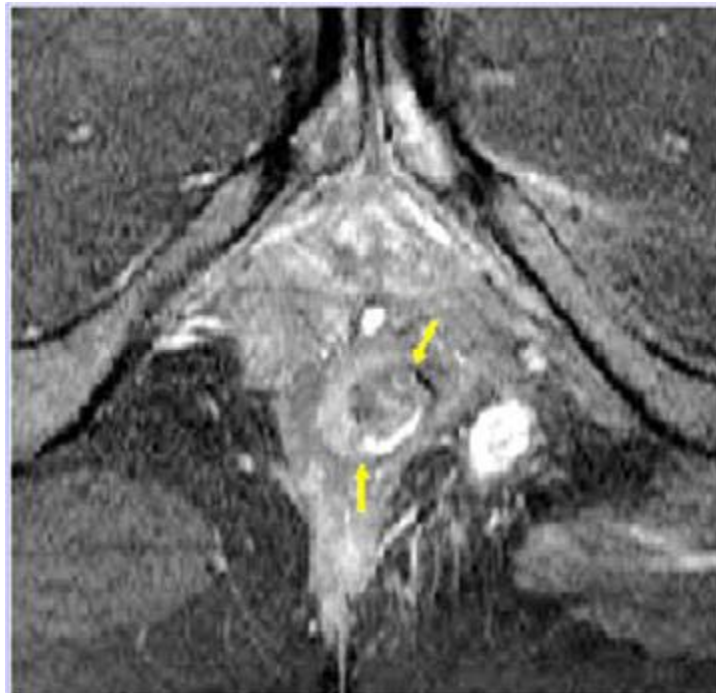


Figure N°48 : Aspect IRM anormal du sphincter anal interne :

Atteinte de 2 h à 6 h (Flèches jaunes) [28].



Figure N°49 : Imagerie par résonance magnétique d'une Fistule recto-vaginale (vagin : flèche verte) [28].

Dans la série d'OUSSAMA [62], l'IRM est pratiquée chez 3 patientes parmi 41 dans l'ensemble des cas.

Dans notre série, aucune de nos patientes n'a bénéficié de l'IRM.

Au total, il est difficile de trancher entre ces examens, ils seront privilégiés selon les compétences techniques et l'expérience locale.

IV. Etude Thérapeutique :

1. Durée d'hospitalisation :

Dans la série d'OUSSAMA [62], La durée moyenne d'hospitalisation était de 5 jours avec des extrêmes allant de 4 à 10 jours.

Dans notre étude : La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jrs avec des extrêmes allant de 4jr à 19.

2. Soins pré-thérapeutiques :

La préparation intestinale comporte un régime sans résidu pendant les 5 jours précédant l'opération. Il faut assurer la vacuité rectale par un abondant lavement évacuateur la veille et le matin même de l'opération.

L'Antibioprophylaxie est assurée au moment de l'induction anesthésique par une Céphalosporine de deuxième génération ou une association Aminoside-Imidazolé [80].

Dans l'étude faite par Ojengbede, on trouve que les patientes ont bénéficié, trois à cinq jours avant l'opération, d'une préparation intestinale avec un régime pauvre en résidus et un laxatif chaque soir [79].

Pour GHAZAL [64], toutes les patientes ont reçues une préparation intestinale et des lavements évacuateurs et trois ont reçu une Antibioprophylaxie à base d'Ampicilline et de Métronidazole et pour les deux autres, elles ont reçu de l'Amoxicilline protégée et du Métronidazole.

HIBBARD [81] a rapporté que quatre des 36 patientes n'ayant pas bénéficié de préparation intestinale ou d'antibioprophylaxie ont développé une cellulite alors qu'aucune des 15 patientes traitées n'a présenté un problème au niveau de la plaie.

Dans notre série, toutes les patientes étaient sous régime sans résidus et sous laxatifs et 80% des patientes prenaient l'association Amoxicilline-Acide Clavulanique. 16 % ont reçues de l'Amoxicilline protégé associé à la Métronidazole.

L'antibioprophylaxie est privilégié selon l'expérience locale.

3. Indications thérapeutiques :

Devant une FRV post-obstétricale, trois questions fondamentales se posent :

- Qui opérer ?
- Quand opérer ?
- Comment opérer ?

3.1 Qui opérer ?

Pour Daniel Dargent et Jacques Lansac, toutes les malades présentant une FRV doivent se voir proposer une opération à visée curatrice sauf celles atteintes de maladie de Crohn ou de rectocolite ulcéro-hémorragique qu'il faut traiter par les moyens médicamenteux en se contentant, sur le plan chirurgical, d'une mise à plat. Idem pour Koebele et coll. Qui considèrent le traitement chirurgical comme le seul traitement efficace [25, 29,35].

Pour Philippe Guillermin et David Manaouil les FRV simples post-obstétricales basses et de petite taille peuvent se fermer spontanément dans la moitié des cas [3,16]. De même, Bernard Meunier et Laurent Siproudhis considèrent qu'un bon nombre de FRV guérissent sans avoir recours à la chirurgie [82].

Pour notre série de cas toutes les patientes étaient opérées.

Dans la littérature, la réponse à cette question n'est pas bien décrite. Le recours à la chirurgie ou non reste à discuter.

3.2 Quand opérer :

Selon Koebele, la prise en charge ne doit se faire qu'une fois les lésions stabilisées, et tout acte envisagé avant que le processus de cicatrisation des lésions causales soit terminé expose à un échec [29].

La plupart des auteurs conseillent d'attendre trois mois après l'accouchement, d'autres six mois [3, 16, 25,29].

D'après Daniels Dargent, Il faut en réalité se baser sur l'observation de faits Anatomocliniques : il faut attendre que les orifices de la fistule soient parfaitement «ourlés», c'est-à-dire cerclés par un liseré légèrement surélevé, revêtu par un épithélium un peu plus pâle que l'épithélium de voisinage [29].

Nos patientes ont été opérées toutes à distance de leurs accouchements vu le retard de consultation.

3.3 Comment opérer ?

L'analyse de la littérature confirme l'intérêt pronostique de la classification deRothenberger. Les FRV post-obstétricales basses, qui sont en général des fistules simples, sont toujours en principe accessibles à un geste par voie basse.

Un lambeau d'avancement rectal est proposé s'il n'existe pas de lésion sphinctérienne. C'est en effet un geste simple préservant le sphincter. Les taux de cicatrisation sont alors supérieurs à 90 % [3].

Une périnéoproctotomie avec réparation d'emblée ou différée est proposée s'il existe une rupture sphinctérienne. Les taux de cicatrisation sont proches de 90 % [3].

Cependant, les FRV post-obstétricales basses peuvent être complexes, l'apport d'un lambeau est alors obligatoire pour assurer la fermeture.

- **L'excision-suture :**

Dans les séries d'OUSSAMA [62] et de RAHMAN [63], 83% des patientes sont opérées par cette technique.

4 patientes sur 5 sont opérées par cette technique dans la série de GHAZAL [64].

Dans notre série le pourcentage de cette technique était de 40 % de l'ensemble des cas.

- **La périnéoproctotomie avec réparation d'emblée ou différée :**

La périnéoproctotomie nécessite une section sphinctérienne et ne sera proposée qu'aux patientes ayant une lésion préexistante. En effet, l'association entre lésion anal infra-clinique et accouchement par voie basse a été bien établie par l'étude de Venkatesh et al et par Slutan et al grâce à l'échographie endo-anale.

Cependant, l'association d'une FRV et d'une rupture du sphincter anal est moins connue. Cette association pourrait expliquer l'incidence élevée (jusqu'à 40% dans certaines séries) de l'incontinence anale après cure isolée de FRV post-obstétricale. Cela favorise l'indication de la technique de Musset.

Aujourd'hui, pour les FRV simples, propres, avec des tissus sains et des berges sains, il est licite de proposer l'intervention en un seul temps opératoire [3,20].

L'opération de Musset permet ainsi de traiter toutes les fistules du tiers inférieur et du tiers moyen sous condition que le diamètre soit inférieur à 2,5 cm [25].

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 [39,40, 63, 83].

Dans la série d'OUSSAMA [62], une périnéotomie avec reconstruction simultanée dans 4 cas ; une périnéotomie et reconstitution en deux temps selon Musset dans 2 cas.

Dans la série de RAHMAN [63], 17% des patientes ont bénéficiés de cette technique.

Dans notre série, 60% de nos patientes opéraient par cette technique et toutes en un seul temps.

- 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 [3].

Selon P. Atienza et R. Parc, elle est la technique la plus utilisée dans le traitement des FRV basses et moyennes [26, 84, 85].

Dans la littérature, Le taux de réussite est de l'ordre de 70-80% (63 à 98% en rétrospectif et 57 à 93% en prospectif) durant un suivi de 1 à 2 ans, parfois de 3,6 ans [84].Et il rejoint même 100% dans certaines études [26].

En cas d'échec initial du lambeau, le taux de succès d'une intervention itérative semble moins bon pour les FRV. Lowry et al avaient décrit une baisse de 85 à 55 % de succès en cas de troisième tentative [86]. Alors que dans l'expérience de Kodner et al, qui est la plus importante à ce jour, le pourcentage de succès était de 84 % après la première tentative et de 94 % après le lambeau itératif [41].

Uribe et al ont donné les résultats fonctionnels sur une série de 56 lambeaux pour des fistules complexes. Avant la chirurgie, 9 % décrivaient des troubles de la continence anale et après l'intervention, 12 % se plaignaient d'incontinence mineure et 9 % d'incontinence majeure [87].

Aucune de nos patientes n'est opérée par cette technique.

- Les interpositions :

L'interposition de tissu autologue s'adresse principalement aux fistules Recto-vaginales ayant les caractéristiques suivantes [44] :

- un orifice primaire rectal au dessus de la ligne pectinée;
- un orifice secondaire vaginal haut situé;
- un trajet fistuleux profond, intéressant plus du tiers de la hauteur du sphincter;
- un rectum pathologique;
- l'absence de suppuration active;
- Et une continence normale.

Daniel Dargent propose l'interposition du muscle droit interne quand les fistules sont situées plus haut ou le diamètre égal ou supérieur à 2,5 cm [88].

Elles sont en général indiquées pour tous types de FRV y compris post-obstétricales souvent en dernier recours après échec des autres techniques [89].

D'après plusieurs études, le taux de succès de la technique de Martius est supérieur à 85% [81, 90, 91, 92,93].

Une étude allemande rétrospective publiée par Ulrich et al sur l'efficacité de l'utilisation du lambeau du muscle gracilis, incluant le plus grand nombre de malades jusqu'à présent, a montré un taux de réussite de 94% [44].

Dans une étude française portant sur le traitement des FRV récidivantes, le taux de succès après graciloplastie était de 75 %. Ce qui justifie la proposition de cette technique en cas de récurrence de FRV [95].

Ces techniques ne sont pas utilisées dans notre série.

4. Complications :

4.1 Précoces :

Certains complications peuvent survenir en post-opérateur précoce :

Un hématome, une surinfection ou un lâchage de suture muqueuse ou musculaire avec le risque de complication infectieuse.

Dans la série de RAHMAN [63], 8,5 % des patientes ont présentés une IU en postopérateur ; 6,4% des patientes avaient une infection de la plaie superficielle guéries après l'utilisation de lavages chauds.

Dans notre série on a observé un lâchage de fils chez une patiente réopérée par la technique excision-suture avec bonne évolution.

4.2 Tardives :

Dans la littérature, les complications tardives décrites sont :

Résultat fonctionnel imparfait, dyspareunie ou récurrence.

Dans la série de GHAZAL [64], une patiente opérée par la Technique de Musset a récidivé 9 mois après le geste opératoire.

Une patiente présentait une dyspareunie dans la série d'OUSSAMA [62].

Dans notre série on n'avait pas de données sur l'évolution chronique des fistules opérées dans notre service.

V. Pronostic :

1. Sans Traitement :

En l'absence de traitement, ces femmes deviennent rapidement des exclues. Elles se retrouvent isolées, abandonnées, brisées par leur stérilité et leur odeur. L'atrésie vaginale secondaire à l'infection chronique puis à la sclérose aggrave la situation familiale. Elle constitue une honte pour la famille.

Les femmes vivant avec une fistule ont fréquemment fait référence à leur rejet de la part de leurs maris ou des membres de leur famille. Les femmes ont signalé être isolées physiquement de leur famille et maltraitées par leur belle-famille dans les pays sous-développés [102].

En revanche, les conjoints ont continué à soutenir leurs femmes dans certains cas. Par exemple, plus de la moitié des 71 femmes vivant avec une fistule interrogées en République centrafricaine ont indiqué que leur mari leur a fourni un soutien moral et financier [102].

Les femmes non soignées non seulement peuvent s'attendre à une vie de honte et d'isolement mais risquent de connaître une mort lente pour cause d'infection. Le suicide peut être une porte de sortie dans pour mettre fin à leurs souffrances [19].

La plupart des auteurs pensent que la résolution spontanée est possible.

Pour Rothenberger, l'éventualité d'une guérison spontanée d'une fistule rectovaginale dépend de sa cause et de façon moindre de sa taille [18].

Pour Senagore, sans traitement, la fermeture spontanée, dans les 6 mois, de petites FRV simples (post-obstétricales ou traumatiques) serait possible dans la moitié des cas [103].

Pour Atienza, la fermeture spontanée en post-partum est un caractère de l'origine obstétricale des FRV [57].

Cependant, Koebele [29], estime que la communication entre une cavité septique à pression positive (rectum) et une cavité à pression négative (vagin) rend la résolution spontanée impossible.

Toutes nos patientes ont été traitées par méthodes chirurgicales.

2. Après Traitement :

Les FRV post-obstétricale basses sont en règle de bon pronostic.

Les résultats varient selon la technique utilisée.

Dans la majorité des séries [23, 63,104] la cicatrisation est obtenue dans plus de 90 % des cas. Pour certains, les taux de succès après traitement rejoignent même les 100% quel que soit le procédé utilisé [25].

En cas d'accouchement par voie basse, la fistule réapparaît dans plus de 30% des cas et 10% en cas de césarienne en urgence, d'où la nécessité de réaliser une césarienne systématique programmée [19].

La grande limite de notre étude était d'avoir des informations sur le suivi

Des patientes



Conclusion



Les FRV post-obstétricales basses sont des fistules simples touchant les 2/3 inférieurs du vagin.

Leur fréquence est liée au degré de développement et aux progrès réalisés en obstétrique dans un pays ainsi qu'au degré d'alphabétisation de la population. Favorisées par le mariage précoce, le non suivi des grossesses et la pratique d'accouchements traditionnels.

Elles sont consécutives le plus souvent à un travail prolongé ou à une manœuvre instrumentale traumatique conduisant à une déchirure périnéale de 3ème degré.

La présentation clinique fréquente est l'émission de gaz ou de selles par le vagin. Il s'agit d'un diagnostic clinique. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic. Cependant, un bilan sphinctérien doit être réalisé afin d'adapter la technique chirurgicale.

Une prise en charge adaptée permettra aux patientes d'éviter les problèmes psychologiques majeurs et de faciliter leur réintégration dans la société.

Leur traitement est simple. La technique de Musset est la plus utilisée au Maroc. L'excision-suture est indiquées dans les fistules simples, alors que le lambeau d'avancement rectal est proposé s'il n'existe pas de lésion sphinctérienne. Les taux de cicatrisation sont alors supérieurs à 90 %.

Les FRV post-obstétricales basses sont de bon pronostic.

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.

Malheureusement, malgré les efforts fournis par le ministère de santé dans la lutte contre ce fléau, on constate une persistance de ce type de fistules obstétricales dans notre pays.



Annexes



• **V- EXAMEN CLINIQUE** : (l=oui 2=non)

• **°Inspection :**

- * Forte odeur de selles / /
- * Lésion de macération vulvaire / /
- * Région vulvaire souillée d'urines / /
- * Région vulvaire souillée de selles / /

• **° Toucher vaginal**

- *Etat du vagin / / (l=souple 2=scléreux 3= avec diaphragme)
- *perception de l'orifice fistuleux C /
- * distance de la fourchette vulvaire/

• **° Toucher rectal :**

- *Etat sphincter anal / / (l=tonique 2=non tonique)
- *Perception de l'orifice fistuleux / / (l=oui 2=non)
- * Distance de la Marge anale /

• **°Examen au spéculum**

- *Ecoulement vaginal / /
- *Ecoulement de matières fécales / /
- *Perception de l'orifice fistuleux / /
- *Test au bleu de méthylène / / résultats / / (l=positif 2=négatif)

VI - EXAMENS PARACLINIQUES (l=oui 2=non)

- Rectoscopie / / résultats /
- Echographie endoanale/ / résultats /
- Manométrie rectale / / résultats /
- IRM pelvienne / / résultats/
- ECBU / / résultats /
- AUTRES / / préciser /

VII- TRAITEMENT

- **FISTULE** / / (1= 1^{ère} main 2=ime main 3= 3^{ème} main 4=+ de 4 interventions)
- **BILAN PREOPERATOIRE** /
- **PREPARATION PREOPERATOIRE** (l=oui 2=non)

* Préparation intestinale/ / préciser /

*Lavement évacuateur / /

*Soins locaux vulvo-vaginaux / /

*Antibiothérapie générale / / Préciser :

- **POSITION DE CURE** / / (l=décubitus dorsal 2=décubitus ventral)
- **VOIE D'ABORD** / / (1=basse 2=haute 3=mixte)
- **LESIONS PEROPERATOIRES** (protocole opératoire)

• **TYPES DE REPARATION** (1=oui 2=non)

- * Excision- suture / /
- * Technique de musset / / Préciser : _
- * Lambeau d'avancement rectal/ /
- * Interpositions / / Préciser : _
- * AUTRES / / Préciser :

VIII- RESULTATS : (1=oui 2=non)

• **DUREE D'HOSPITALISATION :**

• **AVANT ABLATION SONDE :**

- *Absence d'écoulement / /
- *Ecoulement / /
- *Hématome / /
- *Lâchage des fils / /

• **APRES ABLATION SONDE**

- *Absence d'écoulement / /
- *Ecoulement / /
- *Hématome / /
- *Lâchage des fils / /
- * Infection / /

RECIDIVE / / - Traitement :



Résumé



Résumé

Les fistules recto-vaginales post-obstétricales basses sont les plus fréquentes. Notre étude rétrospective a porté sur 25 cas de FRV post-obstétricales basses opérés dans le service De gynécologie obstétrique du CHU Mohammed VI de Marrakech, durant une période de 10 ans allant de Mai 2008 au mai 2018. L'âge de nos patientes était compris entre 21 et 42 ans, avec une moyenne de 30 ans. Les facteurs de risques étaient surtout la déchirure périnéale (40%). La principale manifestation clinique était l'issue de gaz ou selles par le vagin parfois associée à une incontinence anale. Le diagnostic était clinique par examen au spéculum associé aux touchers pelviens sans recours aux examens para-cliniques. Sur le plan thérapeutique, 60 % de nos patientes ont bénéficiés d'une périnéoproctotomie avec réparation immédiate et 40% traités par la technique d'excision-suture. L'évolution de nos malades était marquée par 1 seule récurrence, réopérée par excision-suture avec bonne évolution. La meilleure prise en charge de cette fistule reste la prévention primaire.

ABSTRACT

Post-obstetric recto-vaginal fistulas are the most common. Our retrospective study looked at 25 cases of low post-obstetric rectal fistulas operated in the obstetrics and gynecology department of the Mohammed VI University Hospital Center Marrakech, for a period of 10 years from May 2008 to May 2018. Age of our patients was between 21 and 42 years old, with an average of 30 years. The risk factors were mainly perineal tear (40%). The main clinical manifestation was the issue of gas or stool by the vagina sometimes associated with anal incontinence. The diagnosis was clinical examination by speculum examination associated with pelvic exams without recourse to para-clinical examinations. Therapeutically, 60% of our patients benefited from a perineoproctotomy repaired immediately and 40% treated by the technique of excision-suture. The evolution of our patients was marked by only one recurrence, reoperated by excision-suture with good evolution. The best management of this fistula remains primary prevention.

ملخص

نواسير المهبل بعد الولادة هي الأكثر شيوعًا . نظرت دراستنا بأثر رجعي في 25 حالة من الناسور المستقيمي المنخفض بعد الولادة التي عولجت في قسم التوليد وأمراض النساء في المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش ، لمدة 10 سنوات من مايو 2008 إلى مايو 2018. عمر مرضانا كان بين 21 و 42 عامًا ، بمتوسط 30 عامًا. وكانت العوامل المسببة بشكل رئيسي التمزقات العجانية (40٪). كان المظهر السريري الرئيسي هو مرور الغاز أو البراز عن طريق المهبل الذي يرتبط أحيانًا بسلس الشرج. كان التشخيص فقط بالفحص السريري عبر المس الحوضي والمنظار الطبي دون اللجوء إلى الفحوص شبيه السريرية. من الناحية العلاجية، استفاد 60٪ من مرضانا من قطع العجان مع الحام اولي وعلاج 40٪ من خلال استئصال الناسور والحام العجان. تميز تطور مرضانا بتكرار واحد فقط، أعيدت معالجته باستئصال الناسور والحام العجان مع تطور جيد. أفضل إدارة لهذه النواسير يبقى الوقاية الأولية.



Bibliographie



1. **Aignier F, Zbar AP, Ludowikowzki B, Kreczy A, Kovacs P, Fritsch H.**
The recto-vaginal septum: morphology, function, and clinical relevance.
Dis colon rectum 2004(47) :131-140.
2. **Ijaiya MA, Mai MA, Aboyeji AP, Kumanda V, Abiodun MO, Raji HO.**
Rectovaginal fistula following sexual intercourse: a case report.
*Ann Afr Med.*2009 Jan-Mar;8(1):59-60.
3. **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.
4. **WISKIND AK, THOMPSON JD.**
Transverse transperineal repair of recto-vaginal fistula s int the lower vagina.
*Am. J. Obstet. Gynecol.*1992; 167:694-9.
5. **Mahmoud Abu Gazala & Steven D. Wexner.**
Management of rectovaginal fistulas and patient outcome.
Exp Review of Gastroenterology & Hepatology 2017,5.
6. **C.Dran.**
Anatomie du périnée obstétrical.
Traité d'obstétrique: 50-57 .09/03/12
7. **White B, Siproudhis L.**
Pelvi-périnéologie. Du symptôme à la prise en charge thérapeutique.
Paris : Springer-Verlag ; 2005.
8. **Calais-Germain B, ed.**
Le périnée au féminin et l'accouchement.Éléments d'anatomie-Applications pratiques,
Collection anatomie pour le mouvement. Meolans Revel : Désiris ; 1996.
9. **Kamina P.**
Petit bassin et périnée,
tome 1, Paris : Maloine ; 1995.
10. **Bouchet A, Cuilleret J.**
Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle de l'abdomen, région rétro-péritonéale,
petit bassin et périnée Elsevier Masson, 1991
11. **Rouvière H, Delmas A.**
Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle;
Tome II; le tronc; 15e édition; Masson 2005
12. **Pelvis Campes**
Anatomie clinique organes urinaires et génitaux
tome 4 Paris:Maloine,2014.
13. **Netter F.**
Atlas d'anatomie humaine
4ème édition P357 Maloine 2009.

- 14. PARANT O, REME JM, MONROZIES X.**
Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. Encycl. Méd.Chir.(Elsevier, Paris), Obstétrique, 5-078-A-10, 1999, 9 p.
- 15. Lansac J, Marret H, Oury JF**
Pratique de l'accouchement
Elsevier Masson 2006; 442-444.
- 16. Ph. Guillermin, B. Deval**
FRV des deux tiers inférieurs du vagin
Pelvi-Périnéologie Springer-Verlag France, 2005 259-267.
- 17. Rosenshein MD, Rene R**
Anatomic classification of Rectovaginal septal defects
Am J Obstet Gynecol 1990; 137 : 439.
- 18. David A, Rothenberger MD, Stanley M et al.**
The management of rectovaginal Fistulae. Surgical Clinics of North America. Vol 63, n° 1. (1983)
- 19. Phillipe HJ, Gouffinet F, Janky E.**
Fistule obstétricales. Editons Techniques.
Encyclopédie méd Chir Obstétrique (Paris - France) S-078-C 10, 1996
- 20. Shieh CJ, Gennaro AR.**
Rectovaginal fistula: a review of 11 years experience.
Int Surg 1984;69:69-72.
- 21. Russell TR, Gallagher DM.**
Low rectovaginal fistulas. Approach and treatment.
Am J Surg 1977;134:13-8.
- 22. Mazier WP, Senagore AJ, Schiesel EC.**
Operative repair of anovaginal and rectovaginal fistulas.
Dis Colon Rectum 1995;38:4-6.
- 23. Frileux P, Berger A, Zinzindohoue F, Cugnenc PH, Parc R.**
Fistules rectovaginales de l'adulte.
Ann Chir 1994;48:412-20.
- 24. Hilsabeck JR.**
Transanal advancement of the anterior rectal wall for vaginal fistulas involving the lower rectum.
Dis Colon Rectum 1980;23:236-41.
- 25. Dargent D, Adam T, Mathevet P,**
Fistules rectovaginales .
Ency Med Chir 41-870 Ed Elsevier 1995.
- 26. Parc R, Borie H,**
Fistules digestives et appareil génital
Encycl Med Chir Elsevier 240-A-10 (1989).

- 27. Cerantola Y, Aellen S, Givel JC.**
Prise en charge actuelle de l'incontinence anale
Revue Médicale Suisse N° 209 ,2009.
- 28. C Hoeffel, L Azizi, M Lewin, A Belkacem, K Tran Van, L Arrivé,**
IRM des fistules et suppurations anorectales Hôpital Saint-Antoine.
Université Paris V, Cochin-Port-Royal. Paris- France 2009
- 29. A. Koebele, C. Masias, A. Barbier, F. Abel, T. Routiot, A. et all.**
Fistules rectovaginales basses simples
Pelv Perineol (2007) 2: 280-285.
- 30. Anne K, Wiskind, MD, John D et al.**
Transverse transperineal repair of rectovaginal fistulas in the lower vagina.
Am J Obstet Gynecol(1992). 167: 694-9.
- 31. Tsang CB, Madoff RD, Wong WD et al.**
Anal sphincter integrity and function.Influence outcome in recto-vaginal repair. Dis Colon Rectum1998;41:1141-6.
- 32. Robert D Fry, Ira J Kodner.**
Rectovaginal fistula.
Surg Annu 27: 113-31(1995).
- 33. Anne K, Wiskind, MD, John D et al.**
Transverse transperineal repair of rectovaginal fistulas in the lower vagina.
Am J Obstet Gynecol(1992). 167: 694-9
- 34. Denis J, Ganansia R, Puy-Montbrun T.**
Fistules Recto-vaginale: technique de Musset.
Techniques chirurgicales proctologiques Paris 1997
- 35. Lansac J, Body G, Magnin**
La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique
Editions Masson Paris 2004
- 36. Miller NF, Brown.**
The surgical treatment of complete perineal tears in the female
Am J Obstet Gynecol 34: 196.
- 37. Te Linde RW .**
Fistules Recto Vaginales simples
*TeLinde's Operative Gynecology*chap 14:p 260
- 38. Musset R.**
Mon expérience du traitement des fistules recto-vaginales des deux tiers inférieurs du vagin, ni postradiques ni néoplasiques.
Ann Gastro entero Hépato 15 : 427-36.
- 39. Musset R.**
Fistules recto-vaginales. Techniques chirurgicales : uro gynécol .
Encycl Med Chir, 41870 - 4.4.06 (Paris-France).

- 40. Dargent D.**
Répertoire de chirurgie gynécologique par voie vaginale.
Ediprim 86, Lyon.
- 41. Kodner IJ, Mazor A, Shemesh EI, Fry RD, Fleshman JW, Birnbaum EH.**
Endorectal advancement flap repair of rectovaginal and other complicated anorectal fistulas.
J Surgery 1993; 114: 682-90.
- 42. Neil Hyman MD, Burlington, Vermont**
Endoanal advancement flap repair for complex anorectal fistulas
Am J Surg 178: 337-40(1999).
- 43. Milito G, Pisani A, Venditti D et al.**
The endorectal repair of rectovaginal fistulae.
Minerva Chir 54(3): 191-4(1999).
- 44. J.L. Faucheron, Ch. Brugère, F. Lisik.**
Le lambeau de Martius
J Chir 143, N°5 Elsevier Masson 2006.
- 45. Boronow RC.**
Repair of the radiation-induced vaginal fistula utilizing the Martius technique. World J Surg
1986; 10: 237-48.
- 46. J.-L. Faucheron, F. Lisik, R. Sani, M. Loret.**
Techniques chirurgicales Appareil digestif Traitement chirurgical des fistules
recto-vaginales traumatiques hautes.
Encycl Med Chir Elsevier Masson 2008.
- 47. J. Chautard, Y. Panis**
Transposition de muscle gracilis pour fistule rectovaginale
J Chir 2008,145, N°1 Elsevier Masson.
- 48. Faucheron JL, Hannoun L, Parc R.**
Is fecal continence improved by non stimulated gracilis muscle transposition? Dis Colon Rectum
1994;37:979-83.
- 49. Labandter HP.**
The gracilis muscle flap and musculocutaneous flap in the repair of perineal and ischial defects.
Br J Plast Surg 1980;33:95-8.
- 50. Gorenstein L, Boyd JB, Ross TM.**
Gracilis muscle repair of rectovaginal fistula after restorative proctocolectomy. Report of two
cases.
Dis Colon Rectum 1988; 31: 730-4.
- 51. 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. 127.

52. Wall LL.

Dead mothers and injured wives: The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria.

Studies in family planning, 1998, 19 (4) :341-359.

53. UNFPA.

Proceedings of South Asia Conference for the prevention and treatment of obstetric fistula. 9-11 December 2003, Dhaka, Bangladesh, New York,

UNFPA, 2004.

54. UNFPA.

Obstetric fistula needs assessment report : Findings from nine African countries. [Report]. New York,

United Nations Population Fund and EngenderHealth, 2003. 95 p.

55. WHO.

Report on the meeting for the prevention and treatment of obstetric fistula.

18-19 July, London, 2001. New York: Technical Support Division, 2001.

56. Linda V, Kalilani P, Umar E, Lazaro D, Lunguzi J, Chilungo A.

Prevalence of obstetric fistula in Malawi

Int J Gynecol Obst 2010; 109 204-208.

57. ATIENZA P.

Fistule recto-vaginale : séquelles obstétricales ou proctologiques.

Hépatogastro Vol 7, N°2, 135-6, Mars-avril 2000.

58. Goldaber KG, Wendel PJ, McIntire DD.

Post partum perineal morbidity after fourth-degree perineal repair.

Am J Obstet Gynecol 168: 489-1993.

59. Harris RE. N.

Evaluation of the median episiotomy.

Am J Obstet Gynecol ; 106 : 660-5.

60. Pierre Marie Teb & Joseph Nelson & Sin Khaddaj & Luc de Bernis et ALL.

Risk factors for obstetric fistula: a clinical review.

Int Urogynecol J (2012) 23:387-394.

61. Lescher TC, Pratt JH.

Vaginal repair of the simple rectovaginal fistula.

Surg Gynecol Obstet ;124: 1317-1321.

62. Baraket Oussama, Moussa Makrem, Chennoufi Badis, Bouchouha Samy.

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

LA TUNISIE MEDICALE - 2014 ; Vol 92 (n°11).

63. 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 23: 607-10. 2003.

64. Nabil Ghazal .

LA FISTULE RECTO-VAGINALE D'ORIGINE OBSTETRICALE(A propos de 5 cas avec revue de la littérature) FMPF. Thèse de médecine N° 005/2011.

65. Nahom Zegeye and Tesfaye Dagne.

Retrospective Study of Obstetric Fistula among Clients Admitted To Fistula Unit Jimma University Specialized Hospital, Oromia Region, SouthWest Ethiopia. *Women's Health Care* 2017,6:5.

66. Cruz-Reyes, Juan Manuel; Santamaría-Aguirre, José Refugio;GarcíaÁlvarez, Javier

Fístula rectovaginal posobstétrica: tratamiento quirúrgico mediante avance de colgajo endorrectal

Cir Ciruj 2009;77:201-205.

67. Gessesew A, Mesfin M.

Genitourinary and rectovaginal fistulae in Adigrat Zonal Hospital, Tigray, North Ethiopia. *Ethiop Med J* 2003;41(2):123-30

68. Cottingham J, Royston E.

Obstetric fistula : A review of available information.

World Health Organization, Geneva, 1991.

69. I. Tukur, M. A. Ijaiya, , C. Khoon, Muhammed-Baba et C. Karuthan et ALL.

Obstetric Fistula Cases Seen At Three Fistula Centers in NorthWest Nigeria. *East African Medical Journal* Vol. 92 No. 8 August 2015.

70. Alma J Adler, Samantha Fox, Oona M R Campbell1 and Hannah Kuper.

Obstetric fistula in Southern Sudan: situational analysis and Key Informant Method to estimate prevalence.

BMC Pregnancy and Childbirth 2013, 13:64.

71. Ghatak DP.

A study of urinary fistulae in Sokoto, Nigeria.

J Indian Med Assoc 1992;90(11):285-7.

72. Holme A, Breen M, MacArthur C.

Obstetric fistulae: a study of women managed at the Monze Mission Hospital, Zambia.

BJOG 2007;114(8):1010-7.

73. FOMEKONG Félicien.

Les Fistules Obstétricales : Etat des lieux au grand nord Cameroun. Connaissance, Attitude, perception, comportement et vécu quotidien

Institut National de la Statistique, Yaoundé- Cameroun 2004.

74. Tebeu PM, De Bernis L, Sama Doh A, Henry Rochat C, Delvaux T.

Risk factors for obstetric fistula in the Far North Province of Cameroon.

Int J Gynecol Obstet 107 (2009) 12-15

75. Youssef Achegri.

La Technique De Musset Dans le Traitement Des Fistules Recto Vaginales.
Faculté de Medecine et de Pharmacie de Rabat .Thèse de medecine ; N=317 , Année 2015.

76. Harouna YD, Seibou A, Maiano S,Djambeidou J, Sangare A,et all

LA FISTULE VESICO-VAGINALE DE CAUSE OBSTETRICALE . A propos de 17 cas.
J Chir (Paris) 1990 ; 127(2) : 107-12

77. Falandry L.

La double autoplastie de la grande lèvre dans la cure des fistules vésico-rectovaginales d'origine obstétricale. A propos de 17 cas.
J Chir (Paris) 1990 ; 127(2) : 107-12.

78. Rijken Y, Chilopora GC.

Urogenital and recto-vaginal fistulas in souther in Malawi: a report on 407 patients.
Int J Gynecol Obstet 2007 Nov;99(Suppl 1):S85-9.

79. O.A. Ojengbede, I.O. Morhason-Bello , O. Shittu.

One-stage repair for combined fistulas: Myth or reality?
Int J Gyneco Obstet (2007) 99, S90-S93.

80. J.-L. Faucheron, F. Lisik, R. Sani, M. Loret.

Techniques chirurgicales Appareil digestif Traitement chirurgical des fistules recto-vaginales traumatiques hautes.
Encycl Med Chir Elsevier Masson 2008.

81. Hibbard LT.

Surgical management of rectovagial fistulas and complete perineal tears.
Am J Obstet Gynecol 130:139-41. 24.

82. Meunier B, Siproudhis L.

Fistule Recto-vaginale
Proctologie 1996 ESTEM Paris

83. Casadesus D, Villasana L, Sanchez IM, et al.

Treatment of rectovaginal fistula: a 5-year review.
Austral New Zealand J Obstet Gynecol 46: 49-51(2006).

84. Tracy L. Hull, MD, Victor W. Fazio, MD.

Surgical Approaches to Low Anovaginal Fistula in Crohn's Disease
Am J of surgery 1997; 173 (2): 95-8.

85. Lawes D et Efron J.

Rectovaginal et Rectourethral fistula
Coloproctology 2010 Springer.

86. Lowry AC, Thorson AG, Rothenberger DA, Goldberg SM

Repair of simple recto-vaginal fistulas. Influence of previous repair.
Dis Colon Rectum (1988);31:676-8

87. Uribe N, Millan M, Minguez M, et al.

Clinical and manometric results of endorectal advancement flaps for complex anal fistula.
Int J Colorect Dis 22:259-64(2007).

88. Villet R.

Technique chirurgicale illustrée : cure de fistule recto-vaginale selon la technique de Musset Hépto-Gastro.

Coloproctologie. Volume 7, Numéro 2, 130-2, Mars Avril 2000

89. J. Chautard, Y. Panis

Transposition de muscle gracilis pour fistule rectovaginale

J Chir 2008, 145, N°1 Elsevier Masson.

90. Zacharin KF.

Grafting as a principle in the surgical management of vesicovaginal and rectovaginal fistulae.

Aust N Z J Obstet Gynecol 1980; 20:10-17. 25.

91. Boronow RC.

Repair of the radiation-induced vaginal fistula utilizing the Martius technique. World J Surg 1986; 10: 237-48.

92. White AJ, Buchsbaum HJ, Blythe JG, Lifshitz S.

Use of the bulbocavernosus muscle (Martius procedure) for repair of radiation-induced rectovaginal fistulas.

Obstet Gynecol 1982 ; 60 : 114-8.

93. CHASSAGNE S, HAAB F, ZIMMERN P.

Le lambeau de Martius en chirurgie vaginale.

Technique et indications Progrès en Urologie (1997), 7, 120-125.

94. Ulrich D, Roos J, Jaske G, Norbert P.

Gracilis muscle interposition for the treatment of recto-urethral and rectovaginal fistulas: a retrospective analysis of 35 cases

J of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2009) 62, 352-356 Elsevier

95. J Lefèvre, F Bretagnol, L Maggiori, A Bekmezian, M Ferron, et ALL

Graciloplastie pour fistule recto-vaginale récidivante: résultats opératoires et qualité de vie.

Available from: <https://www.snfge.org/content/graciloplastie-pour-fistule-recto-vaginale-reci>.

96. PARANT O, REME JM, MONROZIES X.

Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie.

Encycl.Méd.Chir.(Elsevier, Paris), Obstétrique, 5-078-A-10, 1999, 9 p.

97. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Guideline management of third and fourth degree perineal tears following vaginal delivery. No. 29 March 2007.

98. Yip SK, Fung HY, Wong WS, Brieger G.

Vesico-uterine fistula—a rare complication of vacuum extraction in a patient with previous cesarean section.

Br J Urol 1997;80:502-3.

- 99. Gil A, Sultana CJ.**
Vesicouterine fistula after vacuum delivery and two previous cesarean sections. A case report.
J Reprod Med 2001;46:853-5.
- 100. Bouya PA, Nganongo WI, Lomina, Iloki LH.**
Étude rétrospective de 34 fistules uro-génitales d'origine obstétricale.
Gynecol Obstet Fertil 2002;30:780-3.
- 101. Wegener M.**
gynaecologic fistula personal communication.
Engender Health Apr 7, 2004.
- 102. UNFPA.**
Campagne internationale pour éliminer les fistules : témoignage vivant, La Fistule Obstétricale et les Inégalités en Santé Maternelle Family Care International, Inc. Et Fonds des Nations Unies pour la population 2007.
- 103. Senagore A.**
Treatment of anovaginal and rectovaginal fistulas.
Semin Colon Rect Surg 1990 ; 1 : 219-23.
- 104. Khanduja KS, Padmanabhan A, Kerner BA, et al.**
Reconstruction of rectovaginal fistula with sphincter disruption by combining rectal mucosal advancement flap and anal sphincteroplasty.
Dis Colon Rectum 42: 1432-7(1999).
- 105. Bidhan Das, Michael Snyder**
Rectovaginal Fistulae
Clinics in Colon and Rectal Surgery Vol. 29 No. 1/2016.
- 106. LADJICI AMIAR Yamina**
Graciloplastie Pour Fistule Complexes Uretrovaginales Et Rectovaginales : Resultats d'Une Étude Monocentrique Sur 17 Patientes.
UNIVERSITE PARIS 12 VAL-DE-MARNE,FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL.ANNEE 2012

قسم الطب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلاً وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

سنة 2019 أطروحة رقم 239
النواسير المستقيمية المهبلية المنخفضة : تجربة مصلحة أمراض
النساء و التوليد بالمستشفى الجامعي محمد السادس مراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 16/10/2019

من طرف

السيد : سمير مائضم

المزداد في 02 يونيو 1992 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

النواسير المستقيمية المهبلية – منخفضة – وقاية – علاج

اللجنة

الرئيس

ح.أسموكي

السيد

أستاذ التعليم العالي في طب النساء و التوليد.

المشرف

ك.هارو

السيد

أستاذ التعليم العالي في طب النساء و التوليد

أ.بصير

السيدة

أستاذة التعليم العالي في طب النساء و التوليد.

الحكام

ب.فاخر

السيدة

أستاذة التعليم العالي في طب النساء و التوليد.