
LA FISTULE RECTO-VAGINALE

DEFINITION

C'est une communication anormale entre le rectum et le vagin à travers la cloison recto-vaginale.

CLASSIFICATION

On peut classer les fistules recto-vaginales de différentes façons en fonction de leur localisation, de la taille de l'étiologie d'où va découler la plus ou moins grande complexité du traitement. Il ne sera pas question ici de fistule recto-vaginale congénitale.

1- La localisation :

- les fistules recto-vaginales hautes, où la communication se fait à la partie haute de l'ampoule rectale et le tiers supérieur du vagin.
- les fistules recto-vaginales basses dont la communication se fait entre la partie basse du rectum et le tiers inférieur du vagin et entre les deux, les fistules recto-vaginales moyennes.

2- La taille :

On distingue des fistules de petite taille, c'est-à-dire inférieure à 0,5 cm, moyenne, entre 0,5 et 2,5 cm et de grande taille supérieure à 2,5 cm de diamètre.

3 - L'étiologie :

Il existe de nombreux facteurs responsables de fistules recto-vaginales :

- Obstétrical : les fistules recto-vaginales ne se voient que dans 0,12% des 20 500 accouchements dans la série de VENKATESH.
- Inflammatoire : essentiellement dans la maladie de Crohn où elles sont présentes dans 6 à 23% des cas ; elles peuvent se voir également dans la recto-colite ulcéro-hémorragique.
- Infectieux : plus rare car l'origine cryptique des abcès donne plutôt une fistule ano-vulvaire.
- Tumoral : tumeur maligne de l'utérus, du vagin, du rectum ou de l'anus.
- Radique : 0,4% des irradiations pelviennes.

- Traumatique : avec des causes multiples : empalement, viol, canule de lavement, fécalome, objet ou manœuvres érotiques...

- Iatrogène : soit médicamenteux par utilisation de suppositoire contenant de l'ergotamine, de l'eucalyptine, du paracétamol et du dextropropoxyphène soit chirurgical :

hémorroïdectomie, anopexie de Longo, cure de rectocèle, anastomose iléo-anale (de 2 à 6% des cas) ou colo-rectale basse (inférieure à 5% des cas), pelvectomie postérieure (7.7%), résection transanale de petits cancers du rectum (4%).

La **fréquence de ces étiologies** varie considérablement d'une série à une autre en fonction de l'orientation du service d'où elle provient (chirurgie, gynécologie obstétrique, proctologie, gastro-entérologie).

A - L'ASPECT CLINIQUE

- Le signe le plus constant et le plus évocateur est la perception du passage de gaz et parfois de selles liquides par le vagin. Peuvent s'y associer ou exister indépendamment des écoulements plus ou moins purulents par le vagin, des infections vaginales et/ou urinaires récidivantes.

L'examen clinique comporte un interrogatoire portant en particulier sur les antécédents obstétricaux et la continence (score). On inspectera avec soin l'anus, le vagin, le périnée et on pratiquera toucher rectal et vaginal pour apprécier l'état de la cloison recto-vaginale, repérer les orifices de communication et une éventuelle masse intra-rectale.

En fonction de l'étiologie, des signes gastro-intestinaux généraux plus ou moins intenses peuvent être associés, en particulier une pseudo-incontinence, le passage des selles par le vagin étant parfois perçu comme une incontinence.

- Un bilan complémentaire doit comporter une échographie endo-anale pour dépister une éventuelle rupture sphinctérienne, apprécier les trajets, les logettes purulentes et les lésions périnéales associées.

- Les autres examens (I.R.M., opacification rectale, coloscopie, biopsie) sont faits à la demande.

On peut ainsi distinguer des fistules simples, basses non inflammatoires comportant peu ou pas de rupture sphinctérienne et de petit diamètre ; les fistules complexes hautes, d'origine tumorale ou s'accompagnant de rectite radique ou inflammatoire et de grande taille.

Diagnostic différentiel :

Dans les fistules hautes, il faudra éliminer une fistule entre grêle et vagin (surtout dans le cadre de la maladie de Crohn) ou une fistule colo-vaginale (diverticule, cancer) ; dans les fistules basses, les fistules ano-vulvaires d'origine crypto-glandulaire dont le trajet intéresse toute la musculature et dont le traitement peut être différent.

B - TRAITEMENT

De nombreux traitements ont été proposés dans les fistules recto-vaginales et sur le plan chirurgical il faut savoir ne pas se presser en particulier dans le cas de la maladie de Crohn où il faut intervenir en phase quiescente, dans certaines fistules radiques pour s'assurer de l'absence de reprise du processus néoplasique ou encore dans certaines fistules d'origine obstétricale qui peuvent s'arranger spontanément.

1. Le traitement médical

Il est utilisé essentiellement dans le cas de la maladie de Crohn.

- Les traitements classiques (5ASA, corticoïdes, immuno-suppresseurs) n'ont que peu d'intérêt ; seul l'Infliximab dans de petites séries a donné des résultats encourageants à la dose de 5 mg/kilo en perfusion à répéter toutes les 8 semaines. On peut l'associer à un drainage par séton.

Il faut savoir également que les deux tiers des fistules recto-vaginales d'origine crohniennes sont relativement bien tolérées car peu productives, sans retentissement sur la continence et qu'un traitement médical général et local est parfois suffisant pour avoir une qualité de vie correcte.

- La colle biologique : après curetage et drainage de la fistule, on injecte par un des orifices une colle biologique autologue ou commerciale. Les séries actuellement publiées comportent un très petit nombre de cas, un suivi court et un succès variable de 30 à 75 %.

2. Le traitement chirurgical

Les techniques sont multiples :

- Les techniques par voie **haute** s'adressent à certaines fistules complexes haut situées d'origine tumorale ou radique et peuvent comporter une résection antérieure du rectum ou une amputation abdomino-périnéale ; plus rarement, on proposera une exérèse-suture de la fistule avec interposition d'epiploon ou de droit interne sous couvert ou non de colostomie.

- Les techniques par voies **basses** : deux sont utilisées de façon courante : la technique de Musset et le lambeau d'avancement.

- La technique de **Musset** est habituellement réalisée en 2 temps séparés de 6 à 12 semaines. Le premier temps est une périnéotomie médiane, ce qui permet une mise à

plat du trajet fistuleux. Le deuxième temps est réalisé sur un périnée cicatrisé, propre. Il comporte une réfection du canal anal, une réparation sphinctérienne associée à une myorrhaphie antérieure des releveurs et une reconstitution vulvo-vaginale.

Cette technique donne d'excellents résultats (de 80 à 100 % !) et semble indiquée lorsqu'il existe des lésions sphinctériennes associées à la fistule. Peuvent exister dans les suites des troubles de la continence dans 5 à 10 % des cas.

- Le **lambeau d'avancement** : un lambeau muqueux ou muco-musculaire rectal en forme de U est disséqué ; son extrémité distale comportant l'orifice fistuleux est réséquée, le trajet fistuleux est excisé et la musculature rectale est suturée. Le lambeau est alors rabattu et suturé ; le côté vaginal est laissé ouvert pour le drainage. Le taux de réussite va de 63 à 100 % et il est en grande partie fonction de l'étiologie (la maladie de Crohn donne un fort pourcentage d'échec).

- Les **autres** techniques : la fistulotomie simple est parfois efficace sans trouble de la continence ; l'excision-suture de la fistule, les sutures décalées des parois rectales et vaginales, les techniques d'excision avec interposition de tissus sains (droit interne, releveur, bulbo-caverneux : lambeau de Martius) peuvent donner de bons résultats.

Le drainage par seton prolongé est surtout utilisé dans la maladie de Crohn.

Le recours à la proctectomie est un geste de dernier recours dans certaines formes graves de maladie de Crohn.

Les **indications** dépendent pour la plus grande part de l'étiologie des fistules recto-vaginales et de l'état anatomique de l'appareil sphinctérien. On peut utiliser la technique de Musset dans les fistules recto-vaginales basses avec lésions musculaires ; le lambeau d'avancement nécessite une muqueuse rectale de bonne qualité ce qui exclut les atteintes rectales de la maladie de Crohn et la plupart des rectites radicales.

CONCLUSION

Les fistules recto-vaginales sont fréquentes, d'étiologies très variées, leur traitement parfois difficile dépend de multiples facteurs qu'il faudra apprécier avant toute démarche thérapeutique.

Pour en savoir plus :

1. LEHUR P. A et al. Définition, classification et bilan des fistules recto-vaginales. Hépatogastro 2000 ; 7 : 128-130.
2. LAZORTHES F et al. Traitement chirurgical des fistules recto-vaginales : la technique du lambeau muqueux rectal. Hépatogastro 2000 ; 7 : 133-134.
3. YEE L. F et al. Use of endoanal ultrasound in patients with rectovaginal fistulas. Dis Colon Rectum 1999 ; 42 : 1057-1064.
4. VENKATESH KS et al. Anorectal complications of vaginal delivery. Dis Colon Rectum 1989 ; 32 : 1039-1041.
5. MUSSET R. Mon expérience du traitement des fistules recto-vaginales des deux-tiers inférieurs du vagin ni radicales ni néoplasiques. Ann Gastroenterol Hepatol 1979 ; 15 : 427-436.