

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
et Obstétrique**

—

**Tome XXXIII  
publié le 9.12.2009**



*TRENTE-TROISIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2009*

# Place et technique de la réparation urétrale dans le traitement des fistules obstétricales

G. EGLIN \*  
(Béziers)

*Mots clés : fistules urogénitales, uréthroplasties*

L'atteinte urétrale se rencontre dans environ 20 % des cas de fistules obstétricales qui sont la conséquence de l'insuffisance de la prise en charge des dystocies ; cette proportion peut monter jusqu'à 50 % chez certains auteurs, témoignant autant de la variabilité de la répartition géographique des fistules graves que de celle de leur classification. La destruction urétrale est l'aboutissement de la nécrose ischémique des tissus pelviens comme on peut l'observer plus particulièrement dans la présentation dite du « front négligé », dont l'enclavement bas dans le pelvis est singulièrement dangereux pour la région urétrale prise entre la tête fœtale et la symphyse pubienne.

\* Clinique Champeau - 32 avenue E. Albertini - 34500 Béziers

La réparation de ces atteintes urétrales est la partie probablement la plus délicate de la chirurgie des fistules obstétricales car elle pose un problème de reconstruction anatomique en étant pratiquement toujours associée à des fistules vésicales graves. Elle est également la clé du résultat fonctionnel sur l'incontinence résiduelle.

En pratique, on peut être confronté à deux situations :

- il s'agit d'une fistule complexe, c'est-à-dire sans transection avec un urètre partiellement ou totalement détruit ;
- ou il s'agit d'une fistule grave (transection) et l'urètre peut, là aussi, être partiellement détruit ou totalement absent.

Dans chacune de ces situations, la vessie sera réparée par dédoublement-suture dans les fistules complexes ou par une technique circonferentielle dans les transections ; si l'urètre restant mesure plus de 3 cm de long, il pourra être réanastomosé au néocol obtenu. Dans le cas contraire, il faudra avoir recours à un procédé de reconstruction urétrale.

Dans les situations de fistules complexes sans transection avec destruction partielle de l'urètre, la perte de substance se limite au tiers supérieur du plancher de l'urètre dont le toit est conservé ; cette perte de substance se poursuit en général par une fistule vésicocervicale, réalisant le tableau de la « fistule sphinctérienne ». Plusieurs techniques sont possibles : une des plus utiles est la technique de Falandry.

Elle consiste à sectionner longitudinalement l'urètre restant, libérer largement la paroi vésicale par dédoublement, suturer cette vessie d'arrière en avant en cherchant à obtenir un effet de trigonisation ; l'urètre est reconstruit sur une sonde à partir de ses deux volets ; son extrémité supérieure est suturée au néocol.

Dans les fistules complexes avec destruction complète de l'urètre, la technique de Hamelin Nicholson reste la référence. La réparation de la partie vésicale de la fistule se fait également par dédoublement large, l'incision qui circonscrit les bords de la fistule vésicale est poursuivie de part et d'autre du site de l'urètre détruit, de manière à obtenir une gouttière de 2 cm de large sur 4 cm de long ; les 2 volets de cette gouttière sont suturés sur une sonde de Foley. La vessie est suturée transversalement en ménageant un néocol sur lequel est suturée l'extrémité supérieure du néo-urètre, et plus précisément l'hémi-circonférence correspondant au plancher de ce néo-urètre.

Dans les transections avec urètre borgne mais mesurant plus de 3 cm, on peut raisonnablement envisager une anastomose directe de

l'urètre au néocol ; ce néocol est obtenu après un dédoublement circonférentiel et large des parois de la vessie particulièrement délicat en arrière de la symphyse ; la vessie peut être ensuite suturée transversalement avec un néocol central ou longitudinalement en raquette permettant d'obtenir un néocol supérieur ou inférieur, ces différents choix étant essentiellement dictés par la façon dont « viennent » les tissus.

Dans les formes majeures de transection avec destruction complète ou quasi complète de l'urètre, la technique de Hamelin et Nicholson n'est pas réalisable car l'anastomose du toit du néo-urètre à la partie rétro-symphysaire du néocol est vouée à l'échec ; il faut donc avoir recours à des plasties par lambeaux ; il est possible d'utiliser un lambeau cutané pédiculisé à partir d'une petite lèvre, enroulé sur une sonde de Foley et anastomosé au néocol (Falandy) ; pour notre part, nous utilisons un lambeau facio-cutané crural partiellement désépidermisé, tunnalisé sous la vulve, modelé sur une sonde et finalement anastomosé au néocol. D'autres auteurs ont décrit des techniques d'urètre en vessie : un lambeau est taillé dans la paroi vésicale, en général dans sa portion rétropubienne, abaissé en position urétrale et suturé sur une sonde.

Il s'agit d'une chirurgie difficile avec des taux de fermeture de première intention qui restent décevants, aux alentours de 50 % ; ces taux s'améliorent si on considère les fermetures après interventions itératives et peuvent dépasser les 70 % mais souvent au prix d'une incontinence résiduelle.

Plus que jamais, il faut mettre en pratique l'aphorisme de Couvelaire : « bien voir, bien dédoubler, bien adosser, bien drainer ».