

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS 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*

# Cure de la fistule obstétricale rectovaginale en un temps selon Musset

M. COSSON, J.P. LUCOT, C. RUBOD, P. COLLINET, D. VINATIER \*  
(Lille)

## *Résumé*

*La cure de fistule rectovaginale en un temps selon Musset est une intervention indiquée dans les cures de fistules rectovaginales simples post-obstétricales ou post-chirurgicales simples.*

*L'intervention consiste, chez une patiente évaluée et informée, à réaliser une section périnéale jusqu'au trajet de la fistule afin d'en réaliser l'exérèse locale suivie d'une réparation plan par plan avec fermeture rectale et anale, puis du sphincter externe de l'anus, et interposition des muscles élévateurs et périnéaux transverses profonds et superficiels avant de fermer vagin et périnée.*

*Mots clés : fistules rectovaginales, intervention Musset, réparation périnéale, traumatisme obstétrical*

\* CHRU Lille - Université Lille 2 - Hôpital Jeanne de Flandres - Pôle gynécologie -  
Avenue Eugène Avinée - 59037 Lille

Cette très belle intervention inspirée de Musset et décrite dans la prise en charge des séquelles de déchirures compliquées permet également une prise en charge des fistules rectovaginales simples post-obstétricales ou postopératoires (notamment après cure de rectocèle par myorrhaphies des élévateurs).

On considère comme fistule simple les fistules rectovaginales des deux tiers inférieurs du vagin, de diamètre inférieur ou égal à 2 cm, ne présentant pas de caractère infectieux au moment de l'intervention, sur tissus sains.

Il reste sans doute préférable, en cas de fistule récidivante infectée avec abcès local, perte de pus ou matériel étranger, de réaliser dans un premier temps une mise à plat avec section première périnéale, exérèse des tissus infectés puis comme décrit initialement par Musset, une reconstruction lors d'un deuxième temps après cicatrisation le plus souvent trois mois plus tard.

Les fistules complexes sont donc celles de plus de 2 cm de diamètre, atteignant le tiers supérieur du vagin, ou survenant dans un contexte de tissus pathologiques irradiés ou inflammatoires (Crohn, rectocolite hémorragique...).

Leur traitement nécessite alors le plus souvent des gestes supplémentaires d'interposition de tissus ainsi que parfois une protection de la cicatrisation par une colostomie transitoire.

### **Indications chirurgicales des fistules rectovaginales**

- Simples : moins de 2 cm de diamètre, deux tiers inférieurs du vagin, pas d'infection aiguë, tissus sains.
  - Première réparation, périnée et sphincter anal intacts : réparation directe, dissection locale, excision, fermeture en plusieurs plans avec interposition musculaire et fascias.
  - Échec d'une première réparation directe, atteinte du périnée, déchirure sphinctérienne : réparation en un temps selon Musset.
  - Tissus très inflammatoires, infection locale aiguë : réparation en deux temps, mise à plat par section médiane, attente cicatrisation puis réparation secondaire à trois mois.
- Complexes : plus de 2 cm, situées au tiers supérieur du vagin.
  - Réparation directe avec interposition de tissus vulvaires selon la technique de Martius ou d'épiploon préparé par laparoscopie entre les fermetures rectales et vaginales, protégée le plus souvent par une colostomie.

## **Bilan préopératoire**

Examen clinique soigneux repérant la fistule, sa hauteur, sa taille, les lésions périnéales associées éventuelles.

Test au bleu si nécessaire, voire rectoscopie et/ou coloscopie dans les cas douteux ou complexes ou les suspicions de pathologie digestive associée.

Évaluation de l'efficacité préopératoire du sphincter anal externe et de son intégrité par manométrie ano-rectale et échographie endo-anale à la recherche de lésions associées qui augmenteraient le risque d'incontinence anale postopératoire.

## **Technique opératoire**

Depuis que Musset a décrit cette très belle intervention, les modifications les plus récentes ne concernent que le délai entre mise à plat et réparation, ainsi que l'utilisation de fils résorbables en lieu et place des fils non résorbables endo-anaux notamment.

Antérieurement proposé par Musset comme le premier temps d'une opération de réparation réalisée dans un deuxième temps, la diminution des indications dans un contexte infectieux, l'amélioration des matériaux de suture, le confort des patientes ont fait préférer une réparation immédiate. De plus, dans les cas de sphincter anal intact, une réparation immédiate est sans doute moins susceptible de séquelles secondaires qu'après délai de cicatrisation de trois mois.

Le principe de cette intervention consiste après mise à plat par périnéotomie médiane dans la reconstruction complète du périnée plan par plan.

Cette reconstruction permet après résection de la zone de fistule de refermer, en redonnant une anatomie normale, le rectum et le canal anal, le sphincter anal notamment externe avec ses faisceaux sous-cutanés et superficiels, et d'interposer entre vagin et suture anale, le fascia prérectal et le sphincter anal interne, la myorrhaphie des élévateurs, et selon la hauteur de la section médiane les muscles transverses superficiels et parfois profonds, le noyau fibreux central et le fascia périnéal superficiel.

## **Matériel utilisé :** Vicryl 2/0, Vicryl 0, Vicryl 1

On préférera le plus souvent des fils résorbables de type Vicryl que ce soit pour la fermeture anale, mais également les différentes étapes de reconstruction des fascias et des muscles. Le sphincter anal externe peut également être suturé au Vicryl, l'utilisation de fil non résorbable est source d'infections secondaires et les résorbables lents de retards de cicatrisation.

## **Précautions périopératoires**

Sur l'expérience de nombreux collègues proctologues, il semble qu'un simple lavement évacuateur la veille de l'intervention soit suffisant pour préparer les tissus. De même, le régime sans résidu semble au mieux inutile et nous en avons abandonné l'usage.

Pas de préparation digestive.

Lavement la veille de l'intervention.

Pas de régime sans résidu en postopératoire.

## **Résultats postopératoires**

Il est difficile de se faire une idée précise des résultats de ces traitements du fait du faible nombre de ces pathologies dans nos pays et de la rareté des publications, ainsi que de la variété des situations rencontrées.

Pour le traitement des fistules simples, le résultat anatomique est le plus souvent favorable, le résultat fonctionnel est par contre plus aléatoire, avec en particulier un pronostic incertain en ce qui concerne le fonctionnement secondaire du sphincter anal, notamment en cas de réparation en deux temps.

## **Description technique**

Réparation d'une fistule rectovaginale basse après mise à plat en un temps.

L'indication de réparation de déchirure ancienne plus typique est devenue plus rare dans notre pays, mais reste encore primordiale dans de nombreux pays en voie de développement. Ces séquelles sont alors secondaires à un défaut de prise en charge de déchirure complète

compliquée. L'aspect observé est celui d'une continuité entre canal anal et vagin (cloaque). L'intervention débute alors comme illustré par une incision transversale de cette région après mise en place des pinces de Kocher et de fils repères, qui permet après dissection de retrouver les structures anatomiques décrites dans la suite de ce chapitre. L'aspect observé serait identique en cas de décision de mise à plat d'une fistule dans un premier temps, suivie après cicatrisation dirigée de la réparation secondaire qui est nécessaire dans les cas de fistule complexe ou très inflammatoire.

Les différents temps de l'intervention sont détaillés dans la vidéo présentée par ailleurs.

### **Mise à plat du trajet de fistule**

Ce temps de section est indispensable afin de mettre à plat le trajet de fistule, voire de pouvoir réséquer les tissus parfois nécrotiques qui le bordent. Il est possible de tenter une réparation directe sans sectionner en particulier le sphincter anal afin de tenter de préserver son intégrité et d'éventuelles séquelles liées à sa réparation secondaire, mais on s'expose alors à un risque sensiblement plus élevé de récurrence.

On peut visualiser cette fistule grâce à une canule en place dans le canal de la fistule. La mise à plat est effectuée par section directe au bistouri froid.

La suite de l'intervention est commune à ces deux indications.

### **Réséction de la zone de fistule**

Cette résection est facilitée par la périnéotomie médiane, elle consiste en un avivement des berges anales et vaginales et la résection des tissus inflammatoires bordant la fistule. Cette résection doit être économe afin de permettre une réparation avec des fermetures sans tension. En cas de défaut important, une interposition de tissus le plus souvent selon la technique de Martius est indiquée.

### **Mise en place des fils repères, repérage du sphincter anal**

La déchirure ancienne se présente sous forme d'une bride cicatricielle transversale séparant muqueuse ano-rectale et vaginale alors que la mise à plat première de la fistule permet d'obtenir des

tissus moins cicatriciels. Les fils repères peuvent être mis en place au niveau des limites cutanéomuqueuses et au niveau du fond vaginal de la déchirure. Les extrémités du sphincter anal sont facilement repérées par l'absence de plis anaux en regard avec une petite dépression.

### **Infiltration vaginale et incision vaginale et périnéale**

L'infiltration vaginale vient encore une fois préparer les plans de dissection rectovaginaux et sous-cutanés au niveau du périnée. On peut ensuite réaliser l'incision transversale qui suit la limite entre muqueuse vaginale et anale muqueuse.

### **Mise en place des pinces d'Allis**

Les pinces d'Allis viennent saisir les berges de l'incision vaginale et sont soulevées pour préparer le plan de dissection rectovaginal. La dissection du plan rectovaginal est réalisée au bistouri froid et complétée aux ciseaux. Il permettra de mobiliser les berges anales afin de reconstituer le canal anal.

### **Avivement des berges de la cicatrice anale et reconstitution du canal anal**

Les berges anales sont avivées aux ciseaux au plus juste. Cette réfection est réalisée par rapprochement des berges anales jusqu'à la limite de la déchirure avec la région de jonction cutanéomuqueuse par des points chargeant à la fois la musculature et la muqueuse anale. Les points sont mis en place de proche en proche. Chaque chef libre est tracté afin de présenter le point suivant. Le dernier point est mis en place au niveau de la marge anale. Il ne semble pas nécessaire à l'heure actuelle de réaliser des points inversés.

### **Réalisation de la suture du sphincter anal**

On réalise alors la suture du sphincter anal déchiré. Les extrémités du sphincter sont repérées au niveau des fossettes latérales de rétraction signalées plus haut. Une aiguille forte avec un fil de résorption lente permet de charger l'extrémité du sphincter de chaque côté en allant la

chercher en arrière des plis radiés et vers le bas. On s'assure par la simple traction que l'extrémité du sphincter est bien saisie et peut être mobilisée et remise en tension. Les deux chefs sont alors noués sur la ligne médiane. Cette suture « bord à bord » est évaluée comme significativement moins efficace dans une étude randomisée, la comparant à une suture avec chevauchement des berges en « paletot ». Pour autant, cette donnée observée dans les déchirures anciennes n'est pas validée pour des réparations immédiates comme dans le cas des fistules.

### **Myorrhaphie des élévateurs de l'anus et reconstruction périnéale**

On peut réaliser une myorrhaphie des élévateurs basse sous la colporraphie postérieure si l'incision médiane a été haute, complétée par une reconstruction périnéale avec un rapprochement des muscles périnéaux transverses profonds ou superficiels et des tissus sous-cutanés.

### **Fermeture vaginale puis sous-cutanée et cutanée périnéale par des points résorbables séparés**

### **En conclusion**

La cure de la fistule obstétricale rectovaginale en 1 temps selon Musset est une technique élégante et très efficace dans le traitement des déchirures périnéales complètes compliquées, et dans les cures de fistules rectovaginales des deux tiers inférieurs du vagin de petite taille avec atteinte du sphincter anal externe ou après échec d'une tentative de suture directe. Les patientes doivent néanmoins être averties des risques d'échec toujours possibles ou de séquelles à type de défaut de continence anale.

**Bibliographie**

Cosson M, Querleu D, Dargent D. Chirurgie vaginale. Ed Masson 2002.

Querleu D. Chirurgie gynécologique. Ed Masson 2000.

Cosson M, Haab F, Deval B. Chirurgie de l'incontinence urinaire et du prolapsus. Ed

Masson 2008.