

## URETHROPLASTIE PAR LAMBEAU VAGINAL POUR CURE DES DESTRUCTIONS URETHRALES POST-OBSTETRIQUES A PROPOS DE 5 CAS

A. MEZIANE, A. JOUAL, A. FADAILI, S. SEDDIKI, S. BENNANI ET M. EL MRINI  
*Service d'Urologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc*

**Objectif** Les destructions uréthrales post-obstétricales sont fréquentes au Maghreb. Le but de ce travail est d'évaluer les résultats de la reconstruction uréthrale par lambeau vaginal chez la femme.

**Patientes et Méthodes** De Janvier 1998 à Décembre 2001, cinq patientes, âgées de 30 à 45 ans, toutes primaires, atteintes de fistule uréthro-vaginale post-obstétricale, révélées par des fuites urinaires permanentes, ont subi une uréthroplastie utilisant un lambeau vaginal mobilisé à partir de la paroi antérieure du vagin. Les sutures ont été réalisées par deux surjets de PDS 4/0 sur une sonde uréthrale Ch. 16. L'ablation de la sonde a été réalisée à J 10.

**Résultats** La continence urinaire a été obtenue chez 4 patientes, des fuites urinaires à l'effort ont été notées chez la cinquième patiente qui a été reprise par une colposuspension. Le taux de guérison avec de bons résultats obtenu a été de 80% de cas.

**Conclusion** Nous considérons que cette technique nous a permis d'obtenir une amélioration dans la qualité des résultats du traitement des destructions uréthrales. Ayant le mérite d'une extrême simplicité cette technique apporte une solution élégante, efficace et sûre.

**Key Words:** destruction uréthrale chez la femme, lambeau vaginal, uréthroplastie

### INTRODUCTION

Les destructions uréthrales post-obstétricales sont fréquentes au Maghreb. Elles sont le plus souvent secondaires à la contusion et à la compression par le mobile foetal lors d'un accouchement dystocique négligé. Ces destructions uréthrales peuvent être totale ou partielle. Malgré leurs rareté, elles constituent un véritable drame social et psychologique pour les patientes qui en sont atteintes, générant une infirmité grave, difficilement acceptable et source de honte pour des femmes jeunes, au début de leur vie génitale et conjugale; d'où la nécessité d'une intervention chirurgicale pour reconstruire l'urèthre.

Nous rapportons ici l'expérience de cinq patientes ayant subi une uréthroplastie utilisant un lambeau vaginal mobilisé à partir de la paroi antérieure du vagin entre janvier 1998 et décembre 2001.

### PATIENTES ET METHODES

De janvier 1998 à décembre 2001, cinq patientes atteintes de fistule uréthrovaginale post-obstétricale ont été recrutées au service d'urologie A du C.H.U. de Casablanca. L'âge moyen de nos patientes était de 37,4 avec des extrêmes de 30 à 45 ans. Toutes les patientes étaient primipares, d'origine rurale avec une grossesse non suivie et un accouchement à domicile. La symptomatologie révélatrice était dans tous les cas une fuite urinaire permanente isolée avec à l'examen une destruction uréthrale totale sans atteinte du col vésical ni du trigone. Toutes les patientes avaient été soumises avant l'intervention à un examen gynécologique avec épreuve au méthylène bleu, un examen endoscopique et une urographie intraveineuse pour vérifier l'intégrité de l'appareil urinaire. La fonction rénale était normale et l'examen cyto bactériologique était stérile dans tous les cas.

### Protocole opératoire

Toutes les patientes étaient placées en position gynécologique, les jambes bien écartées, sous anesthésie générale, sur le matelas d'une table d'intervention ordinaire. Une incision en U est tracée sur la paroi vaginale antérieure entre le clitoris et le col vésical et on procède alors à la taille d'un lambeau vaginale longitudinal qui constituera le futur urètre de 4 à 5 cm de long et suffisamment large pour recouvrir sans tension une sonde siliconée ch. 16. Les sutures du lambeau vaginal ont été réalisées par deux hémi-surjets au PDS 4/0.

En post opératoire, on procède à une surveillance pluriquotidienne des sondes et de la diurèse. La sonde vésicale était retirée le 10<sup>ème</sup> jour.

### RESULTATS

Quatre des cinq patientes opérées ont présenté de bons résultats, c'est à dire une restauration complète de la continence avec des mictions contrôlables. La cinquième patiente a développé une incontinence à l'effort qui a nécessité initialement un traitement médical à base d'anti-cholinergique sans résultat, puis fut reprise chirurgicalement après 3 mois, pour une colposuspension par une bandelette aponevrotique prélevée aux dépens de la gaine antérieure du muscle grand droit, et passée sous l'urètre puis fixée au ligament de Cooper. Ceci a nécessité un double abord vaginal et suspubien. La bandelette a été placée sans aucune tension. La patiente revue en consultation a repris une continence normale.

Le recul moyen a été de 22 mois, avec des extrêmes de 6 à 36 mois. Deux patientes ont été perdues de vue : la première après 6 mois et la deuxième après 8 mois de l'intervention; toutes les deux étaient continentes à la dernière consultation. Aucune dyspareunie n'a été notée chez les patientes revues en consultation.

### DISCUSSION

La reconstruction d'un nouvel urètre par lambeau vaginal a été décrite par Harris en 1935<sup>1</sup>: des lambeaux latéraux ont été prélevés par une incision en U au niveau du vagin, puis enroulés en tube pour former le nouvel urètre. Des modifications ultérieures ont été rappor-

tées par Ellis et Hodges<sup>2</sup> en 1969. Ils ont recommandé une approche vaginale et rétropubienne, mais la continence n'a été obtenue que chez une seule patiente parmi les six traitées. En 1980, Goodwin et Scardino<sup>3</sup> ont préféré l'approche vaginale qui a donné 95% de bons résultats en comparaison avec l'approche abdominale qui n'en a donné que 65%.

La destruction étendue de l'urètre chez la femme est peu courante en Europe, faisant suite le plus souvent à un traumatisme chirurgical ou à un traumatisme par fracture du bassin<sup>4-7</sup>. En Afrique, la destruction uréthrale reste fréquente et est presque toujours la conséquence d'un accouchement dystocique négligé par disproportion foeto-pelvienne<sup>8,9</sup>.

Les délabrements uréthro-cervicaux d'origine obstétricale constituent, en raison de leur gravité et de l'inconstance des résultats, un problème difficile lors du choix thérapeutique<sup>10,11</sup>. Les chirurgiens confrontés à ce problème recherchent une technique qui permettrait, si possible dans le même temps, le remplacement de l'urètre et la restauration de la continence. L'absence de geste visant à recréer un appareil de clôture physiologique risque de compromettre, du fait de l'incontinence urinaire, le résultat de l'uréthroplastie. De nombreux procédés d'uréthroplastie ont été proposés, utilisant le vagin, la vessie, les petites lèvres vulvaires ou encore l'association combinée de la vessie et du vagin. Tous ces procédés rendent compte autant de leurs inconvénients respectifs que de la difficulté du problème.

Les uréthroplasties par lambeau vaginal sont largement utilisées et donnent de bons résultats<sup>1</sup>. Toutes les techniques utilisant le lambeau vaginal sont réalisées dans le but d'avoir une continence urinaire par la création d'un long segment uréthral pour accentuer les résistances périphériques<sup>11</sup>. L'association avec une suspension vésico-uréthrale permet d'améliorer les résultats par une fixation, une élévation et une tension du col vésical<sup>12,13</sup>. Certains auteurs ont proposé l'utilisation du lambeau graisseux pédiculé de Martius, qui permet de faciliter la cicatrisation de l'uréthroplastie et aider au maintien de la continence post-opératoire<sup>12,14</sup>.

En conclusion, les destructions uréthrales sont l'apanage des traumatismes obstétricaux malheureusement encore fréquents dans notre contexte. La prise en charge de ces lésions

nécessite la connaissance des différentes techniques afin de pouvoir adapter le traitement aux caractéristiques de la lésion ainsi qu'aux différentes contraintes associées antécédent, âge et autres lésions. L'uréthroplastie par lambeau vaginal apporte une solution efficace et satisfaisante dans la restauration d'une anatomie uréthrale fonctionnelle pour des lésions jusque là considérées de réparation très difficile.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Harris S.H. Reconstruction of the female urethra. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* 1961, 113:366.
2. Ellis LR, Hodges CV. Experiences with female urethral reconstruction. *J Urol* 1969, 102:214.
3. Goodwin WE, Scardino P. Vesicovaginal and uretero-vaginal fistulas: a summary of 25 years of experience. *J Urol* 1980, 123:370.
4. Falandry L, Tidjani A, Guéline G. Reconstruction uréthrale par lambeau labial pédiculé dans le traitement de lésions uréthrales étendues d'origine obstétricale. A propos de 34 cas. *J Chir (Paris)* 1996, 133:376.
5. Grady BR, El-Galley RES, Galloway NTM. Use of rectus abdominis muscle flap for the treatment of complex and refractory urethrovaginal fistulas. *J Urol* 2000, 163:1212.
6. Loran OB, Pushkar DO. Le traitement des fistules vésico-vaginales simples ou compliquées de des truction urétrales. A propos de 903 cas. *Journal d'Urologie* 1991, 97:253.
7. Moudouni S, Nouri M, Koutani A, Ibn Attaya A, Hachimi M, Lakrissa A. Obstetrical vesico-vaginal fistula. Report of 114 cases. *Prog Urol* 2001, 11:103.
8. Benchekroun A, Lakrissa A, Essakalli HN. Les fistules vésico vaginales: A propos de 600 cas. *J Urol* 1987, 93:151.
9. Falandry L, Lahaye F, Marara C. Le lambeau pédiculé cutanéograsseux de la grande lèvre dans le traitement des fistules vésico-vaginales complexes. A propos de 11 cas. *Journal d'Urologie* 1990, 96:97.
10. Blaivas JG. Vaginal flap urethral reconstruction: an alternative to the bladder flap neourethra. *J Urol* 1989, 141:542.
11. Hendren W. Construction of female urethra from vaginal wall and a perineal flap. *J Urol* 1980, 123:657.
12. Blaivas JG, Dianne MH. Vaginal flap reconstruction of the urethra and vesical neck in women: A report of 49 cases. *J Urol* 1996, 155:1014.
13. Lockhart JB, Nazir CA. Proximal vaginal flap and needle suspension procedure in management of large urethral fistulas in females. *Urology* 1986, 27:24.
14. Bissada NK, McDonald D. Management of giant vesicovaginal and vesicourethrovaginal fistulas. *J Urol* 1983, 130:1073.

#### ABSTRACT

##### Vaginal Flap Urethroplasty in the Treatment of Urethral Destruction of Obstetric Origin

**Objective:** Urethral destruction of obstetric origin is frequent in North Africa. The objective of this study was to evaluate the results of urethral repair by vaginal flap in women affected by urethrovaginal fistulae. **Patients and Methods:** From January 1998 to December 2001, five patients were subjected to urethroplasty by vaginal flap mobilized from the anterior vaginal wall. The patients' age ranged from 30 to 45 years; all were primiparous with obstetric urethrovaginal fistulae revealed by permanent urinary leakage. The closures were realized in two continuous sutures of PDS 4/0 on a urethral catheter of 16 Fr. The ablation of the catheter was practised on the 10th postoperative day. **Results:** Urinary continence was achieved in four patients. The remaining patient had stress urinary leakage corrected by colposuspension. Recovery with good results was noted in 80% of the cases. **Conclusion:** This technique allowed us to achieve an improvement of the quality of urethral repair. Being an easily performed technique, it allows at the same time to achieve elegant, effective and reliable results.

Tirés à part:

Dr. Anas Meziane, No. 8, Rue Ain Harrouda, Résidence Walili, App. 13, Casablanca, Maroc  
mezianeanas@wanadoo.ma