Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

Lithiase sur Fistule vésico-vaginale au centre OASIS¥ du CHU Point G. A propos de 06 cas

Lithiasis on vesico-vaginal fistula at the OASIS¥ center of CHU Point G. About 06 cases

ML Diakité*[1], C Badiaga[1], D Sangaré[2], B Ballo[3], AS Diakité[4], MS Diallo[2], F Sissoko[5], L Doumbia[1], S Touré[1], B Camara[1], G Uro-Ogon[1], I Yattara[1], M Kanté[1], O Koné[6], Y Tembely[1], M Diallo[7], A Samassékou[1], H Berthé[1]

Résumé

Objectifs : Décrire les particularités clinique et thérapeutique d'une lithiase associée à une fistule vésico-vaginale et analyser les facteurs favorisants.

Méthodologie : Du 1er janvier au 1er juillet 2018, six (06) patientes ont été opérées pour lithiase sur fistule vésico-vaginale dans le service d'urologie du CHU du Point-G.

Pour chaque dossier, les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ont été analysés.

Résultats : Nous avons collecté 6 dossiers de patientes sur 43 opérées chez qui existaient une ou plusieurs lithiases sur fistule vésico-vaginale en six mois. La moyenne d'âge était de 48,2 ans. L'âge de la fistule variait de 03 à 40 ans. Les antécédents étaient, 3 césariennes, une hystérectomie pour rupture utérine, 2 accouchements à domicile. Tous les accouchements ont été dystociques. La durée du travail d'accouchement variait entre 02 et 07 jours. Aucun fœtus n'était vivant à la naissance.

L'ECBU réalisée chez 6 patientes avait identifié 5 fois Escherichia- Coli et 1 fois Proteus mirabilis. Ces infections ont été prises en charge conformément à l'antibiogramme.

La lithiase avait été extraite 5 fois par voie haute et 1 fois par voie vaginale.

Les dimensions des lithiases variaient de 3 à 9 cm de grand diamètre. La suture concomitante de la fistule avait été réalisée par voie haute (3) et basse (3), avec guérison chez toutes les patientes.

Conclusion : La survenue d'une lithiase vésicale sur une fistule vésico-vaginale n'est pas rare, mais elle ne change pas la prise en charge.

Mots-clés : Lithiase, Fistule vésico-vaginale, OASIS¥

Abstract

Describe clinical and therapeutic features of lithiasis associated with vesico-vaginal fistula and analyze contributing factors.

Methodology: From January 1st to June 1st, 2018, six (06) people were operated on for lithiasis on vaginal fistula in Urology Department of Point G. CHU.

For each file, epidemiological, clinical and therapeutic aspects were analyzed.

Results: We collected 6 folders of patients out of 43 operated in which existed or more lithiasis on vesico-

vaginal fistula in six months. Mean age was 48.2 years old. Age of fistula varies from 03 to 40 years. Surgery histories were: 3 cesarean cases, hysterectomy for uterine rupture, 2 home deliveries. All deliveries were dystocic. Labor duration was between 02 and 07 days. No fetuses were alive at birth.
ECBU was diagnosed in 6 patients identified 5 times Echerichia Coli and 1 time Proteus mirabilis. These infections were treated according antibiogram.
Lithiasis was extracted 5 times high and once vaginally. Dimensions of lithiasis ranged from 3 to 9 cm in large diameter. Concomitant suture of fistula was performed by the high (3) and low (3) route, with healing in all patients.
Conclusion: Lithiasis on vesico-vaginal fistula is not uncommon, but it does not change the management.
Keywords: Lithiasis, Vesico-vaginal fistula, OASIS¥.

Introduction

La fistule vésico-vaginale constitue toujours un problème de santé publique dans les pays en voie de développement et peut être associée à d'autre morbidité compliquant ainsi le tableau clinique et rendant la prise en charge difficile.
L'association fistule vésico-vaginale et lithiases, bien que rare, a été rapportée dans la littérature [1,2]. D'une manière générale la lithiase est l'apanage des vielles fistules [3]. Elle peut être primaire sans matrice inorganique ou secondaire se greffant sur un matériau chirurgical (fil non résorbable, compresse etc.) tout ceci dans un contexte d'infection urinaire à germe urealytique.
Outre les pertes d'urine permanente le tableau clinique associe une persistance et une exagération de la douleur pelvienne et même parfois une hématurie. Le diagnostic est clinique dans la plupart des cas et peut être compléter par des examens urographiques. Sans traitement l'évolution se fait vers une augmentation de la lithiase et une aggravation de la symptomatologie [1]. L'extraction chirurgicale est souvent laborieuse [1].
Le but de cette étude était de décrire les aspects épidémio-clinique et thérapeutique de la lithiase survenue sur fistule vésico-vaginale.

Méthodologie

Du 1er janvier 2018 au 1erjuillet 2018, six patientes ont été opérées dans le service d'urologie du CHU du Point G à Bamako pour fistule vésico-vaginale associée à une lithiase enclavée dans l'orifice fistuleux. Nous avons recensé six (06) cas de lithiase associée à une fistule vésico-vaginale opérée dans notre service. Les patientes retenues, ont été suivies et leurs dossiers analysés cas par cas de l'admission à la guérison.
Les dossiers retenus comprenaient une observation médicale ayant les données de l'interrogatoire (l'âge, la provenance, les antécédents obstétricaux, le mécanisme de survenue de la fistule, l'âge de la fistule), les données de l'examen gynécologique au spéculum avec un test au bleu de méthylène, le bilan paraclinique (ECBU, NFS, Glycémie, créatininémie, un ASP, une échographie abdomino-pelvienne), les données thérapeutiques chirurgicales et évolutives.
N'étaient pas incluses dans l'étude ; les fistules vésico-vaginales quelqu'en soit le type et qui n'étaient pas associées à une lithiase.
Le traitement était essentiellement chirurgical par voie mixte sus-pubienne et vaginale avec extraction instrumentale de la lithiase.
La fermeture de la fistule était faite après extraction de la lithiase.
Les mensurations de la lithiase étaient prises. Les patientes gardaient la sonde deux à trois semaines et étaient revues en consultation externe au centre OASIS jusqu'à la guérison.

Résultats

Du 1er janvier 2018 au 1er juillet 2018, 43 patientes ont été opérées pour fistule vésico-vaginale. Six d'entre elles avaient une lithiase enclavée dans la fistule.

L'âge des patientes variait entre 26 et 70 ans avec une moyenne de 48,2 ans.
Une patiente était primipare, les autres des multipares.
La fistule avait été observée après césarienne chez 3 patientes, une hystérectomie chez une (01) patiente et un accouchement à domicile chez 2 patientes ; le tout dans un contexte de dystocie. La durée d'évolution de la fistule variait de 3 à 40 ans.
La lithiase était visible à la vulve chez deux (2) patientes.
Les antécédents obstétricaux étaient : (G : Gestité, P : Parité, V : Enfant vivant, D : Enfant décédé, Mné : Mort-Né et A : Avortement).
G1P1V0Mné1 : 2 (1 cure et 14 cures)
G2P2V0Mné2 : 1 (1 cure en 1978)
G3P3V2Mné1 : 1 (1 cure en 1960)
G4P4V3Mné1 : 1 (1 cure)
G7P7V2D3Mné2 : 1 (4 cures de fistule).



Figure 1 : Calcul unique + FVV

Des opacités pelviennes avaient été observées sur les clichés de l'arbre urinaire sans préparation (AUSP) dans tous les cas (Ex. Figures 1 et 2).
L'examen cytobactériologique des urines (ECBU) réalisée chez les patientes avait identifié cinq (5) fois Escherichia Coli et une (1) fois Proteus mirabilis. Ces infections ont été prises en charge conformement à l'antibiogramme.
Une antibiothérapie pré, per et post opératoire fut mise en route.
L'abord chirurgical était mixte vésical et vaginal.
La lithiase avait été extraite cinq (5) fois par voie haute et une (1) fois par voie vaginale.
Les fils non résorbables péri fistuleux avaient été retrouvés chez Trois (03) patientes (Figure 3 et 4).
Les dimensions des lithiases variaient de 3 à 9 cm de grand diamètre (Fig. 4, 5 et 6) et le poids de 100 à 350 g.
La suture concomitante de la fistule avait été réalisée par voie haute (3) et basse (3).
Le siège de la fistule était toujours vésico-vaginal.
Nous avons observé une guérison de la fistule lors de la cure concomitante dans tous les cas.



Figure 2 : Multiples calculs + FVV

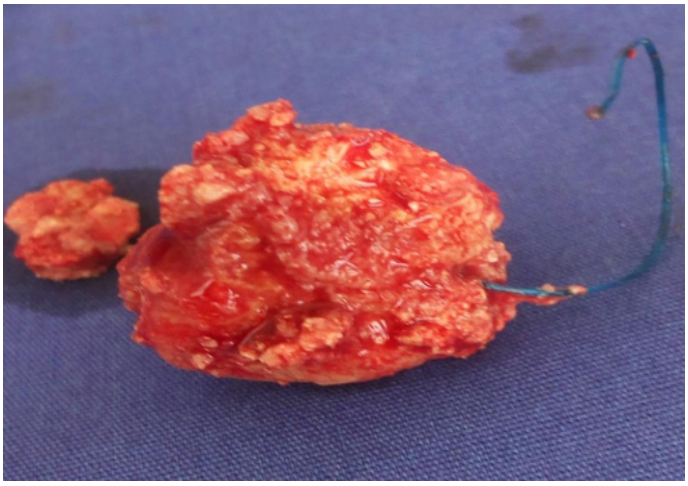


Figure 3 : Lithiase avec fil non résorbable /FVV.

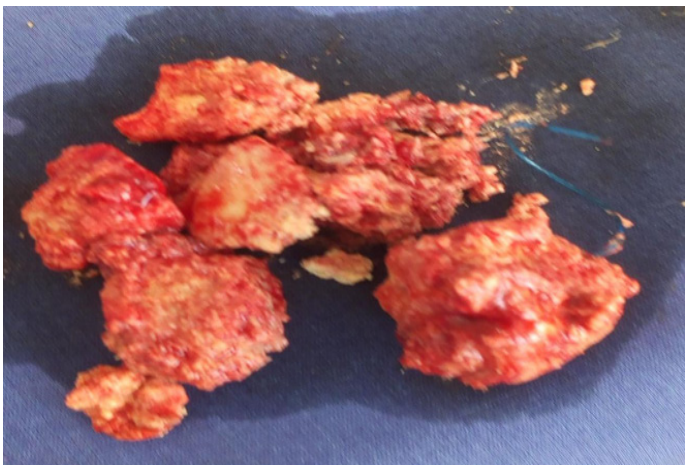


Figure 4 : Lithiases multiples avec fil non résorbable/ FVV.



Figure 5 : Volumineux calcul vésical de 9 cm / FVV



Figure 6 : Multiples lithiases vésicales de 3 à 7 cm / FVV

Discussion

Les fistules urogénitales obstétricales constituent un problème de santé publique et continuent de poser des problèmes de prise en charge dans nos pays en voie de développement.

L'association lithiase vésicale et fistule vésico-vaginale est de plus en plus retrouvée dans la littérature et impacterait négativement la réussite chirurgicale [1 ,4-7].

Au cours de la période d'étude nous avons opéré 43 patientes dont six (06) d'entre elles avaient un ou plusieurs lithiases vésicales enclavées dans la fistule. La symptomatologie la plus retrouvées en plus des pertes d'urine fut les douleurs pelviennes ou périnéales, la pesanteur pelvienne avec hématurie. La douleur avec incontinence urinaire continue, l'hématurie et la dyspareunie ont été notées par D. Dalela et al [6].

A noter également que nous avons retrouvé dans la littérature des formes purement vaginales et même une association lithiase vaginale et rectale [4 ,7-9].

Dans tous les cas ces lithiases sont l'apanage des vielles fistules comme dans notre contexte où elles sont diagnostiquées tardivement avec des fistules de 3 à 40 ans d'âge.

P.A. Bouya et al avaient trouvé une durée d'évolution de la fistule de 5 à 33 ans [1].

La lithiase peut être primaire lorsqu'il n'y a pas la présence d'un corps étranger ayant servi de matrice pour la lithogenèse ou secondaire dans le cas contraire [4,7]. La formation des calculs vésicaux primaires peut être expliquée par une précipitation cristalline sur les contaminants du vagin, tels que les sécrétions mucoïdes et/ou l'épithélium vaginal desquamé associé à une bactériurie et à une urine résiduelle stagnante.

Le corps étranger ayant servi de matrice peut être du matériau de chirurgies vésico-vaginales antérieures ou lors d'une autre chirurgie pelvienne. Dans notre série les fils non résorbables péri fistuleux avaient été retrouvés chez trois (03) patientes, trois patientes avaient un antécédent de césarienne, un cas d'hystérectomie et une patiente avec un antécédent de fistulorraphie.

L'association d'un processus infectieux urinaire, en particulier ceux dans lesquels les germes sont urealytiques, favoriseraient la précipitation des sels de phosphate de magnésium d'ammoniac et donc la formation de calculs de struvite.

Au cours de notre étude, l'examen cytobactériologique des urines (ECBU) a été réalisé chez toutes les patientes avec une infection urinaire à *Escherichia-Coli chez cinq patientes* et un cas d'infection urinaire à *Proteus mirabilis*. Ces infections ont été prises en charge conformément à l'antibiogramme par une antibiothérapie pré, per et post opératoire.

Ce sont ces mêmes germes qui sont habituellement retrouvés dans la littérature [1,4 ,7].

Des étiologies rares comme les vessies neurologiques, les vessies radiques et les malformations congénitales du tractus génito-urinaire (hypertrophie clitoridienne, hématocolpos par hymens imparfaits, atrésies vaginales) ont été rapportées dans la littérature [4,7].

Les anomalies métaboliques sont rarement retrouvées dans le bilan étiologique avec un profil biochimique normal pour le calcium, les phosphates et l'acide urique [3,7,10].

Ces anomalies n'ont pu être recherchées dans notre série pour des raisons financières (prise en charge gratuite et sociale des Fistules).

D.Dalela et d'autres auteurs optent pour une approche endoscopique pour la fragmentation du calcul [4,5,7,11] contrairement à Mahapatra et al. qui recommandent l'approche chirurgie ouverte Trans-vaginale en raison de sa moindre morbidité et de l'absence de cicatrices dans la région sus-pubienne [12].

Cependant, nous pensons que l'approche purement vaginale pourrait agrandir la fistule et induire des cicatrices, rendant plus difficile la réparation ultérieure de la fistule.

Ainsi certains auteurs stipulent que les meilleures chances de succès de fermeture de la fistule s'observent trois mois après l'ablation du calcul, la résorption de l'œdème tissulaire et la stérilisation des urines [10].

Dans notre série, l'abord chirurgical était mixte sus pubien et vaginal. La réparation de la fistule a été réalisée pendant le même temps opératoire avec succès malgré le faible recul ce qui a été également le cas dans la série de P.A. Bouya [1].

Conclusion

Les calculs urinaires sont l'apanage des vielles fistules vésico-vaginales.

Les principaux facteurs de lithogenèse sont les matériaux chirurgicaux (les fils non résorbables, compresses etc.) et l'infection urinaire. La voie chirurgicale mixte sus-pubienne et vaginale pour l'ablation du calcul et la fistulorraphie donnent des résultats encourageants.

***Correspondance**

Mamadou Lamine Diakité

diakite.mlamine@hotmail.fr

Disponible en ligne : 22 Septembre 2023

1 : CHU Point-G, Bamako
2 : CHU Pr Sidy Bocar Sall de Kati
3 : Centre santé de référence Koutiala
4 : Hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes
5 : CHU Gabriel Touré, Bamako
6 : Centre santé de référence de Markala
7 : Centre santé de référence Commune VI, Bamako

¥ : Centre d'accueil, d'hébergement et de traitement des victimes de la fistule, rattaché au service d'urologie du Point-G avec une assistance sociale.

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] P.A. Bouya, A.W.S. Odzébé, M.A. Ondongo Atipo, M. Andzin. Fistules vésico vaginales avec calculs enclavés. CHU Prog. Urol. 2012; 22, (9):549-552

[2] Segawa N, Katsuoka Y, Kaneda K. Vesicovaginale fistula witha giant vesicovaginale stone: a case report. Hinyokika Kiyo, 1998;44:517—20.

[3] Mhiri MN, Aous A, Mezghanni M, Rekik S, Smida ML. Vesicovaginal fistula induced an intravesical foreign body. Br J Urol1988;62:271.

[4] J. García ligero, m. Tomás ros, j. Navas pastor, f. García garcía, a. Sempere gutiérrez, j.l. rico galiano, l.o. fontana compiano. litiasis vaginal primaria asociada a fístula uretrovaginal. presentación de un caso y revisión de la literature. Actas Urol Esp.2001; 25 (8): 582-585

[5] BAR-MOSHE O, OBOY G, ASSI J: Vaginal calculi in a young woman. Eur Urol 2000; 37: 505-507

[6] RAGHAVAIAH NY, DEVI AI: Primary vaginal stones. J Urol 1980; 123: 771-772.

[7] D. Dalela,* apul goel, s. N. Shakhwar and k. M. Singh. Vesical calculi with unrepaired vesicovaginal fistula: a clinical appraisal of an uncommon association. The journal of urology 2003; Vol. 170, 2206–2208

[8] K. Singh. An Unusual Complication of Vesical Stones. Int Urogynecol J (2002) 13:50–51

[9] Raghavaiah, N. V. and Devi, A. I.: Primary vaginal stones. J Urol 1980, 123: 771

[10] Staskin D, Malloy T, Carpiniello V, Schwartz I, Wein A. Urologicalcomplications secondary to a contraception diaphragm. J Urol1985;134(1):142—3.

[11] . VENET C, CLAPUYT PH, WESE FX: Vaginal stone in a teenager. Br J Urol 1997; 79: 804-805

[12] Mahapatra, T. P., Rao, M. S., Rao, K., Sharma, S. K. and Vaidyanathan, S.: Vesical calculi associated with vesicovaginalfistulas:managementconsiderations.JUrol 1986,136:94 .

Pour citer cet article :

ML Diakité, C Badiaga, D Sangaré, B Ballo, AS Diakité, MS Diallo et al. Lithiase sur Fistule vésico-vaginale au centre OASIS du CHU Point G. A propos de 06 cas. Jaccr Africa 2023; 7(3): 290-295