

**Fistule urétéro-vaginale :**  
**technique de la sonde urétérale perdue**  
**dans le rétropéritoine pour l'individualisation**  
**du segment urétéral distal**

**Uretero-vaginal fistula :**  
**technique of the loosed ureteral catheter**  
**in the retroperitoneum for the individualization**  
**of the distal ureteral segment**

**الناصور بين الحالب والمهبل**  
**تقنية الحتار المفقود وراء الخابية لتشخيص الجزء الأقصى للحالب**

*Y. Achour, A. Khallouk, M. F. Tazi, J. E. El Ammari, M. J. El Fassi, My H. Farih.*

**ملخص :**

مقدمة : تعتبر حالات الناسور الحالبى المهبلى من الحالات النادرة الحدوث وغالبا ما يكون علاجى المنشأ. كما عن تشخيصه سهل لتجمع ظواهره وعدة طرق علاجية تم وصفها بالمراجع.  
ملاحظات : ينقل الباحثون حالة ناسور بين الحالب والمهبل حدثت بعد استئصال باطنى للرحم ويقدمون على إثر هذه الملاحظة تقنية الحتار المفقود وراء الخابية الذى يمكن تشخيصا سهلا للجزء الأقصى للحالب.  
خاتمة : هذا المنهج يسمح بتحقيق الإلتحام بين جزئى الحالب والاحتفاض بالنظام اللاتراجعى التسلجى واجتناب تعقيدات إعادة غرس الحالب فى المثانة.

**الكلمات الأساسية :** ناسور، حالب، مهبل، علاج.

**Résumé :**

**Introduction :** Les fistules urétéro – vaginales sont rares, le plus souvent iatrogènes. Le diagnostic est facile lorsque tous les signes sont réunis et de nombreuses modalités thérapeutiques ont été décrites dans la littérature.

**Observation :** Il s'agit d'une patiente âgée de 40 ans qui a présenté des fuites urinaires une semaine après une hystérectomie d'hémostase pour rupture utérine. Elle a été traitée chirurgicalement en réalisant une anastomose urétéro – urétérale avec une individualisation facile du segment urétéral distal grâce à la technique de la sonde urétérale perdue dans la région rétro – péritonéale.

**Conclusion :** Cette méthode autorise la réalisation d'une anastomose urétéro-urétérale termino – terminale conservant ainsi le système anti-reflux physiologique et évitant les complications des réimplantations urétéro-vésicales.

**Mots-clés :** fistule, urétéro-vaginale, traitement.

**Abstract :**

**Introduction :** The uretero – vaginal fistula are rare and mostly iatrogenic. The diagnosis is easy since all the signs are collected and lot of therapeutic modalities were described in the literature.

**Observation :** it's a patient of 40 years old who present urinary leak one week after an haemostatic hysterectomy for uterine rupture. She was surgically treated with uretero – ureteral anastomosis with easier individualization of the distal ureteral segment by using the technique of the loosed ureteral catheter in the retroperitoneum.

**Conclusion :** This technique allows end to end uretero-ureterostomy conserving the physiologic antireflux system and avoiding the complications of the ureterovesical reimplantations.

**Key-words :** fistula, uretero-vaginal, treatment.

**Tiré à part :** Y. Achour : service d'urologie, hôpital El Ghassani, CHU Hassan II, Fès – Maroc.

## Introduction

Les fistules urétéro - vaginales (FUV) sont une entité particulière et rare des fistules urogénitales. Leur fréquence est variable selon les auteurs, 4% pour Leng [1] et 7% pour Tazi [2]. Leur diagnostic est simple devant la fuite urinaire permanente par le vagin avec conservation des mictions normales et une urétérohydronéphrose à l'imagerie. Le traitement actuel est essentiellement endoscopique mais en cas d'échec la chirurgie s'impose. La technique chirurgicale la plus pratiquée est la réimplantation urétéro - vésicale [1 - 3] car l'extrémité distale de l'uretère est souvent difficile à individualiser.

Le but de ce travail est de rappeler à travers une observation la technique de la sonde urétérale perdue dans le rétropéritoine que nous considérons comme très intéressante car elle permet de retrouver aisément le segment distal de l'uretère et ainsi réaliser l'anastomose urétéro - urétérale permettant de conserver le système antireflux physiologique.

## Observation

Madame L. A., 40 ans, mère de 5 enfants, présentait depuis 2 mois et demi, une fuite urinaire permanente par le vagin avec conservation de mictions normales. Ces fuites urinaires avaient débuté une semaine après une hystérectomie par voie haute pour rupture utérine. A l'examen, le périnée était propre et l'examen sous valve avec remplissage vésical n'avait pas mis en évidence de fuite urinaire par le vagin ce qui avait éliminé une fistule vésico - vaginale.

A l'échographie, il y avait une urétéro - hydronéphrose droite avec un index cortical conservé et l'urographie intraveineuse (UIV) avait objectivé une néphrographie à droite mais sans opacification des cavités rénales car le dernier cliché avait été pris à la 4ème heure. Devant les données de la clinique et de l'imagerie, nous avons posé le diagnostic de FUV.

L'intervention s'est déroulée en deux temps :

- Premier temps : c'est l'étape endoscopique.

La patiente a été placée en position gynécologique. Une cystoscopie a été réalisée et le méat urétéral droit a été cathétérisé. L'urétéropyélographie rétrograde (UPR) qui permet de mesurer la longueur du segment urétéral distal et de voir s'il y a un passage du produit de contraste a mis en évidence un arrêt complet de la progression du produit de contraste au niveau de la partie haute de l'uretère pelvien. La montée d'un terrumo a été tentée mais sans succès (figure 1) ce qui nous a poussé à opter pour un traitement

chirurgical classique. Nous avons ensuite perforé la sténose en poussant une sonde urétérale démunie de son âme pour diminuer le risque de lésion des organes de voisinage dans le but de faciliter la recherche du segment distal de l'uretère souvent difficile à individualiser. La perforation est vérifiée en injectant du produit de contraste (figure 2).



Figure 1: Urétéropyélographie rétrograde avec arrêt de la progression du produit de contraste à la partie haute de l'uretère pelvien et échec de la tentative de montée d'un terrumo.

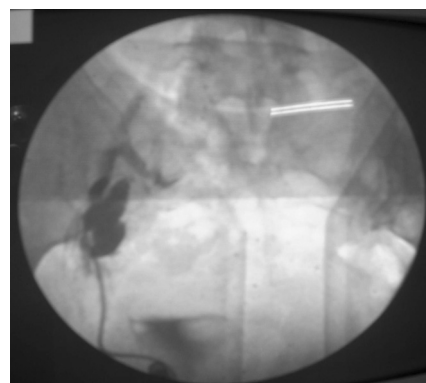


Figure 2 : extravasation du produit de contraste en sous-péritonéal après perforation de la sténose par la sonde urétérale.

- Deuxième temps chirurgical :

La patiente fut ensuite mise en décubitus dorsal tout en laissant la sonde urétérale perdue en place. La voie d'abord était une médiane sous ombilicale avec ouverture délibérée du péritoine car il était très adhérent à l'uretère au niveau de la fistule. Le segment proximal fut découvert facilement car il était dilaté et le moignon distal retrouvé grâce à la sonde urétérale perdue (figure 3). Une anastomose urétéro - urétérale était ensuite réalisée sur une sonde en double J après avoir libéré les deux segments urétéraux sur à peu près 1 cm. Nous avons fermé la paroi plan par plan sur un redon mis au niveau de la zone anastomotique.

Les suites opératoires furent simples. La patiente est sortie sans aucune fuite urinaire au sixième jour post-opératoire. Revue quatre mois plus tard, la patiente n'avait pas de fuites urinaires et à l'UIV les cavités calicielles droites ne sont plus dilatées avec un uretère fin et perméable (figure 4).

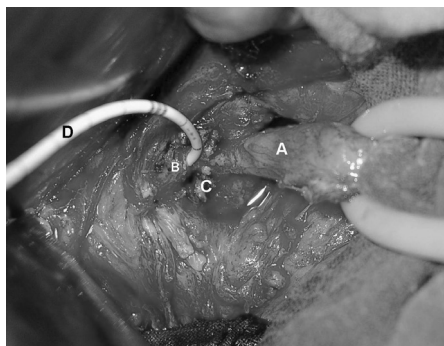


Figure 3 : Vue peropératoire :  
 - A : Segment urétéral proximal dilaté  
 - B : Segment urétéral distal retrouvé grâce à la sonde urétérale perdue  
 - C : Zone où siège la fistule  
 - D : Sonde urétérale perdue extériorisée.



Figure 4 : Contrôle urographique 4 mois après l'intervention : cavités calicielles droites non dilatées et uretère fin et perméable.

## Discussion

Les FUV sont secondaires à une lésion urétérale non diagnostiquée en peropératoire. La chirurgie gynécologique est la plus pourvoyeuse de ce type de fistule et l'hystérectomie pour pathologie bénigne ou maligne est l'intervention la plus fréquemment en cause (1, 2, 4). Des cas de FUV après accouchement dystocique [5] ou après lithotritie extracorporelle

[6] ont aussi été décrits. Sur le plan clinique, le diagnostic est fortement suspecté lorsqu'il existe une fuite permanente d'urines par le vagin avec conservation de mictions et une vessie étanche à l'épreuve du remplissage. Le diagnostic est confirmé devant une urétérohydronephrose à l'imagerie. L'UIV, examen de référence, montre une urétérohydronephrose en amont d'une sténose de l'uretère pelvien. Le trajet fistuleux n'est habituellement pas visualisé [2, 3].

Actuellement, le traitement de référence des FUV est endoscopique et consiste à dilater ou à inciser la zone sténosée avec mise en place d'une sonde double J. Ce traitement est efficace comme le montrent les résultats de plusieurs travaux [2, 3], mais n'est possible que quand il existe une continuité entre les deux segments urétéraux en amont et en aval de la fistule permettant ainsi le passage d'un guide. Dans les cas contraires seul le traitement chirurgical classique est possible. L'intervention la plus pratiquée est la réimplantation urétéro - vésicale avec ou sans vessie psôïque ou par utilisation d'un lambeau de Boari selon la situation de la fistule [1, 3, 5]. Cette technique est la plus réalisée car le segment urétéral en aval de la fistule est d'individualisation difficile en raison de la fibrose. Cette méthode thérapeutique expose aux complications de la réimplantation urétéro - vésicale à savoir le reflux urétéro-vésical et la sténose. Le mode de traitement qu'on a pratiqué et qui a été déjà décrit [2, 4], permet d'éviter ces complications. A l'aide de la sonde urétérale perdue dans le rétropéritoine, le segment distal de l'uretère est aisément retrouvé autorisant la réalisation d'une anastomose termino - terminale et conservant ainsi le système antireflux physiologique.

Pour éviter le recours à la chirurgie, Tsai [7] a décrit une technique endoscopique possible même dans les cas où l'UPR montre un arrêt complet de la progression du produit de contraste. Sa technique consiste, après avoir réalisé une néphrostomie, à perforer les deux segments de l'uretère au niveau de la fistule et à ensuite tirer le guide introduit par un urétroscope vers le segment proximal. Le guide étant extériorisé à travers la néphrostomie permettra l'incision ou la dilatation du segment sténosé et la mise en place d'une sonde double J.

Plusieurs méthodes thérapeutiques sont donc possibles et le choix dépendra de l'existence d'une solution de continuité entre les deux segments de l'uretère.

Quand la sténose n'est pas complète, le passage d'un guide est possible et le traitement endoscopique est réalisable. Quand il existe une solution de continuité, la chirurgie classique s'impose. Si on est devant une solution de continuité mais que l'écart est inférieur à 2 cm, la technique de perforation des deux bouts de la fistule avec attraction d'un guide dans le segment proximal suivie d'une endourétérotomie ou d'une dilatation est possible [7].

## Conclusion

La FUV est une source d'inconfort par les fuites urinaires qu'elle engendre et peut même mettre en jeu le pronostic fonctionnel rénal si le traitement n'est pas précoce.

La technique de la sonde urétérale perdue dans le rétropéritoine est d'un grand intérêt car permet, en réalisant une anastomose

urétéro-urétérale, la conservation du système anti-reflux physiologique.

Le meilleur traitement reste préventif en évitant les lésions urétérales au cours de la chirurgie gynéco – obstétricale.

## Références

- 1- Leng W. W., Amundsen C. L., Mcguire E. J. Management of genitourinary fistulas : transvesical or transvaginal approach? J. Urol., 1998, 160, 1995-1999.
- 2- Tazi K., Moudouni S., Koutani A., Ibn Attia A., Hachimi M., Lakrissa A. Fistules urétérovaginales : Alternatives thérapeutiques à propos de 10 cas. Prog. Urol., 2000, 10, 83-88.
- 3- Selzman A. A., Spirnak J. P., Kursh E. D. The changing management of ureterovaginal fistulas. J. Urol., 1995, 153, 26-28.
- 4- Ibn Attia A. A., El Mamoun M., Koutani A., El Khader K., Hachimi M., Lakrissa A. Ureterovaginal fistulas: treatment with preservation of the distal ureteral segment. About 3 cases. J. Urol., 1995, 101, 195-199.
- 5- Hosseini S. Y., Roshan Y. M., Safarinejad M. R. Ureterovaginal fistula after vaginal delivery. J. Urol., 1998, 160, 829.
- 6- Kumar R. V., Kumar A., Banerjee G. K. Ureterovaginal fistula : an unusual complication of stone fragments after extracorporeal shock wave lithotripsy in situ. J. Urol., 1994, 152, 2096-7.
- 7- Tsai C. K., Taylor F. C., Beagler M. A. Endoscopic ureteroureterostomy: long-term follow up using a new technique. J. Urol., 2000, 164, 332-335.