

CHAPITRE 7

FISTULES RECTO-VAGINALES ET DÉCHIRURES DU SPHINCTER

Section 7.1A: FRV: Réparation trans-vaginale
Section 7.1B: FRV: Réparation trans-périnéale
Section 7.2: FRV: Réparation trans-vaginale: lésions circonférentielles
Section 7.3: FRV: Réparation trans-abdominale
Section 7.4: FRV: Réparation trans-abdominale: lésions circonférentielles
Section 7.5: Réparation de la déchirure du sphincter anal
Section 7.6: FRV avec réparation de la déchirure du sphincter anal

DIAGNOSTIC DES FISTULES RECTO-VAGINALES (FRV)

Dans la plupart des cas, le diagnostic d'une FRV est posé par un examen rectal et vaginal digital.

Occasionnellement, si une patiente se plaint de flatulences ou de selles par le vagin mais qu'aucune fistule n'est évidente, un test au colorant est nécessaire. Ceci est plus probable s'il y a une sclérose dense avec des bandes postérieures (voir Fig. 1.4) de sorte que la FRV y est cachée.

- Injecter 200 ml de colorant par un tube naso-gastrique ou un cathéter de Foley passé à 10 cm dans le rectum. Si nécessaire, une compresse est utilisée pour comprimer l'anus afin que le colorant ne s'échappe pas. Une autre option est de gonfler le ballonnet de Foley pour garder le colorant à l'intérieur.
- Il n'est pas rare que le diagnostic soit posé lorsqu'une flatulence est perçue comme des bulles de sang ou d'urine dans le vagin postérieur lors d'une intervention chirurgicale pour une FVV.
- Une sonde peut être introduite par voie vaginale dans la fistule et palpée par voie rectale. Vous pouvez aussi passer la sonde par voie rectale et palper par voie vaginale. Avec de grandes fistules, la muqueuse rectale rouge se distingue de la peau vaginale rose plus pâle à l'examen au spéculum.

CAUSES DE LA FRV

Il y a deux principaux groupes :

- (a) *FRV combinée à la FVV* : elles sont dues à un travail obstrué prolongé et se situent généralement à au moins 3 cm au-dessus de la ligne dentée. La technique de réparation est similaire à celle des FVV. Ce qui suit (sections 7.1 à 7.4) se réfère principalement à ce type de FRV qui représente un processus de lésion plus grave que la FVV isolée. Le FVV qui l'accompagne est habituellement grande et plus généralement circonférentielle, et il y a plus de sclérose vaginale.
- (b) *FRV isolée* :
 - FRV dues à une cicatrisation incomplète d'une déchirure périnéale au 4e degré (voir section 7.5).
 - FRV due à un traumatisme sexuel ou autre.
 - Les FRV dues à un travail obstrué ne surviennent qu'en de rares occasions sans FVV.
 - FRV liée aux infections, en particulier celles associées au VIH.
 - Iatrogène : p. ex. après une colporraphie postérieure.

Les fistules fécales chez les enfants se manifestent par la fuite de selles par le vagin. Il y a deux causes principales :

- (a) Les fistules associées au VIH proviennent d'abcès Ano-rectaux. Habituellement elles sont basses et sont ano-vaginales. Il est préférable d'éviter la chirurgie au début et de traiter avec des antirétroviraux, car certaines peuvent guérir sans chirurgie. Si elles ne guérissent pas, une prise en charge chirurgicale peut s'avérer nécessaire.
- (b) Vérifier la présence d'une imperforation anale ou anus ectopique non diagnostiqué avec une FVR.

APPROCHE POUR LA RÉPARATION: RÉPARATION PAR ÉTAPES DE FVV + FRV

La FVV et la FRV peuvent être réparées en même temps ou une réparation par étapes peut être envisagée.

- (a) *FRV en premier*: Une réparation par étapes signifie habituellement qu'il faut d'abord effectuer la réparation de la FRV. Les avantages d'une réparation par étapes sont les suivants :
 - Prévention de la contamination fécale, surtout en l'absence de colostomie. Si la suture de la réparation de la FRV lâche, elle n'aura pas d'impact négatif sur la cicatrisation de la FVV (comme si elles avaient été réparées en même temps). Pour ces raisons, la réparation par étapes permet d'éviter une colostomie (voir ci-dessous).
 - Vous pouvez vous concentrer entièrement sur une seule fistule sans penser à l'autre et ainsi faire une meilleure réparation.

- La perte sanguine devrait être moindre. Lors d'une réparation combinée, les pertes sanguines peuvent être considérables.
- Elle évite la mise sous tension des tissus utilisés pour la réparation de la FVV.

Une réparation par étapes est particulièrement importante pour les FRV plus grandes. Si elle est petite, certains chirurgiens préfèrent les réparer en même temps, bien qu'une réparation par étapes demeure une option plus sûre.

(b) FVV en premier ou réparer les deux en même temps :

- Dans le cas d'une FRV circonférentielle où une colostomie sera nécessaire (voir ci-dessous), vous pouvez d'abord faire une colostomie, puis traiter la FVV et ensuite effectuer une réparation (vaginale, abdominale ou combinée) de la FRV.
- S'il y a rupture du sphincter anal alors la FVV peut être faite d'abord pour des raisons d'accès. Cependant, il est recommandé de fermer le rectum en même temps pour éviter que les selles ne pénètrent dans le vagin après l'intervention.
- Si la FRV est diagnostiquée au cours de la réparation d'une FVV, il est logique de réparer les deux au cours de la même intervention.

	Indépendamment de l'approche utilisée, la combinaison de la FVV et la FRV constitue le plus souvent une intervention difficile et il est préférable de les confier à un chirurgien expérimenté.
---	---

MOMENT PROPICE POUR LA RÉPARATION

Des principes similaires s'appliquent aux FRV comme aux VVF. Elles peuvent être réparées quand elles sont propres. Cependant, les très petites FRV (<1 cm) se ferment souvent spontanément, il vaut donc la peine d'attendre 3-4 mois après la blessure.

QUAND UNE COLOSTOMIE EST-ELLE CONSEILLÉE POUR LA RÉPARATION DU FRV ?

Il y a deux raisons principales pour lesquelles une colostomie peut être pratiquée :

- I. Pour protéger contre la péritonite fécale, l'abcès pelvien et la septicémie en cas de fuite anastomotique.
- II. Diminuer l'incidence des fuites anastomotiques. Le consensus est que les colostomies aident à la guérison des FRV. Cependant, la plupart des FRV peuvent être réparées sans colostomie. Il y a des moments où elles devraient être prises en considération, bien qu'il n'y ait pas de règles strictes à cet égard. Tout dépend de l'expérience du chirurgien et du type de FRV. Il est plus courant de regretter de ne pas faire une colostomie que d'en faire une inutilement.

<i>Absolu</i>	La FRV est due à la radiothérapie qui entraîne une mauvaise cicatrisation (voir section 3.9).
<i>La plupart des chirurgiens feraient :</i>	Pour toutes les réparations circonférentielles rectales, qu'elles soient effectuées par voie abdominale ou vaginale (voir section 7.2 ci-dessous). Ceci s'applique en particulier si l'anastomose est intra-péritonéale car si la suture lâche, il y a un risque de fuites dans la cavité péritonéale.
<i>Indications relatives :</i>	<p>Une colostomie peut être nécessaire si (c'est souvent une combinaison de facteurs plutôt qu'une seule) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Intervention préalable</i>, c.-à-d. échec de réparation antérieure, surtout s'il y a eu plusieurs. • <i>Sclérose</i> : Habituellement, les cas difficiles ont beaucoup de sclérose autour avec une mobilité réduite. • <i>Taille</i> : Les grandes FRV, en particulier, nécessitent une dissection poussée, car elles sont plus susceptibles de lâcher. • <i>Site</i> : Si la réparation doit être abdominale : certains chirurgiens se contentent de le faire sans colostomie s'il y a une bonne préparation intestinale, et la fistule peut être fermée sans tension. • Mauvais état général de la patiente. • Si la FRV est présente avec une FVV difficile (voir <i>la méthode de réparation</i> ci-dessus) : <ul style="list-style-type: none"> ➤ La réparation d'une fistule vésicale lâche souvent si elle est couverte de selles pendant la convalescence. ➤ Si la FVV ou la FRV nécessite un grand lambeau cutané ou un lambeau de Gracilis, ne prenez pas le risque d'un lâchage.
<i>Décision prise lors de la chirurgie</i>	<p>S'il y a eu une bonne préparation colique pré-opératoire, vous pouvez laisser la décision de faire une colostomie jusqu'au moment de la réparation. Si vous pouvez obtenir une bonne fermeture en deux plans, une colostomie n'est généralement pas nécessaire. Envisagez une colostomie si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous constatez que les tissus ne sont pas de bonne qualité (par exemple, friables ou sclérosés) ou qu'il y a eu des problèmes techniques pendant l'opération et vous craignez

	<p>qu'ils ne guérissent pas si les selles passent au travers. Le principal problème que pose le fait d'attendre pour faire la colostomie au moment de la chirurgie est la tendance à éviter de faire une autre intervention à la fin de ce qui a été une longue opération.</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'il y a une fuite d'air lors du test de l'anastomose (voir paragraphe 7.4).
<i>Décision prise plus tard</i>	S'il y a des fuites au niveau de la réparation, c'est souvent mieux de faire une colostomie pour deux raisons : (a) ça peut quand même aider à la cicatrisation de la FRV. b) Il est probable qu'une colostomie soit nécessaire pour toute réparation ultérieure. Cependant, voir ci-dessous "Soins postopératoires après une réparation de la FRV".
 Conseil!	Pour éviter une colostomie : (a) Effectuez une réparation par étapes. (b) Assurez-vous d'une bonne préparation colique (orale). (c) Viser une fermeture en deux plans.
	Il est important de considérer combien facile il sera pour la patiente d'obtenir la fermeture de la colostomie plus tard afin de ne pas la laisser avec elle pendant une longue période.

FAIRE UNE COLOSTOMIE :

Si une colostomie est pratiquée avant la réparation, il est préférable de le faire au moins trois jours avant afin que la patiente se remette de la chirurgie.

Colostomie sigmoïdienne en anse : Dans la plupart des cas, elle peut se faire par une petite incision à mi-chemin entre l'ombilic et l'épine iliaque supéro-antérieure.

- Le côlon sigmoïde est extériorisé par cette incision et fixé. Assurez-vous que vous pouvez voir le taenia coli. Le seul inconvénient de le faire de cette façon est que vous ne pouvez pas être certain de savoir quelle est l'extrémité proximale et quelle est l'extrémité distale.
- Le site de la stomie doit être aussi large que nécessaire pour que l'anse intestinale soit extra-abdominale et sans force (3-4 cm).
- Pour aider à prévenir le prolapsus de la colostomie : fixer la séreuse de l'intestin au fascia avec deux sutures de chaque côté de l'incision fasciale.
- Après la colostomie, il est bon de laver l'extrémité distale du sigmoïde et du rectum à travers la colostomie. Ceci peut être fait à l'aide d'un grand cathéter de Foley ou d'un tube d'aspiration. Si la solution saline n'apparaît pas à travers le rectum après plusieurs seringues de solution saline, il se peut que vous irriguiez l'extrémité proximale. En outre, irriguez à partir de l'anus et du vagin de sorte que le rectum et le vagin soient propres.

Colostomie transverse : Elle a l'avantage de ne pas interférer avec le recto-sigmoïde facilitant ainsi la dissection et la fermeture d'une FRV haute par voie abdominale. Le site se trouve approximativement à mi-chemin entre l'ombilic et le bord costal et devrait donc se trouver de 2 à 4 doigts sous le bord costal.

Avant la fermeture d'une colostomie : Il arrive fréquemment que les colostomies soient fermées même si la FRV n'est pas guérie. Après la réparation de la FRV, la cicatrisation complète doit être mise en évidence par une combinaison de (a) injection de colorant dans l'anse distale de la colostomie avec un tampon propre dans le vagin (b) un examen rectal. Ne vous fiez pas au colorant injecté par l'anus, car cela peut donner un résultat faussement négatif, surtout avec des FRV hautes. Une bonne option est de faire tout cela sous anesthésie, avec la patiente préparée pour la fermeture de la colostomie en même temps, à condition que le test au colorant soit négatif. Cependant, assurez-vous qu'il s'agissait d'une colostomie en anse et non d'une colostomie terminale avant de faire le test au colorant et avant toute chirurgie. En outre, exclure toute sténose dans le rectum en effectuant un examen rectal et en palpant en hauteur.

PRÉPARATION DE L'INTESTIN POUR LA RÉPARATION DU RVF

Il n'y a pas de moyen parfait de s'assurer que l'intestin est propre pour la chirurgie. Les régimes oraux sont les meilleurs. Dans le cas des lavements, il peut y avoir des problèmes de passage d'un tube en raison d'une sténose rectale, ou la fistule peut permettre au tube d'entrer dans le vagin. Une combinaison des éléments suivants est utilisée :

- Régime alimentaire* : Pendant 3 jours avant l'opération, une diète liquide (p. ex. soupe pendant 1 à 3 jours suivie de liquides clairs le lendemain, p. ex. thé, jus) est administrée.
- La préparation orale* fonctionne bien pour assurer une évacuation plus complète de l'intestin. Si des préparations telles que Picolax ne sont pas disponibles, on peut administrer du sérum physiologique par voie orale en mélangeant 9 grammes de sel dans un litre d'eau. Pour ce faire, on peut ajouter environ six cuillères à soupe de sel dans 10,5 litres d'eau à température ambiante. La patiente prend cette solution la veille de l'intervention jusqu'à ce que le liquide qui sort par le rectum soit clair. Idéalement, elle devrait tout

prendre, mais au moins 6 litres devraient être pris. La prise de liquide doit être complétée avant 1400 heures la veille de l'intervention chirurgicale et aucun lavement n'est nécessaire.

- (c) *Les lavements* doivent être administrés quotidiennement pendant 3 jours, le dernier au moins 12 heures avant l'opération, sinon le lavement fonctionnera pendant l'opération. Une option facilement disponible est le lavement salin : une cuillère à café ou 5 ml de sel sont dissous dans 1 litre d'eau. Dans un premier temps, utilisez 100 ml d'eau tiède pour dissoudre le sel, puis ajoutez le reste pour que l'eau soit proche de la température du corps. La patiente tient le lavement aussi longtemps qu'elle le peut. Une autre option est un lavement aux phosphates.
- (d) Peut donner un laxatif oral tel que Bisacodyl pendant 3-4 jours.

Conseil! Si nécessaire, pendant l'intervention chirurgicale, les selles formées peuvent être bloquées en plaçant un tampon rectal haut. Attachez-y une ficelle pour faciliter la récupération à la fin de l'intervention.

	<ul style="list-style-type: none"> Assurez-vous que la patiente ne se déshydrate pas pendant la préparation colique. Pour éviter cela hydratez-la bien. Ceci est particulièrement important si la rachianesthésie est utilisée pendant la chirurgie. Il incombe au chirurgien de s'assurer que la préparation colique est effectuée correctement. Par conséquent, vérifiez la patiente la veille de l'intervention chirurgicale pour vous assurer que la préparation est effectuée correctement. Si au bloc, il est évident que la préparation n'a pas été adéquate, il vaut mieux la reporter.
---	---

Il est utile de faire une distinction entre :

- Réparation de la FRV en 3 étapes : (1) colostomie (2) réparation de la FRV (3) fermeture de la colostomie.
- Réparation de la FRV en deux étapes : il s'agit d'une meilleure option à condition que la préparation intestinale complète soit effectuée en premier. (1) Réparation de la FRV et colostomie de protection réalisées dans la même séance (2) fermeture de la colostomie.
- Réparation de la FRV en 1 étape, c.-à-d. fermeture primaire de la FRV après une préparation adéquate de l'intestin, c.-à-d. pas de colostomie.

(7.1A) FRV: REPARATION TRANS-VAGINALE

L'approche trans-vaginale est préférée pour les fistules proximales au sphincter anal. C'est le cas de la plupart des FRV obstétricales.

(1) EXPOSITION

Table : Dans le cas d'une fistule haute, une inclinaison de la tête vers le bas peut être nécessaire. Dans le cas d'une fistule basse, une inclinaison tête haute est nécessaire. Entre les deux, la table doit être horizontale.

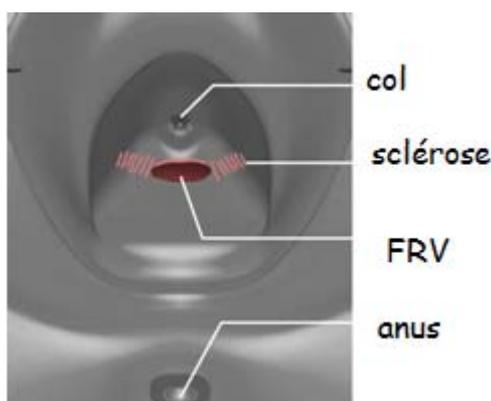


Fig. 7.1a: FRV avec sclérose autour

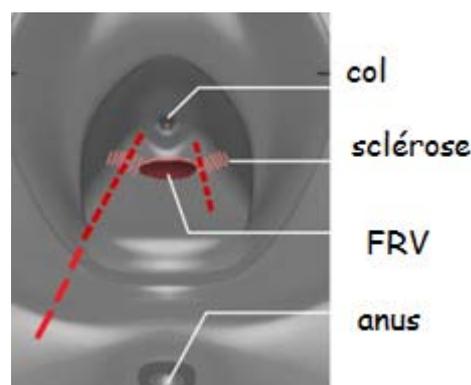


Fig.7.1b: La ligne à droite de la patiente est l'épisiotomie. La ligne à gauche est l'incision pour la sclérose seulement. Notez que les deux passent le long du bord de la FRV.

Incisions pour améliorer l'exposition :

- (a) *Incision de la sclérose (confinée dans le vagin)* : Très souvent, la FRV se trouve au centre d'une bande de sclérose (Fig. 7.1a) qui doit être coupée latéralement des deux côtés pour permettre sa visualisation. Si aucune épisiotomie n'a été faite et qu'il y a beaucoup de tissus cicatriciels dans le vagin, coupez-les

latéralement à 5 et 7 heures, ce qui est habituellement juste latéral à la fistule. Il est mieux d'utiliser la cautérisation pour faire ces incisions afin de minimiser les saignements. Un petit écarteur sur le vagin antérieur aide à la visualisation. Méfiez-vous de créer une autre lésion rectale lorsque vous enlevez ces bandes cicatricielles latéralement.

(b) *Épisiotomie (s'étendre sur le périnée)* : Il peut être utile de faire une épisiotomie jusqu'au bord de la FRV pour améliorer l'accès. Il peut s'agir d'une extension distale de l'incision que vous avez faite pour couper les bandes cicatricielles. Déterminez quel côté est le meilleur en fonction de la position de la FRV. Parfois, il se peut que vous deviez faire des épisiotomies bilatérales pour une réparation de FRV.

 **Bon conseil!** Le point important en coupant la sclérose ou de l'épisiotomie est de diriger l'incision juste le long du bord latéral de la FRV, comme le montre la figure 7.1b.

 **Conseil!** La conversion occasionnelle d'une FRV en une déchirure au 4e degré peut être utile si l'accès est très difficile en raison de la sclérose vaginale. Ceci ne devrait vraiment être fait que si le sphincter est également déchiré. Si le sphincter est intact, vous devriez réparer ces fistules sans les convertir en une déchirure de 4ème degré pour éviter tout autre compromis au sphincter.

 **Conseil!** Certains chirurgiens opèrent en gardant un index gauche dans le rectum pendant la majeure partie de l'opération pour aider à exposer la fistule en avançant la paroi rectale antérieure (Fig. 7.1d +e). C'est plus utile pour les fistules basses. Votre assistant devrait faire les nœuds pour vous. Cette technique comporte deux mises en garde :

- Méfiez-vous des blessures par piqûre d'aiguille en faisant cela.
- Essayez de ne pas toucher la plaie ouverte avec votre doigt contaminé.

 **Conseil!** Certains chirurgiens utilisent un cathéter de Foley pour faire traction sur la fistule, et faciliter la dissection (voir Fig. 7.1f). Il est inhabituel de pouvoir faire cela pour la plupart des FRV obstétricales.

Speculum:

- Il peut être utile de tenir un spéculum de Sims ou un petit écarteur contre la paroi vaginale antérieure pour la visualisation (Fig. 7.1c).
- Un spéculum de Sims sur la paroi postérieure est utile pour les fistules hautes. Il est possible d'utiliser un spéculum à poids.
- La position du spéculum peut être modifiée pendant l'opération pour donner la meilleure exposition ; il peut d'abord être maintenu contre la paroi antérieure et ensuite contre la paroi postérieure. Manipulez-le pour voir quelle position donne la meilleure exposition. Il peut être nécessaire d'en utiliser une antérieurement et une autre postérieurement (sans masquer la FRV).
- Dans certains cas, il peut ne pas être possible d'insérer un spéculum ; il n'y aura suffisamment de place que pour placer la pince Allis sur les bords du vagin (Fig. 7.1c + d). Tirer vers le bas sur ceux-ci aide à exposer la fistule.
- Un rétracteur de paroi latérale peut également être utile latéralement, en particulier lors de la suture des angles latéraux.

 **Conseil!** L'embout d'aspiration est souvent le meilleur rétracteur car il est long et prend peu de place lorsque vous essayez d'exposer l'apex de la FRV.

 **Conseil!** Pour les fistules hautes, une tubulure ferme (par exemple une sonde endotrachéale) ou un gros dilateur peuvent être placés le long de l'anus ou à travers la fistule dans le rectum pour aider à identifier la lumière pendant la dissection.

 **Conseil!** Dans le cas de fistules hautes, il est très utile de tenir le col de l'utérus avec une longue pince Allis et de le tirer vers le haut.

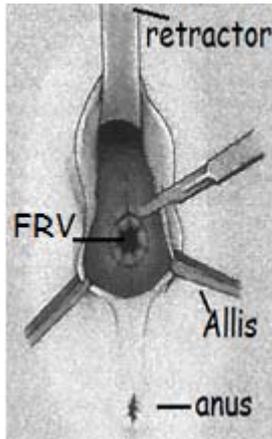


Fig. 7.1c: Pour une fistule basse, placez deux pinces Allis à 5h et 7h à l'entrée du vagin.



Fig. 7.1d: Montre l'utilisation de deux pinces Allis, et le chirurgien gardant un doigt dans le rectum pendant la réparation pour l'exposition.
Fig. 7.1e : Montre l'index gauche inséré dans le rectum pour exposer la fistule.

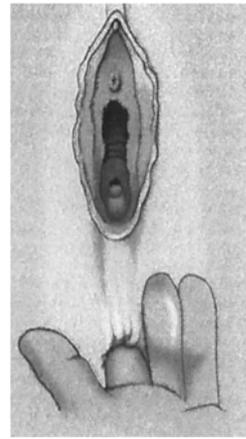


Fig. 7.1f: Montre l'utilisation d'un cathéter de Foley pour une traction douce du trajet fistulaire pour aider l'exposition.

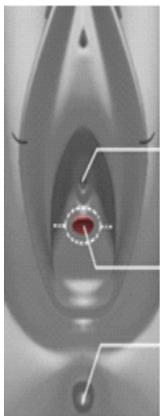


Fig. 7.2 a + b: Montre l'incision à faire autour de la fistule. (Autorisation de Grace Chen).

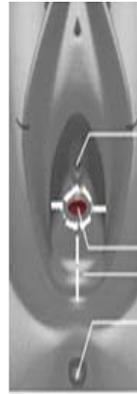
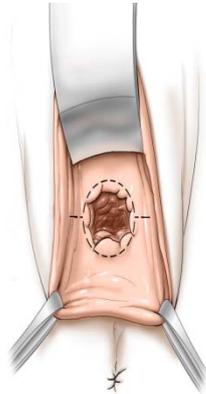


Fig. 7.2c: Dans une FRV haute ou moyenne, une incision supplémentaire peut être pratiquée en distal pour faciliter la dissection distale.



Fig. 7.2d: Dans le cas d'une FRV basse, une incision supplémentaire peut être pratiquée en proximal.

(2) INCISION INITIALE

- Infiltez la solution d'adrénaline diluée comme pour la réparation VVF (voir chapitre 1).
- L'incision est similaire à celle utilisée pour une FVV avec une extension latérale de chaque côté (voir Fig 7.2a + b). Il peut également être utile de faire une extension de la ligne médiane comme indiqué dans la Fig. 7.2 c + d. Dans ce cas, deux lambeaux sont formés et peuvent être rétractés à l'aide de sutures.



Conseil! Occasionnellement, la muqueuse rectale se prolabe à travers la fistule, ce qui rend l'exposition difficile. Un conseil utile est de mettre une compresse dans le rectum pour pousser la muqueuse vers le haut.

Occasionally the rectal mucosa will prolapse down through the fistula which makes exposure difficult. A useful tip is to put a small swab up the rectum to push the mucosa up.

(3) DISSECTION

(a) **Proximale** : Commencer la dissection proximale (en haut), là où il y a plus de mobilité. Saisir le bord du rectum (ou du vagin dans les cas difficiles) avec un Allis. Ensuite, à l'aide d'un bistouri, incisez le vagin à

proximité de celui-ci (Fig. 7.3). Une fois l'incision faite, saisir le bord vaginal avec une seconde pince Allis. Disséquez le vagin du rectum, en restant près de la peau vaginale pendant que vous le faites. Utilisez des ciseaux pour cela.

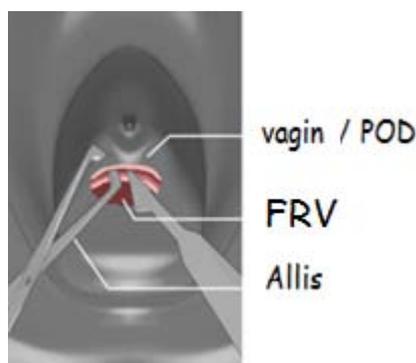


Fig. 7.3: Pour commencer l'incision proximale, tenez le rectum ou le vagin à l'aide d'une pince Allis pour créer une tension pendant l'incision initiale. POD = Poche de Douglas

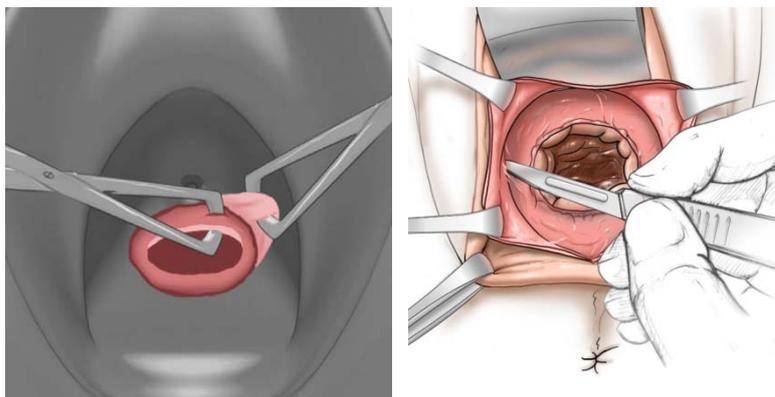


Fig. 7.4: Le diagramme de gauche montre l'utilisation de la pince Allis pour faire la tension afin d'aider à trouver le plan du tissu. Le diagramme de droite montre la dissection latérale réalisée tout en maintenant cette tension.

Si la poche de Douglas s'ouvre : Lorsque vous mobilisez le vagin proximale, la poche de Douglas s'ouvre souvent. Cela n'a pas d'importance et cela aidera à la mobilisation. En fait, avec des fistules plus proximales, c'est une bonne idée d'ouvrir délibérément la poche. Souvent, il y a une petite quantité de liquide dans la poche, ce qui aide à l'identifier.

- Si seule une petite ouverture est pratiquée, il vaut la peine de l'ouvrir complètement pour mieux visualiser le rectum proximal.
- Si l'intestin grêle prolabe, fermant le champ de vision, placez un tampon (vaginal) pour garder l'intestin à l'écart et fixez son extrémité aux champs. Le tampon sera dans la cavité péritonéale. De plus, augmentez l'inclinaison de la table vers le bas si possible.
- Vous pouvez mettre un spéculum Sims dans la poche pour qu'il se rétracte vers l'avant car cela vous donnera une bonne vue.
- S'il y a un écoulement fécal d'un intestin mal préparé, il pourrait contaminer la cavité péritonéale.

⚠ Conseil! S'il est difficile de fermer le péritoine, le laisser ouvert ne causera généralement pas de problèmes à condition qu'il n'y ait pas de fuite de selles, c'est-à-dire que l'ouverture péritonéale soit incorporée dans la fermeture vaginale.

(b) Latéral : Une fois la dissection proximale terminée, disséquez latéralement de chaque côté tout en tirant le rectum vers l'intérieur. Saisir la peau vaginale d'un côté et le rectum de l'autre à l'aide d'une pince Allis et couper entre eux (comme indiqué à la Fig. 7.4). Travaillez proximale et distalement sur le côté latéral pour séparer le vagin et le rectum. Les angles de la fistule peuvent devoir être libérés de la paroi latérale pelvienne où il y a souvent beaucoup de sclérose. ATTENTION ! Attention aux saignements (voir ci-dessous).

(c) Distale : Le lambeau distal est habituellement plus fixe et donc plus difficile à mobiliser. Il y a deux conseils pour vous aider :

- Faites une incision supplémentaire dans la ligne médiane de la fistule en distal (Fig.7.2c) et séparer ensuite le vagin du rectum.
- Mettez votre doigt ou un dilateur dans le rectum pour l'exposition.
- Une fois disséqué, les lambeaux vaginaux distaux peuvent être resuturés sur la peau pour exposition.

⚠ Conseil ! Dans les cas difficiles, il peut être utile d'effectuer une dissection à l'extrémité distale d'abord pour l'exposition, avant de faire les dissections proximale et latérale. De cette façon, vous pouvez suivre le bord rectal autour et proximale.

⚠ Bon conseil! Lorsqu'il est difficile de voir le contour de la lésion rectale, placez des pinces Allis tout autour des berges rectales. Le rétracteur de la paroi latérale placé latéralement peut également faciliter l'exposition.

⚠ Conseil! Un grand dilateur de Hégar (inséré à travers l'anus) est très utile pour vérifier que la lumière du rectum est bien visible (proximale et distale par rapport au site de la fistule) et confirme que les tissus que vous tenez sont les bords de la fistule.

(4) FERMETURE DU RECTUM

Reséquez les bords de la fistule jusqu'à ce qu'ils soient mous. Il peut être utile de maintenir les bords proximal et distal du rectum avec une pince Allis. Normalement, la fistule est fermée dans le sens transversal (fig. 7.5). Ceci est moins susceptible de causer un rétrécissement et crée habituellement le moins de tension, car il y a moins de mobilité latérale due à la sclérose. Cependant, il peut être nécessaire de le fermer longitudinalement ou obliquement.

- Utiliser des sutures résorbables interrompues. Commencez toujours la réparation à chaque angle, en évitant la muqueuse. Il est plus important d'inverser la muqueuse que d'essayer de la ramasser. Pour ce faire, on prélève une couche séromusculaire à l'aide de l'aiguille et en commençant à 2-3 mm du bord (Fig. 7.5).

⚠ Conseil! Laissez les sutures d'angle (extrémité courte) sur une pince hémostatique et laissez-les extra-longues ou sur une pince droite pour qu'elles soient facilement identifiables ultérieurement.

- Les bords rectaux rouges sont inversés en poussant les pinces Allis ou les pinces à dissection vers la lumière rectale pendant que vous nouez le nœud (Fig. 7.5). Il ne devrait pas y avoir de muqueuse rouge visible si la première couche est bien fermée.
 - Il peut être utile de placer un doigt ou un dilateur dans le rectum pour pousser les bords distaux vers l'avant pendant que vous placez les sutures.
 - Il est souvent techniquement plus facile de placer les points proximaux transversalement (Fig. 7.6).
 - Lorsque vous suturez vers la ligne médiane, il est souvent préférable de placer les trois dernières sutures, mais ne les nouez pas avant qu'elles soient toutes en place.
 - La Fig. 7.7a montre l'utilisation principale d'une poignée de revers pour les réparations de la FRV.
 - S'il y a un écart de taille entre la partie proximale et la partie distale du rectum, soit :
 - Placez les points plus proches les uns des autres dans la partie la plus étroite et
 - Placez les points transversalement à l'extrémité la plus large et verticalement à l'extrémité la plus étroite.
- Dans ces cas, vérifiez s'il y a des rétrécissements pendant la réparation. Si un rétrécissement se développe, envisagez d'inciser l'extrémité étroite (habituellement distale) comme sur la Fig. 7.11c.

Fermeture en un ou en deux plans : La plupart des chirurgiens de fistule visent une fermeture en deux plans avec sutures interrompues (Fig. 7.7b). Le deuxième plan est constitué de : (a) Proximement : Rectum ou péritoine. (b) Distalement : Rectum ou tout tissu distal. Parfois, le deuxième plan peut être difficile et un bon plan sans tension doit être accepté. Dans ce cas, envisagez un plan intermédiaire. S'il y a colostomie, il ne sert à rien de faire un deuxième plan.

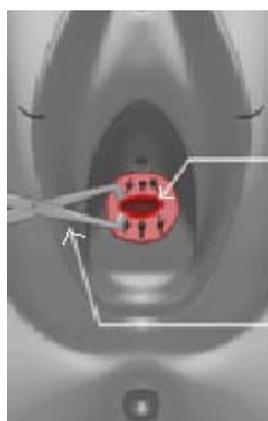


Fig. 7.5: Fermeture du rectum. Il est parfois utile de tenir les bords avec Allis (flèche) ou une pince à dissection pour inverser la muqueuse rectale (flèche).

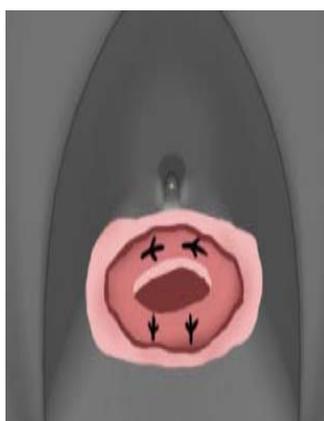


Fig. 7.6: Il est souvent techniquement plus facile de placer les points proximaux transversalement.

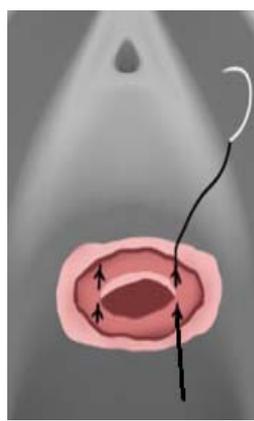


Fig. 7.7a: Dans ce cas, les sutures sont d'abord placées dans l'extrémité distale avec une prise en revers.

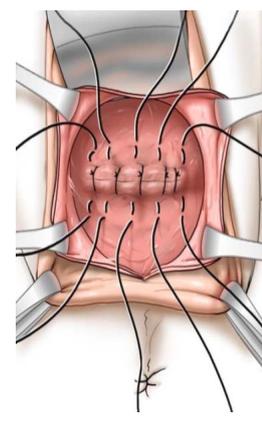
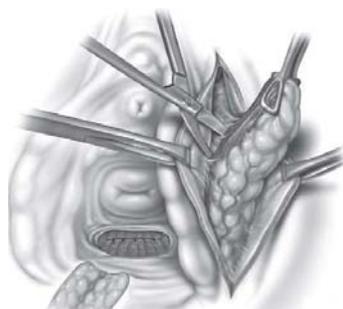


Fig. 7.7b: Montre une deuxième couche de sutures insérées pour le rectum mais pas encore nouées.

(5) COUCHE INTERMÉDIAIRE

Bien qu'elle ne soit pas couramment utilisée dans la plupart des réparations de FRV, on peut l'envisager surtout dans les FRV récurrentes, très sclérosées ou post-radiothérapie. (Ceci est indépendant de toute décision de pratiquer une colostomie.) Elle peut également être envisagée dans les cas où un seul plan de fermeture du rectum est possible. Les options sont :

- Pour les fistules vaginales moyennes et distales : suturer une feuille de muscle releveur de l'anus (Pubo-coccygien) devant la réparation rectale (voir Fig. 7.8b). Elle peut être mobilisée d'un côté ou des deux côtés comme dans la réparation FVV et placée sous forme de sling (bilatérale) ou de patch (unilatérale). Le muscle se trouve latéralement de chaque côté sous la peau vaginale.
- Lambeau de Martius (voir Fig. 7.8a) : Il est important de ne pas diviser le pédicule jusqu'à ce qu'il ait été déterminé que la longueur développée est adéquate, donc mesurez à l'aide d'un drain ou d'une gaze.
- Lambeau de Gracilis (voir section 8.4) : J'ai utilisé cette méthode à plusieurs reprises pour des FRV obstétricales où il était peu probable qu'elles guérissent autrement. L'important est de laisser les sutures angulaires (les deux extrémités de chacune) longues pour fixer la greffe en place. Fixez le muscle du côté le plus proche de la greffe d'abord sur la fistule. Ensuite, fixez le côté opposé.



- Utiliser un lambeau de Singapour (voir section 8.1) ou seulement la graisse ou le fascia d'un lambeau de Singapour.
- La membrane amniotique humaine est également utilisée comme couche intermédiaire.

Fig. 7.8a: Montre une greffe de Martius utilisée comme couche intermédiaire dans une FRV basse.

(6) FERMETURE DE LA PAROI VAGINALE

Il y a habituellement un écart important entre les bords proximal et distal du vagin. Cependant, les bords vaginaux sont déjà mobilisés dès la dissection initiale et peuvent généralement être rassemblés facilement.

- Maintenez les bords proximal et distal à l'aide d'une pince Allis.
- Utilisez une suture horizontale en matelas (Fig. 7.9a). Prenez le premier point proximale (1), puis descendez jusqu'au bord distal (2 et 3) et revenez proximale (4) et nouez.
- Commencez par les angles et faites la partie centrale en dernier. Cette méthode permet souvent de fermer des défauts importants.
- Si la fermeture du vagin est susceptible d'entraîner une sténose, il y a deux options :
 - i. Neo-vagin de Kees (voir chapitre 8) : Pour les FRV vaginales hautes et moyennes avec la poche de Douglas ouverte, le péritoine est utilisé pour former le nouveau vagin. Il est beaucoup plus sûr de le faire en même temps que la réparation de la FRV plutôt que plus tard car il y a peu ou pas de risque de blessure rectale.
 - ii. Faites un lambeau cutané (section 8.1).

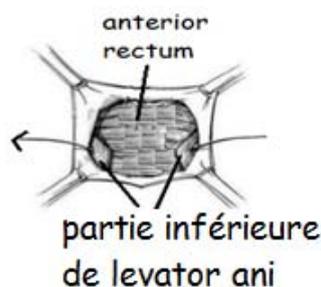


Fig. 7.8b: Approximation du releveur de l'anus.

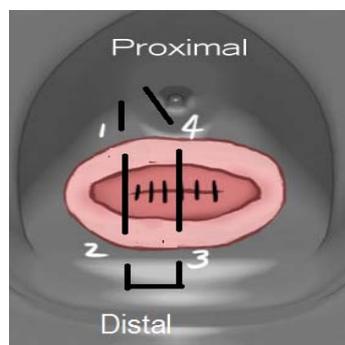


Fig. 7.9a: Fermeture vaginale avec suture en matelas.

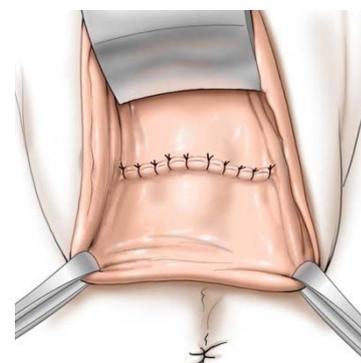


Fig. 7.9b: Vagin fermée. (Autorisation de G Chen)

PROBLÈMES PENDANT LA RÉPARATION TRANS-VAGINALE

(1) Les FRV complexes

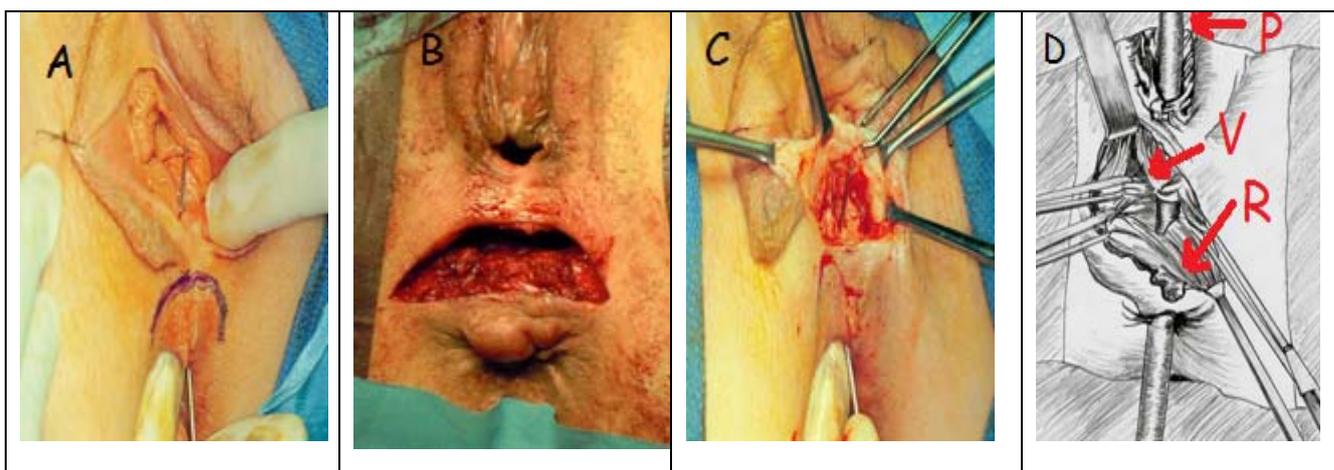
- Si la fistule semble s'étendre vers le rectum latéral, placez des pinces Allis tout autour pour voir ses limites.
- Le rétracteur de la paroi latérale peut être utile latéralement, en particulier lors de la suture des angles.
- Si la fistule semble avoir une approximation longitudinale, essayez de la refermer plus obliquement pour éviter de rétrécir l'intestin.

(2) **Si la FRV est très latérale** : une grande épisiotomie du côté affecté peut être très utile. Ensuite, à l'instar d'une FVV latérale récidivante, l'astuce consiste à libérer sa berge latérale pour qu'elle soit mobilisée en dedans.

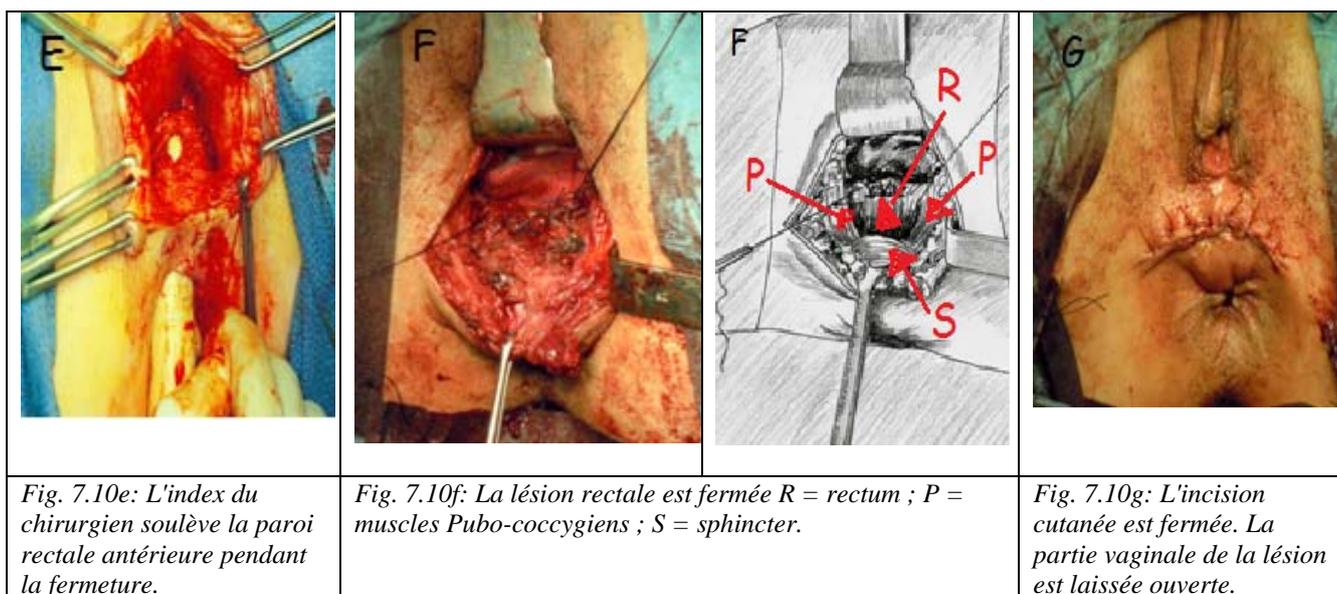
(3) **En cas de saignements abondants** (voir aussi page 34 : Saignements pendant l'opération de la fistule) : Cela peut se produire lorsque la fistule est coincée latéralement et que vous devez la disséquer librement. Vous pouvez blesser un gros vaisseau qui est la branche terminale de l'artère rectale médiane.

- Clamper et suturez le vaisseau, ou cautérisez en utilisant une basse tension, par exemple 20 watts. Si vous utilisez la haute tension, elle ne fait que cautériser les tissus superficiels, car elle carbonise la couche superficielle qui ne peut alors plus conduire la tension. Cela signifie que vous devez appuyer plus longtemps pour que la tension s'enfonce davantage.
 - Si vous ne parvenez pas à arrêter l'hémorragie :
 - Tamponnez (le tampon peut être trempé dans de l'adrénaline diluée à l'échelle de 1:250 000) et faites une pression pendant 5 minutes.
 - Laissez la pince en place pendant 30 minutes. L'opération peut généralement se faire avec la pince en place.
 - Si disponible, des agents hémostatiques tels que Surgicel ou Floseal peuvent être appliqués pour arrêter le suintement.
 - Une fois, au cours d'une réparation vaginale où il était difficile d'arrêter le saignement latéral, j'ai tamponné latéralement la zone de saignement, réparé la FRV et retire le tampon vaginal le lendemain. Une partie du vagin a été laissée ouverte pour permettre cela.
 - Si des saignements abondants se produisent postérieurement sur le sacrum, quelques points de suture à l'aide d'une aiguille forte peuvent être efficaces. Sinon, le contrôle abdominal des veines sacrées (souvent seulement par tamponnement ou l'utilisation d'ongle du pouce car il peut être difficile de voir quoi que ce soit) peut devenir nécessaire et la réparation peut devoir être effectuée d'en haut.
- (4) **Si vous faites un deuxième trou pendant la dissection** : il est plus susceptible d'être proximal que distal à la fistule. Il est généralement plus facile de fermer ce trou avec la fistule (similaire à la Fig. 3.13b) bien qu'une fermeture séparée (similaire à la Fig. 3.13c) soit une option si la distance entre les deux trous est grande.

(7.1B) FRV: APPROCHE TRANS-PERINEALE



La sonde et l'index aident à délimiter la fistule et son trajet. Fig. 7.10a : L'incision est dessinée. Fig. 7.10b : Incision périméale pratiquée. Fig. 7.10c : Montre la paroi vaginale postérieure mobilisée à partir de la paroi rectale antérieure. Fig. 7.10d : Affiche le même diagramme que 7.10c. V = paroi vaginale R = rectum P = sonde



En plus de l'approche vaginale et abdominale, les FRV peuvent être réparées par une approche trans-périnéale. L'emplacement de la fistule est le principal déterminant. L'approche trans-vaginale est bonne pour les fistules plus proximales des sphincters anaux. Pour les fistules plus distales, l'approche trans-périnéale permet un meilleur accès. Elle est le plus souvent utilisée dans la rupture partielle des déchirures du 4e degré et des fistules non obstétricales. Les avantages sont les suivants : (a) elle évite de couper le sphincter pour accéder et préserve ainsi tout sphincter anal interne et externe intact. (b) Si le sphincter est déchiré, elle permet un bon accès pour le réparer. Note : Dans le cas d'une FRV très petite et distale qui ne cause que des flatulences occasionnelles par le vagin, il est possible de ne pas opérer du tout, car la chirurgie périnéale peut causer une lésion iatrogène du sphincter anal ou du nerf honteux.

Méthode :

- Passez une sonde à travers la fistule. Faites une incision vaginale autour de la FRV si possible.
- Faites une incision transversale ou en U inversé à travers le corps périnéal au-dessus du sphincter anal comme indiqué à la Fig. 7.10 a + b. Cette incision peut être faite au niveau de la fourchette postérieure, c'est-à-dire à la jonction du vagin et du corps périnéal, ou en dessous.
- L'incision s'approfondit jusqu'à ce que vous atteigniez la sonde. Tirez ensuite la sonde vers l'arrière de façon à ce qu'elle ne fasse qu'entrer par le rectum.
- Séparez le vagin de l'anus et du rectum proximal à la FRV qui est maintenant exposée.
- La dissection est étendue latéralement et proximale autour de la fistule entre la paroi rectale antérieure et la paroi vaginale postérieure. Resuturez la paroi vaginale avec deux points de suture.
- Excisez le tissu cicatriciel de l'ouverture fistuleuse à l'extrémité rectale et réparez la paroi rectale transversalement avec des sutures interrompues pour inverser la muqueuse rectale. Il est plus facile de le faire pendant que la sonde est encore dans l'ouverture rectale. Une deuxième couche peut être placée.
- Rapprochez le fascia recto-vaginal. Rapprochez les muscles pubo-coccygiens à la ligne médiane.

(7.2) FRV: REPARATION TRANS-VAGINALE: LESIONS CIRCONFÉRENTIELLES

Les anomalies circonférentielles surviennent dans le rectum, mais elles ne sont pas aussi évidentes que dans la vessie. Il y a deux indices :

- (i) Souvent les angles latéraux de la fistule semblent aller très loin autour postérieurement et il y a habituellement beaucoup de tissu cicatriciel dans ce secteur.
- (ii) En cas de sténose marquée, soupçonner que le défaut est circonférentiel.

Les principales raisons faire une dissection circonférentielle sont soit pour aider à la mobilisation des deux extrémités, soit pour réséquer la zone sténotique. La zone sténotique est le tissu cicatriciel qui comble l'espace entre les deux parties du rectum.

- Si vous coupez à travers le pont étroit du tissu postérieur (Fig. 7.11a) et que vous disséquez sous le rectum proximal, cela vous permet de faire descendre le rectum proximal. La partie distale du rectum doit également être mobilisée à un degré plus limité.

- Après la dissection, fermer la couche postérieure, puis la couche antérieure comme dans toute anastomose intestinale. Il est préférable d'utiliser des sutures interrompues qui sont principalement placées dans la couche séromusculaire. Les sutures sont nouées au fur et à mesure qu'elles sont placées.
Paroi postérieure : Commencez par une suture postérieure dans la ligne médiane placée de l'intérieur de la lumière du rectum (Fig. 7.11b) pour que les nœuds finissent à l'intérieur de la lumière. Pour l'exposition, il est plus facile de travailler d'abord à gauche, puis à droite ou inversement. Lorsque vous atteignez les bords latéraux, les sutures sont placées de l'extérieur de la paroi rectale.
Paroi antérieure : Lorsque vous vous approchez de la ligne médiane antérieurement, il peut être préférable de placer plusieurs points de suture, mais ne les nouez qu'une fois qu'ils sont tous placés.
- Si ce n'est pas déjà fait, faites une colostomie.

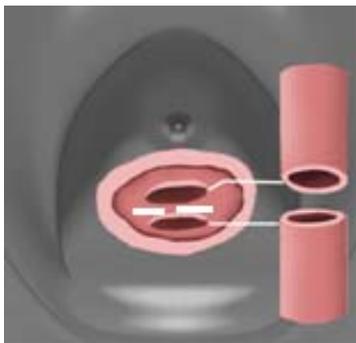


Fig. 7.11a: La ligne blanche représente l'incision à pratiquer entre les extrémités proximale et distale d'une lésion circonférentielle.

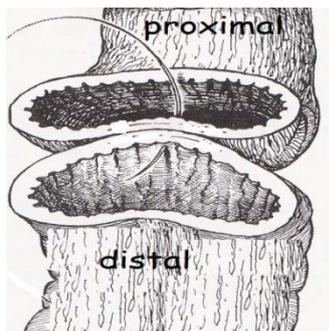


Fig. 7.11b: La fermeture après dissection circonférentielle commence à la ligne médiane postérieure, comme indiqué sur l'illustration.

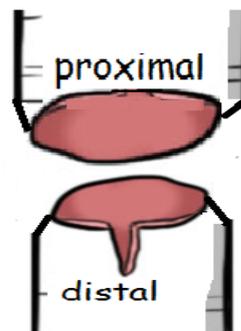


Fig. 7.11c: S'il y a une grande différence entre les deux extrémités, l'extrémité la plus étroite (distale ici) peut être incisée pour l'agrandir comme indiqué.

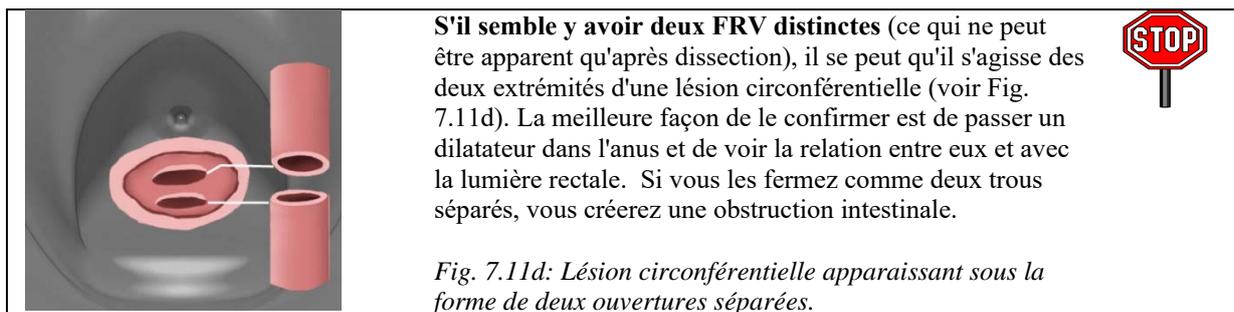
! Bon conseil ! S'il y a un écart dans la taille des deux extrémités avec l'extrémité distale plus étroite, séparez les points ou prenez des points plus horizontaux à l'extrémité plus large. S'il y a toujours un écart et qu'il y a une tendance à la sténose lorsque vous refermez la lésion, alors une incision sur la paroi antérieure de l'extrémité étroite (Fig. 7.11c) aidera à surmonter ces deux problèmes.

! Conseil ! Sur la paroi antérieure droite, il peut être plus facile de suturer de l'extrémité distale à l'extrémité proximale avec l'aiguille en revers de main.

STENOSE RECTALE: Il est important de rechercher la présence d'une rectale due à un tissu cicatriciel entourant la lésion. Plus de 50 % des FRV hautes ont des sténoses et si vous ne faites rien, la FRV ne guérira pas. Les FRV vaginales moyennes n'ont généralement pas de sténose. La règle générale en ce qui concerne les sténoses est que si vous pouvez passer votre doigt à travers elle, les selles vont passer à travers. Il y a deux façons de composer avec les sténoses :

- Comme il s'agit habituellement de défauts circonférentiels, la dissection circonférentielle excisera la sténose.
- Si une sténose est découverte plus tard ou si vous ne faites pas de dissection circonférentielle, faites une rupture digitale ou avec un dilateur Hégar de la sténose. Essayez de faire passer deux doigts à travers la sténose pour rompre la sclérose, car vous devez amener le diamètre du rectum à environ 2,5 cm.

Par le passé, on préconisait de couper le tissu cicatriciel postérieurement à l'endroit de la sténose (moins susceptible de pénétrer dans la cavité péritonéale que de couper antérieurement). Cependant, il n'est pas conseillé car il y a toujours un risque d'entrée péritonéale surtout si la sténose est haute, et il peut en résulter une péritonite subséquente difficile à reconnaître.



(7.3) FRV: AAPPROCHE ABDOMINALE

Indications:

- Si la fistule n'est pas visible par le vagin.
- Si l'extrémité distale est visible par voie vaginale mais que l'extrémité proximale ne peut être atteinte que par voie abdominale. Dans ce cas, commencez la dissection de l'extrémité distale par voie vaginale, puis terminez-la par l'abdomen.

! Conseil! Si l'extrémité proximale d'une lésion circonférentielle n'est pas facile à voir, elle se trouve souvent dans le tissu cicatriciel de la ligne médiane. Il vaut donc la peine de faire une dissection vaginale car cela peut éviter une laparotomie si vous trouvez l'extrémité proximale.

Positionnement pour la réparation abdominale: Placez la patiente en position de lithotomie basse de façon à pouvoir accéder au périnée/rectum par le bas et par le haut. Cette position permet également à un second assistant de se tenir entre les jambes. Irriguer le rectum avec une solution de Bétadine pour permettre l'accès au rectum pendant l'opération, par exemple pour faire un examen rectal ou passer un grand dilatateur Hégar dans les cas difficiles.

! Conseil! Il est utile de placer un tube (p. ex. un gros tube d'aspiration ou un cathéter de Foley avec le ballonnet gonflé) dans le rectum, car cela vous aidera à savoir quand vous entrez dans le rectum pendant la dissection. Le cathéter de Foley peut également être utilisé pour faire un test d'insufflation d'air plus tard (voir ci-dessous).

Exposition : Tirez vers le haut sur l'utérus avec un point de suture fundique d'après la Fig. 7.12A. Un bon éclairage (headlights) est très utile dans cet espace.

! Bon conseil! Un truc utile pour garder la traction sur l'utérus est de placer la pince hémostatique qui maintient la suture du fondus de l'utérus sous traction, puis de placer une pince à champs à travers celle-ci pour la fixer aux champs.

Dissection : Le rectum est nettement disséqué de la paroi vaginale postérieure.

- Commencez la dissection de chaque côté du rectum en ouvrant le péritoine viscéral. Identifiez les uretères et travaillez de chaque côté jusqu'en dessous du niveau de la fistule.
- Coupez ensuite le pli recto-vaginal/utérin du péritoine.
- Il peut être utile de mobiliser derrière le rectum pour le libérer dans une certaine mesure, bien qu'une mobilisation plus complète ne soit possible qu'après qu'il ait été libéré du vagin par l'avant (distal).
- Le rectum est ensuite ouvert avec des ciseaux où il est collé au vagin, c'est-à-dire au site de la fistule. Au début, votre main gauche étire le rectum proximement tandis que votre main droite coupe. Ensuite, l'index gauche peut être utilisé pour sentir le tissu restant à couper (Fig. 7.12B).
- Mobilisez et excisez les berges. Vérifiez avec votre doigt pour vous assurer qu'il n'y a qu'un seul trou.

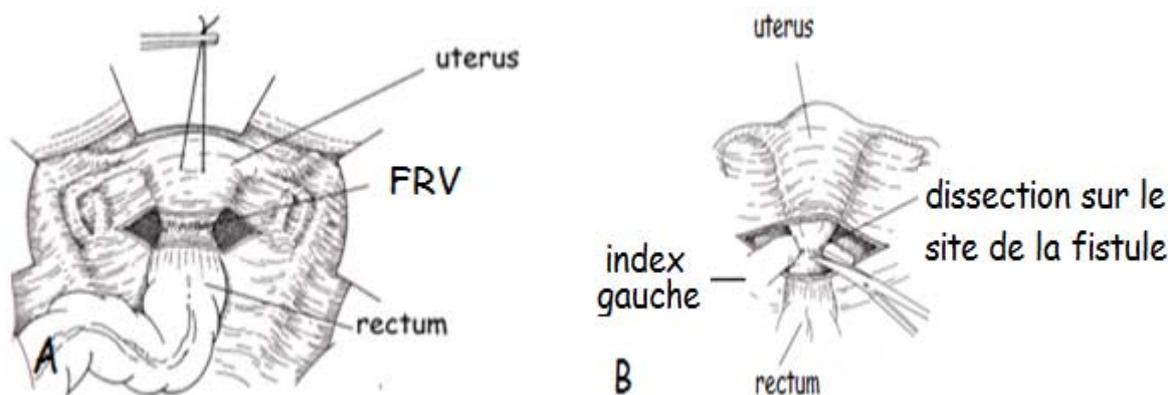


Fig. 7.12: Il s'agit de la vue d'en haut de l'intérieur du bassin à la laparotomie. (A) Suture fundique sur l'utérus pour la traction, et péritoine viscéral ouvert (B) dissection de la fistule du vagin. (De Camey M)

Réparation du rectum: Les bords proximal et distal sont maintenus avec une pince Allis. Suturez les bords avec les points interrompus (fig. 7.13a).

- Commencez à chaque angle latéralement et travaillez vers le centre. Souvent, un bord est plus large, alors surveillez la suture au cas où vous auriez besoin de faire plus de points ou de les placer horizontalement sur le bord le plus large.
- Prenez des points à pleine épaisseur ou seulement des points séromuqueux
- Une seule couche suffit, car l'objectif est de rapprocher les bords plutôt que de fermer hermétiquement.
- Une colostomie doit être faite si ce n'est pas déjà fait. Certains chirurgiens ne font pas la colostomie s'ils ont obtenu une fermeture sans tension, sans contamination des selles pendant l'opération et le test d'insufflation d'air est négatif (voir ci-dessous).

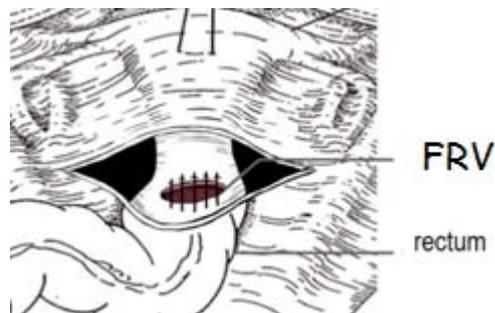


Fig 7.13a: Montre la fermeture de la fistule en une seule couche de sutures interrompues.. (Adapte de les Fistules Obstetricales by Camey M.)

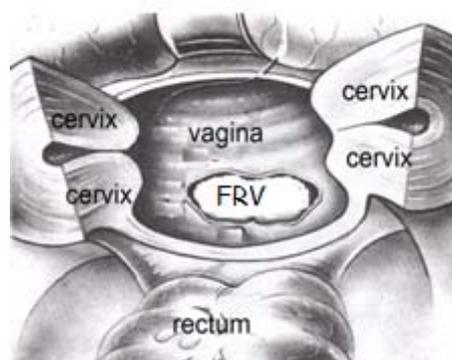


Fig. 7.13b: Montre l'accès à la fistule en divisant le col de l'utérus. La fistule est approchée antérieurement par le dome vaginale.

Si l'accès est difficile en raison d'une fibrose et d'une sclérose extrêmes de sorte que le col de l'utérus et le dôme vaginal sont fixés au promontoire sacré, l'approche postérieure habituelle via la poche de Douglas entre le rectum et le vagin est impossible. Au lieu de cela, on utilise un abord antérieur. Effectuez d'abord une hystérectomie sub-totale, puis sectionnez le moignon cervical (dans le sens antéro-postérieur). Les deux moitiés du col de l'utérus sont rétractées de part et d'autre, exposant la fistule dans le fornix postérieur (Fig. 7.13b). Cette approche peut également être utilisée si la FRV semble être très basse au niveau de l'abdomen, de sorte que vous ne pouvez pas y accéder même si vous ne l'avez pas atteinte par voie vaginale. C'est une approche que j'ai trouvée utile à plusieurs reprises.

Reference: Recto-vaginal fistulae following difficult labour. Lawson; *JProc R Soc Med.* 1972 Mar; 65(3):283-6.

(7.4) FRV CIRCONFÉRENTIELLE PENDANT LA RÉPARATION ABDOMINALE

Ces cas ont habituellement une sténose du rectum au site de la fistule. Après dissection et mobilisation de la fistule (et excision de toute zone sténosée restante), il vous reste deux extrémités du rectum à relier ensemble. La technique de l'anastomose rectale basse est utilisée :

! Conseil! L'extrémité distale du rectum peut se rétracter vers le bas. Saisissez les bords tout autour avec une pince Allis ou Babcock pour la tirer vers le haut. Si vous ne parvenez pas à fixer l'extrémité distale, vous devrez effectuer une procédure d'extraction (voir ci-dessous).

! Conseil! Rassurez-vous que les deux extrémités rectales sont bien vascularisées et mobiles. Vous devez mobiliser l'extrémité proximale, allant derrière du mésentère et en haut du sigmoïde pour cela.

! Conseil! S'il y a déjà une colostomie sigmoïde, il peut être nécessaire de l'enlever pour permettre à l'extrémité proximale de l'intestin de descendre dans le bassin. Après la réparation, il est souvent plus facile de placer une iléostomie en anse au même endroit ou de faire une colostomie transverse.

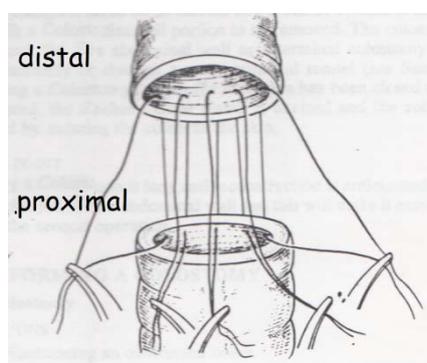


Fig. 7.14a : Fermeture d'une petite lésion circonférentielle par voie abdominale. La paroi postérieure fermée avec toutes les sutures placées mais non nouées (vue de dessus).

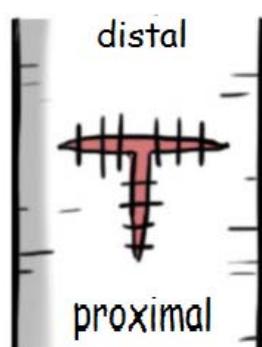


Fig. 7.14b: Si la berge proximale est plus large, la fermeture de la couche antérieure peut être en T.

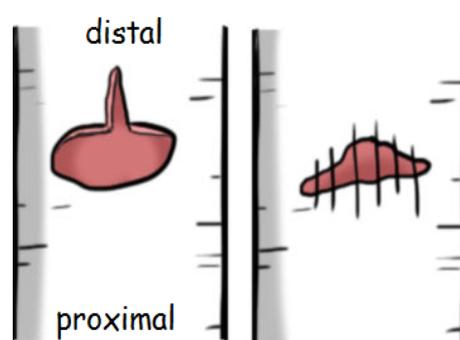


Fig. 7.14c: Si la berge proximale est plus large, une meilleure option est d'élargir l'extrémité distale en incisant la paroi antérieure comme indiqué à gauche.

- (1) **Placez un point latéral** de chaque côté (3 et 9 heures). Cela se fait de l'extérieur vers l'intérieur et de l'intérieur vers l'extérieur pour que les nœuds soient à l'extérieur. Celles-ci sont placées mais pas nouées jusqu'à ce que vous ayez placé et noué la rangée postérieure.
- (2) **Rangée postérieure :**
 - Habituellement, commencez du côté droit juste médial au point latéral (fig. 7.14a) et travaillez vers le côté gauche.
 - Placer (mais ne nouez pas) toutes les points séparés postérieurs en prenant toute l'épaisseur (évités la muqueuse si vous le souhaitez). Cela se fait de l'intérieur de la lumière pour que les nœuds finissent à l'intérieur. Prenez d'abord le rectum proximal, puis le rectum distal.
 - La rétraction sur le point précédent peut aider à placer le point suivant.
 - Environ 9-10 points de suture sont placés. Chaque point est espacé d'environ 3 mm, ce qui représente 1 cm de bon tissu de chaque côté. Une fois toutes ces sutures posées, nouez-les une à une (en commençant par la dernière suture insérée) en laissant les nœuds du côté de la muqueuse.

! Conseil! Il est très important de garder l'ordre des pinces hémostatiques pour éviter que les points de suture ne s'emmêlent. Il y a 4 façons de le faire:

- (a) Le plus simple est de placer une compresse autour de chaque pince hémostatique au fur et à mesure qu'elle est placée. Ensuite, au moment de nouer, il suffit d'enlever une gaze à la fois pour exposer la pince correcte pendant que vous nouez chaque suture.
- (b) Placez les anneaux de la pince hémostatique dans une longue pince fermée, par exemple une pince Kochers. Un assistant est chargé de le tenir pour s'assurer que la pince hémostatique ne tombe pas de la pince. Vous pouvez également fixer l'extrémité de la pince aux champs.

- (c) Utilisez des pinces dans un ordre spécifique que vous utilisez chaque fois que vous avez besoin de tenir des points de suture avant de nouer, par exemple, utilisez une pince hémostatique courbe, une droite, une grande, une pince de Kocher, etc.
- (d) Si disponible, un écarteur autostatique peut être utilisé.

(3) Rangée antérieure: Nouez d'abord le point latéral initial de chaque côté.

Placez la couche antérieure de sutures (interrompues) mais nouez-les au fur et à mesure que vous les placez. Travaillez de chaque côté, de l'extérieur vers l'intérieur, de façon à finir sur la ligne médiane.

- Si vous vous tenez sur le côté gauche, placez les points de suture de proximal à distal.
- Si vous (ou votre assistant) êtes debout sur le côté droit, il est plus facile d'insérer les sutures de distal à proximal.
- Lorsque vous vous dirigez vers le centre, il est préférable de placer les 3-4 dernières sutures, mais ne les nouez pas avant qu'elles soient toutes placées.

 **Conseil!** Placer l'extrémité d'une pince à angle droit dans la lumière rectale est une façon utile d'afficher le rectum antérieur (surtout pour le bord distal) lorsque vous fermez la rangée antérieure.

Il est important de travailler de chaque côté, de latéral à médial, de façon à ce que vous vous retrouviez au centre. Sinon, vous aurez du mal à aligner les bords. L'extrémité proximale est souvent beaucoup plus large que l'extrémité distale. Ceci devient apparent lors de la fermeture de la couche antérieure. Pour surmonter ce problème, utilisez l'astuce suivante.

 **Astuce!** Le côlon est généralement plus large que le rectum. L'espacement des points proximaux permettra de surmonter la plupart des divergences. Cependant, vous devriez commencer à le faire sur la rangée postérieure, sinon il y aura une grande différence lorsque vous arriverez à la rangée antérieure. Si vous avez mal géré l'écart, il se peut que vous deviez suturer l'extrémité proximale sur elle-même en forme de T (Fig. 7.14b). Une meilleure alternative consiste à faire une incision verticale dans la ligne médiane de la partie antérieure de l'extrémité rectale distale pour l'élargir (Fig. 7.14c). Une fois fermée, elle s'étirera comme une incision linéaire et évitera une jonction en T, ce qui devrait permettre une meilleure cicatrisation. Cependant, comme l'extrémité distale peut déjà être courte, il se peut qu'il ne soit pas possible de le faire. Note : Ces deux options devraient rarement être nécessaires.

Test : Pendant la réparation abdominale, l'anastomose peut être testée en injectant de l'air par un cathéter de Foley (ballonnet gonflé à 50 ml) dans le rectum inférieur tout en serrant le côlon sigmoïde avec votre main. Le bassin est d'abord rempli de solution saline et 60 ml d'air sont injectés à l'aide d'une seringue à vessie le long du cathéter de Foley dans le rectum qui devrait se distendre. S'il y a une fuite d'air, il serait plus sûr de faire une colostomie en plus d'insérer plus de sutures dans la zone de fuite. L'inverse est également vrai. S'il n'y a pas de fuite d'air lors du test, cela signifie que vous avez obtenu une bonne réparation et qu'une colostomie peut être évitée.

INTERVENTION ABDOMINO-PÉRINÉALE COMBINÉE (PULL-THROUGH) POUR LES DÉFAUTS CIRCONFÉRENTIELS

Situation 1 (fig. 7.15a) : Le rectum distal peut être visualisé par voie vaginale : Parfois, il y aura un grand écart entre l'extrémité proximale et l'extrémité distale du rectum. L'extrémité distale peut se trouver à quelques centimètres au-dessus du sphincter externe. Dans ce cas, l'extrémité proximale peut devoir être mobilisée au niveau de l'abdomen, puis tirée dans le vagin. Il peut ensuite être anastomosé (Termino-terminale) avec l'extrémité distale (ano-rectum). Ceci est relativement facile à faire à condition qu'il y ait beaucoup de longueur sur le rectum. Assurez-vous que l'extrémité proximale dépasse la symphyse pubienne de l'abdomen avant de la tirer à travers le plancher pelvien.

Si la paroi antérieure du rectum distal est atteinte par une déchirure et une fistule, il peut sembler qu'elle soit presque totalement absente. Cependant, en général, la paroi antérieure est partiellement rétractée plutôt qu'absente. Il faut anastomoser l'extrémité proximale (parois antérieure et postérieure) à cette paroi (paroi "postérieure"). Commencez simplement par l'arrière sur la ligne médiane et faites le tour des deux côtés. Vous devez gagner plus de distance sur le bord proximal en espaçant les points de suture plus loin l'un de l'autre. S'il y a une sténose, voir Fig. 7.11c.

Situation 2 (Fig. 7.15b): Le rectum distal ne peut pas être abordé par voie vaginale, c'est-à-dire que la fistule est trop haute pour être abordée par voie vaginale et trop basse pour être anastomosée par voie abdominale, c'est-à-

dire que la longueur du rectum distal ne suffit pas pour travailler par le haut. Une anastomose colo-anale est réalisée. Cette méthode peut être utilisée pour :

- (a) Les fistules post-radiothérapie
- (b) Fistule obstétricale : Lors d'une réparation abdominale d'une FRV circonférentielle, si vous trouvez que l'extrémité distale est trop courte ou se déchire distalement en essayant d'anastomoser, alors il est préférable de faire une traction (pull-through).

Méthode:

- Le côlon gauche est mobilisé pour inclure l'angle splénique. S'il y a déjà une colostomie sigmoïde, celle-ci doit être enlevée et fermée.
- Inciser le péritoine vers la droite, puis vers la gauche du rectum. Identifier l'uretère gauche.
- Pour séparer le rectum du vagin, divisez d'abord le péritoine. Tirez ensuite vers le haut sur le vagin/utérus, tout en appuyant sur le rectum.
- Il est souvent plus facile de transectionner le rectum au site de la FRV, puis le mobiliser proximement.
- Une fois le rectum mobilisé, placez deux sutures solides de chaque côté latéralement, qui servent à le tirer vers l'anus. Ne le tordez pas. Utilisez les deux sutures d'ancrage pour vérifier qu'il ne pas tordu.
- Comme le rectum a été coupé (par le haut) à 4-8 cm au-dessus de la ligne dentée, vous devez exciser la muqueuse rectale distale par le bas pour laisser un petit anneau ano-rectal pour joindre le rectum tiré à travers le rectum ; sinon vous ne pouvez pas accéder par le bas pour faire l'anastomose. La muqueuse est excisée en injectant une solution saline avec de l'adrénaline diluée en dessous et en la divisant en 4-6 bandes de 3-4 cm de large. En commençant par la partie postérieure, pratiquez deux incisions longitudinales dans la muqueuse rectale, puis une incision transversale à 2-4 cm au-dessus de la ligne dentée. Ensuite, avec des ciseaux, amincissez et exciser la muqueuse. Ceci est répété tout autour du rectum. De temps en temps, il reste de la muqueuse, ce qui peut entraîner la formation de mucus et d'abcès. Certains chirurgiens utilisent la cautérisation pour exciser la muqueuse.
- L'anastomose s'effectue transversalement à 2-4 cm au-dessus de la ligne dentée. Utilisez environ 12 points de suture de Vicryl 2/0 interrompu. Placer les sutures à 12, 3, 6 et 9 heures sans nouer. Ensuite, placez des points de suture entre les deux, et nouez-les au fur et à mesure que vous avancez. De cette façon, vous avez suturé l'anneau rectal à l'anneau anal tout autour, les nœuds faisant face à la lumière (Fig. 7.15b).
- Faites toujours une colostomie (transversale) ou une iléostomie en anse.

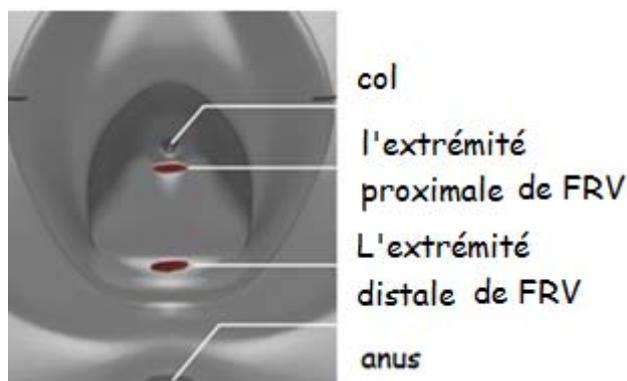


Fig. 7.15a: Type d'anomalie pouvant nécessiter une intervention de traction par voie vaginale ou périnéale (situation 1).

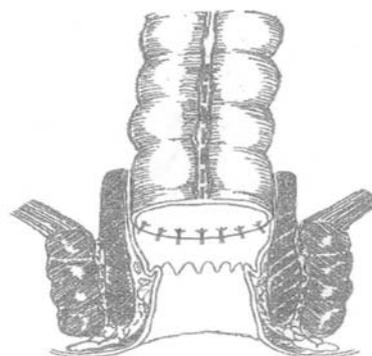


Fig. 7.15b: Anastomose colo-anale réalisée à 2-4 cm au-dessus de la ligne dentée (Situation 2).

Soins postopératoires : En cas de fièvre, il faut faire un toucher rectal et drainer quoi que ce soit par l'anastomose. S'il y a un abcès, il est préférable de le drainer de façon proactive plutôt que d'attendre qu'il se draine spontanément.

La description suivante s'applique principalement aux fistules post-radiothérapie où il est souvent possible de diviser le rectum à un niveau inférieur car la FRV est inférieure :

- Entrez dans le plan arrière (postérieur et latéral au rectum) pour mobiliser complètement jusqu'au plancher pelvien. Le plan sépare le rectum du sacrum et se trouve entre les deux :
 - Le mésentère en arrière et sur les côtés (postérieurs et latéraux) du rectum qui est en grande partie du tissu graisseux et des vaisseaux sanguins qui est connu comme le méso-rectum. Sa surface est lisse et bilobée.

- Le fascia pré-sacré. Couper cette couche expose les veines sacrées, donc si vous voyez les vaisseaux sanguins du sacrum, cela signifie que vous êtes dans le mauvais plan. En entrant dans ce plan (connu sous le nom de plan saint), il ne devrait pas y avoir de saignement alors que si vous disséquez trop près du rectum ou du sacrum, il y aura saignement. En cas de doute, restez plus proche de la "séreuse" du rectum que du sacrum.
- Dans les FRV circonférentielles, vous pouvez couper la zone où la FRV est collée en arrière lorsque vous descendez dans ce plan. Il est alors nécessaire d'utiliser une dissection tranchante pour mobiliser le rectum.
- Placez une pince transversalement à travers le rectum aussi bas que possible. Puis, en plaçant vos doigts sur la pince, tirez vers le haut sur le rectum.

 **Conseil!** Un assistant peut placer son doigt dans le rectum pour vous aider à identifier le rectum inférieur par le haut.

- Sectionnez le rectum aussi bas que possible, idéalement à environ 2-4 cm au-dessus de la ligne dentée.
- Il se peut que vous deviez ensuite tailler proximale pour exciser la fistule.
- Si vous êtes capable de sectionner bas, vous n'avez pas besoin d'exciser le rectum ou la muqueuse rectale par le bas.

STÉNOSE TARDIVE

Dans certains cas, il y a une sténose marquée au site de la fistule avant toute réparation. Si une colostomie est faite, la sténose peut devenir complète car les selles ne dilatent plus le site. J'ai vu plusieurs cas où une colostomie a été faite pour une FRV et où le rectum est devenu complètement sténosé. La FRV semblait "cicatrisée" et le test de coloration était négatif. Ce n'est qu'en faisant un examen rectal que la sténose pouvait être ressentie en haut. La sténose touche à la fois le rectum et les tissus environnants du bassin, au niveau du bord pelvien/du promontoire sacré. La résection de la zone rectale impliquée dans la sténose suivie d'anastomose doit être effectuée par voie abdominale similaire à la réparation circonférentielle de la FRV.

 **Conseil!** En cas d'incertitude sur la sténose, un examen sous anesthésie est indiqué. Presque toujours, on peut sentir la sténose par le bas, surtout chez une patiente anesthésiée.

 **Conseil!** Lorsqu'une FRV a été réparée et qu'il y a une sténose sur le site de réparation, si vous pouvez faire passer votre doigt par la zone sténosée, la colostomie doit être fermée après 6 semaines, à condition qu'un test au bleu (effectué par la colostomie) ne montre aucune fuite.

SOINS POSTOPÉRATOIRES APRÈS LA RÉPARATION DU FRV:

- (a) Si approche vaginale : Fluides intraveineux seulement jusqu'à ce que les flatulences passent. Ceci devrait être suivi par des liquides oraux ou un régime alimentaire léger (soupe, yaourt, etc.) seulement jusqu'au 7^e jour. Un régime alternatif qui est utilisé est de permettre à la patiente de boire le même jour, des liquides épais le jour 1, un régime léger le jour 2 et un régime normal avec des laxatifs le jour 3.
- (b) Si approche abdominale : Commencez à donner des liquides oraux lorsque la stomie fonctionne et commencez des aliments solides une fois que les liquides sont tolérés. La stomie est fermée après 6 semaines. Si vous attendez trop longtemps, le site de la fistule peut devenir étroit, car il n'est pas dilaté par les selles.

S'il y a des fuites de selles par le site de la réparation de la FRV:

- Irriguer le vagin avec une seringue pour le garder propre après chaque selle. Enlevez toutes les selles. Il est encore possible que la FRV guérisse. Cela peut être fait par la patiente elle-même après une instruction appropriée. Combinée à un régime pauvre en résidus, l'irrigation peut protéger contre un lâchage de suture de la FVV et augmente également les chances de guérison de la FRV.
- Envisagez de faire une colostomie, surtout si vous pensez que la réparation sera difficile. Avec une colostomie, il y a même une chance que la fistule puisse guérir sans autre chirurgie.

Cas clinique: Une patiente primipare a subi une césarienne pour obstruction du travail avec un bébé mort-né. Elle a développé une VVF et une RVF. Les selles traversaient aussi la blessure abdominale. Lors de la laparotomie, il n'y avait qu'un bord étroit de tissu joignant le rectum proximal et distal au site de la FRV. Ceci a été divisé et l'extrémité proximale a été extériorisée comme une colostomie terminale. Après 5 mois, la FVV a été fermée par voie vaginale. En même temps, le rectum a été réanastomosé par voie abdominale. Lors de la laparotomie, il était difficile de localiser la partie proximale du rectum distal. Un grand dilateur de Hégar a été introduit dans le rectum par l'anus, ce qui a facilité la localisation du rectum. Après la réouverture du rectum distal, une anastomose a été réalisée avec des sutures interrompues comme décrit ci-dessus.

(7.5) DÉCHIRURE DU SPHINCTER ANAL RÉPARATION (SECONDAIRE)

Le sphincter anal interne est responsable du tonus de repos du canal anal. Ce groupe de muscles lisses est le principal responsable de la continence des selles liquides et des flatulences. Il se détend en réponse au remplissage du rectum. Les déchirures du sphincter interne conduisent à la souillure passive et à l'incontinence de flatulences.

- Le sphincter interne se trouve dans la partie distale de 2,5 à 4 cm de la paroi ano-rectale.
- Dans les déchirures fraîches, vous pouvez identifier le sphincter interne juste au-dessus de la muqueuse ano-rectale / séreuse et il a un aspect blanc, ou pâle et ou apparence poisson. Elle se rétracte souvent latéralement et de façon supérieure, mais peut être identifiée plus facilement au sommet de la déchirure, c'est-à-dire que les extrémités d'un sphincter anal interne déchiré sont souvent situées latéralement à la muqueuse ano-rectale. Il doit être inclus dans la deuxième couche après la réparation des muqueuses. Les pinces Allis peuvent être placées aux extrémités du sphincter anal interne rétracté pour faciliter la réparation.
- Dans les vieilles déchirures, il est difficile d'identifier le sphincter interne. Si vous fermez la paroi ano-rectale en deux couches, cela peut rapprocher le sphincter interne.

Le sphincter anal externe et la partie interne du releveur de l'anus (pubo-rectal), deux groupes musculaires striés, sont principalement responsables de la continence des selles solides. Le sphincter externe réagit au remplissage soudain du rectum secondaire au péristaltisme de l'intestin.

- Le sphincter externe est rouge et ressemble à de la viande et mesure 2,5 cm de long. Elle est recouverte d'une capsule et représente latéralement la graisse ischio-anale.
- La longueur du sphincter est le meilleur prédicteur de la continence car c'est une zone de haute pression.
- La contraction du muscle pubo-rectal peut compenser une déchirure du sphincter externe pendant un certain temps.

Les patients ayant des déchirures des sphincters interne et externe ont plus de symptômes que ceux qui ont des déchirures du sphincter externe seulement.

Diagnostic: *Si vous n'êtes pas sûr si le sphincter est déchiré ou non.*

Inspectez : Avec une déchirure partielle du sphincter externe, recherchez l'absence des plis cutanés antérieurs à l'anus.

Palpez : Placez l'index dans le rectum et le pouce dans le vagin. Cela vous permettra de détecter toute perte de volume du sphincter, ce qui suggère une déchirure sous-jacente au troisième ou quatrième degré.

Mouvement : Demandez à la femme de contracter son sphincter anal tout en effectuant un examen rectal en douceur et toute perte de tonus suggérera un défaut sous-jacent du sphincter.

Si la patiente se présente avec une déchirure infectée, vous devez attendre qu'elle soit propre avant de pouvoir la réparer. Il est préférable de débrider agressivement, de traiter avec des antibiotiques si indiqué et de faire des bains de siège 2-4 fois par jour. Il est fortement recommandé d'ajouter du détergent à l'eau comme Omo. La réparation peut être effectuée lorsque les tissus semblent sains. Il n'est pas nécessaire d'attendre 6 semaines ou plus avant de réparer.

Reference: Obstetric Trauma Surgery: sphincter ani rupture. Kees Waaldijk January 2016.

Préparation préopératoire

- Gardez les liquides pendant 1 à 2 jours avant l'opération.
- Faites un lavement la veille pour s'assurer que le côlon inférieur est vide. Un lavement fait le matin de l'intervention provoque souvent un passage continu de selles liquides pendant l'opération. On peut aussi utiliser une préparation orale complète pour l'intestin, comme dans le cas de la FRV.
- Une colostomie n'est généralement envisagée que s'il y a eu deux échecs antérieurs, c'est-à-dire à la troisième tentative.
- Administrez des antibiotiques prophylactiques peropératoires car le risque d'infection est plus élevé avec des réparations secondaires qu'avec des réparations primaires. Le métronidazole seul ou associé à la gentamycine ou à une céphalosporine sont les plus utilisés.



Fig. 7.16 a: Exemple de déchirure de 4eme degré.



Fig. 7.16b: Montre l'incision initiale faite pour séparer le vagin du rectum.



Il existe trois techniques de réparation de ces lésions:

- Effectuez une dissection limitée suffisante pour obtenir une approximation Termino-Terminale des sphincters: méthode la plus courante.
- Faites une dissection majeure pour permettre le chevauchement des sphincters.
- Approximer les sphincters avec des points de suture sans les disséquer, c.-à-d. omettre l'étape 3 ci-dessous.

(ETAPE 1) INCISION



Fig. 7.17a: Point d'ancrage sur chaque cote.(K Waaldijk)

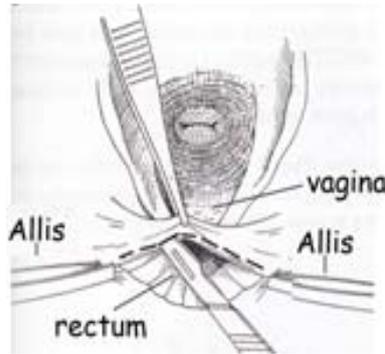


Fig. 7.17b+ c: L'incision est faite au niveau de la jonction du vagin (rose) et du rectum/anus (rouge).



- Infiltrer avec un vasoconstricteur, c'est-à-dire une solution d'adrénaline diluée.
- Étirer la peau à la jonction du rectum et du vagin entre deux pinces Allis, comme indiqué à la figure 7.17b. Alternativement, placez un point d'ancrage de chaque côté latéral au bord rectal antérieur (au niveau des extrémités du sphincter rétracté) de la peau latéralement. Ceci étire le bord antérieur de l'anus (voir Fig. 7.17a).
- Placez une pince à disséquer avec griffe par la main gauche juste à l'intérieur du vagin pour la soulever (7.17b).
- Faites une incision horizontale transversale au bistouri à la jonction du rectum et du vagin - représentée par la ligne interrompue ou la jonction rouge - rose (Fig. 7.17c). Les options sont :
 - (a) Étendez l'incision latéralement d'environ 1 cm sur la peau de chaque côté (fig. 7.17c) ou
 - (b) N'étendez pas l'incision sur la peau. Faites plutôt un tour postéro-médial de 1 à 2 cm sur la jonction rectum-peau (voir Fig. 7.16b). Cependant, si vous prolongez trop loin en arrière, cela peut compromettre l'irrigation sanguine de l'anus. Cette méthode est plus facile à fermer et donne un meilleur résultat esthétique.
- Il se peut que vous ayez besoin d'exciser une bande étroite de muqueuse rectale et vaginale sclérosée qui a guéri ensemble.

(ÉTAPE 2) SÉPARER LE VAGIN DU RECTUM

Séparez le vagin du rectum sur une distance d'environ 4 cm, à l'aide d'un bistouri pour couper le tissu près du vagin (fig. 7.18c).



Fig. 7.18a: Le vagin est en train d'être séparé de l'anus/rectum avec un bistouri. Le doigt est dans le vagin.

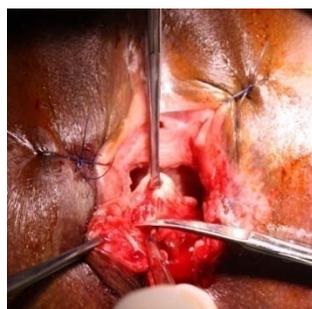


Fig. 7.18b: Dans ce cas, le vagin est séparé avec des ciseaux dans la main droite et des pinces à disséquer dans la main gauche.

⚠ Conseil! Gardez votre doigt dans le vagin et disséquez près de lui pour éviter d'ouvrir le rectum. Ayez des pinces Allis sur les berges rectales et vaginales pour aider à faire le plan de dissection.



Fig. 7.18c: Viser à séparer le vagin sur 4-5 cm proximale.



Fig. 7.18d: Une fois que le vagin (marqué V) est séparé, placez un point d'ancrage de chaque côté (à droite sur la photo) pour rétracter le vagin pour l'exposition.

Conseils pour identifier le sphincter externe : (à lire en même temps que l'étape 3)

La partie difficile de l'opération est d'identifier les deux extrémités du sphincter anal. Il est plus facile de définir les limites du sphincter anal dans les déchirures fraîches que dans les déchirures anciennes. Il y a deux façons de définir le sphincter :

- (1) Rappelez-vous que le sphincter contourne l'anus. Le sphincter doit apparaître sous forme de fibres musculaires rouges/violettes provenant de la direction postéro latérale. À l'aide d'une pince Allis, saisissez l'endroit où vous pensez que le sphincter devrait être, c'est-à-dire juste latéralement par rapport au rectum/anus. Il est utile de diriger la pince Allis de l'intérieur vers l'extérieur (à un angle de 45 degrés) en poussant la tête de la pince dans le tissu où se trouve l'extrémité du sphincter, puis en l'ouvrant et en la serrant. Tirez ensuite ce tissu vers l'intérieur. Les tissus sont substantiels et vous pouvez voir les rides de la peau extérieure lorsque vous les saisissez. Ensuite, avec le doigt dans l'anus (Fig. 7.20c), palpez le sphincter en arrière, puis sur les côtés. En tirant sur la pince Allis (qui saisit le sphincter), sentez si cela resserre les parties postérieures et latérales de la paroi rectale/anales. C'est la façon la plus utile de confirmer que vous avez identifié le sphincter.
- (2) La graisse de la fosse ischio-rectale est située latéralement par rapport au sphincter, donc si la graisse est visible, le sphincter doit être interne. Le sphincter se trouve entre la muqueuse anale et la graisse.

(STEP 3) DISSECTION DU SPHINCTER

- (a) *Dissection limitée* : La plupart des chirurgiens font maintenant une dissection plus limitée du sphincter, c'est-à-dire qu'ils passent une pince Allis de chaque côté du rectum, saisissent le sphincter (ce que confirme l'examen rectal, voir la figure 7.20c) et le mobilisent juste assez pour le rapprocher.
- (b) *Dissection plus importante du sphincter* : Effectué uniquement si un chevauchement du sphincter est prévu.
 - En maintenant les bords latéraux de l'incision initiale au-dessus et au-dessous avec une pince Allis, poussez des ciseaux dans l'incision et ouvrez-les dans le sens antéro-postérieur (Fig. 7.20a). Vous devriez maintenant voir la graisse qui est latérale au sphincter (Fig. 7.20b).
 - Avec une pince Allis, aller vers l'arrière, juste latéralement par rapport au rectum/anus pour remonter le sphincter.

Une fois identifié et saisi, mobilisez le sphincter circonférentiellement :

- (a) Postérieurement en allant de la peau et de la muqueuse anale : Avec un Allis sur le bord anal, gardez votre index dans le rectum pour éviter de faire des trous dans le rectum lorsque vous disséquez. Utilisez un bistouri ou des ciseaux partiellement ouverts pour libérer les tissus.

(b) Médialement, latéralement et antérieurement.

Restez près du vagin et du rectum tout autour pendant que vous mobilisez le sphincter.

- Les bords du sphincter doivent être libérés de façon à ce qu'ils se rejoignent dans la ligne médiane sans tension.

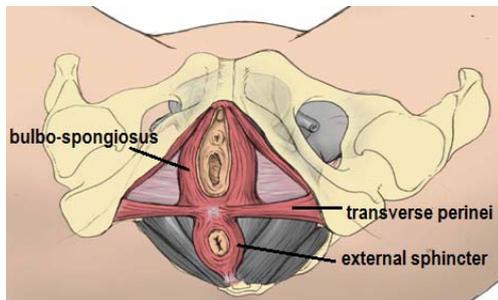


Fig. 7.19: Montre l'anatomie normale.

Les principales structures qui peuvent être confondues avec le sphincter sont les muscles périnéaux transversaux. Celles-ci pénètrent dans le corps périnéal latéralement alors que le sphincter s'approche postérieurement. Si vous tirez sur le muscle périnéal transversal, vous étirez les tissus latéraux et ne sentirez aucune traction avec votre doigt dans le rectum.



Fig. 7.20a: Des ciseaux sont insérés dans la partie latérale de l'incision et ouverts longitudinalement.



Fig. 7.20b: La graisse ischio-rectale est latérale au sphincter, comme on le voit ici.



Fig. 7.20c: Avec l'index droit dans l'anus, palpez vers l'arrière en tirant sur la pince Allis (qui tient le sphincter externe) de la main gauche.

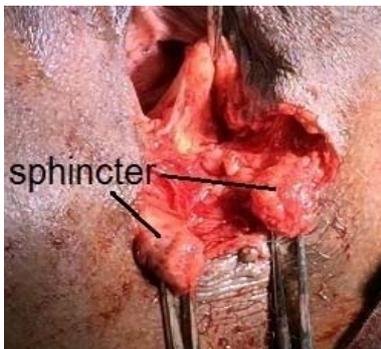


Fig. 7.21a+ b: Le sphincter est mobilisé et prêt pour l'approximation. Une astuce utile pour garder le sphincter à l'écart en fermant le rectum est de le rétracter en le mettant sous tension. Insérez une pince hémostatique ou une pince à champs dans un anneau de la pince Allis maintenant le sphincter et fixez-les aux champs latéralement comme sur la photo à droite.



⚠ Conseil! Le muscle releveur de l'anus est proximal au sphincter externe. Vous pouvez placer plusieurs points de suture pour l'approcher sur la ligne médiane avant de rapprocher le sphincter externe.

(ETAPE 4) FERMETURE DU CANAL RECTAL/ANAL

Elle est faite en deux couches pour réduire le risque de fuites de flatulences à travers la ligne de suture avec une fermeture à une seule couche.

Première couche : Insérer 2/0 ou 3/0 sutures interrompues par Vicryl tous les 3-4 mm avec des nœuds à l'extérieur de la lumière.

- La clé est de suturer de manière à ce qu'il n'y ait pas de muqueuse dépassant du côté vaginal, c'est-à-dire d'inverser la muqueuse. Visez à obtenir de bonnes prises principalement du fascia pré-rectal qui fournit la force et évite la muqueuse. Le sphincter interne est souvent inclus dans la fermeture de la première couche.
- Conservez les extrémités courtes de la première couche de points de suture sur la pince hémostatique pour une utilisation ultérieure.
- Commencez à l'apex et travaillez en distal. Il est important de continuer à suturer le rectum distal par rapport au bord ano-cutané (rose/brun) pour que l'anneau anal se reforme complètement. Si vous arrêtez prématurément, il sera très difficile de faire des sutures dans cette zone plus tard.
- Si nécessaire, vous pouvez faire le dernier point de l'extérieur, c'est-à-dire passer à travers la peau (prise de 1 cm) d'un côté et revenir à la peau de l'autre côté. Ce point est en matelas, alors retournez sur le côté initial et nouez-le.

La deuxième couche de l'ano-rectum est maintenant placée comme :

- Point(s) continu(s) ou interrompu(s) qui est(sont) inséré(s) parallèlement aux bords et assez latéralement. Cette couche est placée de proximale à distale.
 - Nouez les sutures de la deuxième couche aux extrémités courtes de la première couche (interrompue-continue) si une suture continue est utilisée.
- Parfois, une seule couche est possible, ce qui est acceptable.
- Enlevez maintenant la suture de d'ancrage sur la peau pour enlever tout étirement sur le sphincter.

(STEP 5) APPROXIMATION DU SPHINCTEUR EXTERNE : trois méthodes sont utilisées :

- (a) Simple anastomose Termino-terminale (sans chevauchement) : C'est la méthode la plus couramment utilisée. Dans ce cas, après avoir disséqué le sphincter, placez soit 2 à 3 sutures de matelas interrompues (PDS 2/0 ou 0 est préférable à Vicryl) pour joindre les extrémités du sphincter ensemble ou insérez plusieurs sutures interrompues comme dans la Fig. 7.21c.

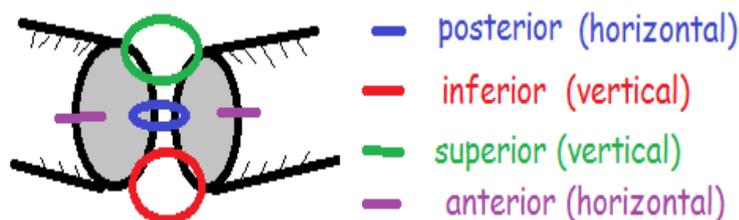


Fig. 7.21c: Le sphincter est rapproché avec un point en 8 x 4 placés dans un ordre spécifique - PISA. (P) Le point postérieur relie les parties postérieures. (I) Point Inferieur (S) Point supérieur (A) Point antérieur. Des points de suture supplémentaires peuvent être placés s'il y a beaucoup de tissu.

- (b) *Technique d'approximation du sphincter sans le disséquer : Le tissu est rapproché en passant l'aiguille dans la zone où vous savez que le sphincter sera. Trois sutures séparées sont insérées pour rapprocher le sphincter externe :*

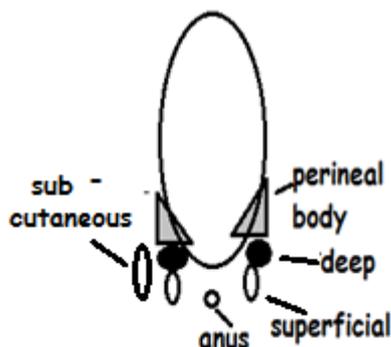


Fig 7.22a: Le corps périnéal est plus antérieur que le sphincter externe.

- La partie superficielle du sphincter externe est la partie la plus proche du canal anal et juste sous la peau. Elle est insérée profondément et parallèlement à la peau la plus basse à côté de la jonction ano-cutanée. Lorsqu'elle est nouée, vous pouvez voir l'anneau anal se reformer complètement. Laisser l'extrémité courte de la suture longue sur une pince hémostatique. Une légère traction sur ce fil aide à placer la suture suivante.
- La partie profonde est plus proximale (ou supérieure) à la partie superficielle. La traction sur la suture superficielle du sphincter facilite la mise en place de la suture profonde. Elle est également insérée profondément et parallèlement à la peau, mais juste au-dessus de la partie superficielle.
- La partie sous-cutanée : L'aiguille est insérée juste au-dessus de la partie profonde. Le point est pris en sortant plus latéralement et vers le bas. Vous devriez pouvoir voir l'aiguille gratter juste sous la peau.

(c) *Technique de chevauchement:*

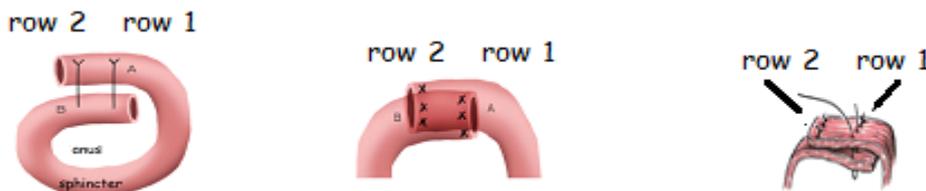


Fig. 7.22b: Montre comment le sphincter est chevauché. Le côté gauche du sphincter (A) étant tiré sur le côté droit. (B). Fig. 7.22c + d: Vue d'en haut montrant où sont placées les 3 sutures (marquées x) pour chaque rangée.

<p>Fig. 7.22e: Affiche la suture de la première rangée qui se chevauche.</p>	<p>Pour la première rangée, 2 à 3 points de suture sont insérés, un proximal (postérieur), un distal (antérieur) et un intermédiaire (Fig. 7.22d). Placez et pincez les 3 avant de les nouer. Ne nouez pas trop fort pour éviter une tension excessive sur le sphincter. Cela devrait chevaucher le sphincter.</p> <p>Pour un chevauchement du sphincter, on place chacun des points d'une manière spécifique (Fig. 7.22e) :</p> <p>Point 1 = sur le côté A de haut en bas, au moins 1,5-2 cm en arrière ou aussi loin qu'il vous le permet.</p> <p>Point 2 = sur le côté B de haut en bas à environ 1 cm de la berge.</p> <p>Point 3 = sur le côté B aller de bas en haut à environ 1 cm de la berge.</p> <p>Point 4 = sur le côté A, aller de bas en haut sur au moins 1,5 cm en arrière ou aussi loin que cela vous le permet.</p> <p>La deuxième rangée doit être médiale à la première rangée (fig. 7.22b, c, d). Il suffit de placer deux points de suture simples pour rattacher la partie qui se chevauche. Nouez-les au fur et à mesure que vous les placez.</p>
--	---

(ETAPE 6) APPROXIMATION DU MUSCLE PERINEAL EN LATERO-LATERAL.

Visez trois points de suture dans le corps périnéal qui peuvent inclure le releveur de l'anus.

- Le premier est inséré juste au-dessus du sphincter externe (c'est-à-dire superficiel).
- Le suivant est inséré proximal/au-dessus de celui-ci. Cependant, si vous insérez trop de points de suture en proximal, le vagin se rétrécit. Utilisez une aiguille de 36 mm pour obtenir de bonnes prises. Les sutures sont insérées horizontalement en mordant de chaque côté.

	<ul style="list-style-type: none"> • Si vous construisez le périnée avec trop de points de suture avant de commencer à fermer le vagin, vous pouvez avoir de la difficulté à avoir accès pour fermer le vagin. Si nécessaire, commencez à fermer le vagin avant de placer trop de sutures dans le périnée. • L'ouverture anale ne doit pas être trop serrée et doit laisser passer un doigt facilement. Par conséquent, le rétrécissement doit être évité lors de l'approximation du canal anal et du sphincter. Vous devez l'évaluer tôt lors de la fermeture de la muqueuse ano-rectale, puis à chaque étape ultérieure de la fermeture. Si l'ouverture est trop étroite, les selles peuvent s'écouler par la réparation au-dessus de l'anus et perturber la fermeture.
--	---

(ETAPE 7) RÉPARATION DU VAGIN ET LA PEAU PÉRINÉALE

Fermez le vagin longitudinalement, même si l'ouverture initiale était transversale. L'ouverture vaginale devrait pouvoir admettre au moins deux doigts. Évitez de fermer le vagin trop serré pour permettre le drainage et réduire le risque de septicémie. Vous n'avez qu'à réaliser l'hémostase. De plus, la peau périnéale est fermée lâchement. Pensez à insérer un drain sous la peau.



⚠ Conseil! Évitez de fermer complètement le vagin ou la peau périnéale, car cela entraînera souvent une infection. Il est judicieux de laisser une partie de l'aspect vaginal ouverte pour le drainage, à condition d'avoir une hémostase sécurisée. Placer un point de suture à l'apex du vagin. Laisser ensuite un espace de 1-2 cm. Vous pouvez également placer un drain sous la peau.

Fig. 7.22f: Rapprochement de la peau périnéale. Fig. 7.22g: Compresse de gaze imbibée dans la Bétadine sur la plaie.

Résumé de la réparation des déchirures au 4e degré

- (a) Rectum/ canal anal : deux couches-la première interrompue ; la seconde interrompue ou continue 2/0 ou 3/0 Vicryl.
- (b) Sphincter : environ 2/0 ou 0 sutures PDS interrompues pour anastomose Termino-terminale.
- (c) Muscles périnéaux : 0 ou 1 Vicryl interrompu.
- (d) Vagin et peau périnéale : rapprocher le plus desserré possible.

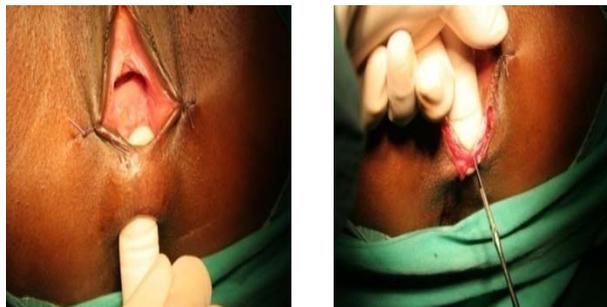
Soins Postopératoires

- (a) Régime alimentaire : Il faut trouver un équilibre, en évitant la constipation qui est douloureuse et la diarrhée qui est difficile à nettoyer. Il existe deux approches, mais il n'y a aucune preuve claire de l'une ou l'autre :
 - Commencez un régime alimentaire normal les deux premiers jours.
 - Conservez les liquides pendant 3 à 5 jours seulement. Ceci permet d'éviter le stress sur la réparation lors du passage des selles. La soupe ou le yaourt est permis. Cela permet à la plaie de cicatriser bien avant que les selles ne soient évacuées.
- (b) Hygiène : Lavez à l'eau après chaque selle pour éviter les matières fécales sur la plaie, puis séchez. Évitez un trempage prolongé, car cela favoriserait la rupture des points de suture. Les bains de siège ne sont utilisés que pour les cas infectés.
- (c) Évitez la constipation : Un émoullient fécal (p. ex. 30 ml de lactulose 3 fois par jour ou des comprimés de bisacodyl/Dulcolax 2 x 5 mg par jour) peut être administré dès que la patiente suit un régime complet et pendant une semaine. Gardez-la à l'hôpital jusqu'à ce qu'elle ait passé 2 selles.
- (d) Évitez la rétention d'urine : il s'agit d'un problème courant après cette opération, alors gardez le cathéter en place pendant deux jours, bien que certaines unités l'enlèvent le premier jour.

Complications:

- Vous pouvez voir une séparation superficielle de la peau au cours des 2 premières semaines postopératoires. Ne confondez pas cela avec une rupture totale, car le sphincter est généralement intact. Le maintien de l'hygiène est tout ce qui est nécessaire et rassure la patiente.
- Si la plaie s'infecte, retirez les sutures cutanées et prescrivez des bains de siège fréquents.

(7.6) RÉPARATION DES DÉCHIRURES DU SPHINCTER ANAL AVEC FRV OU DES LESIONS POSTÉRIEURES



- (1) Si la FVR est réellement l'apex non cicatrisé d'une déchirure du 4e degré qui a partiellement cicatrisé, c'est-à-dire qu'il n'y a pratiquement aucun tissu sphinctérien intact : Convertissez la FRV en une déchirure de 4eme degré en incisant le pont tissulaire (Fig. 7.23) et procédez à la réparation comme indiqué au point 7.5. Cette approche (fistulotomie = coupe du pont entier du tissu périnéal superficiel à la fistule) peut également être utilisée pour toute fistule très distale et superficielle.

Fig. 7.23a +b: Montrer une FRV basse convertie en une déchirure de 4eme degré. Une approche trans-périnéale serait une meilleure option ici car le pont tissulaire est large et le sphincter est probablement intact au moins partiellement.



Fig. 7.24: Montre l'incision pour la réparation d'une déchirure du sphincter seule.

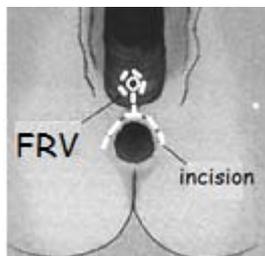


Fig. 7.25: Approche pour séparer la réparation de FRV et du sphincter.



Fig. 7.26: Incision pour la réparation d'une lésion postérieure du sphincter en plus d'une lésion antérieure.



Fig. 7.27: Indique l'incision pratiquée et le sphincter en cours de ré-approximation.

- (2) S'il y a une FRV vaginale moyenne avec un sphincter très déficient. Dans ce cas, une incision est pratiquée d'après la Fig. 7.25. Ensuite, réparer la FRV et le sphincter séparément avec une bonne exposition des deux. Il s'agit d'une variante de l'approche transpérinéale décrite à la section 7.1B.
- (3) S'il n'y a qu'une déchirure du sphincter (3ème degré), on peut l'aborder comme sur la Fig. 7.24.
- (4) Réparation combinée du sphincter anal antérieur et postérieur : Si après réparation de la partie antérieure du sphincter, l'anus postérieur est béant (voir Fig. 7.26), il y a probablement un défaut du sphincter postérieur. Les sutures sont placées de manière à rapprocher les fibres postérieures du sphincter anal (voir Fig. 7.27). Gardez un doigt dans le rectum pour éviter de pénétrer dans la paroi rectale. Également, rapprocher les muscles puborectaux et Pubo-coccygiens en postérieur.