

CHAPITRE 8: PROBLÈMES DE FERMETURE VAGINALE. LAMBEAUX EN CHIRURGIE DE LA FISTULE

Section 8.1: Lambeaux pour la Fermeture vaginale en chirurgie de la fistule
Section 8.2: Prise en charge de la sténose vaginale
Section 8.3: Améliorer la Cicatrisation de la fistule: Lambeau de Martius
Section 8.4: Améliorer la Cicatrisation de la fistule: Lambeau du Gracilis

(8.1) LAMBEAUX POUR FERMETURE VAGINALE EN CHIRURGIE DE LA FISTULE

Il n'est pas rare qu'il y ait un problème pour obtenir suffisamment de peau vaginale pour réformer la paroi vaginale si la fistule est grande (> 3 cm) ou s'il y a beaucoup de sclérose. Il y a plusieurs façons de surmonter ce problème :

- Pour les grandes lésions > 2 cm : le lambeau Singapour est le meilleur.
- Pour les petites lésions < 2 cm : le lambeau labial est utile.

LAMBEAU DE SINGAPOUR

Le lambeau de Singapour a le grand avantage de causer une défiguration minimale ou même de ne pas en causer. Il peut être utilisé pour couvrir la paroi latérale, antérieure, ou postérieure du vagin et même pour tout le vagin si nécessaire, en prenant un lambeau de chaque cote.

La vascularisation provient de l'artère labiale postérieure car elle se ramifie à partir de l'artère honteuse interne. Pour maintenir l'irrigation sanguine, le lambeau est basé en dessous de la tubérosité ischiatique. Pour préserver la réserve de sang :

- (1) Coupez directement à travers le fascia à une largeur qui correspond à la largeur maximale de la peau. Cette largeur doit être maintenue à la base du lambeau. Il est important de ne pas affaiblir la peau. Élevez le lambeau dans le plan sous-aponévrotique, car l'irrigation sanguine passe juste au-dessus du fascia.
- (2) Le fascia et la graisse profonde sont laissés intacts à la base du lambeau (au niveau de l'introït postérieur), la peau et la graisse superficielle étant coupées à une profondeur de 1 cm seulement.
- (3) Vous pouvez couper latéralement à la base du lambeau pour libérer le fascia, à condition de ne pas aller au centre et de ne pas perturber l'irrigation sanguine.



Fig. 8.1a1: Affiche le contour de la zone du lambeau avant l'intervention.

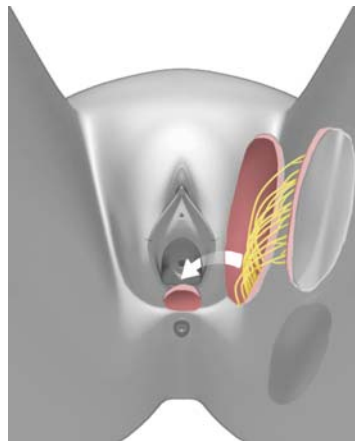


Fig. 8.1a2: Indique comment le lambeau sera pivoté (flèche blanche) dans le vagin sous le pont cutané des lèvres.

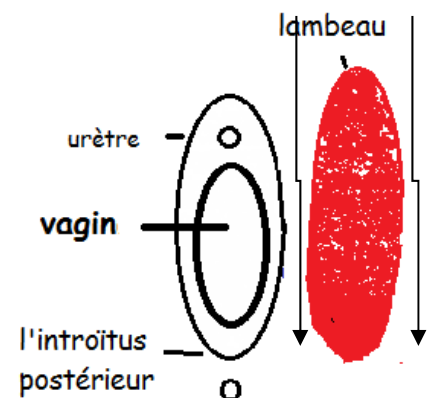


Fig. 8.1a3: Les incisions à travers la graisse et le fascia (flèches) descendent jusqu'au niveau de l'introït postérieur sans affaiblir la peau.

Dimensions: La taille varie en fonction de la taille de la lésion.

- La largeur peut varier en fonction de la taille du défaut, par exemple 3-6 cm.
- Une longueur suffisante est essentielle pour traverser le tunnel et atteindre l'autre côté. Il vaut mieux avoir le lambeau trop long plutôt que trop court. La longueur typique est de 10 à 15 cm. Une façon d'estimer la longueur du greffon est de mesurer à partir de la base du site de greffe (de la tubérosité interne à la

tubérosité ischiatique) jusqu'à l'endroit le plus distal du vagin où le greffon devra atteindre. Cela peut se faire à l'aide d'un morceau de gaze. Ajoutez ensuite 1 à 2 cm à cette estimation. L'adrénaline diluée peut être injectée le long de l'incision prévue si la cauterisation n'est pas disponible.



Il est préférable de ne pas avoir la hanche trop fléchie avec la patiente en position de lithotomie en délimitant la zone du lambeau, sinon les repères peuvent être déformés et il est plus difficile d'étendre le lambeau au-dessus du niveau du tendon du grand adducteur.

(1) **INCISION POUR LE LAMBEAU:** Délimitez la zone à découper à l'aide d'un stylo ou du colorant.

- **La bordure médiale** est juste latérale aux grandes lèvres au niveau du pli labio-crural pour éviter la peau poilue. Cependant, certains cheveux sont habituellement inclus.
- **La bordure latérale** variera selon la largeur prise.
- **La marge supérieure** doit s'étendre jusqu'à 2-3 cm au-dessus du tendon du grand adducteur. Une bonne règle serait de garder le lambeau large jusqu'à ce que vous atteigniez le tendon du grand adducteur et de réduire ensuite l'incision à un ovale près de l'apex.
- **La marge inférieure** (base) est généralement alignée avec l'introit postérieur. Ne coupez pas en dessous pour ne pas perturber la circulation sanguine.

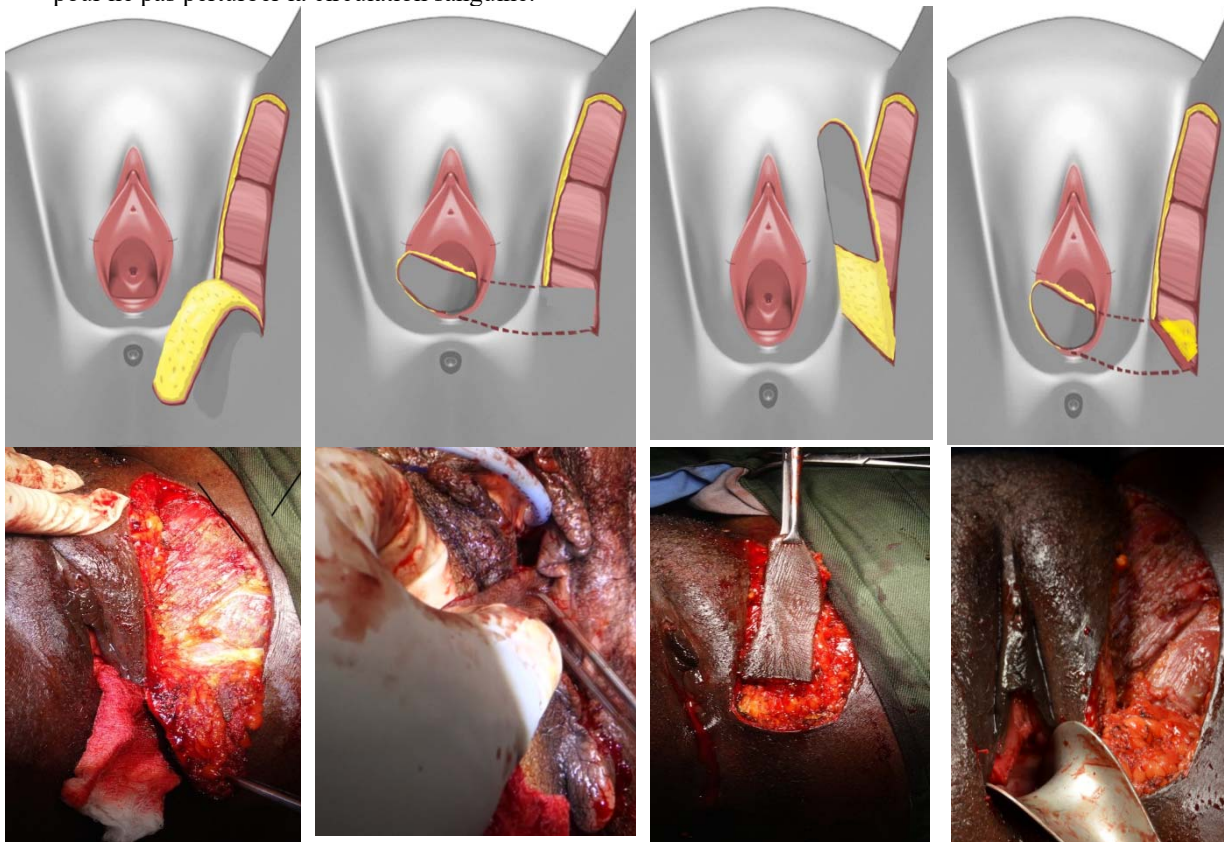


Fig. 8.1b: Montre le lambeau pris avec le fascia sous-jacent. Vous devez voir le muscle sous-jacent exposé.

Fig. 8.1c: Le lambeau est basculé dans le vagin. Le point d'entrée dans le vagin est marqué sur la peau avec la pince Allis.

Fig. 8.1d: Montre le lambeau avec la peau inférieure excisée.

Fig. 8.1e: Lambeau est basculé dans le vagin et seules la graisse et le pédicule sont visibles à l'extrémité inférieure du site donneur.

Coupez la peau, la graisse et continuez ensuite vers le bas pour inclure le fascia profond du muscle sous-jacent. Pour compléter l'incision (voir Fig. 8.1a2), le bord inférieur (inférieur) de la peau est coupé mais seulement à une profondeur de 1 cm dans la graisse. Cela permet de préserver la vascularisation qui pénètre dans la surface profonde du lambeau. En cas d'épisiotomie, le bord inférieur de la peau peut être laissé intact (voir Fig. 8.2c+d).

(2) **MOBILISATION DU LAMBEAU:** (Fig. 8.1b)

- En commençant par la partie proximale, approfondissez l'incision cutanée et coupez le fascia profond de façon à voir le muscle sous-jacent. Couper perpendiculairement de part et d'autre et éviter d'affaiblir la peau

(voir Fig. 8.1a3) pour éviter de couper l'irrigation sanguine. Continuez jusqu'à ce que l'extrémité inférieure soit atteinte des deux côtés. La peau et le fascia profond sont coupés à la base du lambeau des deux côtés.

- La peau à la base (inférieure) du lambeau est alors amincie sur plusieurs centimètres pour améliorer la mobilisation et permettre la fermeture du site donneur. Faites-le inférieurement et un peu sur les côtés aussi.

Facultatif : Pour maintenir la peau et le fascia ensemble, placez un seul point résorbable au sommet du lambeau entre la peau et le fascia ou placez une pince Allis sur le sommet du tissu sous-cutané et du fascia.



Fig. 8.1f: Montre le site donneur avec le muscle exposé dans les 2/3 supérieurs tandis que le pédicule (graisse et fascia) est visible dans le 1/3 inférieur.

Fig 8.1g: Montre le lambeau recouvrant un défaut du vagin sur l'urètre et la vessie distale.

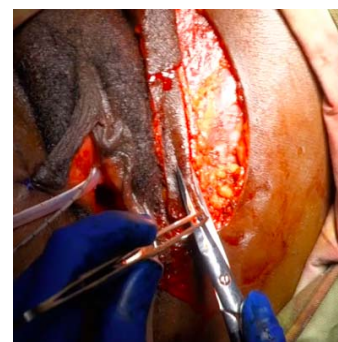
Fig. 8.1h: C'est le même cas de la Fig. 8.1f+g une semaine après l'opération, montrant un bon résultat esthétique.

Fig. 8.1i: Dans ce cas, le lambeau est utilisé pour couvrir une anomalie postérieure du vagin et du périnée chez une patiente avec le vagin très sténosé suite à la réparation d'une déchirure périnéale au 4e degré.

(3) TUNNEL POUR LE LAMBEAU DANS LE VAGIN : (Fig. 8.1a2 et Fig. 8.1c) Après mobilisation, tirez le lambeau dans le vagin par un tunnel de la même manière que le lambeau de Martius. Creusez un tunnel par voie sous-cutanée sous les grandes lèvres et au-dessus de la branche pubienne inférieure, d'abord avec des ciseaux ou la cauterisation. En restant près de l'os, vous obtenez habituellement moins de saignements. Disséquez le tunnel des deux côtés, vaginal et labial. La taille du tunnel varie en fonction de la taille du lambeau, mais une bonne règle est que le tunnel doit permettre le passage de deux doigts. Vous pouvez étirer le tunnel pour qu'il n'y ait pas de tension sur le lambeau, bien qu'il soit préférable de disséquer fortement le tunnel pour que le lambeau passe facilement. Il devrait y avoir de la place pour qu'un doigt puisse être inséré le long du lambeau pour tenir compte de tout gonflement qui se produira. Il ne doit y avoir aucune tension ni en tirant sur le lambeau ni en le suturant en place.

Tout excès de peau est enlevé du côté vaginal ou périnéal. Avec le lambeau tiré dans le tunnel/vagin, à partir de la marque de l'aspect vaginal sur la peau à l'endroit où le lambeau sort du tunnel. Tirez ensuite le lambeau dans l'aïne et pratiquez une incision transversale à cette marque. Ensuite, exciser la peau superficiellement en dessous de cette marque pour enlever l'épiderme dans la zone qui sera enfouie dans le tunnel. Faites-le à l'aide d'un bistouri ou de ciseaux comme sur la Fig. 8.2a.

Fig. 8.2a: Montre la peau à l'extrémité inférieure du lambeau excisée avec des ciseaux. La main gauche tient des pinces à disséquer pour stabiliser la peau qui est excisée en bandes longitudinalement. Ensuite, tout saignement sur la surface nue est cautérisé.



! Bon conseil! Le lambeau doit pouvoir basculer facilement vers l'intérieur. Il devrait s'agir davantage d'un mouvement de poussée de l'extérieur que de traction de l'intérieur pour éviter de le blesser. S'il ne s'insère pas facilement, soit (a) coupez davantage le fascia sur le bord latéral du site donneur, soit (b) affaiblissez davantage la peau à l'extrémité inférieure.

! Conseil! L'injection d'adrénaline dans la zone du tunnel évite les saignements qui peuvent être un problème dans cette zone vascularisée.

Note: Il n'est généralement pas nécessaire ou recommandé de réduire la graisse du lambeau, car cela pourrait nuire à sa vascularisation. La seule graisse qui pourrait être réduite serait l'apicale 2-3 cm, car cela n'interfère pas avec l'apport sanguin.

(4) FIXATION DU LAMBEAU DANS LE VAGIN: (Fig. 8.1g)

- Avant d'introduire le lambeau dans le vagin, il est recommandé de placer quatre sutures séparées dans les coins proximal et distal. Celles-ci seront utilisées pour fixer le lambeau.
- Après avoir été tiré à travers le tunnel, le lambeau doit tourner latéralement pour atteindre le côté opposé. En maintenant le lambeau attaché à sa base, il peut pivoter de 90 degrés sans compromettre la vascularisation.
- Fixez d'abord le lambeau sur le côté opposé. Passez les quatre points de suture à travers le lambeau. Ensuite, remplissez les espaces intermédiaires.
- Une combinaison de sutures continues et interrompues est utilisée.

(5) FERMETURE DU SITE DONNEUR:



Comme le défaut est souvent important, retirer la jambe des étriers et placer la hanche en adduction permet aux bords de la peau de s'assembler plus facilement. Cela rend la fermeture beaucoup plus facile.

Surmonter les divergences : Le bord latéral de la plaie est plus long que le côté interne. Si vous n'en tenez pas compte lors de la fermeture, vous risquez de vous retrouver avec trop de peau ("oreille de chien") sur le côté latéral. Pour surmonter ce problème, alignez le centre de chaque côté de la plaie en marquant avec une pince à champs (Fig. 8.2b). Retirez ensuite la pince et placez les premières sutures profondes au milieu de la plaie comme indiqué précédemment. Il s'agit d'aligner le milieu de l'incision latérale avec le milieu de l'incision médiane. Travaillez ensuite à partir de chaque extrémité en permettant de répartir l'écart en cours de route et en travaillant vers le milieu.

Fig. 8.2b: Montre une pince porte à champ utilisée pour aider à aligner la fermeture. Notez la présence du drain.

Le site donneur est fermé en trois couches : fascia, derme profond, sous-cutané. Même chez les patientes minces, visez ceci.

a) *la couche fasciale* : Fermez latéralement le fascia profond du côté médial au fascia superficiel (Scarpa). Ceci place toute la tension de la fermeture sur le fascia pelvien profond qui est très fort. A l'extrémité inférieure de la plaie, il n'est pas possible d'accéder au fascia profond du côté interne, alors suturez le fascia superficiel au fascia superficiel avec des sutures interrompues. Remarque : Il n'est pas possible de fermer le fascia profond au fascia profond car le défaut est trop important.

b) *Couches superficielles* :

- une couche dermique profonde : le placement des points de suture dans la partie profonde du derme permet de mieux maintenir la tension et de mieux rapprocher les bords de la peau. Essayez d'inclure une partie de la couche blanche du derme.
- une couche cutanée ou sous-cutanée. Cependant, si la fermeture semble serrée (habituellement après la prise d'un large lambeau) ou s'il y a une dermatite ammoniacale, il peut être sage d'utiliser des sutures externes interrompues avec du nylon 3-0 permanent ou du Prolène, qui peuvent être retirées après 2 semaines. Cela devrait donner une fermeture plus forte.

Drain : Comme le risque d'hématome ou de sérome est élevé, un drain est inséré juste au-dessus de la couche musculaire. Il sort par l'extrémité supérieure ou inférieure de l'incision, extériorisé soit à une extrémité de la plaie, soit (de préférence) par une incision séparée au bistouri. Si des drains standards ne sont pas disponibles, un drain peut être fabriqué à partir de la tubulure stérile d'une poche à urine. Une autre option est d'utiliser un cathéter droit en plastique comme celui utilisé pour le cathétérisme intermittent.

SOINS POSTOPÉRATOIRES :

Assurez-vous que la patiente garde ses jambes en adduction pour minimiser la tension sur la fermeture pendant la période de guérison. Gardez-la au lit jusqu'au jour 2 pour éviter la traction sur le site du lambeau, puis autorisez la déambulation. La position assise doit être proscrite pendant 5 jours pour éviter toute pression sur la vascularisation qui est proche de la tubérosité ischiatique.

- *En cas de nécrose du lambeau ou lâchage de la suture:* Cela peut être dû (a) à une mauvaise vascularisation (b) à une tension (c) à une infection. Elle peut être partielle ou totale. Le traitement consiste à débrider tout tissu mort et à irriguer le vagin avec du sérum physiologique deux fois par jour car il y a souvent des pertes abondantes.
- *Si le lambeau se rétracte :* Si vous remarquez en post-opératoire que les lambeaux se rétractent vers la paroi latérale vaginale du côté d'où ils ont été prélevés, cela indique une certaine tension. Allongez les lambeaux pour qu'ils atteignent plus loin et n'aient pas besoin d'être trop tirés, c'est-à-dire que la pointe doit dépasser le tendon du grand adducteur de 2 à 3 cm au-dessus de celui-ci. Lorsque vous prélevez un lambeau avec le fascia, il devrait survivre jusqu'au bout.
- Si vous utilisez un lambeau précédent lors d'une opération répétée, tant que vous gardez environ 50% de celui-ci attaché, le lambeau peut être mobilisé et ramené par-dessus la réparation.

Si un lambeau est réalisé en présence d'une épisiotomie :

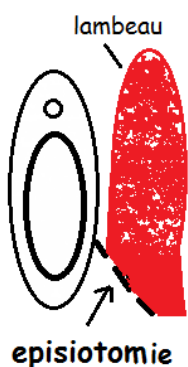


Fig. 8.2c: Montre la relation du lambeau avec l'épisiotomie.

Il y a deux points importants dans cette situation :

(i) L'épisiotomie doit former le bord interne inférieur du lambeau.

(ii) Ne faites pas l'incision transverse à l'extrémité inférieure du lambeau, c'est-à-dire ne touchez pas l'extrémité inférieure. Faites pivoter le lambeau directement dans le vagin sans tunnel. D'un point de vue esthétique, ce n'est pas aussi propre que le lambeau en tunnel, mais c'est plus pratique dans cette situation.



Fig. 8.2d: Montre le lambeau mobilisé avec l'extrémité inférieure intacte et sur le point d'être basculé dans le vagin à travers l'espace créé par l'épisiotomie.

SLING DE SINGAPOUR



Il s'agit d'utiliser le fascia du lambeau comme un sling pour l'incontinence à l'effort. Le lambeau de Singapour est pris de la manière habituelle avec la peau, la graisse et le fascia. Deux sutures sont placées sur le fascia (Fig. 8.2e) et sont ensuite fixées sur la gaine du muscle droit d'un ou des deux côtés de manière sus-pubienne.

- *Suture lointaine :* Elle est placée près de l'apex du lambeau qui atteindra le côté opposé.
- *Suture proche :* Une deuxième suture (optionnelle) est placée sur le côté proche.

Fig. 8.2e: Montre deux points de Prolène insérés à travers le fascia du lambeau. Le point le plus éloigné se trouve sur le côté droit de la photo.

La suture la plus importante pour le réglage de la tension est la suture la plus éloignée. En fait, le sling fonctionne probablement aussi bien avec cette suture seule. La vessie peut être remplie de 100 ml de liquide et la suture est suffisamment serrée pour arrêter toute fuite. Ces deux sutures sont ensuite remontées à l'aide d'une aiguille de Stamey à travers la gaine du muscle droit de chaque côté de la ligne médiane, de la même manière que pour unsling du droit. La peau du lambeau est d'abord suturée au vagin avant que les sutures du sling ne soient nouées.

Remarque : Bien qu'il soit possible de prendre un lambeau de peau (anciennement appelé lambeau d'île) sans inclure le fascia profond, il est préférable d'en prendre pour deux raisons : (1) Il est plus facile de faire basculer le greffon dans le vagin. (2) La nécrose du greffon est moins probable car l'irrigation sanguine axiale est mieux préservée sur toute la longueur du lambeau.

LAMBEAU LABIAL

Ce lambeau est utilisé pour recouvrir le vagin antérieur mais ne convient que pour les petites lésions (jusqu'à 2 cm). Deux incisions sont nécessaires (Fig. 8.2f) :

- Une incision horizontale faite soit en prolongeant une des incisions latérales (pratiquée lors de la dissection de la fistule), soit d'une épisiotomie quelconque.
- Une incision verticale faite dans la rainure juste latéralement aux grandes lèvres (pli labio-crural) à partir du niveau de l'ouverture urétrale et se poursuivie jusqu'à l'incision horizontale.

La zone grise (peau antéro-latérale du vagin et des lèvres) entre ces incisions est affaiblie et mobilisée afin de pouvoir être basculée vers l'intérieur pour recouvrir le vagin antérieur. Il en résulte que :

- La peau vaginale rose (b sur la figure 8.2f) est tournée pour se terminer au point b' et d'abord suturée en place.
- La peau labiale pigmentée (a à la figure 8.2f) est tournée vers l'intérieur pour finir au point a' du côté gauche du vagin.

Les incisions sont généralement fermées sans aucune difficulté ni besoin d'être affaiblies davantage à ce stade.

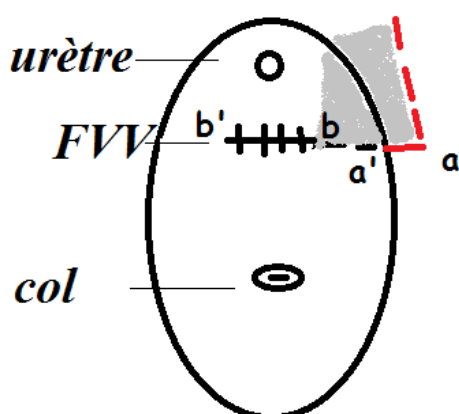


Fig. 8.2f: Lambeau Labial : Le diagramme montre les deux incisions avec la zone grise qui sera mobilisée.



Fig. 8.2g: Montre un vagin en train d'être reformé avec des lambeaux bilatéraux de Singapour qui sont joints dans la ligne médiane. La suture initiale est réalisée à l'extérieur du vagin comme sur cette photo.

(8.2) PRISE EN CHARGE DE LA STENOSE VAGINALE

Pendant ou après une réparation de FVV, le vagin peut être tellement sclérosé qu'il est très court et étroit ou presque fermé. Habituellement, la longueur est le principal problème limitant le coût.

Ouvrez le vagin : Quelle que soit la méthode utilisée, le vagin doit d'abord être ouvert. Faites une incision transversale (3-4 cm de large) dans la sclérose au niveau du dôme vaginal proximal, après avoir identifié l'urètre/la vessie avec un cathéter métallique en place, et le rectum avec un dilateur ou votre doigt dans le rectum. Faites une dissection en hauteur et enlevez autant de sclérose que possible au niveau du dôme. Identifiez le col de l'utérus.

Pour garder le vagin ouvert : il y a plusieurs options :

- (1) **Lambeaux bilatéraux de Singapour :** Deux grands lambeaux de Singapour peuvent être utilisés pour créer un néo-vagin complet. Les lambeaux sont suturés l'un à l'autre le long d'une ligne de suture antérieure et

d'une ligne de suture postérieure tout en restant à l'extérieur (Fig. 8.2g). Une fois que le néo-vagin a été le plus souvent créé à l'extérieur, il est ensuite retourné sur lui-même (inversé) et fixé à l'apex du vagin.

- (2) *Côlon* : Utilisez le gros intestin (sigmoïde) comme néo-vagin. Le danger de toute intervention chirurgicale impliquant le côlon inférieur est un risque de 10-20% de fuite de l'anastomose.
- (3) *Néo-vagin de Kees*: Le Dr Kees a décrit une nouvelle technique qui consiste à élargir le vagin en ouvrant le péritoine pelvien. S'il est maintenu ouvert, la muqueuse péritonéale formant le néo-vagin supérieur se transforme en peau vaginale normale en l'espace de trois mois. Ce qui suit est basé sur sa description de l'opération.

METHODE DE KEES POUR LE NEO-VAGIN

(A) **Incision** : Épisiotomies bilatérales ; incision transversale dans le " dôme vaginal ". Si le col de l'utérus est présent, il s'agira d'une colpotomie postérieure. Puis par dissection tranchante et émoussée, creusez un tunnel jusqu'au péritoine pariétal. La vessie ou le rectum peuvent être blessés pendant cette étape. Élargir la colpotomie jusqu'aux épines ischiatiques afin de prévenir le rétrécissement du néo-vagin. *Complications* : Si la vessie ou le rectum sont traumatisés, ils sont immédiatement réparés et recouverts par le péritoine épais de la colpotomie postérieure.

(B) **Pour former la partie inférieure du néo-vagin** : Reliez le vagin au péritoine : (Les points séparés de Vicryl sont utilisés de préférence pour toutes les sutures.)

- *antérieur* : Si le col de l'utérus est présent, suturez le péritoine antérieur du col de l'utérus à ce qui reste de la paroi vaginale antérieure. (Avec le repositionnement du col de l'utérus dans le néo-vagin, les patientes peuvent devenir enceintes.)
- *Postérieur* : Le péritoine postérieur est suturé sur la paroi vaginale postérieure.
- *Latéral* : Suturer le péritoine au point le plus profond de l'épisiotomie bilatérale / colpotomie élargie pour prévenir une nouvelle sténose et pour un néo-vagin large.

(C) **Pour former le dôme du néo-vagin** : Soit avec des sutures interrompues, soit avec une suture continue séparée commencée latéralement de chaque côté, travailler de latéralement à apicalement :

- *Latéralement*: Identifiez l'utérus et les points de suture de:
 - (a) le péritoine utérin postéro-externe (séreuse) 1 à 2 cm au-dessus de la partie inférieure de l'utérus sur
 - (b) le péritoine de la paroi postéro-latérale du bassin, à environ 2-3 cm du col de l'utérus. Si le ligament utéro-sacré est clairement identifiable, il peut être suturé sur celui-ci bien que souvent il ne soit pas aussi clair.

Ceci ferme l'espace entre l'utérus (jusqu'à) et la paroi pelvienne latérale. L'uretère ne devrait pas être en danger ici puisqu'il est à un niveau supérieur dans le paramètre au-dessus de l'épine ischiatique.

- *Apicalement*: Suturer le péritoine utérin postérieur (séreuse) à 1-2 cm proximement de l'isthme (partie inférieure de l'utérus juste au-dessus de l'endroit où il rejoint le col utérin) sur le rectum antérieur séreux à 12-14 cm de l'anus.

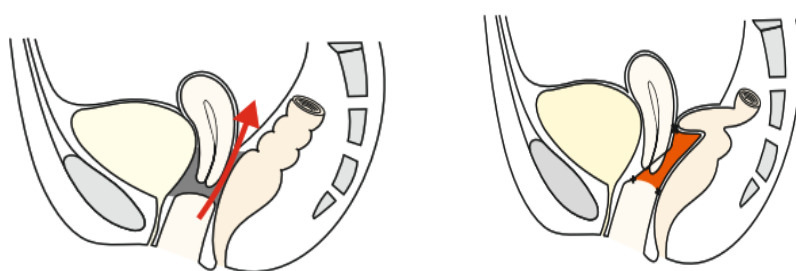


Fig. 8.3: Indique l'emplacement de la colpotomie et le plan de dissection. Fig. 8.4 : Montre le néo-vagin terminé.


Diagrammes avec autorisation Kees Waaldijk k from obstetric trauma surgery art and science: Kees neovagina reconstruction (2017).

Conseil! C'est une bonne idée d'utiliser cette méthode au moment de la réparation de la FRV (moyenne et haute) car il n'y a aucun risque de créer une nouvelle fistule..

En post-opératoire : Le vagin est profondément tamponné avec un tampon vaseliné pendant 4-5 jours. Laissez une sonde de Foley pendant 2 jours. Le vagin est ré-tamponné tous les 4-5 jours jusqu'au 25ème jour pour le garder ouvert pendant le processus de guérison. Dès lors, les dilateurs vaginaux peuvent être utilisés pour le garder ouvert jusqu'à ce que les rapports sexuels commencent 5-6 semaines après la chirurgie. Un dilateur est passé deux fois par jour et laissé à l'intérieur pendant dix minutes. La conformité est très importante, surtout pendant les 5 premières semaines.

Dans le syndrome congénital de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) (où il y a habituellement un vagin très court et un col/utérus absent), une procédure similaire peut être réalisée. Dans ce cas, pour former l'apex, le

péritoine vésical postérieur est utilisé à la place du péritoine utérin. Aucune épisiotomie n'est nécessaire. Il fonctionne bien dans cet état parce qu'il n'y a pas de sclérose.

	La sténose vaginale est un problème difficile à résoudre et aucune des interventions chirurgicales n'est facile. Il est beaucoup plus facile de s'en occuper lors de la réparation initiale de la fistule. Si elle est prise en charge plus tard, il y a un risque élevé d'ouverture de la vessie ou du rectum.
---	---

Sténose acquise (non fistuleuse) : Dans certains cas, après un accouchement ou un autre traumatisme, le vagin s'est caché mais peut être ouvert facilement une fois que vous l'avez trouvé. Ces patientes ont habituellement leurs règles normalement. Regardez attentivement avant de faire une incision. Il est souvent utile de faire un examen rectal et de rechercher l'air, le sang ou le mucus qui sortent du vagin. Une fois trouvé, il est facile de passer une sonde dans la zone et de la dilater. Rappelez-vous que le vagin est plus près de l'ouverture urétrale que du rectum. Chez certaines patientes, la sténose réapparaît et il peut être plus facile de placer un lambeau de Singapour latéralement après incision du vagin.

(8.3) AMELIORER LA CICATRISATION DE LA FISTULE: LAMBEAU DE MARTIUS

Il s'agit d'un lambeau fibro-adipeux (5-6 cm de long et 2-3 cm de large) qui est normalement prélevé sur les grandes lèvres d'un côté. Le lambeau est effectué après la réparation de la fistule et avant la fermeture du vagin. Le but d'un lambeau de Martius est :

- Pour boucher des défauts mineurs dans la ligne de suture et apporter une fraîche vascularisation à la zone.
- Pour garder la vessie et les parois vaginales séparées.
- Remplir tout espace mort latéral à la réparation dans l'espoir d'arrêter toute sclérose latérale vers les os réduisant ainsi le risque d'incontinence à l'effort.

Cette procédure était couramment pratiquée dans le passé pour la plupart des réparations de fistule, c'est-à-dire celles qui étaient à portée de main de la greffe. Cependant, elle n'est maintenant effectuée que là où les tissus sont insuffisants ou s'il y a déjà eu une réparation qui a échoué. Il est particulièrement utilisé pour les fistules impliquant l'urètre (urètre-vaginal) et dans ces cas peut être combiné avec un sling Pubo-coccygien.

Préparation du lambeau

- Vérifiez qu'il n'y a pas de zones de saignement dans le vagin avant d'effectuer le lambeau.
- Insérez 2 ou 3 points de suture (principalement du côté opposé à la greffe) qui seront utilisés pour maintenir le lambeau en place plus tard (Fig 8.6). Celles-ci sont insérées profondément dans le fascia entre la vessie et le col de l'utérus/vagin, mais les extrémités sont laissées longues sur un clip. Tenez le fascia que vous voulez avec une pince Allis pendant que vous insérez le point.

ATTENTION ! Assurez-vous d'identifier le col de l'utérus avant de tirer le lambeau de Martius, car il pourrait le recouvrir par la suite. C'est une bonne idée de mettre un point de repère juste au-dessus du col de l'utérus.

(Étape 1) Incision : La table d'opération peut être mise à niveau et le spéculum Auvard est retiré pour éviter d'étirer la zone du site du lambeau.

- - Inciser l'aspect médian des grandes lèvres sur 6 cm entre deux pinces Allis, du haut du clitoris jusqu'au milieu du vagin (ligne pointillée sur la figure 8.4). Une greffe plus longue peut être réalisée par une incision verticale de 8-10 cm de long, du niveau du mons pubis jusqu'au niveau de la fourchette.
- - L'incision doit être pratiquée dans la majeure partie des grandes lèvres. L'incision initiale est approfondie jusqu'au fascia de Scarpa. Disséquez entre le fascia de Scarpa et la couche adipeuse pour créer un lambeau. Une fois l'incision pratiquée, déplacez la pince Allis de chaque côté de l'incision (Fig. 8.5 et 8.6).

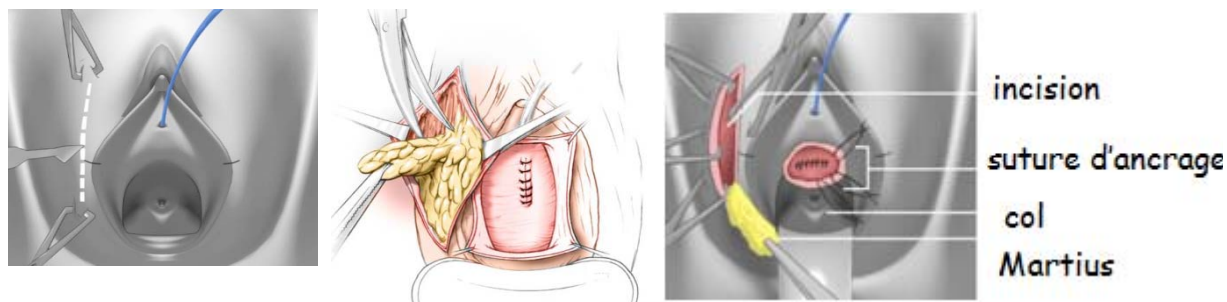


Fig. 8.4: Montre la ligne d'incision pour le lambeau de Martius.

Fig. 8.5: Montre le lambeau en cours de dissection

Fig. 8.6: Montre les points de suture d'ancrage insérés pour fixer le lambeau de Martius dans le fascia du côté opposé.

(Étape 2) Dissection du lambeau : L'objectif est d'obtenir un lambeau de graisse de 2 cm de large. Avec des ciseaux, séparez la graisse sous-jacente de la peau en prenant soin de ne pas blesser la peau. Placez votre doigt derrière la peau afin de pouvoir sentir à quel point vous êtes proche. Éviter d'être trop proche de la peau. Le tissu fibro-adipeux des lèvres est disséqué sans le fascia de l'adducteur sous-jacent.

- Il est important de ne pas diviser le greffon avant d'avoir déterminé que la longueur est adéquate. Mesurer à l'aide d'un drain ou d'une gaze pour s'assurer qu'elle ira du haut du greffon jusqu'au vagin.
- La partie supérieure du lambeau est libérée en coupant entre deux pinces hémostatiques et en ligaturant. Tenez ensuite la partie supérieure du lambeau à l'aide d'une pince (voir Fig. 8.6) pour faciliter la dissection. Disséquer autour du lambeau de façon à former un pédicule à l'extrémité inférieure. Alternativement, le pédicule peut être formé à l'extrémité supérieure comme dans la Fig. 8.7 b+c.
- La plupart des saignements se produisent du côté médiale lorsque vous disséquez. Évitez de couper la partie médiale inférieure, car cela provoquerait des saignements inutiles. Cette partie sera de toute façon introduite dans le vagin, de sorte que la dissection n'est pas nécessaire et elle contient la vascularisation du lambeau qui doit rester intacte.
- Avant de tirer le lambeau dans le vagin, vérifiez que tout saignement est arrêté à partir du site donneur et du greffon lui-même. La cautérisation peut être utilisée pour l'hémostase.

ATTENTION ! Une bonne mobilisation est importante pour prévenir une tension excessive et une nécrose subséquente du lambeau. Veillez à ce que la base du lambeau soit large afin qu'il conserve un bon apport sanguin (provenant des branches de l'artère honteuse).

(Étape 3) Tirez le lambeau dans le vagin : Le lambeau est introduit dans le vagin par un tunnel sous la peau labiale et vaginale :

- Réinsérez le spéculum d'Auvard dans le vagin.
- À l'aide de ciseaux ou d'une pince hémostatique courbe, faites un tunnel entre le site donneur et le vagin. Gardez les ciseaux bien serrés contre la surface osseuse de la branche pubienne inférieure. Cependant, restez suffisamment latéral pour éviter la réparation de la vessie et de l'urètre.
- L'ouverture et la fermeture des ciseaux dans plusieurs directions agrandissent le tunnel. Le tunnel devrait être assez large pour éventuellement admettre deux doigts. Une ouverture trop étroite peut étrangler le lambeau.
- Pendant que les ciseaux sont encore ouverts, passez une pince hémostatique du vagin en même temps que les ciseaux et tirez le lambeau à travers (Fig. 8.7a).

Le lambeau est ensuite fixé sur les sutures précédemment insérées (Fig. 8.6). Utilisez une aiguille libre pour faire passer les deux extrémités de la suture à travers le lambeau de l'arrière vers l'avant et nouez les deux extrémités ensemble.



Fig. 8.7a: Le lambeau est tiré dans le vagin pour couvrir la vessie réparée. (avec autorisation de Grace Chen)

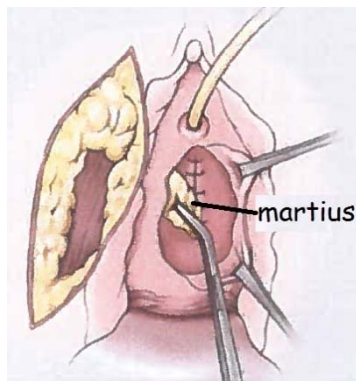


Fig. 8.7b: Dans ce cas, le lambeau avec le pédicule est basé en supéro/antérieur, ce qui donne une meilleure approche pour les fistules urétrales.



Fig. 8.7c: Avec une dissection adéquate, un grand lambeau peut être obtenu dans la plupart des cas.

(Étape 4) Fermeture du site donneur : Cela se fait généralement après la fermeture du vagin. Faites une suture continue pour fermer la couche profonde. Commencez par le haut (en laissant l'extrémité courte sur un clip) et continuez vers le bas. Puis plus superficiellement, remontez en haut et nouez. La peau peut être fermée avec de simples points interrompus ou un point sous-cutané.

(8.4) AMELIORER LA CICATRISATION DE LA FISTULE: LAMBEAU DU GRACILIS

Parce que le muscle est tellement vascularisé, il a tendance à adhérer aux tissus environnants et à fournir tous les facteurs nécessaires à une bonne cicatrisation. C'est cette propriété qui en fait une si bonne couche intermédiaire.

Indications pour le lambeau Gracilis

FRV : (a) FRV après radiothérapie. Dans les fistules post-radiation, attendre un an avant de tenter une réparation. Cependant, toutes les fistules post-radiation ont un taux d'échec très élevé, de sorte qu'il peut être plus simple de laisser la patiente avec une colostomie plutôt que de tenter une réparation. Si vous effectuez une réparation, un lambeau Gracilis augmente considérablement les chances de guérison. (b) A plusieurs reprises, je l'ai utilisé avec succès pour des FRV obstétricales qui étaient très sclérosées en raison de multiples réparations antérieures, et j'ai estimé que c'était la dernière chance de guérison. Dans une revue de l'utilisation d'un lambeau de Gracilis dans les FRV (toutes les étiologies, y compris les étiologies obstétricales), il est suggéré qu'il soit considéré comme l'une des options thérapeutiques de première ligne pour la FRV récurrente. *Référence : Interposition du muscle Gracilis pour la réparation de la fistule recto-vaginale et ano-vaginale : Une revue systématique de la littérature : A. Hotouras et al ; Colorectal disease Volume 17, Numéro 2, 1er février 2015, Pages 104-110.*

FVV : (i) Causes post-radiothérapie. (ii) Il peut être utilisé dans tous les cas difficiles (sclérosées) ou récurrents de FVV obstétricales ou pour soutenir un néo-urètre, surtout si vous pensez que les chances de guérison sont faibles. (iii) Si, au cours d'une réparation de la FVV, il y a des tests au bleu positifs répétés, envisagez un lambeau de Gracilis.



Avant d'effectuer le lambeau, des points de suture doivent être placés pour le fixer. Soit (a) Pendant la fermeture de la fistule, assurez-vous que les deux extrémités de chaque suture d'angle sont laissées longues sur une pince hémostatique. (b) Si elles ont déjà été coupées, placez plusieurs points d'ancrage des deux côtés près des angles et sur la ligne médiane. Il est beaucoup plus difficile de placer les sutures pour fixer le lambeau après l'avoir prélevé, car la position de la patiente aura souvent changé.

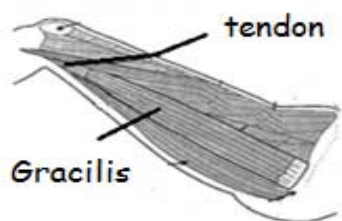


Fig. 8.8: Le muscle Gracilis est long et mince. Le tendon du Gracilis est distinctivement long et inséré au condyle tibial médial.

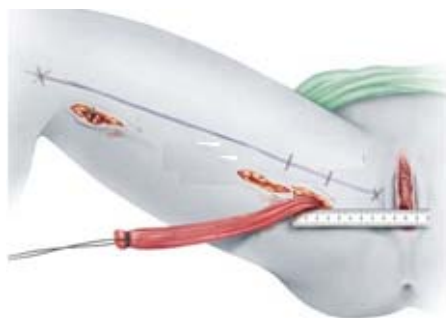


Fig. 8.9: Ligne des incisions. Dans ce cas, la traction avec les doigts autour du muscle proximal aidera à identifier le tendon le plus distal avant de le couper.

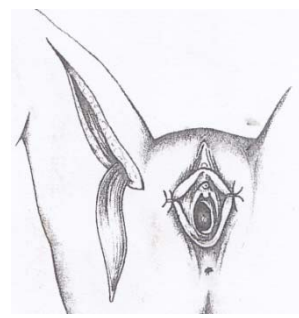


Fig. 8.10a: Il est également possible de faire une longue incision. C'est une option plus simple mais plus morbide.

ANATOMIE/VASCULARISATION

- Le muscle Gracilis est situé le long de la ligne entre la tubérosité pubienne et le condyle tibial interne. Il se trouve juste en arrière du muscle grand adducteur. Une incision est faite sur deux largeurs de doigts postérieures et parallèles au tendon du grand adducteur très palpable.
 - Tracez d'abord la ligne entre la tubérosité pubienne et le condyle tibial médial qui indique le muscle grand adducteur.
 - Puis tracez une ligne faite de deux largeurs de doigts postérieures et parallèles à cette ligne (Fig. 8.9) qui sera la ligne de l'incision sur le muscle Gracilis.



Bien que le muscle puisse être prélevé en position de lithotomie, vous devez réduire la flexion de la hanche pour que la cuisse soit plus basse. Il est ainsi plus facile de marquer le muscle avec plus de précision. Sinon, vous risquez de finir trop en postérieur.

- L'apport sanguin principal du Gracilis pénètre dans le tiers proximal du muscle par le dessous du grand adducteur (antéro-médial) et passe ensuite sur son aspect postérieur. Ce pédicule se trouve à environ 8 à 10 cm du tubercule pubien. Le vaisseau est assez petit bien qu'une fois clairement identifié, on puisse le voir pulser. La graisse jaune vif devrait vous alerter de la proximité des vaisseaux lorsque vous mobilisez le long du bord antéro-médial du muscle. Le nerf obturateur du muscle est également à proximité, donc s'il est stimulé par la cautérisation (c.-à-d. les contractions musculaires), cela devrait également vous avertir de la proximité du pédicule. Soit :
 - (a) Vous pouvez mobiliser le muscle proximement jusqu'à ce que vous identifiez le vaisseau. Ceci a l'avantage de permettre une plus grande mobilisation du muscle au niveau proximal. Le tissu adipeux est soigneusement séparé en l'écartant à l'aide d'une pince hémostatique ou de ciseaux. Si vous ne trouvez pas les vaisseaux et que vous êtes déjà à 6-8 cm du pubis, vous pouvez arrêter car vous n'avez pas besoin de plus de mobilisation et le risque de blessure est élevé.
 - (b) Vous pouvez éviter de mobiliser le muscle (surtout antéro-intermédiairement) dans les 10 cm proximaux. C'est plus sûr si vous n'êtes pas sûr d'identifier le vaisseau.

(1) INCISIONS

Technique d'incision simple : C'est beaucoup plus simple à faire mais ce n'est pas aussi bon sur le plan esthétique. Faire une incision dans les deux tiers inférieurs de l'intérieur de la cuisse à partir de 8 cm en distal de la tubérosité pubienne (Fig. 8.10). Le muscle est mobilisé de distal à proximal après que l'extrémité du tendon est divisée dans la partie inférieure de la cuisse. Si vous n'allez pas suffisamment en distal, vous risquez de vous retrouver avec un lambeau trop court. Cependant, il ne sert à rien de mobiliser au-delà de l'endroit où le muscle devient un tendon. Lorsque le tendon est sectionné, le muscle est libéré par une dissection émoussée.

Technique à deux incisions (voir Fig. 8.9, 8.10b+c)

- Première incision (proximale) : Inciser 8 cm en distal par rapport à l'os pubien sur environ 6 cm. Cela expose le muscle. Mobiliser le muscle tout autour par une dissection tranchante et émoussée. Confirmer que c'est le Gracilis par le test des deux tendons :
 - Tirer le muscle vers le haut (Fig. 8.10b) et vérifier que le tendon du grand adducteur ne se serre pas.
 - Sentez distalement près du genou pour voir si le tendon de Gracilis (distal) se resserre. Si ce n'est pas le cas, il se peut que vous ayez le muscle grand adducteur ou un autre muscle.

Deuxième incision (distale) : Elle est d'environ 4 cm à proximité du genou. En tirant sur le muscle proximale (fig. 8.10b), sentez distalement le tendon se contracter. Dès la première incision, passez une longue pince sur le muscle et faites une petite incision (environ 4 cm) sur le tendon. Trouvez le tendon et placez un drain autour. Libérez le tendon par dissection émoussée.

- De la partie distale de la première incision, le muscle est libéré tout autour distalement par une combinaison de dissection émoussée et tranchante. Ceci nécessite l'utilisation de 1 à 2 écarteurs pour soulever la peau. Ensuite, regardez à l'intérieur des incisions (phare utile ici) et coupez les accessoires éventuels. Il y a quelques petits pédicules qui proviennent du grand adducteur, alors cherchez-les en antéro-médial. Bien qu'une grande partie de la mobilisation puisse se faire par dissection émoussée, il est important de ne pas arracher ou déchirer les tissus pour éviter les saignements.
- Par la deuxième incision, libérez le muscle proximale autant que possible. Le muscle doit être complètement libre avant de couper le tendon et de tirer le muscle de la seconde à la première incision.
- En gardant une partie du tendon à l'extrémité inférieure du muscle, il est plus facile pour les points de suture de maintenir le tendon que le muscle.

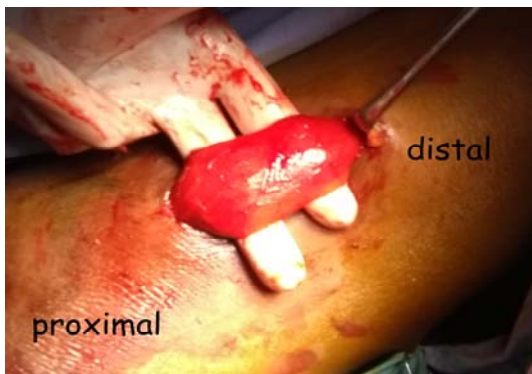


Fig. 8.10b: Montre le muscle Gracilis tiré vers le haut par une incision proximale.



Fig. 8.10c: Montre les deux incisions pratiquées dans la cuisse droite pour prélever le lambeau musculaire.



Fig. 8.11a: Affiche un seul écarteur Deaver (flèches x 2) utilisé pour créer le tunnel.

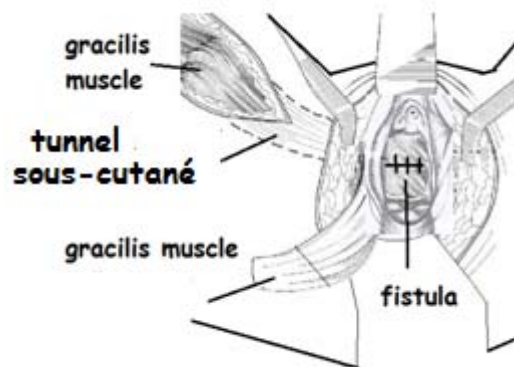


Fig. 8.11b: Montre le muscle tiré par un tunnel sous-cutané et prêt à être fixé dans le vagin.



(2) TUNNEL POUR LE MUSCLE DANS LE VAGIN

- Faites un tunnel sous-cutané de l'extrémité médiale de l'incision dans la cuisse jusqu'au vagin. Vous pouvez commencer à l'une ou l'autre extrémité et vous rencontrer au milieu. Initialement, cela se fait en insérant une grosse pince ou un étroit écarteur Deaver, mais éventuellement vous devriez être en mesure d'obtenir deux doigts dans le tunnel afin qu'il n'y ait pas de tension sur le lambeau. Il faut souvent couper des bandes de fascia par cautérisation pour agrandir le tunnel.
- Le muscle est tiré à travers ce tunnel dans le vagin (Fig. 8.11b). Ça devrait passer facilement. Si vous constatez qu'il y a une tension sur le lambeau lorsqu'il est dans le vagin, les options sont les suivantes :


- Mobilisez le bord antérieur du muscle proximale jusqu'à ce que vous voyiez le pédicule vasculaire. L'incision cutanée (proximale) doit être à ce niveau. Mobilisez également le bord postérieur du muscle.
 - Placez la jambe en adduction en la retirant des étriers.
- (3) FIXATION DU MUSCLE DANS LE VAGIN**
- Avant de tirer le muscle dans le vagin, il est bon d'y placer quatre points de suture, c'est-à-dire dans les quatre coins. Ceux-ci sont habituellement placés dans les tissus entre la vessie et le vagin.
 - Fixez d'abord la partie de la greffe la plus proche de la cuisse (placez deux sutures d'abord sans nouer puis nouez les deux).
 - Fixez ensuite l'extrémité libre du muscle du côté opposé du vagin.
 - S'il y a un excès de muscle, on peut le couper.
- (4) FERMETURE DES INCISIONS:** L'incision de la cuisse est fermée :
- (a) Une couche profonde de fascia profond à fascia profond.
 - (b) Le derme profond : Cette couche prend une partie de la couche blanche et retient les points de suture (la graisse ne le fait pas). Elle rapproche la peau.
 - (c) Couche cutanée.
- Comme il s'agit d'une dissection assez sèche et que vous fermez toutes les couches, vous pourriez probablement vous en tirer sans drain.
 - Mettez un pansement compressif autour de la cuisse, qui peut être enlevé le lendemain. Le pansement doit être changé le jour 1 s'il est trempé. Sinon, il peut être conservé jusqu'au jour 2.


Soins postopératoires : La patiente peut se reposer au lit le jour 1 et être mobilisé dès le jour 2.


Lambeau combiné de Gracilis et de Singapour

- Si un lambeau de Gracilis et un de Singapour sont faits au cours de la même opération, ils doivent l'être du même côté. Cela s'explique par le fait qu'un seul tunnel est nécessaire, bien qu'il doive peut-être être agrandi pour le lambeau de Singapour.
- C'est une bonne idée de prélever d'abord le lambeau de Singapour car c'est plus difficile à faire si vous avez déjà pris le Gracilis. Il est important de laisser un pont cutané d'au moins 3 cm entre le site donneur de Singapour et l'incision (proximale) du Gracilis.
- Il faut beaucoup de temps pour faire les deux lambeaux. Si votre souci principal est la guérison de la fistule, faites un lambeau de Gracilis. Si vous n'obtenez pas la couverture cutanée sur le lambeau de Gracilis, aussi longtemps que vous avez la bonne apposition du muscle au-dessus du site de réparation de fistule, ceci ne devrait pas affecter la réparation de fistule. Couvrez ensuite le muscle avec de la gaze vaselinée et tamponnez le vagin.

Greffe de peau libre : Une autre option serait de recouvrir le muscle exposé d'un fragment (de la cuisse) ou d'une greffe cutanée de pleine épaisseur (du bas-ventre). Une greffe sera plus facile mais comporte un peu plus de risque de contracture. Pour une greffe de pleine épaisseur, l'important est de l'amincir suffisamment pour que toute la graisse soit enlevée. Suturez le greffon sur le muscle, puis tamponnez le vagin durant cinq jours. Lorsque vous enlevez le tampon, faites-le soigneusement sous vision afin de ne pas perturber la greffe.

 **Conseil!** Une option dans les cas où la réparation de la fistule a déjà pris beaucoup de temps ou qu'il y a eu une perte sanguine importante est d'organiser les interventions sur deux jours. Un tampon vaginal peut être placé et si la transfuse sanguine est nécessaire, elle peut être faite pendant la nuit. Tôt le lendemain, la patiente peut être ramenée au bloc opératoire pour placer les lambeaux

 **Conseil!** Si vous avez une fistule latérale que vous devez couvrir avec un lambeau de Gracilis, il est bon de la prendre du côté opposé à la fistule. C'est parce qu'il est plus facile de placer l'extrémité du tendon du muscle sur la fistule puisqu'il peut être inséré facilement. Si vous le prenez du même côté que la fistule, il est difficile de l'obtenir dans l'angle.

 <p>Résumé de l'utilisation de lambeaux en chirurgie de la fistule</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mauvais Vagin + fistule</i> = Lambeau de Singapour. Un lambeau de Singapour devrait aider à la guérison de la fistule et servir de couverture vaginale. • <i>Bon vagin + fistule avec de mauvais tissus</i> = Lambeau de Gracilis, Martius ou Pubo-coccygien. Si vous placez un patch musculaire de bonne taille au-dessus de n'importe quelle réparation de fistule, elle guérira habituellement. • <i>Mauvais Vagin + Mauvaise fistule</i> = Combinez les lambeaux de Gracilis et Singapour.
--	---