

Prise en charge des fistules recto vaginales hautes à l'hôpital de Panzi (RD Congo)

Guy-Bernard CADIÈRE, DM Denis Mukwege

Résumé

Nous proposons une nouvelles approche par laparoscopie , par voie vaginale et rectale pour les fistules entre la paroi antérieure du rectum et la face postérieure du vagin, audessus de l'appareil sphinctérien anal.

Par approche laparoscopique, on commence par une dissection postérieure du fascia de Toldt avec mobilisation extensive du rectum puis une dissection latérale et enfin une dissection antérieure qui est difficile à cause de la fibrose entre le vagin et le rectum.

Cette stratégie réduit la dissection à l'aveugle orienté vers le vagin.

Lorsque la dissection est terminée ,une évaluation de l'état des tissus détermine la suite de la procédure : rectum sain, suture de l'orifice vaginal et rectal .Lacération du rectum avec 2 cm de rectum distal sain, anastomose recto-vaginale. Rectum entièrement lacéré, technique du pull-through.

We

Abstract

We propose a new minimally invasive treatment consisting of a laparoscopic approach which minimizes parietal damage and a strategy of dissection which allows precise location of the fistula hence reduces blind dissection around the fistula. The pelvis is often plastered and the only way to initiate the dissection is posteriorly in order to find the presacral fascia . the previous posterior mobilization of the rectum greatly facilitated the subsequent anterior dissection and involves the dissection of the vaginal septum beyond the fistula

if the cleavage plane beyond the fistula addresses a healthy rectum, a suture of vaginal and rectal defect is performed. if the cleavage plane beyond the fistula involves significant laceration of the rectum, while leaving at least 2 cm of healthy rectum above the sphincter, rectal resection and colorectal anastomosis is performed. if the rectal laceration involves the distal 2 cm but halts short of the sphincter (large fistula) the pullthrough technique is performed