

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
UNION-DISCIPLINE-TRAVAIL

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1991-1992

N°

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ANATOMIQUE
DU FASCIA ENDO-PELVIER
CHEZ LA FEMME**

THÈSE

Pour le

**DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)**

Présentée et soutenue publiquement le 30 Janvier 1992

Par

GOTTA SERY FREJUS

Interne des Hôpitaux

Né en 1959 à VAVOUA (RCI)

COMPOSITION DU JURY :

Président : Mr le Professeur KEBE MEMEL
Directeur de thèse : Mr le Professeur Agrégé N'GUESSAN KONAN Gabriel
Asseseurs : Mr le Professeur COWPLI-BONY Kwassy
Mr le Professeur Agrégé DJEDJE MADY Alphonse

DOYEN : A.-Th. DJEDJE

ASSESEURS : A. SANGARE - A. DAGO AKRIBI - Chr. WELFFENS-EKRA

PROFESSEURS :

1.- PROFESSEURS TITULAIRES :

MM. ASSI ADOU Jérôme	Pédiatrie
ATTIA Yao Roger	Hépatogastro-entérologie
AYE Hippolyte	Maladies Infectieuses
BEDA Yao Bernard	Médecine Interne
BOHOUSSOU Kouadio	Gynécologie-Obstétrique
BONDURAND Alain	Anesthésie-Réanimation
COULIBALY Nagbélé	Pneumo-Phthisiologie
COULIBALY Ouezzin André	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
COWPPLI-BONY Kwassy Philippe	Anatomie-Chirurgie Générale
DJEDJE André-Théodore	Radiologie
DJIBO William	Traumatologie et Orthopédie
GUESSENND Kouadio Georges	Médecine Sociale et Santé Publique
KADIO Auguste	Maladies Infectieuses
KEBE Mémel Jean-Baptiste	Anatomie-Urologie
KETEKOU Sié Ferdinand	Biochimie
ODI Assamoi Marc	Cardiologie
ROUX Constant	Chirurgie Infantile
SANTINI Jean-Jacques	Anatomie - Histo-Embryologie
YAO-DJE Christophe	Urologie

2.- PROFESSEUR ASSOCIE :

M GIORDANO Christian	Neurologie
----------------------	------------

4.- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :

MM.	ABBY BLAGUET Clément	Radiologie
	AGUEHOUNDE Cosme	Chirurgie Infantile
	ANDOH Joseph	Pédiatrie
	ASSA Alou	Stomatologie
	BA Zézé Vincent	Neuro-Chirurgie
	BAMBA Méma	O.R.L.
	BISSAGNENE Emmanuel	Maladies Infectieuses
	BOA Yapo Félix	Neurologie
	BOGUI Pascal	Physiologie
	BOUTROS-TONI Fernand	Biostatistique et Informatique Médicale
	CAMARA Benoît Mathieu	Médecine Interne
	COFFI Dick Sylvain	Anesthésie-réanimation
	DAGO AKRIBI Augustin	Anatomie -Pathologique
	DELAFOSSSE Roger Charles	Psychiatrie
	DIALLO Amadou Demba	Médecine Interne
	DJEDJE Mady Alphonse	Urologie
	DJEHA Djokouéhi	Dermatologie
Mme	DOSSO-BRETIN Mireille	Bactériologie - Virologie
MM.	ECHIMANE Kouassi Antoine	Cancérologie
	EHOUMAN Armand	Histologie-Embryologie- Cytogénétique
	EHOUE Florent	O.R.L.
	EHUA Somian Francis	Chirurgie Générale
	EKRA Alain (Ministre)	Cardiologie
	FADIGA Dougoutiki	P.P.H.
	FANY Adama	Ophtalmologie
	GADEGBEKU Anani Samuel	Stomatologie
	GNAGNE Yadou Maurice	Anatomie-Chirurgie Générale
	GNIONSAHE Dazé Appolinaire	Néphrologie
	HONDE Michel	Anatomie Pathologique
Mme	HOUENOU-AGBO Yveline	Pédiatrie Néonatale
MM.	KAKOU Guikahué Maurice	Cardiologie
	KANGA Diékouadio	Pédiatrie
	KANGA Jean-Marie	Dermatologie-vénérologie

4.- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (Suite) :

MM.	KANGA Miessan	Chirurgie Générale
	KEITA Cheikh	Ophtalmologie
	KEITA Kader	Radiologie
	KONE Drissa	Psychiatrie
	KONE Mamourou	Gynécologie-Obstétrique
	KONE Nouhou	Gynécologie-Obstétrique
	KONE Safédé	Ophtalmologie
	KOUAKOU N'Zué Marcel	Rhumatologie
	KOUAME Konan Joseph	Pédiatrie
	KOUASSI Beugré	Neurologie
	KOUASSI Jean-Claude	Chirurgie générale
	KOUASSI Kangah	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
	KOUASSI Konan Bertin	O.R.L.
	KOUASSI Manassé	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
	LAMBIN Yves	Traumatologie et Orthopédie
	LOKROU Lohourignon Adrien	Endocrinologie
	MANLAN Kassi Léopold Eloi (Doyen)	Hépto-gastro-Entérologie
	MANZAN Konan	Urologie
	MIGNONSIN David	Anesthésie-Réanimation
	MOBIOT Mandou Léonard	Chirurgie Infantile
	N'DORI Raymond François	Cardiologie
	N'DRI Koffi Dominique	Anesthésie Réanimation
	N'GUESSAN Henri-Alexandre	Chirurgie générale
	N'GUESSAN Konan Gabriel	Anatomie-Urologie
	NIAMKEY Ezani Kodjo Emmanuel	Médecine Interne
	ODEHOURI Koudou Paul	Maladies Infectieuses
	OUENGIN Georges Armand	Urologie
	OULAI Soumahoro	Pédiatrie
	SANGARE Amadou	Hématologie
	SANGARE Ibrahima Séga	Urologie
	SEKA Assi Rémi	Radiologie
	SOMBO Mambo François	Immunologie

4.- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (suite) :

Mme	TAGLIANTE SARACINO-CHAPMAN	Santé Publique
M.	TEA DAIGNEKPO Norbert	Immuno-Hématologie
Mme	TIMITE-KONAN Adjoua Marguerite	Pédiatrie
MM.	TOUTOU Toussaint	Médecine Interne
	TURQUIN-TRAORE Henri	Chirurgie Générale
Mme	TOURE-COULIBALY Karidiata	Gynécologie-Obstétrique
MM.	TOURE Stanislas André	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
	VARANGO Guy Gaston	Traumatologie et Orthopédie
	WAOTA Coulibaly Alexandre	Traumatologie et Orthopédie
Mme	WELFFENS-EKRA Christiane	Gynécologie-Obstétrique
M.	YAPI Achy	P.P.H

5.- MAITRE DE CONFERENCES - PRATICIEN HOSPITALIER:

Mme	MONTFORT Marie France	Biochimie
-----	-----------------------	-----------

6.- MAITRES-ASSISTANTS - CHEFS DE TRAVAUX :

MM.	ASSOUMOU Aka	Parasitologie
	KPLE-FAGET Paul	Immunologie et Hématologie
	OUHON Jean	Parasitologie
	SESS Essiagne Daniel	Biochimie

7.- MAITRES-ASSISTANTS MONO-APPARTENANTS :

Mme	DOSSO Yolande	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
M.	PALOMBO Robert	Biophysique

8.- ASSISTANTS DE FACULTE . CHEFS DE CLINIQUE DES HOPITAUX :

Mme	ADINGRA-GROGA-BADA Nicole	Médecine Interne
M.	ADJOBI Elio René	Gynécologie-Obstétrique
Mme	ADJORLOLO-SANOGO A. Christiane	Ophtalmologie
MM.	ADJOUA Rith Pascal	O.R.L.
	ADOH Adoh	Cardiologie
	ADOM Ahoussi Hilaire	Médecine
	AGOH Serge Antoine Biansoit Y	Chirurgie
	AHNOUX Ahnsanou Antoine	Chirurgie
	AKA Boussou Romain	Dermatologie
	AKANI Aye François	Neurologie
Mlle	AKE Evelyne Léonore	Cardiologie Pédiatrique
M	AMANI N'Goran	Psychiatrie
Mlle	AMON Tanoh Flore	Pédiatrie
MM.	AMONKOU Akpo Antoine	Anesthésie-Réanimation
	ANOMA Ano mathieu	Gynécologie-Obstétrique
	ANONGBA Danho Simplicie	Gynécologie-Obstétrique
	AOUSSI Eba François Blaise	Maladies Infectieuses
	ASSE N'Dri Henri	Traumatologie Orthopédie
	BAMBA Insa	Chirurgie
	BANA Abdoulaye	Chirurgie Orthopédique
Mme	BANKOLE-SANNI Roumanatou	Chirurgie Pédiatrique
MM.	BASSIT Assad	Chirurgie
	BENIE Tha Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mlle	BINLIN-DADIE Ayakan Renée H.	Anesthésie-Réanimation
MM.	BOGUIFO Joseph Evariste D.	O.R.L.
	BONI Ehouman Serge Auguste	Gynécologie-Obstétrique
	BONNY Jean Sylvain	Médecine du Travail
	BROUH Yapo	Anesthésie-Réanimation
	COULIBALY Adama	Urgences Chirurgicales
	COULIBALY Gaoussou	P.F.H.
	COULIBALY Makan	Maladies Infectieuses
	CREZOIT Grébère: Emmanuël	Stomatologie

8.- ASSISTANTS DE FACULTE - CHEFS DE CLINIQUE DES HOPITAUX (suite) :

Mmes	DANGUY-WANGAH Elisabeth	P.P.H.
	DA SILVA -ANOMA Sylvia Hélène L.	Chirurgie Infantile
MM.	DECHAMBENOIT Gilbert Marcel A.	Neurologie
	DICK Kobinan Rufin	Chirurgie Générale
	DJANHAN Yao	Gynécologie-Obstétrique
	DJE Koffi	Chirurgie
	DO REGO Anicet Fructueux H.	Pédiatrie
Mlle	DRESSEN Alice Julienne	Anesthésie-Réanimation
Mme	EHUA-AMANGOUA Evelyne Sylvia	Pédiatrie
M.	ELOIFLIN Banga	Anesthésie-Réanimation
Mme	ETTE-AKE Evelyne Elié	O.R.L.
MM.	ETI Edmond	Rhumatologie
Mlle	FAL Arame	Chirurgie Générale
Mme	FERRON BOGUI Anne	Cardiologie Médicale
MM.	GBAZI Gogoua Casimir	Radiologie
	GBERY Ildevert Patrice	Dermato-Vénérologie
	GNEBEI Oyao Roger Benjamin	Gynécologie-Obstétrique
	GUEDEGBE Félix Séraphin	Traumatologie et Orthopédie
	KACOUCHIA Niamke Béfiazan	O.R.L.
	KAKOU Aka Rigobert	Maladies Infectieuses
	KADIO Richard Michel	Chirurgie Générale
	KASSANYOU Salami	Anatomie-Chirurgie Générale
	KATA Kéké Joseph	Urologie
	KELI Elie	Chirurgie générale et digestive
	KOKOUA Alexandre	Anatomie-Chirurgie Générale
	KODJO Richard	Gynécologie
	KOFFI Eric Martin Alain S.	Chirurgie Générale
	KOFFI Kouakou	Anesthésie-Réanimation
	KOFFI Kouamé	Médecine Sociale et Santé Publique
	KONAN Yao Lucien Magloire	Chirurgie Générale
	KONE Brahima	Chirurgie Orthopédique

8.- ASSISTANTS DE FACULTE - CHEFS DE CLINIQUE DES HOPITAUX (suite) :

MM.	KOUAKOU Firmin	Gynécologie-Obstétrique
	KOUAKOU Koffi Jules	Urologie
	KOUAME Kouassi René	Anatomie
	KOUAME Yao Julien	Chirurgie
Mlle	LOHOUES Marie Jeanne D'Arc	Médecine Interne
MM.	MALEOMBHO Jean-Pierre Nazaire	Chirurgie Générale
	MENSAH William Narcisse	Cardiologie
Mme	NAMA-DIARRA Alimata Jeanne	Médecine Sociale et Santé Publique
Mlles	NANDJUI Mansé Béatrice	Rééducation
	N'DHATZ-EBAGNITCHIE Méliane M.	P.P.H.
MM	N'DRI Kouadio	Radiologie
	N'DRI N'Guessan	Médecine Interne
Mme	N'DRI-YOMAN Aya Thérèse	Gastro-Entérologie
M.	N'GBESSO Roger Daniel	Radiologie
Mmes	NIANGUE-BEUGRE N'DRI Martine	Pédiatrie
	NIROUPIN-BEUGRE Bouadoua Emma	Anesthésie-Réanimation
MM.	OUATTARA Dilai Noël	Radiologie-Biophysique
	OUATTARA Doignan	Médecine Interne
Mme	OUEDRAOGO-YANGNI-ANGATE Y.	Médecine Interne
MM	PLO Koulié Jeannot	Pédiatrie
	PRINCE Agbodjan John Ajete	Pédiatrie
	QUENUM Guillaume David C.	Gynécologie
	SISSOKO Souleymane Jacques A.	Anesthésie-Réanimation
Mlle	SONAN Affoundah Thérèse A.	Neurologie
M.	TANAUH Yves Raymond	Chirurgie Thoracique
Mlle	TANOH Amenan H. Laure	Gynécologie-Obstétrique
M.	TOTO Amani	Médecine Interne
Mlle	TOURE Managbè	Pédiatrie
M.	VARLET Guy Gervais Aka	Chirurgie Générale
Mlle	VILASCO Brigitte Emma	Anesthésie-Réanimation
M.	YANGNI-ANGATE Koffi Hervé	Chirurgie cardiaque
Mlle	YAPI Chia Paulette	Neurologie
Mme	YAPO-KOUASSI Florence	Cardiologie-Médicale
M.	YAPOBI Yves René	Anesthésie-Réanimation

8.- ASSISTANTS DE FACULTE - CHEFS DE CLINIQUE DES HOPITAUX (suite) :

Mmes	YOBOUET-YAO Pauline	Dermatologie
	YOFFOU-LAMBIN Liliane	Ophtalmologie
MM.	ACHY Ossey Bertin	Biophysique Radiologie
	ABISSE Agba	Immunologie et Hématologie
Mmes	ADO-ADO-MENSAH Marie Isabelle	Histologie
	BASSIMBIE-DANHO Jeannette	Immunologie et Hématologie
MM.	D'HORPOCK Ahoua	Anatomie Pathologique
	DAH Cyrille Serges	Physiologie
	DIE Kacou Henri Maxime	Pharmacologie Clinique
	DIOMANDE Isidore	Anatomie pathologique
	DJESSOU Sosse Prosper	Biochimie
	EDOH Vincent	Bactériologie-Virologie
Mmes	ETTE-DIENG Elisabeth	Anatomie Pathologique
	FAYE Yaobla Hortense	Bactériologie-Virologie
MM.	MEITE Mori	Immunologie et Hématologie
	SAKHO Sidi Samba	Histologie-Embryologie- Cytogénétique
	SANOGO Ibrahima	Immunologie et Hématologie
	SEKA Séka Joseph	Immunologie et Hématologie
Mme	SYLLA-KOKO Fatoumata Djim	Bactériologie-Virologie
MM.	TUO Nalourgo	Physiologie
	YAO Toutoukpo	Immunologie et Hématologie
	YAO Jean Claude	Pharmacologie

9.- ASSISTANTS MONO-APPARTENANTS :

M.	N'KO Marcel	Biochimie
----	-------------	-----------

10.-CHARGES DE COURS

MM	BOGUI Vincent	Physique
	KOFFI Philippe	Chimie
	RANCUREL René	Mathématiques

DEDICACES

Je dédie cette Thèse ...

A MES PARENTS

MES AMIS

ET CONNAISSANCES

A MON PERE

Tu m'as enseigné le sens des rapports humains.

*Tu m'as appris à découvrir que la plus grande richesse
qui puisse exister sur la terre, c'est l'homme.*

Aussi, m'as-tu appris à l'aimer.

*C'est toi qui m'as tracé ma voie. Cette thèse est le
fruit de tes sacrifices et de tes prières.*

A MES FRERES ET SOEURS

*Je vous souhaite beaucoup d'efforts et de persévérance
dans vos entreprises.*

*Ayons toujours en mémoire les leçons enseignées par nos
parents et restons unis.*

A MES BEAUX PARENTS

Vous m'avez adopté ! Soyez-en remerciés.

A MA FIANCEE

*Par ton calme, ta sincérité et ton amour,
tu m'as toujours apporté soutien et compréhension.
Tu as ainsi, par ta patience, réussi à forger
mon admiration et mon amour.*

PUISSE L'AMOUR ET L'ENTENTE REGNER
SUR NOTRE FUTUR FOYER !

A MON FILS

*Tu es au centre de ce succès.
Puisses-tu suivre mes modestes traces
et faire même mieux que moi.*

A MON ONCLE LE DOCTEUR GOTTA TAPE Boniface et Madame

Député,

Vice-président de l'Assemblée Nationale

*J'ai toujours trouvé auprès de vous
soutien, conseils et compréhension.*

*En reconnaissance de tous vos bienfaits,
je vous dédie cette thèse.*

A NOTRE PARRAIN DE THESE

Monsieur Henri KONAN BEDIE

Président de l'Assemblée Nationale
de COTE D'IVOIRE

Monsieur le Président,

*Vous avez bien voulu nous faire l'honneur inestimable
de parrainer ce modeste travail.*

*Nous voyons dans cette acceptation spontanée, l'expression
de votre estime et votre encouragement de nous voir mieux
faire. Soyez-en remercié très vivement, pour toute la solli-
citude dont vous ne cessez de nous entourer.*

*A vous et à toute votre famille, nos sentiments d'indé-
fectible reconnaissance.*

AU DOCTEUR ALMAMI CONTE ET MADAME

En reconnaissance de notre Amitié

AUX DOCTEURS

. KALIFA BAMBA ET MADAME

. IPO JEREMIE ET MADAME

. KOUYATE SALIFOU

. SOKOURY NARCISSE ET MADAME

*Pour la chaleur humaine qui a toujours
caractérisé nos rapports !*

AUX INTERNES DES HOPITAUX

. GOGOUA DALLO Raphaël et Madame

. YEO TENENA Philippe et Madame

Pour toutes ces années de sincère amitié !

. GBEU KASSIEU et Madame

. ETTIEN Félicien et Madame

. BAKASSA Serge et Madame

. KAKOU Médard et Madame

. ANKOTCHE Amos et Madame

En témoignage de ma sincère amitié !

A TOUS LES INTERNES DES HOPITAUX D'ABIDJAN

Pour une amitié chaque jour plus grande !

A MES AMIS

. BANDAMA Maurice

. KOUADIO AHOUTOU Mathieu

. BOUA SERY Jocelyn Céleste

. DIE DEMOND Roger

*Pour tout le Soutien et les Encouragements
qu'ils nous ont apportés*

A NOS CAMARADES DE PROMOTION

*Nous avons grandi ensemble avec la même foi
aux lendemains. Nos meilleurs souvenirs
pour toutes ces années passées ensemble*

A TOUS LES ETUDIANTS DE CETTE FACULTE

*En reconnaissance de notre vocation commune :
"Etre au service de l'homme qui souffre"*

IN MEMORIAM

A MA MERE

Tu ne m'as pas vu grandir.

*Tu aurais pourtant aimé vivre cet instant mémorable,
qui voit l'aboutissement de tous tes sacrifices dont
tu n'as point cueilli les fruits.*

*Ma mémoire est pleine de toi et en témoignage de l'amour
que j'ai pour toi, je te dédie cette thèse.*

REPOSE EN PAIX ET VEILLE SUR MOI !

A MA GRAND-MERE

Tu m'as entouré de tous les soins et m'as protégé contre l'adversité.

Comme il aurait été heureux que tu fusses là pour voir la réalisation de toutes tes prières.

En reconnaissance de l'amour que j'ai pour toi, je t'offre cette dédicace.

REPOSE EN PAIX ET VEILLE SUR MOI !

A MA BELLE-MERE

Tu as été pour moi une véritable mère, puisque tu m'as aimé comme ton propre enfant. J'aurais souhaité te voir présente à cette soutenance.

C'est pourquoi, je te dédie cette thèse en mémoire de tous les sacrifices que tu as consentis pour moi !

A nos éminents maîtres qui ont
accepté de juger ce travail

.....

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste KEBE MEMEL

- . Professeur titulaire d'Anatomie-Chirurgie
- . Chef de service de Chirurgie au CHU DE Treichville
- . Chef de service d'Anatomie
à la Faculté de Médecine d'Abidjan
- . Officier de l'Ordre National
de la République de COTE D'IVOIRE
- . Commandeur de l'Ordre National de COTE D'IVOIRE
- . Commandeur de l'Ordre
de la Santé Publique de COTE D'IVOIRE
- . Commandeur de l'Ordre de l'Education Nationale
de la République de COTE D'IVOIRE
- . Commandeur des Palmes Académiques
- . Chevalier de l'Ordre National du Mérite Français
- . Prix Scientifiques :
 - Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Marseille (Prix Francine Garnier)
 - Prix de la Revue du Praticien
- . Membre du Conseil Economique et Social

Cher Maître,

Chef compétent, dévoué et généreux de ce Laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Médecine d'Abidjan, vous avez imprimé toute votre imposante et rigoureuse personnalité à ce service auquel vous attachez un grand prix.

De vos connaissances immenses, des générations de professeurs et d'étudiants ont bénéficié. Et si pour certains, l'Anatomie apparaît comme une science ésotérique, pour vous, elle est l'une des principales voies par lesquelles les hommes ont arraché à la nature le secret de sauver leurs semblables d'une fin injuste.

Honorable et Illustre Maître, vous nous avez enseigné, par le modèle que vous êtes, que la grandeur n'exclut pas l'humilité.

En nous accordant votre confiance et en nous donnant l'honneur et la fierté d'être à la tête de ce jury, vous nous offrez l'immense joie et le fervent vœu de pouvoir nous identifier à votre idéal de vie : L'homme au service de son prochain.

Honorable et Cher Maître, daignez bien recevoir ici l'assurance que vous trouverez en nous un disciple attentif, discret et dévoué.

Nous vous prions de trouver ici, le témoignage de notre profonde admiration.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Philippe K. COWPPLI-BONY

- . Professeur d'Anatomie-Chirurgie
- . Chef de Service de Chirurgie Digestive
CHU de Treichville
- . Maire de BOUAFLE
- . Officier des Palmes Académiques

Le bonheur que vous nous faites en acceptant d'être notre juge nous incline à vous exprimer toute notre reconnaissance.

Vos qualités professionnelles, votre générosité et votre simplicité qui sont unanimement reconnues, font de vous un vivant modèle auquel tout jeune médecin voudrait s'identifier.

Vous voudriez bien trouver ici la marque de notre profonde et sincère admiration

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Agrégé Alphonse DJEDJE MADY

- . Professeur Agrégé d'Urologie
- . Membre de la Société Française d'Urologie
- . Commandeur des Palmes Académiques
- . Membre du Collège Ouest Africain des Chirurgiens
- . Grand Officier de l'Ordre du Mérite de la République Fédérale d'ALLEMAGNE
- . Ancien Ministre de la Santé Publique et de la Population
- . Député à l'Assemblée Nationale

"Il n'y a que le travail qui paie ! Je t'encourage à toujours bien travailler et à ne compter que d'abord sur ton propre travail !

En ce qui me concerne, je t'assure de mes sentiments fraternels et de mon soutien".

Ainsi vous vous exprimiez lorsque vous me dédicaciez votre thèse.

Aujourd'hui, j'ai l'honneur de vous dédier les fruits de ce premier labeur que vous avez si aimablement encouragé.

Veuillez bien trouver ici l'expression de ma vive reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Professeur Agrégé N'GUESSAN Konan Gabriel

- . Maître de Conférences Agrégé en Anatomie-Urologie
- . Educational Commission for Foreign Medical Graduates (E.C.F.M.G.), 1982

Vous êtes pour moi un berger, je suis l'agneau qui a toujours besoin de votre sollicitude et de votre soutien.

Notre destin que vous êtes en train de forger dans l'humilité, la courtoisie et la générosité, valeurs qui font votre personnalité, vaudra bien grandir sous votre paisible ombre.

Pour tout ce que vous faites pour moi, veuillez bien trouver ici, Cher Maître, la marque de notre vive reconnaissance et de notre respectueuse admiration.

A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DU PROFESSEUR KEBE

Aux Professeurs : - SANGARE Ibrahima Séga
- GNAGNE Yadou Maurice

Aux Assistants : - BASSIT Assad
- KOCOUA Alexandre
- DJE Koffi
- KOLANI S. Pierre
- CISSE Losséni

Aux internes : - YAO Blaise
- GUIE Privat

AUX ETUDIANTS EN INSTANCE DE THESE, AUX EXTERNES,

A TOUT LE PERSONNEL PARAMEDICAL (infirmiers garçons
et filles de salle)

AUX PERSONNELS DU LABORATOIRE D'ANATOMIE
ET D'ANATOMIE PATHOLOGIE

*Tous nos remerciements pour votre amicale
et franche collaboration*

A TOUT LE PERSONNEL DU BLOC OPERATOIRE ET A TOUS CEUX
QUI DE PRES OU DE LOIN NOUS ONT APPORTE LEUR ASSISTANCE

Toute notre reconnaissance

SOMMAIRE

	Pages
I.- INTRODUCTION	3 – 8
I.1 - <u>Définition de l'objet d'étude</u>	6
I.2 - <u>Intérêt de cette étude</u>	8
II.- ETUDE ANATOMIQUE.....	9 – 23
II.1 - <u>Matériel et Méthodes</u>	10
II.1.1 - Matériel de Travail	10
II.1.2 - Méthode d'Etude	10
II.2 - <u>Rappel embryologique</u>	12
II.3 - <u>Anatomie descriptive et rapports</u>	14
II.3.1.- Anatomie descriptive.	14
II.3.1.1.- Muscle releveur de l'anus.....	14
II.3.1.2.- Muscle ischio-coccygien	20
II.3.2.- Rapports du muscle releveur de l'anus.....	21
II.3.3.- Fascia endopelvien	23
III.- ETUDE HISTOLOGIQUE.....	29 – 32
III.1 - <u>Matériel et Méthodes</u>	30
III.1.1.- Matériel de Travail	30
III.1.2.- Méthode d'Etude	30
III.2.- <u>Structure de la pièce</u>	31
IV.- ICONOGRAPHIES.....	33 – 42

A TOUS NOS MAITRES

A TOUT LE PERSONNEL DE LA CLINIQUE
CHIRURGICALE I ET CHIRURGIE II

A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUE A LA
REALISATION TECHNIQUE DE CE TRAVAIL

AU DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE

Le Professeur André-Théodore DJEDJE

A TOUS LES MAITRES DE CETTE FACULTE

*qui, depuis de si longues années ne ménagent
ni de leurs efforts, ni de leur temps pour
nous apporter leur savoir,*

NOTRE PROFONDE RECONNAISSANCE !

A NOS MAITRES DE L'ECOLE PRIMAIRE, SECONDAIRE ET SUPERIEURE

En reconnaissance de la formation reçue.

NOS MEILLEURS SOUVENIRS

	Pages
V.- ETUDE CRITIQUE	43 - 46
V.1.- Discussion	44
V.1.1.- Au plan anatomique	44
V.1.2.- Au plan fonctionnel.....	45
V.1.3.- Au plan pratique.....	45
V.2 - Synthèse.....	46
VI.- CONSIDERATIONS PRATIQUES.....	47 - 48
VI.1.- Plastie vésicale dans la cure des Fistules vésico-vaginales.....	48
VI 2 - En perspective	48
VII.- CONCLUSION.....	49 - 50
VIII.- BIBLIOGRAPHIE.....	51 - 72

Chapitre premier

INTRODUCTION

Les fistules urogénitales basses posent un problème d'éthique et de société, d'infrastructures médicales de prévention et de soins dans les pays en voie de développement. Elles ont un caractère multidisciplinaire, à cheval sur l'Urologie, la Gynécologie et la Médecine tropicale.

A l'origine des lésions, il y a le plus souvent un accouchement dystocique qui a duré plusieurs jours en brousse, loin de tout milieu médical chez une fille de 15 à 17 ans de petite taille, à bassin immature, androïde.

La modalité de l'accouchement a été soit l'extraction par césarienne d'un enfant mort-né macéré, soit l'expulsion à l'aide d'un forceps d'une ventouse dans un vagin, porteur d'une sclérose rétractile cicatricielle. Dans certaines régions, une matrone s'assoit sur le ventre déjà proéminent de la gestante demi-assise ; mais l'utérus spasmé ne répond pas à la délivrance de l'enfant mort in utéro. Plusieurs gestantes aujourd'hui se confient aux matrones. Très fréquemment, on rencontre une nécrose étendue du vagin jusqu'au cul-de-sac vaginal, un délabrement uréthro-cervico-trigonal, parfois un cloaque, un conduit génital rétréci en quelques semaines admettant difficilement un doigt explorateur ; une vulvite et une dermite urinaires.

Par rapport à cette considération, la fréquence des fistules vésico-vaginales, d'origine obstétricale, a énormément augmenté ces dernières années quand on sait les conséquences socio-culturelles d'une telle affection : "pas de menstrues, pas de mariage" ou dans bien des cas, la fuite d'urine entraîne la fuite du mari ou, dans le pire des cas, l'exclusion sociale de la malade

L'expérience européenne en la matière reste limitée car cette affection a longtemps disparu de son environnement médical

Nous sommes depuis longtemps confrontés à des problèmes de techniques opératoires devant ces patientes au périnée délabré, à la vessie ayant perdu toute sa caractéristique fonctionnelle et qui n'attendent que d'être guéries de leur infirmité.

Notre étude est non pas tant d'innover en la matière que de proposer à partir des grands principes du traitement des fistules vésico-vaginales énoncés par nos Maîtres, les Professeurs KEBE Memel et LEGUYADER, une alternative anatomique et fonctionnelle dans le traitement de ces fistules. Cette étude anatomique qui va porter sur le fascia endopelvien est en droite ligne des plasties vésicales par lambeau loco-régional, en l'occurrence la partie caudale du fascia endopelvien, c'est-à-dire l'aponévrose du releveur de l'anus.

Nous souhaitons aider les chirurgiens qui auront à traiter cette pathologie fistuleuse dans nos pays en voie de développement..

En toute humilité, nous proposons cette norme bioclinique à côté de l'illustre technique de l'Ecole Abidjanaise de la R.M.P, afin de pouvoir traiter cette infirmité que nous n'avons plus le droit d'assumer comme une fatalité

I.1.- DEFINITION DE L'OBJET D'ETUDE

Le petit bassin est fermé dans sa partie caudale par le diaphragme pelvien doublé superficiellement par le périnée et recouvert sur sa face interne par l'aponévrose pelvienne. Le fascia endopelvien est un ensemble de lames fibreuses d'origine mésenchymateuse recouvrant les parois du petit bassin et engainant les viscères pelviens. On distingue deux parties : le fascia pelvien pariétal et le fascia pelvien viscéral.

I.1.1.- Le Fascia Pelvien Pariétal

Il recouvre les muscles de la paroi, en particulier le releveur de l'anus qui est le muscle essentiel du diaphragme pelvien et les plexus ano-coccygiens. Son bord médial se prolonge par le fascia viscéral qui délimite avec le péritoine pelvien l'espace sous-péritonéal pelvi-viscéral rempli de tissu cellulaire pelvien.

I.1.2.- Le Fascia Pelvien Viscéral

C'est une lame fibreuse qui constitue soit une gaine aux viscères ou fascias viscéraux, soit une cloison de séparation de ceux-ci ou septum ; les fascias viscéraux diminuent en épaisseur de bas en haut. Ils sont minces voire inexistants au niveau des faces péritonéales des viscères.

Les septums ou cloisons sont représentés essentiellement par :

1.1.2.1.- Le septum génito-vésical qui se subdivise en septum vésico-utérin et vésico-vaginal .

a) Le septum vésico-utérin sépare le fond vésical des faces antérieures de l'isthme et de la portion supra-vaginale du col

C'est un tissu cellulaire lâche, renforcé sur les côtés par des fibres musculaires et des rameaux vasculaires. Ce sont les ligaments vésico-utérins ou "piliers vésicaux"

b) Le septum vésico-vaginal sépare le trigone et le col vésical du vagin. C'est une lame fibreuse se prolongeant latéralement avec le paravagin. C'est aussi l'adossement des fascias viscéraux et vaginaux. Cette entité chirurgicale constitue "le fascia de HALBAN".

1.1.2.2.- Le septum recto-génital

C'est une mince lame fibreuse qui s'interpose entre la paroi postérieure du vagin et la face antérieure du rectum. Il est tendu du cul-de-sac recto-utérin de DOUGLAS au centre tendineux du périnée. Sa minceur permet l'appréciation de la portion vaginale du col par le toucher rectal.

I.2.- INTERET DE L'ETUDE

Son intérêt est double :

* Au plan fonctionnel et dynamique

- Il recouvre le muscle essentiel du diaphragme pelvien, en l'occurrence le muscle releveur de l'an.
- Il permet d'éviter le tassement des organes pelviens.

* Au plan chirurgical

- il sert de colpo-suspension déjà décrite dans la littérature en cas d'incontinence urinaire d'effort.
- il peut servir de plastie vésicale de part ses qualités que nous allons décrire.

Chapitre II

ETUDE ANATOMIQUE

II.1.- MATERIEL ET METHODES

II.1.1.- Matériel de travail

Notre étude a porté sur la dissection de 16 corps, tous de sexe féminin dont l'âge varie entre 18 et 60 ans.

La préparation des corps a consisté en une injection de solution de l'Institut Anatomique de MINNESOTA composé :

- d'eau à 75 % ; 750 cc
- de Formol à 40 % ; 60 cc
- de Phénol pur 5 % ; 50 cc
- de glycérine 14 % ; 140 cc

ou de solution de formol à 10 % pour un litre de solution.

Quantité injectée : 2 litres par corps.

Ils sont conservés en chambre froide à la température variant entre 3°c et 5°c.

II.1.2.- Méthode d'étude

1.- Dissection anatomique

Elle est entreprise 48 à 72 heures après l'injection de la solution de MINNESOTA par la carotide (8 cas) ou par la fémorale (8 cas). Le corps est placé en position gynécologique. A l'aide d'une valve vaginale, on expose la paroi vaginale antérieure. Tout commence par une incision transversale qui prend appui sur les muscles releveurs de l'anus de chaque côté et déborde sur eux. Cette incision a l'épaisseur de l'épithélium vaginal et permet de découvrir après un large dédoublement vésico vaginal :

a) - de dehors en dedans :

- le muscle releveur de l'anus
- le bord libre du fascia endopelvien qui le recouvre

b) la face latérale de la vessie

La dissection se poursuit vers le haut et vers le bas, la pince à disséquer sans griffe tenant le bord libre de ce fascia. On clive le fascia du releveur de l'anus en dehors, puis des plexus latéro-vésicaux en dedans. Le clivage se poursuit en haut jusqu'à la ligne arquée du releveur qui représente l'insertion d'origine du muscle ; et en bas jusqu'au voisinage du raphé fibreux ano-coccygien.

On aperçoit les piliers vésicaux qui sont facilement individualisables en dedans des plexus veineux latéro-vésicaux. On apprécie alors le fascia endopelvien sur toute sa hauteur qui est celle du muscle releveur. On apprécie également son épaisseur, sa courbure convexe en dehors qui épouse la convexité générale de la paroi pelvienne et la convexité de la vessie. La dissection se poursuivant, on arrive à individualiser des espaces clivables relativement exsangues, que sont :

- de dehors en dedans :

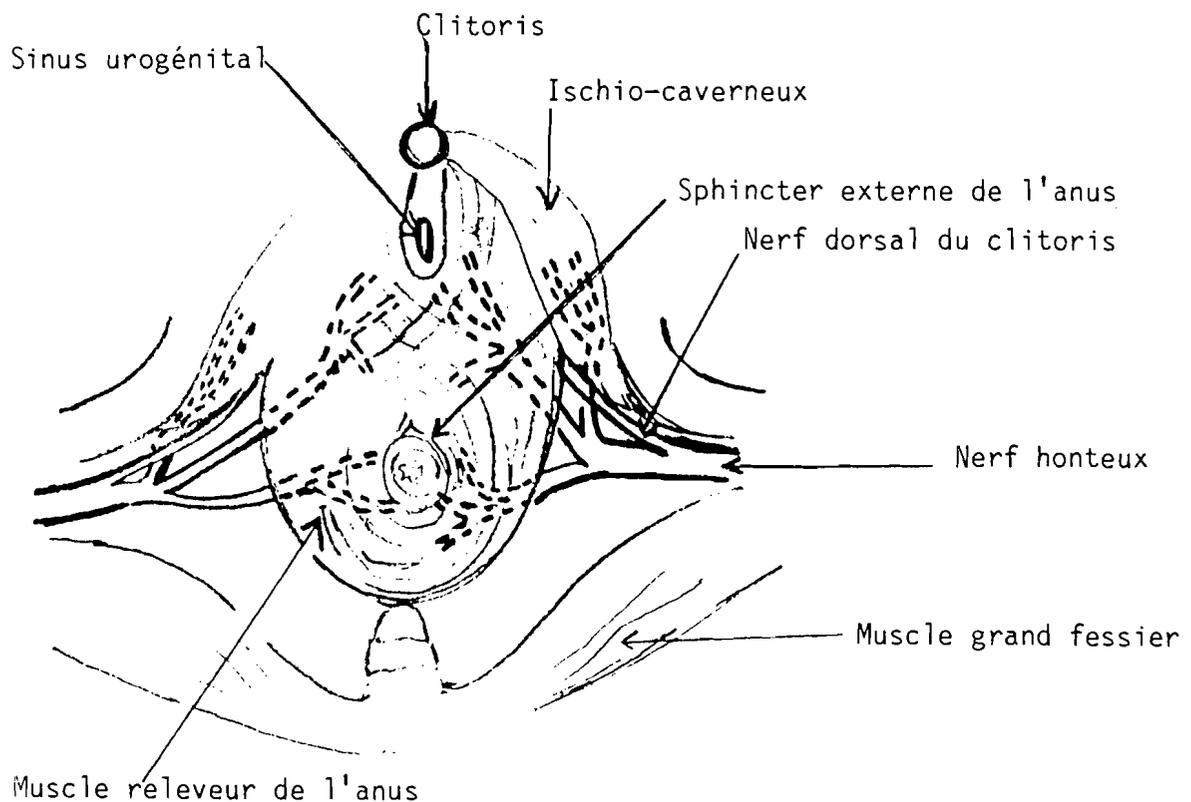
- . l'espace entre le muscle releveur de l'anus et le fascia endopelvien,
- . l'espace entre le fascia endopelvien et la vessie avec son plexus veineux latéro-vésical,
- . l'espace clivable vésico-vaginal au contact de l'épithélium vaginal déjà exploité. Tous ces espaces permettent la mobilisation du fascia.

II.2.- RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

II.2.1.- Embryologie du muscle releveur de l'anus

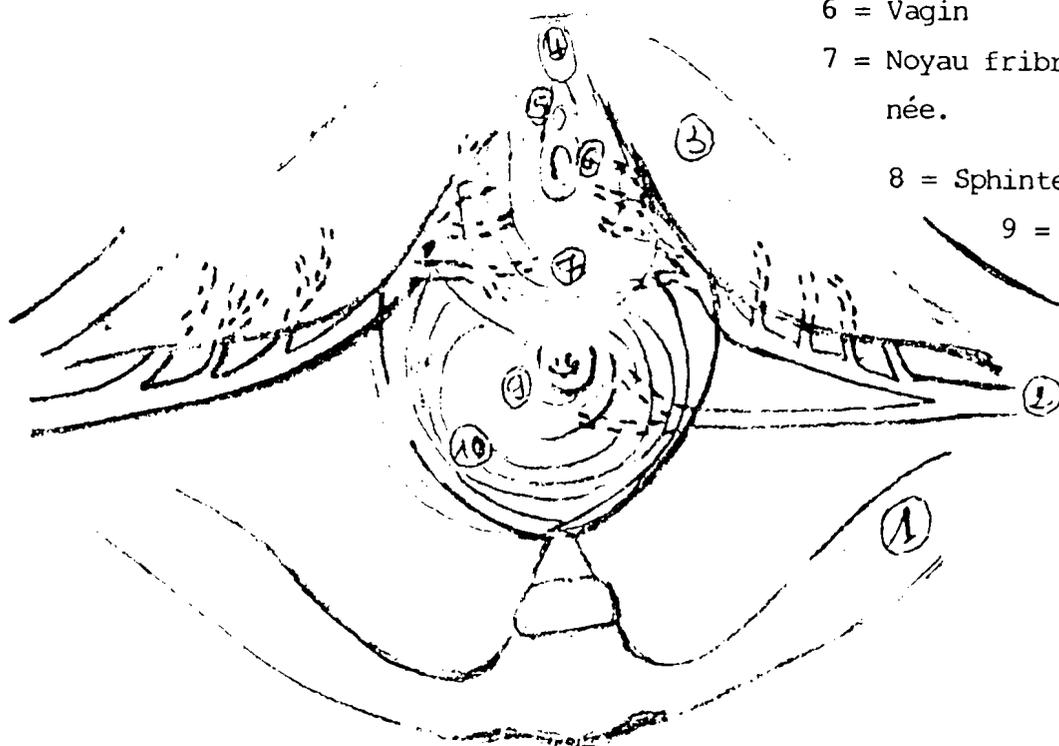
Le releveur de l'anus et l'ischio-coccygien proviennent du deuxième somite sacré au premier somite coccygien (HALMILTON BOYD).

SCHEMAS DU DEVELOPPEMENT DES MUSCLES DU PERINEE ET DES MUSCLES DU DIAPHRAGME PELVIEN



A : Embryon de 4 - 5 mois

- 1 = Muscle grand fessier
- 2 = Nerf honteux
- 3 = Ischio-Caverneux
- 4 = Clitoris
- 5 = Urethre
- 6 = Vagin
- 7 = Noyau fibreux central du péri-
née.
- 8 = Sphinter externe de l'anus
- 9 = Muscle releveur de
l'anus.



EMBRYON DE 6 MOIS

II.3.- ANATOMIE DESCRIPTIVE ET RAPPORTS

II.3.1.- Anatomie descriptive

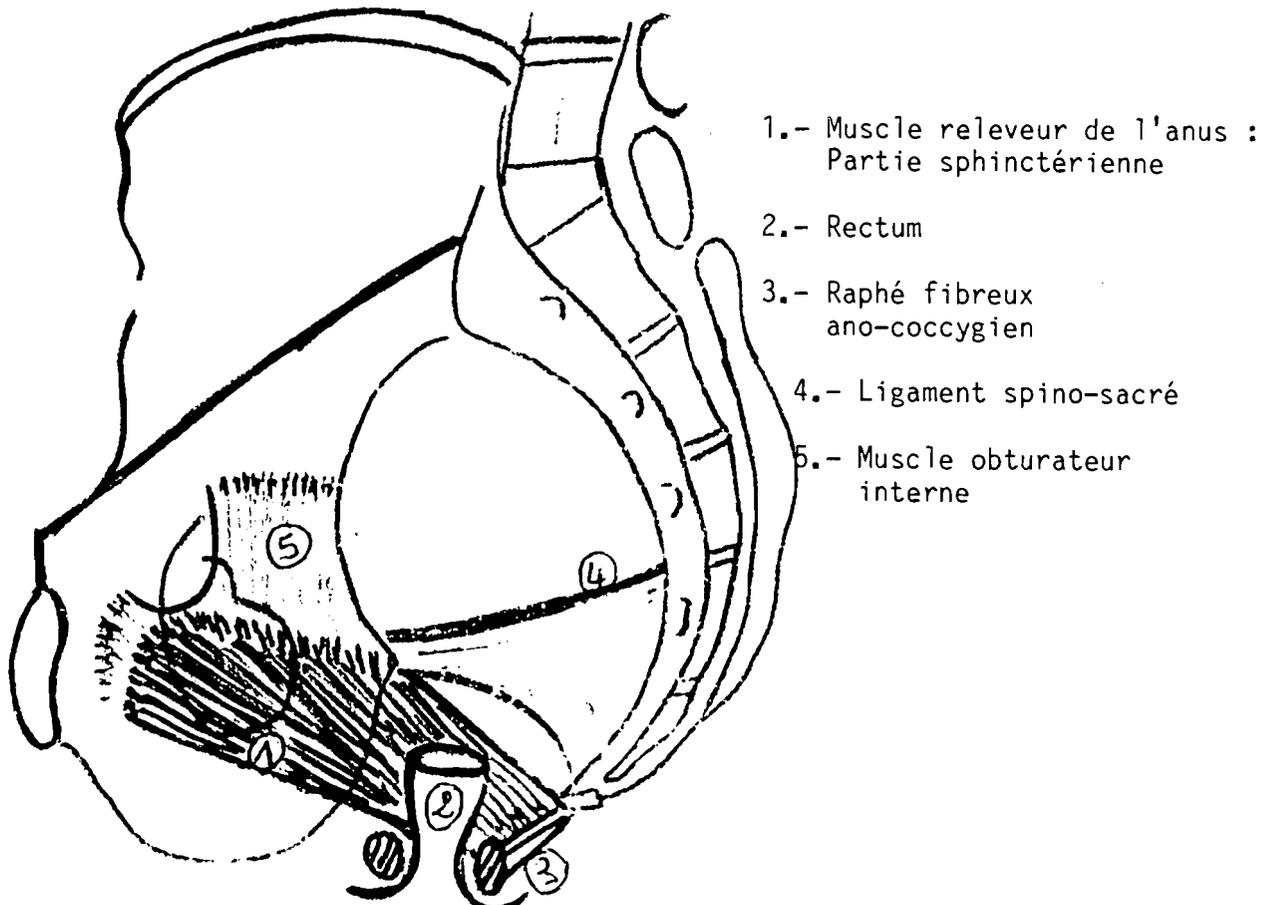
II.3.1.1.- Le muscle releveur de l'anus

C'est un muscle puissant de constitution complexe (et hétérogène) formé par la réunion de nombreux muscles (qui restent distincts dans les espèces inférieures).

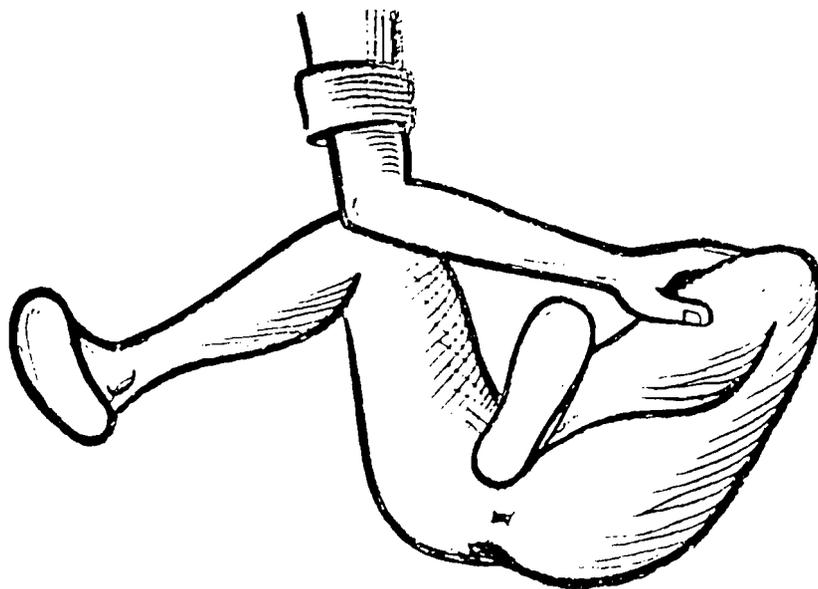
Schématiquement, on lui distingue deux portions :

- une portion latérale, sphinctérienne(dérivée des muscles de la queue) ;
- une portion médiale, élévatrice(dérivée des muscles du cloaque).

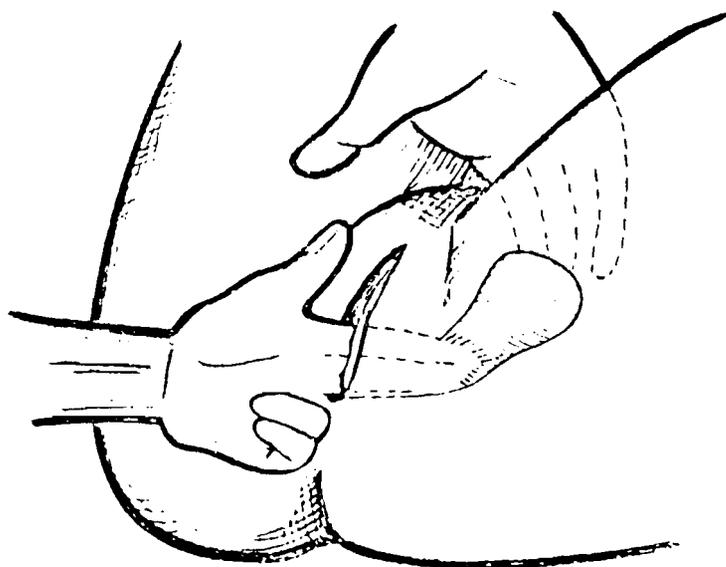
A.- Partie latérale ou sphinctérienne



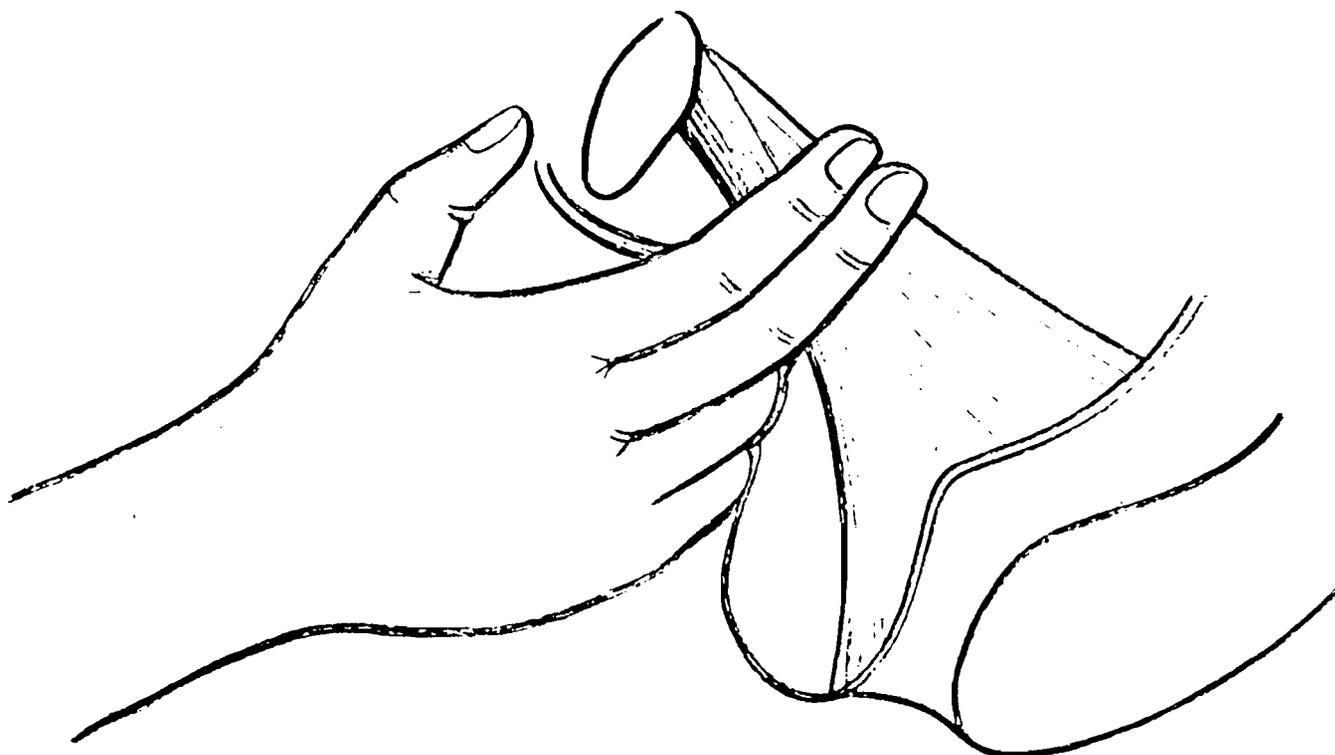
SCHEMA N° 1 : Vue latérale de la partie sphinctérienne du muscle releveur de l'anus



Position de la taille



Toucher vaginal :
Palpation du releveur



COUPE SAGITTALE DU BASSIN
(appréciation du releveur)

1°) Globalement, elle a la forme d'un vaste éventail.

2°) Elle s'insère latéralement sur l'os coxal selon une ligne courbe tendue du pubis à l'ischium.

3°) Les fibres convergent obliquement en arrière, en bas et vers la ligne médiane (d'autant plus obliques que leur insertion est plus postérieure), séparées du vagin et du rectum par la partie médiale élévatrice.

4°) Elles se terminent sur le coccyx (bords latéraux des deux dernières pièces coccygiennes) et le ligament ano-coccygien (en partie constitué par l'entrecroisement des fibres de terminaison des deux muscles élévateurs de l'anus).

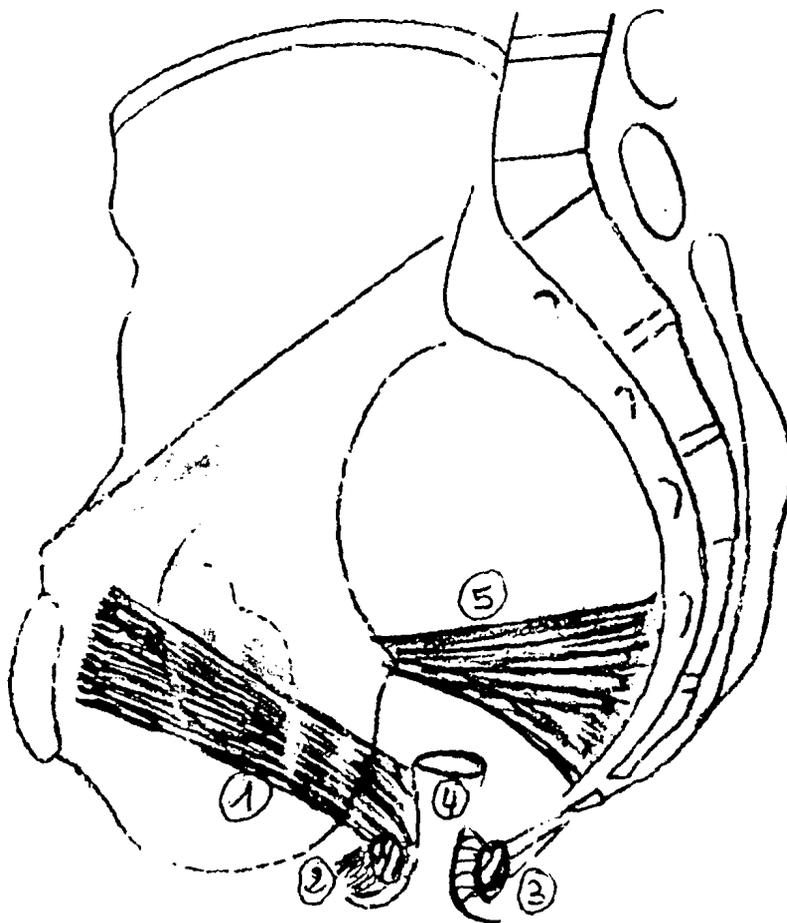
5°) En fait, on peut y distinguer deux muscles (selon l'insertion d'origine) :

1.- Muscle pubo-coccygien, antérieur, inséré en avant à la face postérieure de la surface angulaire du pubis.

2.- Muscle ilio-coccygien, latéral, inséré sur l'arcade tendineuse du muscle releveur de l'anus, arcade de renforcement du fascia du muscle obturateur interne.

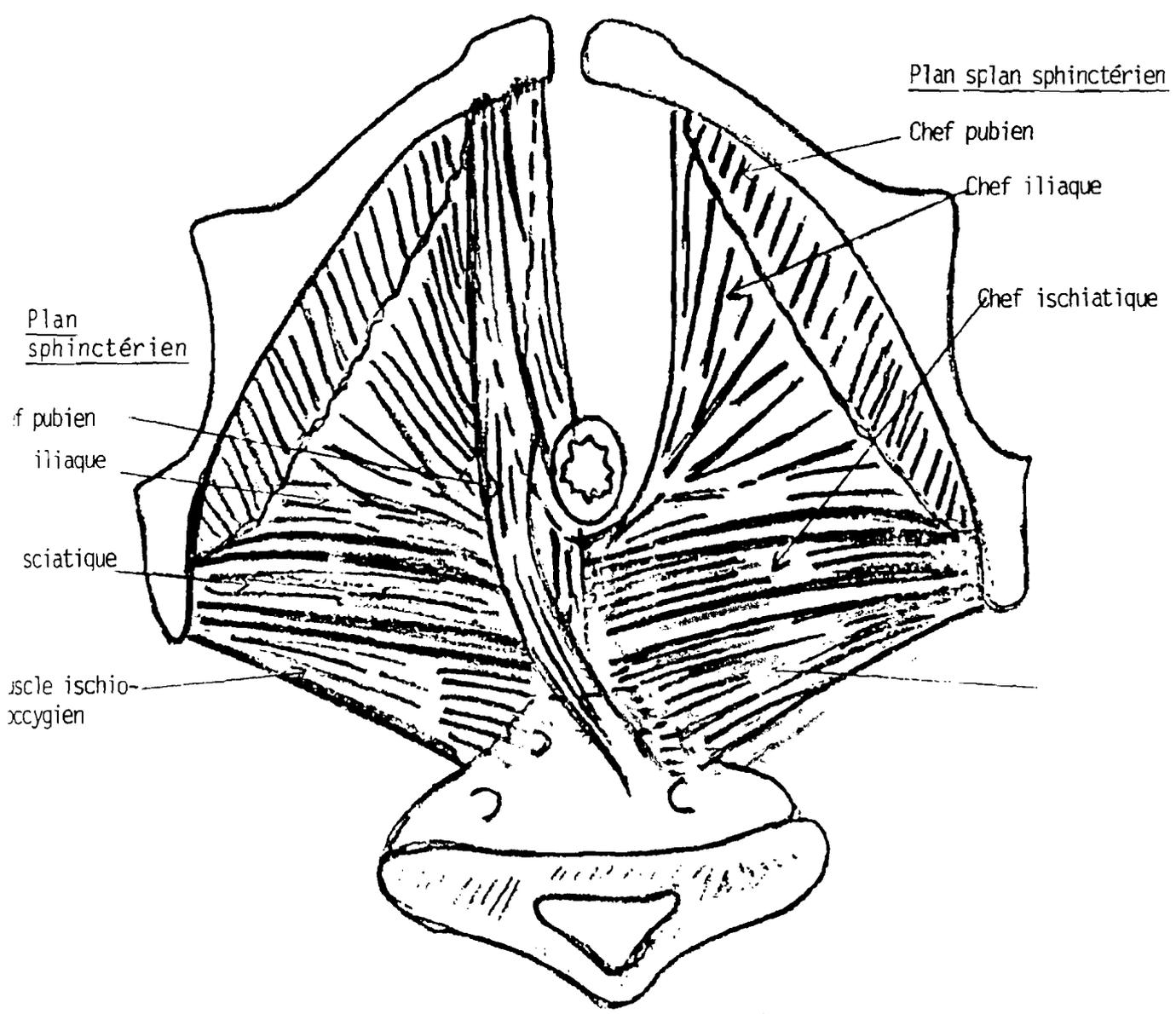
On y rattache les fibres insérées sur l'ischium, à la face médiale de l'épine sciatique.

B.- Partie médiale (ou élévatrice) ou muscle fribio-rectal



1. Faisceau pubo-rectal du releveur de l'anus
2. Noyau fibreux central du périnée
3. Sphincter externe de l'anus
4. Rectum
5. Ligament spino-sacré

SCHEMA N° 2 : Vue latérale de la partie médiale ou élévatrice du muscle releveur de l'anus



SCHEMA N° 3 : Vue plongeante du releveur de l'an

1°) Elle est beaucoup plus étroite et plus épaisse que la précédente.

2°) Elle naît du pubis (ses insertions sont plus médiales et plus hautement situées que celles de la partie sphinctérienne).

3°) Les fibres musculaires se dirigent en arrière (restant médiales par rapport aux fibres de la partie sphinctérienne), croisant le vagin.

4°) Elles se terminent dans le rectum de façon complexe :

1.- Les fibres supérieures se terminent par l'intermédiaire d'arcs tendineux sur la face antérieure et les faces latérales du rectum ;

2.- Les fibres inférieures descendent, avec les fibres longitudinales du rectum, entre les différents plans du sphincter externe de l'anus ;

3.- Les fibres les plus postérieures se réunissent avec celles du côté opposé pour former une sangle ano-rectale ;

4.- Les fibres les plus antérieures se terminent sur le centre tendineux du périnée (noyau fibreux central du périnée) sans traverser le sphincter.

. Au total, les deux muscles élévateurs de l'anus forment une vaste nappe musculaire en fer à cheval, circonscrivant entre eux (et sur la ligne médiane), en avant du rectum une large échancrure : la fente uro-génitale (laissant passer les organes génito-urinaires) cloisonnée par les autres plans du périnée.

II.3.1.2.- Le muscle (ischio-coccygien)

Placé en arrière du muscle releveur de l'anus (et sur le même plan), il complète le diaphragme pelvien.

a) Anatomie descriptive

A.- Origine : il s'insère sur la face médiale de l'épine sciatique (en arrière du muscle releveur de l'anus), et sur la partie adjacente de la grande ouverture sciatique.

B.- Trajet : il se porte en arrière vers la ligne médiane, s'élargissant progressivement.

C.- Terminaison : il se termine sur le sacrum (deux dernières pièces sacrées) et le coccyx (deux premières pièces coccygiennes).⁴

. Le ligament sacro-épineux constitue la dégénérescence fibreuse d'une partie de ce muscle ; il est appliqué à sa face inférieure.

D.- Innervation : Le muscle coccygien est innervé par une branche collatérale du plexus sacré (née de S₄).

b) Action

Elle est identique à celle de la partie latérale (sphinctérienne) du muscle élévateur de l'anus.

II.3.2.- Principaux rapports du muscle releveur de l'anus

I.- En dedans

A.- Des viscères avec, d'arrière en avant :

- 1°) Le rectum
- 2°) L'utérus et le vagin`
- 3°) La vessie.

B.- L'espace pelvi-rectal supérieur de Richet.

1°) Limité par :

- 1.- En haut : le péritoine
- 2.- En bas et latéralement : le muscle releveur de l'anus
- 3.- En dedans : les viscères précités.

2°) contenant

- 1.- La gaine hypogastrique et les branches des vaisseaux hypogastriques,
- 2.- Le plexus nerveux hypogastrique inférieur
- 3.- Les uretères.
- 4.- Du tissu cellulo-graisseux

II.- En dehors : l'espace pelvi-rectal inférieur ou ischio-anal

1°) limité par :

1.- En haut et en dedans : le muscle releveur de l'anus

2.- En dehors : la paroi pelvienne constituée par :

a.- L'os iliaque

b.- le muscle obturateur interne

c.- l'aponévrose du muscle obturateur interne qui se dédouble pour former le canal d'Alcock qui livre passage aux vaisseaux et nerfs honteux.

3.- En bas, les muscles transverses du périnée.

2°) contenant :

. Du tissu cellulo-graisseux essentiellement

a) Innervation

Le muscle releveur de l'anus est innervé par une branche collatérale antérieure du plexus sacré (née de S₃, parfois de S₂ ou S₄).

b) Action

A.- Les fibres de la partie latérale (sphinctérienne) compriment le rectum transversalement et d'arrière en avant.

B.- Les fibres de la partie médiale (élevatrice) attirent le rectum en haut et en avant.

C.- Enfin, ce muscle releveur de l'anus a un rôle important dans la statique et le soutien des organes pelviens (utérus, vagin, vessie, rectum).

II.3.3.- Le Fascia endo-pelvien

- = Fascia supérieur du diaphragme pelvien
- = Aponévrose profonde du périnée
- = Aponévrose pelvienne.

II.3.3.1.- C'est la lame fibreuse qui recouvre les muscles du diaphragme pelvien (muscles releveurs de l'anus et muscles coccygiens) et se prolonge au-delà :

A.- Latéralement sur le fascia du muscle obturateur interne jusqu'à la ligne arquée de l'os coxal.

B.- En arrière, sur le fascia du muscle piriforme, remontant jusqu'au pourtour des trous sacrés antérieurs.

. Vers la ligne médiane, les fascias droit et gauche se poursuivent l'un par l'autre.

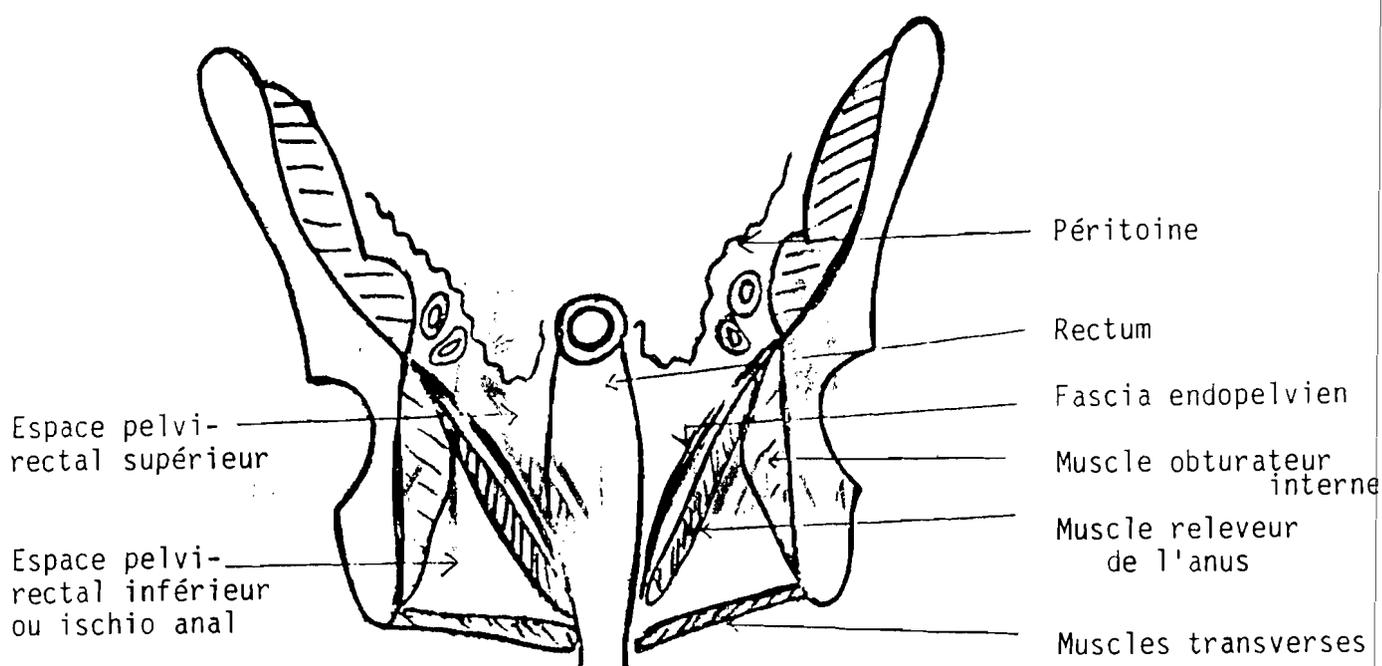
II.3.3.2.- Ce fascia présente quatre épaissements qui divergent en rayonnant à partir de l'épine sciatique.

A.- L'arc tendineux du muscle releveur de l'anus, à l'union des muscles releveur de l'anus et obturateur interne.

B.- L'arc tendineux du fascia pelvien sous-jacent se dirigeant vers l'extrémité médiale de l'insertion pubienne du muscle de l'anus.

C.- Le pli ischiatique en haut, longeant le bord antérieur de la grande ouverture sciatique (entre les muscles piriforme et obturateur interne).

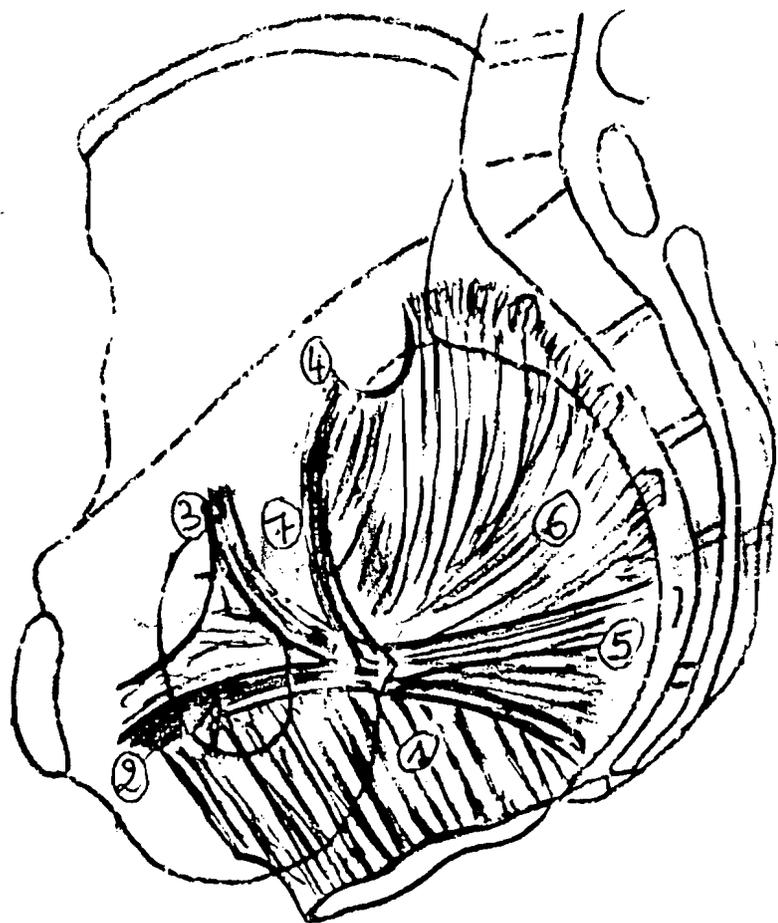
D.- Le ligament spino-sacré en arrière, dirigé vers le bord latéral du sacrum (entre les muscles piriforme et coccygien).



COUPE FRONTALE DU PETIT BASSIN
MONTRANT LES RAPPORTS DU FASCIA ENDOPELVIE

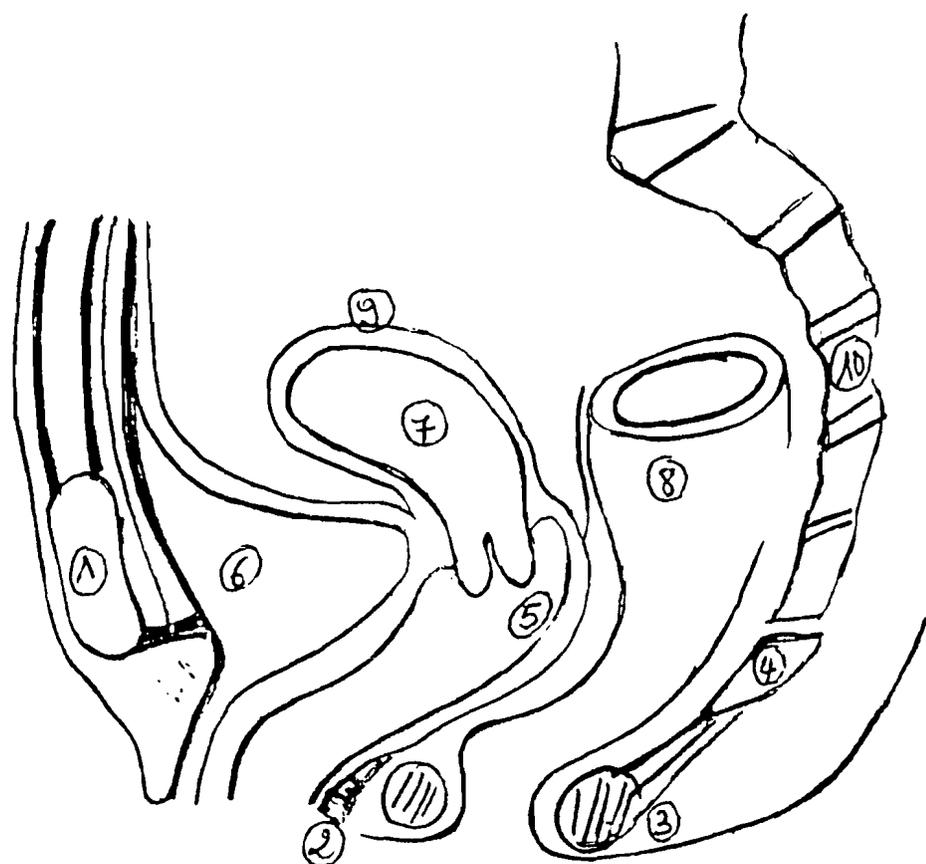
En dedans : l'espace pelvi-rectal supérieur de Richet

En dehors : le muscle releveur de l'anus, l'espace pelvi-rectal inférieur ou ischio-anal, le muscle obturateur interne tapissant l'os iliaque.



- 1 = Aponévrose du muscle releveur de l'anus
- 2 = Arc tendineux du fascia endopelvien.
- 3 = Arc tendineux du releveur de l'anus.
- 4 = Bandelette ischiatique de bourgery.
- 5 = Ligament spino sacré.
- 6 = Aponévrose du muscle pyramidal.

SCHEMA N° 4 : Le fascia endopelvien : vue supérieure



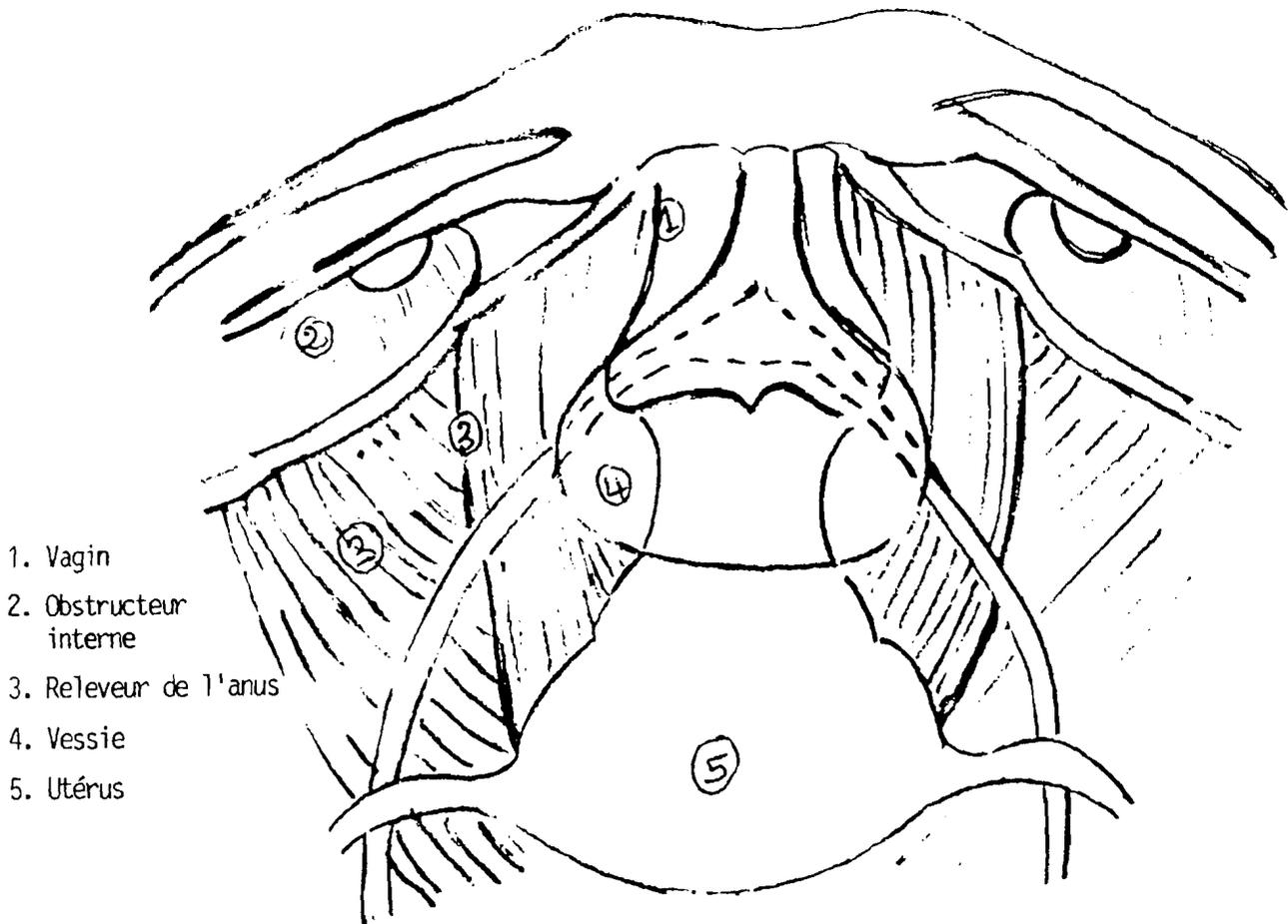
1. Pubis
2. Noyau fibreux Central du périnée
3. Sphincter Externe de l'an
4. Coccyx
5. Vagin
6. Vessie
7. Utérus
8. Rectum
9. Péritoine
10. Sacrum

RAPPORTS MEDIAUX DU FASCIA ENDOPELVIEN SUR UNE COUPE SAGITTALE
DU PETIT BASSIN CHEZ LA FEMME

D'arrière en avant : le rectum, le vagin, la vessie

VUE ANTERIEURE DU PELVIS MONTRANT LES VISCERES

(vessie, utérus, vagin) en place ainsi que leurs rapports avec le muscle releveur de l'anus



Chapitre III

ETUDE HISTOLOGIQUE

III.1.- MATERIEL ET METHODES

Certaines coupes ont été observées après coloration

III.1.1.- Matériel de travail

Préparation des lames

- Fixation au formol à 10 %
- Section de la pièce dans le plan transversal pour distinguer les différentes couches.
- Inclusion des fragments en bloc de parafine
- coupes au microtome de 5 microns d'épaisseur

III.1.2.- Méthode d'étude

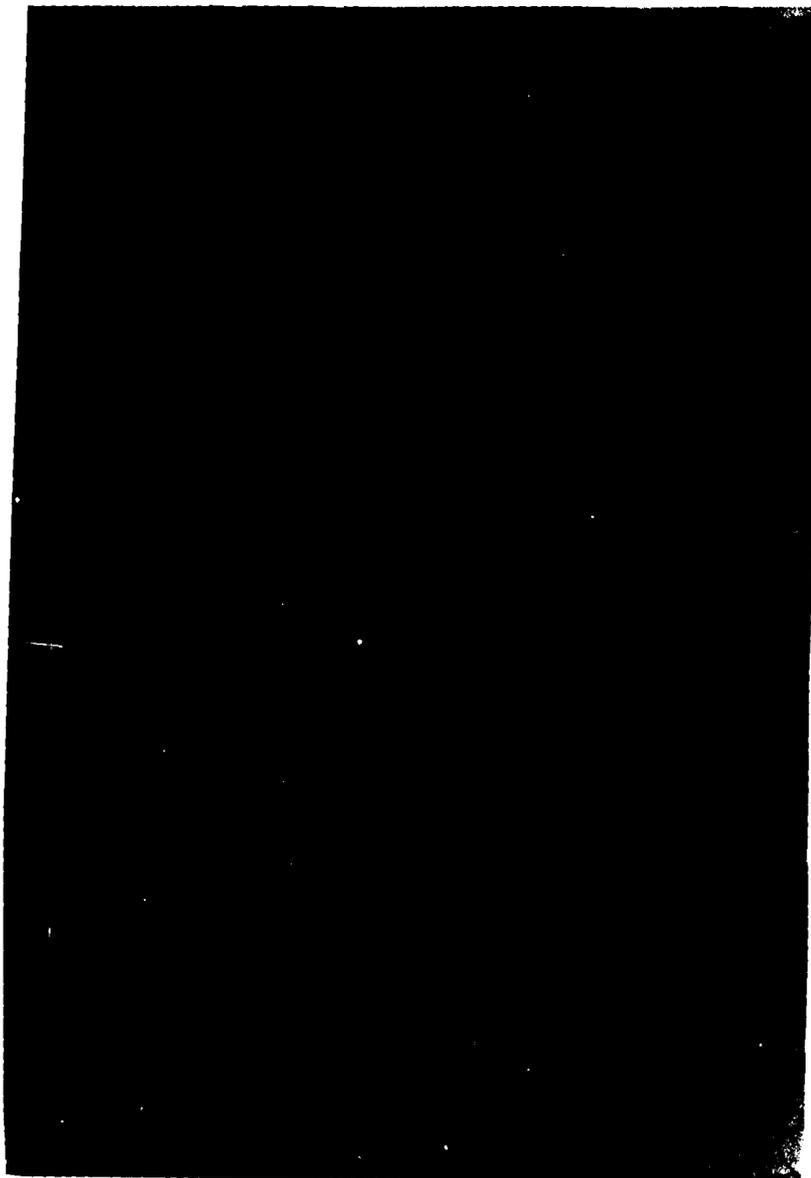
Coloration de routine H.E.

- L'hématéïne : (ou hématoxyline), coloration nucléaire "basique"
- L'éosine : colorant cytoplasmique "acide".

III.2.- STRUCTURE DE LA PIECE

1.- HE x 160 : Vue d'ensemble des différentes couches du fascia

- couche fibro-aponévrotique
- Couche musculaire
- Couche conjonctivo-adipeuse



2.- HE x 160 : Présence au sein de la couche aponévrotique
de filets nerveux et de capillaires sanguins





Chapitre IV

ICONOGRAPHIE



PHOTO n° 1 :

Après colpotomie médio-latérale et repérage du bord libre du fascia endopelvien, on procède à la dissection de l'aponévrose du muscle releveur de l'anus.

Le fond jaunâtre représente l'espace décollable exsangue entre le fascia et le muscle qu'il recouvre.



PHOTO n° 2 :

Aponévrose du muscle releveur de l'anus tenue sur pince



PHOTO n° 3 :

Présentation du muscle releveur de l'anus
et du fascia endo-pelvien.

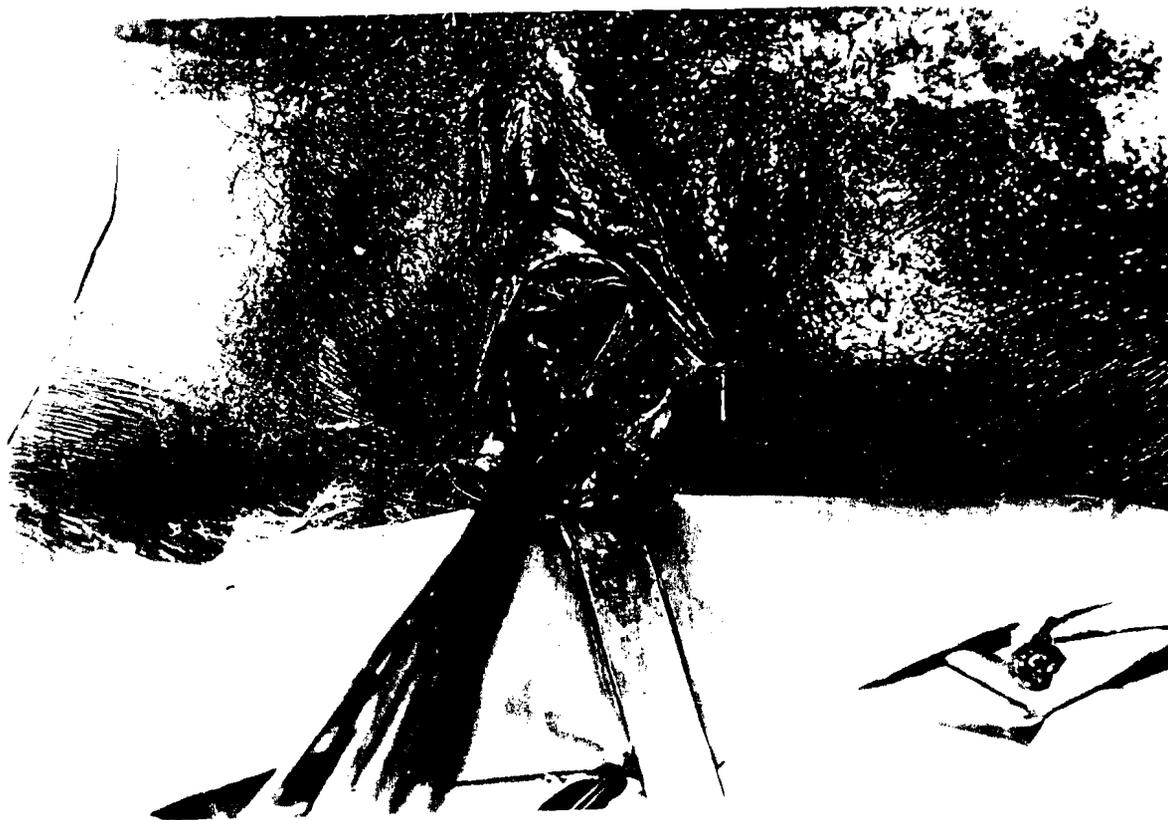


PHOTO n° 4 :

Les deux fascias soigneusement lisérés de chaque côté, se dépassent sur la ligne médiane et peuvent être amarrés en paletot au détrusor.



PHOTO n° 5 :

- Pubotomie
- Libération des deux fascias qui se rejoignent sur la ligne médiane
- Dimension appréciable





PHOTO n° 6 :

- Pubotomie
- Espace pelvi sous péritonéal avec les vaisseaux pré et rétro urétériques
- Tissu cellulo-graisseux



PHOTO n° 7 :

Rapports dans l'espace pelvi-rectal supérieur

- uretère
- vessie
- vaisseaux pré et rétro urétériques



PHOTO n° 8 :

Fascia du muscle releveur de l'anus étalé

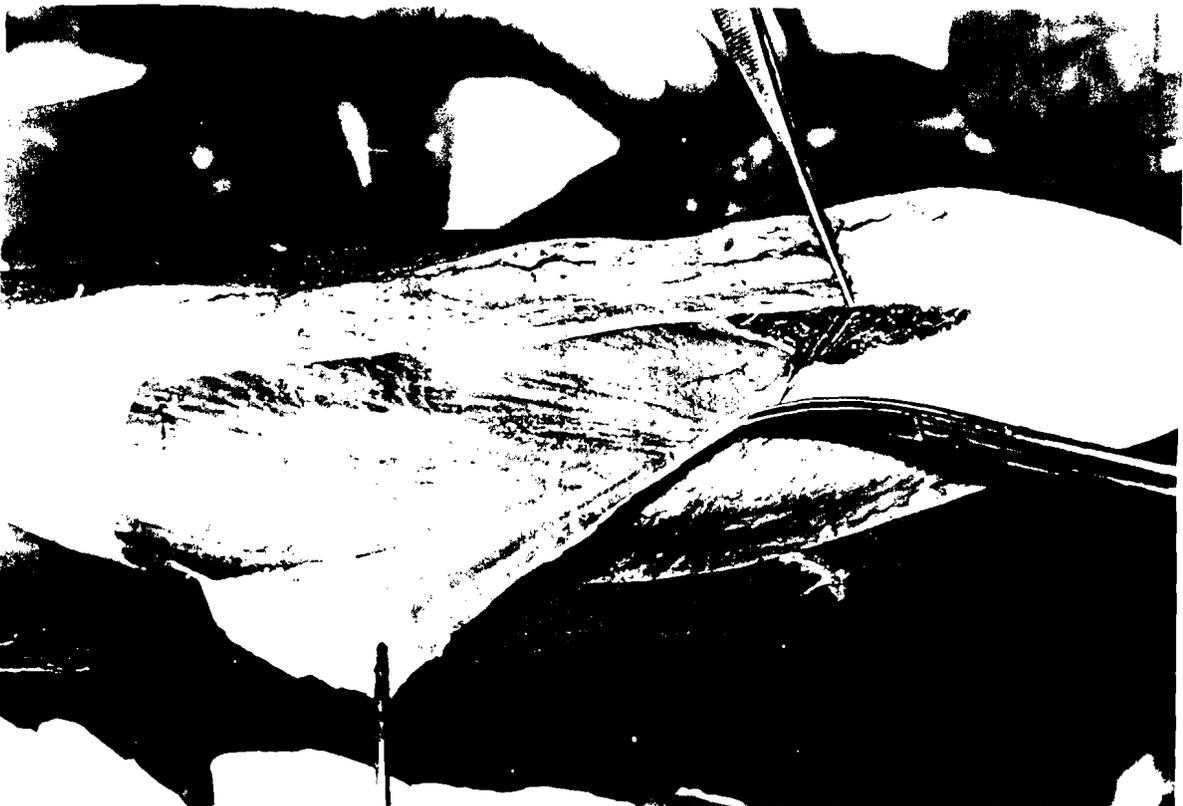


PHOTO n° 9 :

Fascia lata étalé. Aspect blanc nacré



PHOTO n° 10 :

Tentative de fermeture de la brèche vésicale iatrogène

Chapitre V

ETUDE CRITIQUE

V.1.- DISCUSSION

V.1.1.- Au Plan anatomique

A.- Topographie : - Le fascia est primitivement pelvien, si bien que son utilisation au vue d'une plastie vésicale n'entraîne aucune modification de l'anatomie pelvienne.

B.- Morphologie : - Organe plat, convexe en dehors comme la paroi du pelvis qu'il recouvre et comme la paroi de la vessie pleine,

- Organe épais (épaisseur connue)

C.- Vascularisation : - le fascia se nourrit par des lacis vasculaires démontrés macroscopiquement et microscopiquement

D.- Innervation (démontrée microscopiquement)

E.- Rapports : - le releveur de l'anus en dehors,

- la vessie en dedans,

- le col vésical marque la limite antérieure du fascia endopelvien.

C'est un rapport de contiguïté avec la vessie dans l'espace pelvirectal supérieur de RICHET ou espace pelvi sous péritonéal dont les limites sont précises.

F.- Le fascia endo-pelvien est d'un abord facile qui ne nécessite pas une voie d'abord particulière. La voie vaginale utilisée pour la vessie permet son accès.

V.1.2.- Au Plan fonctionnel

Le fascia endopelvien est anatomiquement et physiologiquement solidaire du muscle releveur de l'anus qu'il recouvre

V.1.3.- Au Plan pratique

C'est le lieu de rappeler les principes généraux de la fermeture chirurgicale des fistules vésico-vaginales connus depuis un siècle :

- décollement large exsangue vésico-vaginal pour permettre une suture sans tension,
- Sutures vésicales en plusieurs plans,
- Apport de tissu revitalisant sur le site de la suture vésicale ; car dans un milieu scléreux où le vagin ne se prête à aucune mobilisation et où les sutures tiennent difficilement, seul cet apport permet une bonne cicatrisation.

Le fascia endopelvien décrit plus haut ne présente-t-il pas un greffon, un matériau de comblement intervésico-vaginal capable de renforcer l'étanchéité vésicale et de favoriser sa cicatrisation.

V.2.- SYNTHESE

Eu égard à .

- la nature musculo-aponévrotique du fascia,
- son épaisseur qui est voisine de celle du détrusor,
- sa vascularisation donc à sa vitalité
- ses dimensions, à sa souplesse et à sa mobilité.

nous pensons qu'il peut être utilisé aux fins d'une plastrie de la vessie avec laquelle il contracte des rapports de contiguité

Chapitre VI

CONSIDERATIONS
PRATIQUES

VI.1.- PLASTIE VESICALE DANS LA CURE DES FISTULES VESICO-VAGINALES

Considérons une fistule vésico-vaginale de topographie trigonale. L'incision de colpotomie décrite plus haut nous permet :

- un dédoublement large vésico-vaginal relativement exsangue ;
- une objectivation des espaces décollables exsangues précités ;
- un prélèvement du fascia endo-pelvien (portion caudale), son individualisation et sa transposition en hamac embrassant la face latérale et postérieure de la vessie ;
- son amarrage à la vessie au-delà de la ligne médiane.

Considérons une fistule cervicale : la dissection des deux fascias et leur amarrage en paletot sous la vessie est possible et peut servir de soutènement vésical.

VI.2.- EN PERSPECTIVE

L'étude de la nature et de la qualité du fascia endo-pelvien ouvre une perspective chirurgicale : la cure des fistules vésico-vaginales.

Les indications telles que nous les avons annoncées dans notre considération pratique vont être précisées dans notre pratique quotidienne. Les avantages et les inconvénients pourront être précisés plus tard

Chapitre VII

CONCLUSION

La partie pariétale du fascia endopelvien essentiellement représentée par l'aponévrose du muscle releveur de l'anus est particulière par

- SA STRUCTURE :

- . épaisse
- . en partie fibreuse
- . en partie musculaire avec des vaisseaux sanguins et des nerfs

- SES RAPPORTS avec :

La vessie, le vagin et l'urètre par l'intermédiaire de l'espace pelvi-rectal supérieur

La possibilité de sa dissection du muscle releveur qu'il recouvre, et de la possibilité de sa mobilisation du fait de son élasticité, permet de la porter en hamac sous la vessie.

Sur le plan chirurgical, compte tenu de ces qualités, l'aponévrose du releveur de l'anus peut être proposée dans les plasties vésicales en cas de fistules vésico-vaginales

Chapitre VIII

BIBLIOGRAPHIE

1.-... **ABOULKER (P.)**,

Traitement de l'incontinence d'urines à l'effort chez la femme
par suspension aponévrotique du col vésical selon la technique
de Gœbell Stœckel.

Ann. urol. 1971, 5, (2) 105 - 115.

2.-... **AS MUSSEN, MILLER (M.)**,

A : Clinical gynæcological urology
Blackwell Scientific Publications. Oxford London
Edinburgh Boston Melbourne.

3.-... **AUBERT (J.), DEREB, DARAACQ (P.J.C.)**,

Fistules vésico-vaginales post hystérectomies
Conc. Med., 1981.

4.-... **BANERJI (B.)**.

Echec récidivant de la réparation des fistules vésico-vaginales
et fistules urethro-vaginales. Problèmes techniques et résultats.
Internat. Surg. Av. 1969, 51, (4), 341-344.

5.-... **BARNAUD (Ph.), VEILLARD (J.M.), RICHARD (J.) et Coll.**,

Les fistules vésico-vaginales Africaines.
Med. Trop. 1980, 40 (4), 389 - 401.

6.-... **BARNAUD (Ph.), MARTIN (F.), BINSON (J.F.)
et GAUDIOT (Cl.),**

La Néovessie rectale dans le Traitement des Fistules Vésico-
vaginales obstétricales (premiers résultats d'une série de 20 cas),
Bordeaux Med., 1974, 17 (2569 - 2580).

7.-... **BARROUX (P.),**

Types anatomo-cliniques des Fistules vésico-vaginales`
Jour. Urol. 1956 62 (10 - 11), 592 - 617.

8.-... **BARROUX (P.), KLE FSTADT, SLLONVILLE,**

La place de l'iléo-urethro-cystoplastie dans le traitement
des fistules vésico-vaginales en Afrique Noire.
Bull. Med. A.O.F., 1958, 3 (2) 173 - 183.

9.-... **BARROUX (P.).**

Iléo-cystoplo-urethroplastie dans le traitement des grandes brèches
vésico-vaginales.
Bordeaux Chir. 1956 (3) 182 - 184.

10.-... **BENCHEKROUN (A.) et Coll.,**

Les Fistules vésico vaginales à propos de 600 cas.
Journ. Urol., 1987, 93, (3), 151 - 158.

11.-... **BENCHEKROUN (A.), ABAKKAT et Coll.,**

Les Fistules vésico-vaginales avec délabrement périnéal.
Journ. Urol (Paris) 1983, 89, (1), 773 - 775.

12.-... **BETSON (Jr.),**

Bulbo cavernous fat pad transplant obstetric and gynæcology,
Jour. of Urol., 1965, 36 (1), 135 - 141.

13.- ... **BINSON (J.F.), BARNAUD. (Ph.), GAUDIOT (Cl.),
CERUTTI (J.),**

Un procédé de Traitement des Fistules vésico-vaginales Africaines
:
la néo-vessie rectale. Résultats d'une expérience de 30 cas.
Med. Trop. 1975, 6, (35) 490 - 497.

14.-... **BOCCON-GIBOD (L.), STEG (A.).**

Les Fistules uretéro-vaginales bilatérales après hystérectomie
élargie.
Soc. Fr. Urol., 1970, 649 - 652.

15.-... **BRUZELIN (J.M.), LACERT (Ph.), Le NORMAND (L.),**

Ontogénèse de la fonction vésico-sphinctérienne.
Journ. Urol. 1988, 94, (4) 211 - 216.

16.-... CABANIE (G.),

Les Fistules ischémiques du col vésical
J. Urol. 1953, 59 (7 - 8), 437 - 440.

17.-... CHAMPAULT (G.),

Ruptures utérines : expérience africaine de 64 cas.
Journ. Gynécol. Obstét. 1978, 7, 855 - 860.

18.-... CHARLWOOD (G.P.),

The Difficult Vesico-vaginal fistula
South Africa Med., 1953, 27 (50), 31 - 36.

19.-... CIBERT (J.), DURAND (L.), GERDIL (R.) et VON RUTTE (B.),

Documents pour servir à l'étude de l'iléo-cystoplastie,
l'intégrité du trigone dans la cystite chronique tuberculeuse.
Maladie du Détrusor.
Jour. Urol. 1955, 61 (6) 349 - 370.

20.-... COMTE (H.).

Urethres en vessie dans les gros délabrements vésico-vaginaux
d'origine obstétricale en Afrique.
Jour. Urol. Neph. 1973, (7), 565 - 574.

21.-... COMTE (H.), BOTTON (M.),

Néo-vessie rectale avec abaissement transphinctérien du sigmoïde :
A propos de 21 observations.
Maroc Med., 1962, 41 (6), 773 - 776.

22.-... COMTE (H.), BOTTON (M.), OURADOU (J.),

Hémisection subtotale de la vessie par voie intrapéritonéale
dans la cure de certaines fistules vésico-vaginales.
Mem. Acad. Chir. 1960, 85, 700 - 702.

23.-... COMTE (J.), CIBERT (J.), BIL.

Résultats obtenus dans le traitement de certaines fistules vésico-
vaginales avec l'utilisation d'une pratique personnelle.
Lyon Chir., 1964, 60, (4), 511 - 516.

24.-... COUVELAIRE

Les Fistules vésico-vaginales complexes.
Jour. Urol. 1982, 88, (66), 353 - 358.

25.-... COUVELAIRE (R.), CUKIER (J.),

Chirurgie du col vésical et de l'urethre féminin.
Paris, Masson 1974, 15, 727 - 760.

26.-... COUVELAIRE (R.), AUVERT (J.), ZMERLI (S.), DREFUS (P.).
MOULONGUET (A.),

Physiologie de la vessie ; applications cliniques et thérapeutiques.
Rev. du Praticien, 1962, 12 (28), 2981 - 3001.

27.-... CUKIER (J.),

Traitement de l'incontinence urinaire d'effort de la femme
par soutènement aponévrotique du col vésical.
Jour. Urol. 1980, 86, (8) 583 - 589.

28.-...CURTIS, ANSON and Mc VAY,

The anatomy of the pelvic and urogenital diaphragm,
in relation to urethrocele and cystocele.
Surg. gynæcol. Obstet. ; 68 : 161 - 166, 1939.

29.-... DAMAS (R.), WAAG (J.). AOUBA.

Fistules vésico-vaginales Africaines.
(A propos de 47 observations).
Med. Trop. 1972, 32 (4) 493 - 498.

30.-... DAOU (N.), SERMENT (G.), ECHINARD (C.), BLANC (B.),

Fistules vésico-vaginales après radiothérapie pour Cancer
du col utérin. Fermeture par plastie musculaire.
Soc. Nat. Franç. de gynéco.-Obst. 1985, 933.

31.-... DEKARIS (J.), CECUK (J.), RAJHVAJN (B.), BAGOVIC (P.).

Le traitement des fistules uretéro-vaginales et des obstructions urétérales après l'opération de Wertheim.

An. d'urol. 1968, 4, 221 - 226.

32.-... DJEDJE MADY (A.),

La Rectomyoplastie et ses différentes modalités.

(Opération de A. LEGUYADER) dans le Traitement des grandes fistules uro-génitales.

Thèse Med. Abidjan, 1976.

33.-... DOUGLAS STEPHENS (F.),

Congenital malformations of the rectum, Anus and genito urinary Tract.

E. and S. Livingston LTD

Edinburgh and London 1963.

34.-... DUCASSOU (J.),

Traitement des pertes de substance vésico-uréthro-vaginale par ischémie chez la femme.

J. Urol. 1952, 58, (1 - 2).

35.-... FALANDRY (L.),

Réparation des grandes nécroses urogénitales d'origine obstétricale par plastie myocutanée pédiculée de la grande lèvre.

J. Chir. (Paris), 1991, 128, (3), p. 120 - 126.

36.-... FALANDRY (L.), LAHAYE (F.), CAMARA (C.),

Le Lambeau pédiculé cutanéograsseux de la grande lèvre
dans le Traitement des fistules vésico-vaginales complexes.
Journ. d'Urol. 1990, 96, (2), p. 97 - 102.

37.-... FALANDRY (L.),

La double autoplastie de la grande lèvre dans la cure des fistules
vésico-vaginales d'origine obstétricale. (A propos de 17 cas).
J. Chir. 1990, 127, (2), 107 - 112.

38.-... GAYET (R.), BARRY (P.),

Les Fistules vésicales de l'iléite terminale.
Soc. Fr. d'Urol. 1954, 424 - 430.

39.-... GILVERNET (J.M.) GILVERNET (A.) and CAMPOS (J.A.).

New Surgical Approach for Treatment of complex
vesico vaginal Fistula.
Jour.of Urol. 1988, 141, 513 - 516.

40.-... GILVERNET (S.),

Mécanisme nerveux de la miction
Assoc. Fr. Urol. 1974, 419 - 421.

41.-...GILVERNET (J.M.), GILVERNET (A.) and CAMPOS (J.A.).

New Surgical approach for Treatment of Complex
vesico-vaginal fistula.

The Jour. of Urology, 1989.

42.-... GNAGNE (M.Y.),

Anatomie et Physiologie de la coordination vésico-sphinctérienne.

Mémoire d'Urodynamie ; Université Paris VII, 1989.

43.-... GRAHAM GUERRIDRO (W.),

Vaginal surgery urologist.

AUA Boston, 1988.

44.-... GRAY (L.A.),

Fistules urethro-vaginales acquises

An. J. Obst.Gyn., 1 mai 1968, 101, (1), 28 - 36.

45.-... GREGOIRE (R.) et OBALIN (S.).

Précis d'Anatomie, Tome 2. Système nerveux central,
organe des sens. Splanchnologie : thorax, abdomen et bassin
Edition J.B. Baillière

46.-...GREGOIRE (W.),

La greffe de Martius dans les Fistules compliquées.

Jour. Urol. (Paris), 1983, 89, (10), 769 - 770.

47.-... HAMILTON (B.), and MOSSMAN,

Human Embryology, Fourth Edition.

48.-... HUET (R.).

Une solution nouvelle au problème des grandes brèches
urethro-vésico-vaginales obstétricales : la néovessie rectale
avec abaissement rétro-rectal et transphincétrienn du colon.

(A propos de 7 observations personnelles).

Jour.of Urol. (Paris), 1986, 6, (5) 160 - 170.

49.-... HUGH (L.) MD, DOLPHUS (E.), COMPERE (M.D.),
GRANT (F.), BEGLEY (M.D.),

Simple Surgical Correction of Urethro-vaginal fistula.

Urol. 1977, 10 (2) 152 - 153.

50.-... JANEZ (J.),

Utilisation du grand épiploon dans le Traitement des fistules vésico
et urethro-vaginales complexes

Ann. Urol., 1985, 19, (4), 267 - 268.

51.-... KAMINA (P.),

Anatomie gynécologique et obstétricale

4ème édition

Maloine Sd éditeur, Paris.

52.-... **KEBE (M.), ROLAND (G.), RIBAUTL et Coll.,**

Les complications urétérales dans les fistules vésico-vaginales
Chir. 1979, 105, 860 - 865.

53.-... **KEBE (M.), BONDURAND (A.), LEGUYADER (A.),**

Etude anatomique de la vascularisation des muscles
grands droits de l'abdomen. Incidences chirurgicales.
Ann. Univ. Abidjan, 1975, (9), 54 - 60.

54.-... **KELLY (J.),**

Vesico-vaginal Fistulæ
British Journal of Urology, 1979, (51), 205 - 210.

55.-... **KIRICUTA**

Le traitement par épiploplastie des fistules vésico-vaginales
et recto-vaginales.
Journ. Urol. 94, 5 (6), p. 289 - 293.

56.-... **KIRICUTA**

L'utilisation du grand épiploon dans le Traitement des fistules
post-radiothérapeutiques vésico-vaginales, recto-vésico-vaginales
et dans les cystoplasties
Jour. Chir. (Paris) 1965 89 (4) 477 - 484.

57.-... KOKOUA (A.),

Contribution à l'étude de la jonction urétéro-vésicale.
Thèse Med. Abidjan 1986.

58.-... LAND (R.A.),

Simple Transvesical repair of vesico-vaginal fistulæ
Jour. of Urol. (Baltimore), 1979, 122, (5), 604 - 606.

59.-... LANGMAN (J.),

Embryologie médicale
3^e Edition MASSON.

60.-... LEFORT (G.), BOUCHE-PILLON (M.A.), LEFEBVRE (F.),
MEREB (E.), DAOUD (S.),

Fistule vésico-vaginale congénitale.
Commentaire et revue de la littérature. (A propos d'un cas).
Chir. Pediatr, 1990, (31), 96 - 99.

61.-... LEGUYADER (A.), YAO DJE (Chr) ,
DJEDJE MADY (A.), et Coll.,

A propos de 698 fistules vésico-vaginales opérées par le même
chirurgien : de l'intérêt de la Rectomyoplastie.
Chir. 1979, (105), 854 - 859.

62.-... LEGUYADER (A.), KEBE (M.), BONDURAND (A.),

Les Fistules vésico-vaginales

Med. Afr. Noire, 1973, 20, (5), 13 - 22.

63.-... LEGUERRIER (A.), CHEVRANT-BRETON,

Nouveaux dossiers d'Anatomie. Petit bassin.

Edit. Scient. et Jur., 21 - 23, bd, Richard-Lenoir, 75011, Paris.

64.-... LUIS (M.), SURRACO (A.),

L'incontinence d'urine chez la femme.

Processus psychoneurgène.

Assoc. Fr d'Urol. 1956, 379 - 385.

65.-... MALCHAIR (G.).

Création d'une néo-vessie rectale comme procédé de traitement
des grandes fistules vésico-vaginales. (A propos de six cas).

Jour. Urol. 1965, 71 (3) 218 - 270.

66.-... MARK (A.), BINSTOCK (P.P.H) MD, NEAL (S.) (MD),
LORRIE (D.),MD and WATSON (W.) MD,

Combined vesico vaginal uretero vaginal fistulas associated
with a vaginal foreign body

Depart. of obst. and gynecol. CJ 120, Med, College of Georgia :
Auguste, GA 30912 - 3345.

67.-... MASSOUDNIA (N.),

Traitement chirurgical plastique selon G. Döderlein
des grandes fistules vésico-vaginales et urethro-vag
2bl gynäk, 17 Mai 1974, 96 (20), p. 624 - 629.

68.-... MENSAH (A.),

Les problèmes thérapeutiques des fistules vésico-vag
observées au SENEGAL : Positions actuelles.
Thèse Med. Dakar, 1965 (9).

69.-... MITROFONOFF,

Cystostomie continente trans-appendiculaire
dans le Traitement des Vessies neurologiques.
Chir. Pédiatr., 1980, 21, 297 - 305.

70.-... MONOD (Cl.) et DUHAMEL.

Anatomie Petit bassin.
Etablissement Gilbert et C^{ie} Paris.
Editeurs 12, rue de l'Eperon (6^e)

71.-... MONSEUR (J.),

Le remplacement du vagin par un greffon sigmoïdier
des grandes nécroses uro-génitales post partum afri
Jour. Urol. 1980, 86, (3), pp. 159-166.

72.-... MOULIN (F.), GRISEZ (J.), MIAN (F.),

La néo-vessie rectale, Traitement palliatif des Fistules
vésico-vaginales d'origine obstétricale.
(A propos de 26 observations africaines).
Med. et Armées : 1974, 2 - 9.

73.-... NEDELEC (M.), AUVIGNE (J.C.),

Remplacement de l'urethre en dehors de son trajet normal.
Assoc. Franc. Urol. 1976, 146 - 147.

74.-... NEDELEC (M.),

La Néovessie rectale, avantages de l'abaissement retro-rectal
et de l'abouchement dans le canal anal.
Jour. Chir. (Paris) 1965, 90, (4) 281 - 294.

75.-... NEDELEC (M.), AUVIGNE (J.C.).

Les remplacements de l'urethre chez la femme.
Assoc. Fr. Urol. 1966, 123 - 144.

76.-... O'CONNOR (V.J.),

Review of experience with vesico-vaginal fistula repair
Jour. Urol. (Baltimore) Mars 1980, 123, (3), p.367 - 369.

77.-... PERQUIS (P.), CISSE (A.).

Fistules vésico-vaginales en Afrique Noire.

Med. Trop. 1971, 35, (5), 1 - 9.

78.-... PERQUIS (P.), CISSE (A.),

Aspects des Fistules vésico-vaginales en Afrique Centrale.

(A propos de 31 observations).

Med. Trop., 1968, 28 (6) 764 - 772.

79.-... PERQUIS (P.), BOURREL (P.),

Fermeture des Fistules vésico-vaginales en Afrique Noire.

Résultats thérapeutiques . (A propos de 102 observations).

Jour. Urol. 1970, 76, (7 - 8).

80.-...PERQUIS (P.).

Pathologie chirurgicale sous les Tropiques.

Fistules vésico-vaginales obstétricales en Afrique Noire.

Med. Trop. 1971, 31 (5).

81.-... PICAUD (A.), ARNLOME-NZE, OGOWET (N.), MOVELY (G.).

Les ruptures utérines à propos de 31 cas observés

au Centre Hospitalier de Libreville (GABON)

Rev.Fr. Gynécol. Obstét., 1989, 84, (5), 511 - 416.

82.-... PILLET (J.),

Anatomie du petit bassin ; avec la collaboration
de Paule ALBARET-PILLET.

Edit. Doin, Deren et Société - 8, place de l'Odéon, Paris VIe, 1967.

83.-... QUENU (L.),

Fistules vésico-vaginales après Hystérectomie subtotale
par voie abdominale associées à une incontinence à l'effort.

Mem. Acad. Chir., 1979, 105, (5), 29 - 31.

84.-... RIBAUT (L.), VERGOS (M.), BARTHE (B.L.), RIBAUT (A.).

Les fistules vésico-vaginales, encore une réalité quotidienne
en Afrique. (A propos de 89 cas).

Rev. Franc. Gynécol. Obstét., 1989, 84, (5) 405 - 408.

85.-... ROUVIERE (H.).

Anatomie humaine, descriptive et topographique ; Tome II : Tronc.
Masson et Société, éditeur

Librairie de l'Académie de Médecine, 120 bd St Germain,
Paris 1967.

86.-... SARRAMON (J.P.), LHEZ (J.M.), COURTY (P.),
RANDUA (B.), NALIMANA

Intervention de Marshall-Marchetti Khrantz au cours
des incontinenances à l'effort. (A propos de 100 cas).

Jour. Urol. 1981, 87, (8) 515 - 522..

87.-... SERAFINO (X.), TOSSOU (H.) et MENSAH (A.).

Les délabrements uro-génitaux d'origine obstétricale
en pays tropical. (A propos de 320 cas).

Gyn. Obst. (Paris) 1968 67, (3), 329 - 360.

88.-... SERAFINO (X.), TOSSOU (H.),

La Cystorectoplastie avec abaissement trans-anal :
nouvelle technique chirurgicale de la cure de vastes délabrements
urogénitaux d'origine obstétricale observés outre-mer.

Jour. Chir. 1967, 94, (6), 465 - 506.

89.-... SERAFINO (X.), TOSSOU (H.), MENSAH (A.),

Notre technique actuelle dans les grands délabrements uro-
génitaux d'origine obstétricale.

Bull. Soc. Med. Afr. Noire, Lang. Française, 1965, 10 (3) 321 - 325.

90.-... SERAFINO (X.) et TOSSOU (H.),

Néo-vessie rectale avec abaissement trans-sphinctérien du
sigmoïde dans le traitement des fistules vésico-vaginales.

Mem. Acad. Chir. 1962, 780 - 790.

91.-... SOBOTTA.

Atlas d'Anatomie Humaine, Tome II Splanchnologie urban and
Schwarzenberg Münchenwien, Baltimore 1977, Maloine S.A.,
Editeur, Paris.

92.-... SOUTOUL (J.H.), KAMINA (P.), BERTRAND (J.),

Anatomie de l'appareil génital féminin. Les fascias.
EMC (Paris) gynecol. 10A¹⁰, 4-4-11 (7).

93.-... STEG (A.), CHICHER,

Le Traitement des Fistules vésico-vaginales par autoplastie
de la grande lèvre (opération de Martius). A propos de 14 cas.
Ann. Urol. 1983, 17, (2), 83 - 86.

94.-... STEG (A.), VIALATTE (P.), OLIER (C.),

Le traitement des Fistules vésico-vaginales par la technique
de Chassar Moir. (A propos de 40 cas).
Ann. Urol. 1977, 11 ,(2), 103 - 107.

95.-... STUART (L.), STANTON,

Clinical gynecologic Urology.
The CV Mosby Compary, St Louis Toronto, 1984.

96.-... SHULER (A.). SAOUT (K.),

Sur un cas de Fistule urétéro-utérine après césarienne.
Jour. Urol. et Nephrol. 1971,(10 - 11), 833 - 838.

97.-... TANCEF J. W. ,

The Post total Hysterectomy vesico-vaginal Fistula.
Journal urology (Baltimore) 1980,123, 839 - 840.

98.-... THOMAS (E.), ELKINS, FACOG (M.D.), JOHN (O.L.),
DELANCEY, FAGOG (M.D.), EDWARD (J.), GUIRE (M.C.),
FACS (M.D.),

The use of Modified Martins graft as an adjunctive technique in
vesico-vaginal and recto-vaginal Fistula repair.
Acad.de Chir. 1936, 72 : 363 - 8.

99.-... TRUC (E.), et HENRIET (R.),

La Néovessie rectale (avec colostomie périnéale
trans-sphinctérienne). 11 observations et résultats.
Jour. Urol. 1958, 64, (7 - 8), 740 - 747.

100.-... WILLIAMS and WARWICK,

Gray's Anatomy 36th British Edition W.B. Saunders Company.

101.-... YAO-DJE (Chr.), DJEDJE MADY (A.), ROUX (R.) et Coll..

La Rectomyoplastie dans le Traitement des grandes brèches
urogénitales : Première partie.
Etudes médicales, 1976 (3) 143 - 146.

102.-...YAO-DJE (Chr.), DJEDJE MADY (A.), ROUX (R.), et Coll.,

La Rectomyoplastie dans le Traitement des grande brèches
uro-génitales : Deuxième partie.

Etudes med. 1976 (3) 199 - 258.

103.-... ZERBIB, CHICHE (R.), STEG (A.),

Traitement en décubitus ventral des fistules vésico-vaginales
par suture simple ou avec autoplastie de la grande lèvre.

Jour. Chir. (Paris) 1988, 125, (11), p. 657 - 660.

104.-... ZIMMERN (E.Ph.), HALDLEY (Hr.), RAZ (S.),

La voie d'abord vaginale des Fistules vésico-vaginales
non irradiées.

Jour. Urol., 1984, 90, (5), 355 - 359.

105.-... ZHIRI (M.A.), BENJELLOUN (S.), MEZIANE (E.M.),
KIRAMI (M.).

Fistules vésico-vaginales d'origine obstétricale.

Gynécol., 1988, 39, (1), 47 - 51.

106.-... ZOUNG-KANYI (J.), SOW (M.),

Le point sur les fistules vésico-vaginales à l'Hôpital Central
de Yaoundé. (A propos de 111 cas observés en 10 ans).

Ann. Urol., 1990, 24, (6), 457 - 461.

SERMENT
D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes Chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur part.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

*

* *

NOM : GOTTA

PRENOM : Séry Fréjus

TITRE DE LA THESE : CONTRIBUTION A L'ETUDE ANATOMIQUE
DU FASCIA ENDO-PELVIEU CHEZ LA FEMME

ANNEE UNIVERSITAIRE : 1991 - 1992

NUMERO

TOME : 1

PAGINATION : 72

VILLE DE SOUTENANCE : ABIDJAN

PAYS D'ORIGINE : COTE D'IVOIRE

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE

SECTEUR D'INTERET : UROLOGIE - GYNECOLOGIE

RESUME :

La partie caudale du fascia endopelvien ou aponévrose du muscle releveur de l'anus est musculaire et aponévrotique. Elle est bien épaisse, souple, décollable et vascularisée. Elle épouse les contours des faces latérales de la vessie. Par conséquent, elle peut être portée en hamac sous la vessie pour servir de plastie vésicale en cas de fistule vésico-vaginale.

Mots Clés :

- Aponévrose du muscle releveur de l'anus
- Fistule vésico-vaginale
- Plastie

LU ET APPROUVE
LE PRESIDENT DU JURY

KEBE MEMEL Jean-Baptiste

VU
LE DOYEN DE LA FACULTE

DJEDJE André-Théodore

Vu
Le Recteur de l'Université

Bakary TIO-TOURE

La Faculté de Médecine d'Abidjan déclare
que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées
doivent être considérées comme propres à leur auteur ;
qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.