

CHAPITRE 1A

DIAGNOSTIC DES CAUSES D'INCONTINENCE URINAIRE

Quand une patiente se présente avec une incontinence urinaire, (particulièrement puerpérale), prendre garde à des causes autres qu'une fistule. Le tableau 1 récapitule les causes possibles d'incontinence urinaire et leur traitement.

TABLEAU 1: CAUSES ET TRAITEMENT D'INCONTINENCE URINAIRE PUEPERALE		
Type	Diagnostic	Options de traitement
<i>Incontinence d'effort</i>	Fuite d'urine par l'urètre avec la toux ou la manœuvre de Valsalva. Exclure une rétention urinaire	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement conservateur : Exercices du plancher pelvien • Bouchon urétral (si disponible) seulement pour les cas sévères • Correction chirurgicale
<i>Incontinence par imperiosité</i>	Histoire de mictions fréquentes et de nycturie. Par exemple: plus de deux fois par nuit. Exclure une infection urinaire et le diabète.	<ul style="list-style-type: none"> • Exercices du plancher pelvien; réduction de la prise de caféine • Anticholinergiques : Oxybutinine 5 à 15 mg/jour • Rééducation vésicale : miction programmée
<i>Incontinence par regorgement</i>	La vessie est agrandie. Le volume urinaire résiduel est élevé. La patiente est le plus souvent humide jour et nuit	<ul style="list-style-type: none"> • Cathétérisation: Intermittente ou continue par sonde à demeure • Miction programmée ou double miction • Alpha-bloquants pour relaxer le col vésical
<i>Fistule</i>	Si la patiente est humide jour et nuit, toujours considérer la fistule comme cause, soit vésicale (vesico-vaginale), soit urétéro-vaginale	<ul style="list-style-type: none"> • Si la fistule est vesico-vaginale (FVV), traitement par sonde à demeure : fonctionne seulement pour les petites fistules (< 3 cm) et fistules fraîches (< 3 semaines) • Traitement chirurgical pour le reste

TABLE 2: DIAGNOSTIC DE LA CAUSE ET LA LOCALISATION DE L'INCONTINENCE URINAIRE	
HISTORIQUE: Quatre points clés doivent être évalués particulièrement s'il existe une barrière de langage:	
<i>(1) Urine</i>	Demandez quand elle coule l'urine : Si elle coule l'urine jour et nuit, elle a probablement une fistule. <ul style="list-style-type: none"> • Exclure d'autres causes : Si la fuite se produit seulement pendant le jour et elle est sèche la nuit, ceci suggère une incontinence d'effort. • Elucider le siège de la fistule : Si elle urine normalement et a aussi des fuites d'urine, ceci suggère une fistule urétéro-vaginale ou une petite fistule vesico-vaginale.
<i>(2) Intestin</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Demandez elle à des fuites de selles ou des flatulences pour exclure une fistule recto-vaginale (FRV). Quand ceci n'est pas spécifiquement demandé, la patiente peut ne pas donner l'information volontairement et il est possible de manquer le diagnostic d'une FRV ou une déchirure périnéale grade 4 à l'examen initial. • Rechercher une histoire de constipation, cause de mictions fréquentes et mictions impérieuses, spécialement chez les jeunes patientes.
<i>(3) Dernières période menstruelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer la possibilité d'une grossesse qui peut passer inaperçue chez ces patientes à cause de l'aménorrhée due à d'autres causes. • La chirurgie doit être évitée Durant la grossesse en raison d'une vascularisation accrue et le risqué d'avortement
<i>(4) Chirurgies et autres antécédents</i>	Si la fuite d'urine a commencé juste après un accouchement ou une intervention chirurgicale, il est plus probablement qu'elle soit due à une fistule <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher des antécédents d'interventions chirurgicales, y compris de tentatives de cure de fistule. • Historique de l'accouchement : Si le bébé est vivant, ceci suggère soit : <ul style="list-style-type: none"> ○ Une fistule iatrogène impliquant la vessie ou l'uretère si elle a eu une césarienne ○ Une incontinence d'effort si elle a accouché par voie vaginale
EXAMEN CLINIQUE	
<ul style="list-style-type: none"> • General : Evaluer la température, le statut nutritionnel et le taux d'hémoglobine. Toute intervention chirurgicale doit être différée, souvent pour plusieurs mois devant un mauvais statut nutritionnel. 	

- **Abdominal** : Rechercher spécialement un agrandissement utérin ou vésicale. Rechercher une splénomégalie, souvent associée à une réduction du taux de plaquettes et une potentielle hémorragie peropératoire.
- **Pelvien** : L'ordre de l'examen pelvien illustre dans l'organigramme suivant. L'examen est fait à l'aide d'un speculum de Sims comme illustré dans la figure 1.1 b et c.
- **Membre inférieurs** : Rechercher un steppage quand la patiente marche. S'il est présent, encourager la patiente à utiliser une béquille ou un déambulateur.

! Astuce! Une impossibilité de passer par l'urètre avec une sonde (stylet) ou un cathéter de Foley indique habituellement un rétrécissement dû à une VVF juxta-urétrale circonférentielle

! Astuce! Même si vous voyez l'urine couler par l'uretère, la patiente peut aussi avoir une petite fistule.

! Principe de base! Incontinence urinaire suite à accouchement par voie vaginale + bébé vivant = Incontinence d'effort

Inspection	Palpation	Speculum	Cathétérisme	Après retrait de la sonde
Est-elle humide? Rechercher des excoriations de la peau L'urine coule t-elle par l'urètre ou le vagin? Lui demander de tousser pour rechercher une incontinence d'effort	Rechercher une fistule évidente ou une vessie pleine à l'examen pelvien. Si la vessie est pleine, lui demander d'uriner, puis mesurer l'urine résiduelle	Rechercher la fistule et y introduire la sonde. En absence de fistule évidente, faire un test au bleu de méthylène	Rechercher un rétrécissement. Faire un test au bleu de méthylène avec plus de 180 ml pour rechercher FVV. Si le test est négatif, rechercher soigneusement l'urine dans le vagin= ? Fistule urétéro-vaginale	Rechercher une fuite d'urine par l'urètre ou le vagin. Si négatif, lui demander de tousser. On peut faire une diurèse test et mesurer le volume résiduel

Diagnostic d'une FVV: Premièrement, la sentir à l'examen vaginal. Puis confirmer sous vision direct à l'aide d'un speculum et si nécessaire, faire un test au bleu de méthylène. La position de lithotomie est un moyen pour examiner la patiente, toutefois, il est facile de manquer les fistules distales proches du méat urétral. La position de Sims, avec la patiente en décubitus latéral est meilleure pour chercher une fistule car elle offre une bonne exposition de la paroi vaginale antérieure. Notez qu'il n'est pas obligatoire d'élever la jambe droite de la patiente, même si une rétraction la fesse supérieure par un assistant améliore l'exposition comme dans la fig. 1.1 b et c.



Fig.1.1a:
Position de Sims



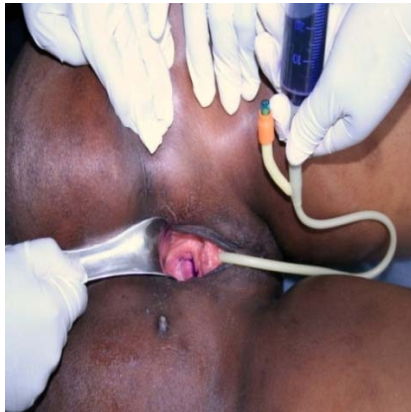
Fig. 1.1b: Sonde métallique introduite à travers la fistule

Vous recherchez:

- Un défaut (Une ouverture), une sclérose ou granulation tissulaire au niveau de la paroi vaginale antérieure, du col utérin au méat urétral
- Demandez à la patiente de tousser et recherchez un jaillissement (jet) d'urine provenant d'un défaut pariétale
- Vous devez confirmer la présence du défaut pariétal en introduisant un petit dilateur par l'urètre pour sortir par la fistule (Fig.1.1 b). Une alternative serait le test au bleu de méthylène sans introduire le dilateur.
- Notez le siège, les dimensions et la sclérose tissulaire autour de toute fistule retrouvée.

Faire un test au bleu de méthylène: Si la fistule vésico-vaginale n'est pas évidente, une solution de bleu de méthylène ou de violet de Gentiane est introduite dans la vessie à travers une sonde de Foley. Pour les petites fistules, il peut être nécessaire d'introduire plus de 180 ml de solution. Une compresse doit être maintenue autour du méat urétral pour éviter des fuites autour de la sonde. Une fois la solution de bleu introduite, demandez à la patiente de tousser ou faites la manœuvre de Valsalva.

Fig. 1.1c: Réalisation du test au bleu. Le bleu est just visible dans le vagin. Notez la rétraction de la fesse par l'assistant.



Si le test au bleu est positif

- L'observation de bleu dans le vagin indique la présence d'une FVV
- Si l'on suspecte une fistule vesico-utérine (suite à une césarienne), l'introduction d'un dilateur (stylet) par le col utérin permet un passage plus rapide du bleu par le col, aidant au diagnostic.

Si le test au bleu est négatif

Il existe deux possibilités :

- (a) Il peut s'agir d'une très petite FVV ou une fistule vesico-utérine avec un retard du passage du bleu au vagin
- (b) Il peut s'agir d'une fistule urétéro-vaginale. Il faut rechercher de l'urine claire dans le vagin. Dans les deux cas, il est important de faire le test de la compresse.



Astuce! Test de la compresse: Placez 2-3 compresses sèches (gaze ou laine de coton) dans le vagin. Après l'introduction de 180 ml de solution de bleu dans la vessie, retirez la sonde et demandez à la patiente de marcher environ 30 minutes, puis retirez les compresses.

- Si les compresses sont mouillées mais pas teintées de bleu, ceci indique une fistule urétéro-vaginale post-chirurgicale ou ectopie urétérale congénitale
- Si la compresse intérieure (première) est teintée de bleu = FVV mais le test au bleu doit être répété au bloc.
- Si seule la compresse extérieure (dernière) est teintée de bleu = ? Incontinence d'effort

Double test au bleu : Peut être utilisé pour confirmer le diagnostic d'une fistule urétéro-vaginale. Il peut seulement être réalisé par la prise de phénazopyridine trois heures avant l'examen, ce qui donne une couleur orange à l'urine au niveau rénal et urétéral. En cas de fistule urétéro-vaginale, on observera un liquide orange dans le vagin. Un test à la phénazopyridine positif associé à un test au bleu négatif suggère fortement une fistule urétéro-vaginale. L'administration IV d'Indigo carmine est un colorant alternatif.



La douleur est un symptôme peu commun chez les patientes de FVV. En présence de douleur, il faut rechercher une lithiase vésicale ou une tumeur. La présence d'urine purulente oriente aussi vers le diagnostic d'une lithiase, d'une tumeur, ou de compresses laissées dans la vessie lors d'interventions antérieures.

DIAGNOSTIC D'UNE URÉTERO-VAGINALE (voir aussi chapitre 9)


- Demandez à la patiente de boire 1 l d'eau avant l'examen. Vous pouvez organiser votre salle d'attente pour leur permettre d'y boire, ce qui rend plus facile l'examen pour que vous puissiez souvent faire le diagnostic de la fistule urétéro-vaginale au premier examen, puisque vous verrez l'urine claire dans le vagin avec un test au bleu négatif.
- Il est possible de poser un faux diagnostic de sécrétion (décharge) vaginale, particulièrement si la patiente n'est pas bien hydratée.
- Demandez des antécédents de douleur au niveau de l'angle rénal avant que l'écoulement d'urine n'ait commencé.

Principes de base : (a) Présence d'urine claire dans le vagin + test au bleu négatif = Fistule urétéro-vaginale. (b) Test au bleu négatif + cicatrice abdominale = Fistule urétéro-vaginale. (c) Patiente avec incontinence urinaire et fièvre: Rechercher une fistule urétéro-vaginale. La fièvre est peu associée aux fistules vésicales

Ectopie urétérale congénitale: Le diagnostic est habituellement fait chez un enfant ou adolescent, mais il peut s'agir aussi d'un adulte. Il est important de faire un examen sous anesthésie. En plus du test au bleu, administrez des solutés et furosémide IV. Comme la quantité d'urine venant par l'uretère ectopique est petite, il faudra examiner attentivement tout le vagin durant plus de 30 minutes pour voir le jet d'urine. Si vous voyez le jet d'urine, essayez d'introduire une sonde urétérale vers le haut pour voir si l'urine coule par la sonde. Le passage d'urine par la sonde aidera à localiser le côté exact, particulièrement si l'orifice se trouve au milieu (ligne médiane). Si l'orifice se trouve sur un côté particulier, alors c'est le côté affecté.


- L'idéal serait de réaliser un pyélogramme intraveineux pour exclure d'autres anomalies

- Chez les petits enfants, la chirurgie peut être différée puisqu'il n'y a généralement pas d'obstruction
- Fistule urétéro-vaginale + Absence de chirurgie antérieure = Penser à un urètre ectopique indépendamment de l'âge du patient.

BREVE HISTOIRE, EXAMEN CLINIQUE ET BILAN POUR UN CAS DE FISTULE	
 <p>Diagram illustrating the female anatomy with labels: uretre (ureter), VVF (Vagino-Vaginale Fistule), col (cervix), and anus. A red crosshair is shown above the diagram.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cures antérieures ou toute autre intervention ? • Urètre: Longueur/sténose; patiente humide la nuit ou le jour ? • FVV: Site/Taille/Sclérose/ Unique ou multiple/ Exclure lithiase/Longueur vaginale • Dernières période menstruelle: exclure une grossesse • FRV: Fuites de selles ou flatulences? <p>Echographie rénale est utile dans tous les cas mais particulièrement pour aider au diagnostic d'hydrourétére et hydronéphrose pour déterminer de quel côté est la fistule urétéro-vaginale.</p>


INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT PUERPERALE

- C'est un problème relativement commun dû à la faiblesse du fascia pubo-cervical et les ligaments pubo-urétraux qui ne peuvent plus soutenir l'urètre postérieur. L'étirement et l'atténuation du fascia peuvent se produire durant la grossesse et l'accouchement. Il y a un affaiblissement de la ligne médiane du fascia ou un étirement de tout le fascia. La séparation de la symphyse pubienne est un facteur dans certains cas. Jusqu'à 30% de femmes développe une incontinence passagère puerpérale qui peut durer jusqu'à 6 mois et la plupart des patients s'améliorent avec du temps.
- L'urètre normal (mobile) nécessite un fascia et un vagin immobiles pour fermer contre. Si le fascia et le vagin deviennent très mobiles (i.e. c'est une forme précoce de cystocèle), alors l'urètre ne fonctionne pas correctement, conduisant à une hyper mobilité urétrale.
- Bien qu'il n'y ait pas eu d'études contrôlées qui démontrent l'efficacité des exercices du plancher pelvien, la femme peut se sentir subjectivement mieux. Si par la contraction des muscles pelviens avant et durant une toux, la femme est capable de réduire les fuites d'urine, alors un simple apprentissage à l'usage des muscles pelviens peut être une thérapie efficace pour elle.
- Une autre option est de placer un cathéter de Foley pendant 4 semaines. Puisque le fascia endopelvien est défectueux ou sur-étendu, maintenir la vessie vide peut contribuer à une meilleure récupération du fascia endopelvien.
 - (a) *Si la femme a des fuites en toussant ou aux efforts*, il est important d'essayer des méthodes conservatrices pendant 6-9 mois. Si le problème persiste, la chirurgie peut être envisagée. Les options sont:
 - Plicature du fascia: Le défaut est habituellement dû à une sur-extension du fascia endopelvien ou à un défaut central. Habituellement, une plicature centrale du fascia fonctionne bien et a moins de complications. (voir section 6.3 pour la technique). Habituellement il n'y a pas de défaut au niveau de la face antérieure donc il n'est pas nécessaire de ré-attacher le fascia à l'os pubien. Toutefois, vérifiez toujours que la fixation est intacte.
 - Soutènements (sling) synthétiques: le taux de succès à long terme est environ de 90 %. Les bandelettes sont conçues pour que l'urètre mobile puisse descendre et fermer contre le soutènement, ce qui permet un meilleur fonctionnement.
 - Soutènement avec du fascia autologue.
 - (b) *Si les fuites d'urine sont constantes*, non seulement à la toux ou aux efforts, il est peu probable que le problème se résolve complètement. Dans ces cas, la chirurgie peut être envisagée plus tôt si le problème persiste plus de 12 semaines après l'accouchement. Cela dépend en partie d'où vient la patiente (distance au centre de santé) et si elle est susceptible de revenir pour le suivi.

	<p>La sonde à demeure, même pendant une courte période peut compromettre la fonction sphinctérienne ; l'incontinence d'effort est très fréquente immédiatement après le retrait de la sonde, mais se dénoue quelques minutes plus tard avec le retour de la fonction normale de fermeture.</p>
---	--

INCONTINENCE PAR REGORGEMENT (vessie atone) : Elle causée par une sur-extension du muscle vésicale dû à un travail d'accouchement prolongé. Durant le travail, la tête fœtale comprime l'urètre, provoquant une réplétion vésicale. La patiente se présente avec des fuites d'urine plutôt qu'avec une rétention urinaire ou miction incomplète. Palpez et recherchez un globe vésical. A l'échographie, la vessie mesure plus de 15 cm et la

pression vésicale reste basse en dépit du volume de remplissage élevé, donc le tractus urinaire supérieur reste normal. Le traitement initial consiste à placer une sonde à demeure pendant 4 semaines ou former la patiente à une auto-cathétérisation intermittente. (Voir chapitre 11).

	<p>Avec l'incontinence par regorgement, puisque l'urine fuit par le méat quand la patiente tousse, on pose souvent faussement le diagnostic d'incontinence d'effort bien qu'habituellement la patiente est humide tant couchée qu'arrêtée. Le diagnostic se fait par la mesure du volume urinaire résiduel. La plupart des jeunes femmes en bonne santé devraient avoir un volume urinaire résiduel inférieur à 100 ml. Alternativement, si le volume résiduel est plus de 50% du volume d'urine évacué, il est élevé.</p>
---	--

Des patientes avec spina bifida se présentent souvent aux camps de fistule avec une incontinence urinaire. En cas de spina bifida, le col vésical peut être : (a) Fermé : provoquant une pression intra vésicale élevée et une incontinence par regorgement. Le traitement consiste en une auto-cathétérisation intermittente. (b) Ouvert : provoquant une incontinence d'effort. Ces cas peuvent être traités avec les procédés de soutènement (sling).

Enuresis chez les adultes-jeunes: Il faut exclure une cause secondaire: Diabète, infection, constipation. Conseiller l'utilisation d'une alarme nocturne pour uriner toutes les 2-3 heures. Il faut aussi réduire la prise de liquides et caféine dans la soirée. Des alarmes conçues sont disponibles actuellement (30 \$). Utilisation de médicaments: Imipramine 50 mg; Anti-cholinergiques Oxybutinine 5 mg.

