

2 DIAGNOSTIC

Recueil des antécédents

Les informations suivantes sont nécessaires :

- **Symptômes.** Confirmer que la patiente présente une incontinence permanente. Si elle est continente la nuit, elle n'a probablement pas de fistule (bien qu'il y ait des exceptions, voir la rubrique « Test au bleu de méthylène » plus loin dans ce chapitre). Il faut demander à la patiente si elle a des fuites de matières fécales en plus des fuites d'urine. À moins qu'elle ne soit extrêmement réduite, une petite perforation dans la vessie fuit autant qu'une grande. Toutefois, certaines patientes atteintes d'une fistule rectale peuvent se rendre compte de leur souillure uniquement lorsqu'elles ont la diarrhée ou se plaindre uniquement du passage de leurs flatulences par le vagin.
- **Âge.**
- **Parité.** Si la patiente est multipare, quel accouchement est à l'origine de la fistule ?
- **Depuis combien de temps la patiente présente-t-elle une incontinence ?**
- **Mode d'accouchement.** L'accouchement a-t-il eu lieu par voie basse ou par césarienne ?
- **Combien de temps le travail a-t-il duré ?** La moyenne est d'environ trois jours.
- **Où a eu lieu l'accouchement ?** À la maison, à la maternité ou à l'hôpital ?
- **L'enfant a-t-il survécu ?** Presque tous les accouchements par voie vaginale se soldent par une mortinaissance, mais un petit nombre d'accouchements par césarienne aboutissent à des naissances vivantes. Cela suggère fortement l'existence d'une lésion iatrogène.
- **Symptômes neurologiques.** La paralysie complète des membres inférieurs est rare, mais des degrés mineurs de steppage sont relativement fréquents.
- **A-t-elle encore ses règles ?** L'aménorrhée est assez fréquente après un accouchement aussi traumatisant, mais si la patiente a bénéficié d'une césarienne, il faut suspecter qu'une hystérectomie a été réalisée en raison d'une rupture de l'utérus. Certaines patientes ne savent pas qu'elles ont perdu leur utérus.
- **A-t-on déjà essayé de réparer la fistule ?** Les patientes cachent parfois cette information de peur d'être rejetées et de ne pas avoir une autre chance d'être opérées. Plus une patiente a eu d'opérations, moins elle a de chances de guérir.
- **Antécédents sociaux.** La plupart des patientes souffrant d'une fistule ancienne sont célibataires et mènent une vie très restreinte. Plus la fistule est ancienne, plus il est probable qu'elles soient seules et qu'elles mènent une existence de subsistance soutenue par des membres de leur famille.

Le recueil des antécédents n'aide pas beaucoup à sélectionner les cas faciles. Il existe cependant des indices qui doivent faire suspecter une lésion grave :

- Une déficience neurologique (généralement un steppage), même si elle s'est rétablie, est une indication.
- Les fistules rectales sont généralement associées à une lésion grave de la vessie. Cela ne s'applique pas aux lésions du sphincter anal, qui se produisent souvent de manière isolée et ne doivent pas être classées comme des fistules recto-vaginales.

- Les fistules consécutives à une césarienne se situent souvent dans la région du col de l'utérus, en raison d'une combinaison d'ischémie et de traumatisme opératoire.
- Une fistule consécutive à une hystérectomie effectuée en raison d'une rupture de l'utérus ou pour d'autres raisons électives se situe généralement dans le dôme. Dans ce cas également, il faut toujours envisager une fistule urétérale, surtout si la patiente urine normalement, mais a des fuites continuelles. Elle urinera normalement à partir d'un uretère entrant dans une vessie intacte et fonctionnelle, et aura des fuites continuelles à partir de l'autre uretère blessé qui s'écoulera directement dans son vagin. Attention, j'ai été dupé une fois : une patiente souffrait de lésions urétérales bilatérales, de sorte que les deux fuyaient dans le vagin et que rien ne s'écoulait dans sa vessie intacte.

Examen

Inspection

L'abdomen

Y a-t-il des cicatrices de césarienne ou autres ?

Un gonflement quelconque est-il apparent ?

La patiente est peut-être enceinte ! La réparation pendant la grossesse doit généralement être évitée, à moins qu'il ne s'agisse de la seule chance réelle pour la patiente de trouver un chirurgien compétent. Les saignements peuvent être très gênants si la réparation est effectuée pendant la grossesse, à moins qu'elle se trouve située profondément dans le vagin. Son accouchement doit se faire alors par césarienne.

Le périnée

- Rechercher des traces évidentes d'incontinence et de dermatite associée à l'incontinence. (Figure 2.1) La dermatite est causée par la concentration d'urine. Demander à la patiente de boire davantage s'il n'est pas possible de l'opérer immédiatement. Certaines personnes utilisent une simple crème protectrice telle que la vaseline, mais plus la patiente sera à nouveau continente rapidement, mieux ce sera.



Figure 2.1
Dermatite associée à l'incontinence.



Figure 2.2
Cas grave avec perte complète de l'urètre. Le fond de la vessie se prolonge à travers la fistule et remplit le vagin.

- Peut-on voir l'orifice urétral ? Dans les cas de fistules très graves, il peut être complètement détruit. (Figure 2.2)
- Y a-t-il des signes de sténose dans le vagin ? (Figures 2.3 et 2.4)
- Y a-t-il des matières fécales dans le vagin ou sur le périnée ? Cela indique une perte tissulaire ou une fistule rectale/anale.
- Le périnée est-il intact ? Y a-t-il des déchirures périnéales ?



Figure 2.3
Vagin sténosé.



Figure 2.4
Vagin complètement fermé par une cicatrice dense.

Palpation

Commencer par l'abdomen afin d'exclure une grossesse inattendue ou d'autres gonflements. Procéder ensuite à un examen du vagin. Utiliser votre index lubrifié avec précaution.

- Le vagin est-il de taille et de profondeur normales ? Le col de l'utérus est-il perceptible au toucher ? Y a-t-il un rétrécissement du vagin ? Les affections moins importantes sont ressenties comme une bande de tissu fibreux autour de la circonférence latérale et postérieure à n'importe quelle profondeur du vagin. Dans les cas extrêmes, l'ensemble du vagin est sténosé. En présence d'une fistule, la paroi antérieure est souvent raccourcie. Palper soigneusement la paroi postérieure à la recherche d'une fistule recto-vaginale.
- Une perte tissulaire dans la paroi vaginale antérieure peut-elle être sentie ? Il peut s'agir d'une perte tissulaire importante où le doigt pénètre immédiatement dans la vessie, de pertes tissulaires plus petites de la taille d'un doigt, ou de pertes tissulaires plus petites où l'on ne sent qu'une fossette, voire pas de perte tissulaire du tout. Si une perte tissulaire est perceptible, où se situe-t-elle par rapport à l'urètre et au col de l'utérus ? Si une perte tissulaire est perceptible, examiner soigneusement les marges. Sont-elles molles et souples, quelque peu rigides ou (dans le pire des cas) collées aux branches du pubis ?
- Le col antérieur est souvent déchiré chez les patientes souffrant d'une fistule. Les pertes tissulaires de cette région sont souvent difficiles à sentir, à moins qu'elles ne soient importantes. Le col de l'utérus peut facilement être palpé au fond du vagin lorsqu'une grande partie de la paroi antérieure a été perdue. Ne pas oublier que le col de l'utérus est souvent lésé et que l'orifice externe peut être béant. Le novice commet souvent l'erreur de confondre un orifice cervical déchiré et béant avec une fistule. Palper l'utérus de manière bimanuelle. L'hypertrophie est-elle due à une grossesse précoce ou à des fibromes ? L'utérus peut être fixé par une cicatrice à la paroi abdominale antérieure (ce qui est fréquent après une césarienne), ou il peut être absent après une hystérectomie par césarienne.

- Palper soigneusement la paroi vaginale postérieure à la recherche d'une perte tissulaire rectale. Les fistules rectales sont généralement associées à une cicatrisation grave et à une fistule vésicale grave. Parfois, elles sont petites, molles et facilement négligées ou cachées derrière une bande cicatricielle postérieure. Si une fistule rectale est suspectée, il faut également procéder à un examen rectal et noter les éventuelles sténoses du rectum. Examiner le corps du périnée et les sphincters anaux pour détecter d'éventuelles déchirures.

Il peut être préférable d'inspecter la fistule. La meilleure façon de procéder est de placer la patiente en position de lithotomie à l'aide d'un spéculum Sims, bien que certains chirurgiens préfèrent la position latérale gauche avec la jambe droite soutenue.

Si la patiente dit qu'elle est incontinente, mais qu'aucun signe d'incontinence ou de fistule n'est observé

Dans ce cas, demander à la patiente de boire abondamment (idéalement en portant une compresse ou en utilisant une gaze comme compresse), puis la réexaminer. Ne pas oublier que de nombreuses patientes boivent très peu, surtout si elles savent qu'elles vont être examinées. S'il est confirmé que la patiente est incontinente mais que la fistule n'est pas palpable, la procédure est la suivante :

- La patiente placée en position latérale gauche, exposer la paroi vaginale antérieure à l'aide d'un spéculum Sims. (Figure 2.5) Demander à la patiente de tousser. Une petite fistule peut être facilement visible ou bien une fuite par l'urètre apparaîtra avec la toux, indiquant une incontinence d'effort. Garder à l'esprit que la patiente peut présenter les deux affections.
- Il est également possible d'effectuer un test au bleu de méthylène dans cette position ou dans la position illustrée à la Figure 2.6.



Figure 2.5

Exposition de la paroi vaginale antérieure à l'aide d'un spéculum Sims, la patiente placée en position latérale gauche.

Test au bleu de méthylène (Figure 2.6)

Utiliser du bleu de méthylène (ou du violet de gentiane) dilué ; l'interprétation du test sera difficile si le colorant est trop concentré, car il tachera tout l'environnement de la patiente.

1. Insérer une sonde.
2. Remplir le ballonnet de la sonde avec 5 ml de liquide et préparer deux ou trois tampons humides à introduire dans le vagin.
3. Insérer les tampons dans le vagin.
4. Instiller lentement environ 60 cm³ de bleu de méthylène.
5. Au bout d'une minute, demander à la patiente de tousser.
6. Retirer les tampons un par un.
7. Si l'un des tampons est coloré, cela indique la présence d'une fistule.
8. Si aucun des tampons n'est coloré, une fistule peut néanmoins être présente. Répéter le test en utilisant jusqu'à 200 cm³ de colorant. Insérer les trois tampons dans le vagin et retirer la sonde. La patiente doit marcher pendant environ 30 minutes, voire jusqu'à une heure, le temps que le colorant soit dans sa vessie et que les tampons soient dans son vagin, tout en portant une compresse pour recueillir les éventuelles fuites de l'urètre. Parfois, le trou est très petit, surtout s'il se trouve entre le col de l'utérus ou l'utérus et la vessie, et il faut un certain délai pour que le colorant sorte. Il est facile de ne pas identifier une fistule minuscule. Après 30 à 60 minutes, examiner à nouveau la patiente en position de lithotomie, retirer la compresse et prélever ensuite chaque tampon vaginal, en vérifiant qu'il n'est pas taché par le colorant. Si le tampon ne présente qu'une fuite, et qu'il s'agit peut-être du tampon très distal, cela peut indiquer une fuite urétrale (d'effort). Si les tampons vaginaux sont colorés, cela révèle la présence d'une fistule.
9. Si ce deuxième test est négatif mais que le tampon vaginal proximal est mouillé par de l'urine claire, il s'agit d'une fistule urétérale.

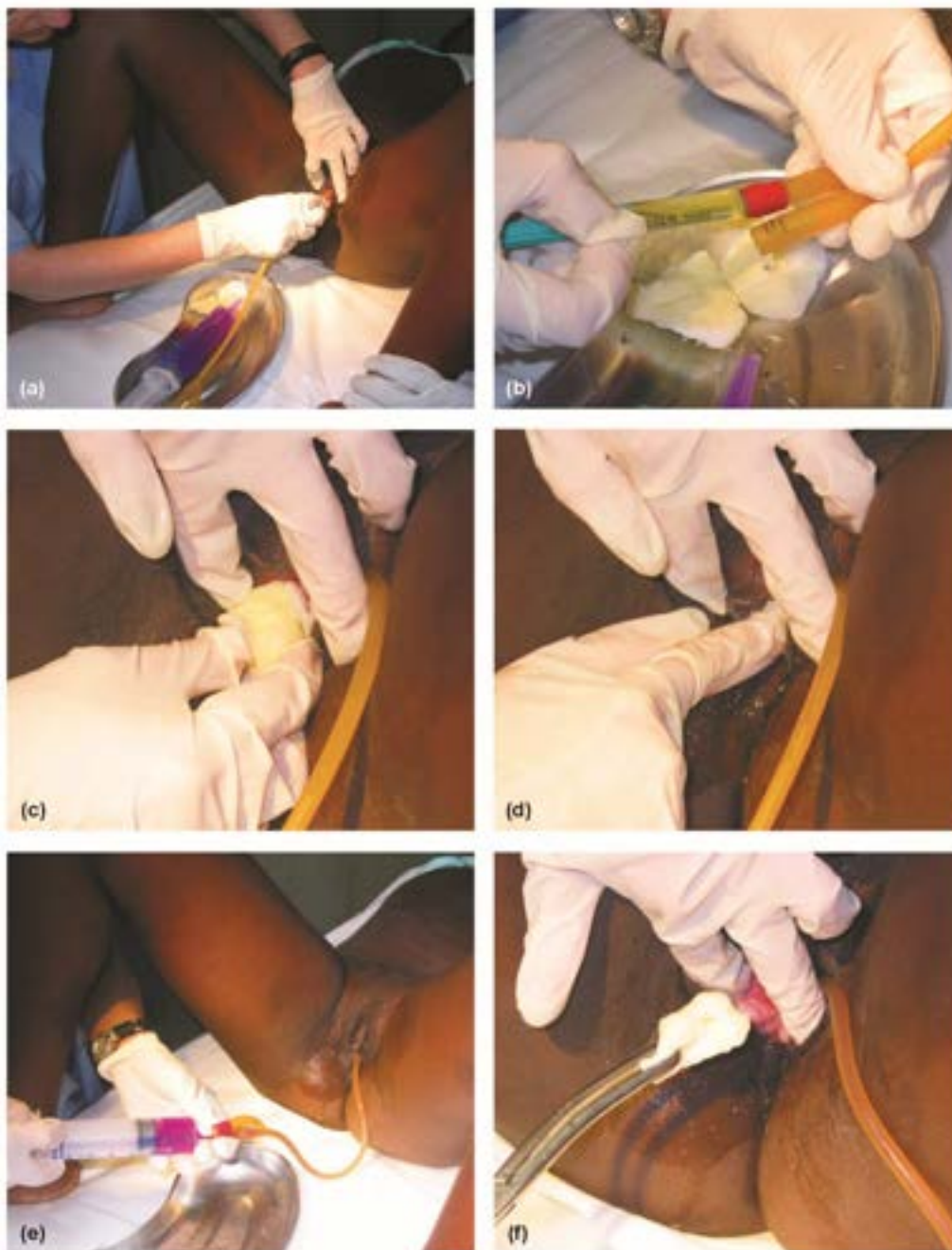


Figure 2.6

Test au bleu de méthylène. a) Insertion de la sonde. b) Le ballonnet de la sonde est gonflé et trois tampons humides sont insérés dans le vagin (remarque : si une fistule urétérale est suspectée, il est possible d'insérer des tampons secs dans le vagin pour voir s'ils deviennent humides avec de l'urine claire, mais ce procédé est inconfortable. L'insertion d'écouvillons humides réduit la friction et la douleur). Sur les images c) et d), les tampons sont insérés dans le vagin, de haut en bas. e) Environ 60 cm³ de colorant sont instillés lentement. f) Les tampons sont retirés un par un. Le premier n'est pas coloré, mais, dans ce cas, le second (g) l'est, révélant une fistule mi-vaginale.



Fistules urétérales

L'uretère peut être lésé accidentellement lors d'une césarienne, mais une lésion surviendra plus probablement lors d'une hystérectomie d'urgence effectuée pour une rupture de l'utérus. L'uretère peut être ligaturé et inclus dans la réparation du segment inférieur. Plus tard, l'urine commence à s'écouler par le col de l'utérus. Après une hystérectomie, l'urine peut s'écouler dans le bassin et, quelques jours plus tard, s'immiscer entre les sutures du dôme vaginal. Avec l'augmentation du nombre de césariennes, ces blessures sont de plus en plus fréquentes. Il est intéressant de noter que l'uretère gauche est presque toujours le côté touché. Les uretères peuvent être réparés facilement grâce à une opération abdominale. (Voir la rubrique « Fistules urétérales » du chapitre 6)

Pour exclure une fistule urétérale, instiller un colorant dans la vessie et insérer un écouvillon sec dans le vagin. Demander à la patiente de boire et de marcher. La réexaminer après une demi-heure. Si l'écouvillon est mouillé d'urine claire, il s'agit d'une fistule urétérale. Si l'écouvillon est coloré, la patiente est atteinte d'une fistule vésicale. En questionnant la patiente, celle-ci doit admettre qu'elle peut uriner normalement, car l'autre uretère doit fonctionner normalement et l'urine doit s'écouler dans la vessie. Je me suis fait piéger une fois avec le cas d'une patiente qui présentait des fistules urétérales bilatérales après une hystérectomie par césarienne. Elle était constamment mouillée et n'émettait pas de miction, comme dans le cas d'une FVV, mais le test du colorant s'est révélé négatif. La laparotomie a permis de constater que les deux uretères étaient dilatés et que rien ne s'écoulait dans la vessie. C'est un miracle qu'elle ait survécu.

Stress post-partum et rétention chronique

L'incontinence d'effort post-partum est parfois gênante et peut être confondue avec une fistule. Environ 30 % des femmes souffriront d'un certain degré d'incontinence urinaire d'effort après l'accouchement, mais la quasi-totalité d'entre elles verra leur problème résolu dans les six mois, à mesure que leurs muscles pelviens se rétabliront.

Effectuer un test au bleu de méthylène. Si le résultat est négatif, retirer la sonde en laissant le colorant à l'intérieur. Observer si le liquide s'écoule goutte à goutte de l'urètre, puis demander à la patiente de tousser. En cas d'effort important, le colorant sortira, souvent sous forme de grande giclée. Afin d'exclure une rétention par regorgement, vérifier l'urine résiduelle après la miction (voir le paragraphe suivant). La prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort dans

les six mois suivant l'accouchement est essentiellement conservatrice et repose sur des exercices du plancher pelvien.

Une intervention chirurgicale est parfois nécessaire après au moins six mois de traitement conservateur et rarement avant si la fuite est complète, comme dans le cas d'une fistule.

Une autre cause d'incontinence urinaire est l'atonie vésicale après l'accouchement, qui entraîne une incontinence par regorgement. Le fonctionnement de la vessie est perturbé par un travail prolongé ou par un œdème de l'urètre qui entraîne une obstruction, un remplissage excessif de la vessie qui perd alors sa fonction. Vérifier la rétention par regorgement en demandant à la patiente d'uriner et en mesurant le volume des urines (parfois, la patiente ne peut pas uriner du tout), puis en posant une sonde et en mesurant le volume d'urine restant dans la vessie après la miction. Cette valeur doit être inférieure à 50 % du volume de la miction. Certains centres utilisent une valeur inférieure à 100 ml. Cette affection doit être prise en charge par un drainage continu de la vessie après l'accouchement pendant au moins 5 à 7 jours. Si cette mesure n'est pas prise, il peut en résulter une rétention chronique qui ne sera diagnostiquée que beaucoup plus tard, alors qu'elle est plus difficile à traiter. Le problème peut se résoudre après une période de drainage continu par sonde, bien qu'il soit préférable d'apprendre à la patiente l'auto-sondage intermittent 4 à 5 fois par jour ou après chaque miction.

Explorations

Les explorations suivantes peuvent être conseillées :

- Analyse du taux d'hémoglobine.
- Dépistage du VIH et conseil, conformément aux politiques locales. En cas de résultat positif, vérifier le taux de CD4. S'il est < 350 , il est conseillé d'attendre que le traitement ait commencé et que le taux de CD4 ait
- Augmenté de manière acceptable. Cependant, chaque pays a des protocoles légèrement différents concernant le moment où il faut commencer le traitement du VIH et la prise en charge doit être adaptée à chaque pays.
- Dépistage du diabète à l'aide d'une glycémie aléatoire. Si le taux est élevé, la redoser à jeun. Un certain nombre de mes patientes ont subi un échec de leur opération, alors qu'elles n'auraient pas dû. Un diabète non diagnostiqué a été découvert, puis stabilisé. Les patientes ont été opérées à nouveau et, cette fois-ci, guéries.
- Il est prudent de procéder systématiquement à un test de grossesse (sauf si la patiente a subi une hystérectomie ou est ménopausée).
- L'échographie, si elle est disponible, devrait être utilisée plus souvent, en particulier pour les cas graves. Il est utile d'être informé d'une dilatation des tractus rénaux.
- Les urographies intraveineuses sont rarement disponibles, mais elles peuvent fournir des informations utiles sur le fonctionnement des reins, lorsqu'une atteinte urétérale est suspectée.