

3 PRISE EN CHARGE PRECOCE DES CAS

Prise en charge conservatrice

Après une césarienne effectuée en raison d'un travail obstructif prolongé, la sonde doit être conservée pendant au moins dix jours. Un retrait prématuré prédispose la patiente à une rétention chronique. La vessie est souvent atone après un travail prolongé. En cas de fuite urinaire après le retrait de la sonde, celle-ci doit être remise en place immédiatement.

Au départ, une perte tissulaire ne sera probablement pas visible, parce qu'elle sera hors du champ de vision dans la région du col de l'utérus ou parce que le tissu nécrotique est en train de se détacher. La patiente doit être maintenue sous drainage continu, à condition que la majeure partie de l'urine s'écoule par la sonde. Après deux ou trois semaines, il devrait être possible d'évaluer la taille de la perte tissulaire par palpation et inspection. Vingt à quarante pour cent (20 à 40 %) des petites pertes tissulaires (< 2 cm) peuvent encore guérir après deux à trois semaines de drainage de la vessie. Les pertes tissulaires plus importantes et celles qui sont fixées à la paroi pelvienne ont peu de chances de guérir avec le drainage. En effet, le ballonnet de la sonde de Foley se retrouve souvent dans ou à travers une fistule plus large, la maintenant ainsi ouverte. Vérifier toujours l'emplacement et la position de la sonde pour vous assurer que cette situation ne s'est pas produite, car cela maintiendrait la fistule ouverte et pourrait l'aggraver !

Après un accouchement par voie basse, une fuite urinaire peut être le signe aussi bien d'un trou minuscule que d'une nécrose massive. La patiente doit être examinée délicatement à l'aide d'un spéculum Sims. Si l'on constate la présence d'escarres, il est possible de les retirer délicatement, si elles sont décollées. (Figure 3.1) Cette opération doit être suivie d'une irrigation régulière du vagin. La palpation et l'inspection à l'aide d'un spéculum Sims permettent d'évaluer la taille de la fistule. Si le diamètre est inférieur à 2 cm, la sonde doit être maintenue en place pendant au moins quatre semaines supplémentaires. Dans le cas de fistules plus importantes, il est difficile de maintenir la sonde dans la vessie. Vérifier toujours par un examen vaginal que la sonde n'a pas traversé la fistule et pénétré dans le vagin.

Les fistules qui n'ont pas guéri spontanément après quatre semaines de drainage ont peu de chances de le faire.

Remarque : Les antibiotiques n'ont aucun rôle à jouer dans la cicatrisation des fistules. La cause est une nécrose ischémique et non une infection.

Prévention lors de la césarienne

Dans certains pays où des fistules se produisent, les deux tiers des patientes ont fait l'objet d'une césarienne pour remédier à l'arrêt du travail, mais manifestement trop tard. Le tiers restant a fini par accoucher par voie basse. L'incidence de la césarienne varie d'un pays à l'autre. En Éthiopie, seules 15 % des patientes souffrant d'une fistule ont subi une césarienne, car la plupart d'entre elles vivent dans des zones reculées, loin des hôpitaux, bien que cette situation soit en train de changer et que les statistiques citées ici datent de 2010. En Tanzanie, 85 % des patientes souffrant d'une fistule ont subi une césarienne.

Les lésions ischémiques peuvent s'être déjà produites au moment de la césarienne, mais le médecin peut prendre des mesures pour minimiser les dommages ultérieurs. Le segment inférieur sera très étiré et œdémateux. Ne pas oublier que la vessie doit être disséquée bien en dessous du segment inférieur. L'incision du segment inférieur doit être effectuée dans la région haute et les extrémités latérales doivent être incurvées vers le haut afin de minimiser les déchirures inaccessibles et la déchirure des vaisseaux latéraux. (L'uretère gauche est exposé au risque maximum lors de la réparation d'un segment inférieur, surtout si l'incision du segment inférieur s'est déchirée latéralement, et si la vessie et l'uretère n'ont pas été réclinés vers le bas).

Lorsque la tête du bébé est profondément enfoncée dans le bassin, il est préférable d'obtenir de l'aide pour remonter la tête par voie vaginale plutôt que de forcer l'introduction d'une main entre la tête et le segment inférieur. En forçant sur la main, vous risquez de provoquer de grandes déchirures latérales et d'aggraver les dommages déjà causés à la vessie sur la ligne médiane. Il est préférable que quelqu'un pousse le bébé vers le haut depuis le vagin et que la main de l'opérateur descende délicatement vers le bas pour écarter la tête du bébé. Ne fléchissez pas votre main lorsque vous sortez la tête du bébé du bassin, tirez-la vers le haut jusqu'à ce que vous puissiez la faire passer facilement à travers l'incision du segment inférieur. La flexion de la main ne fera que pousser la main contre le segment inférieur, ce qui le déchirera davantage. L'autre solution consiste à extraire le bébé en cas d'accouchement par le siège, si possible. Pour ce faire, il faut attraper le siège par le haut et le faire passer d'abord par l'incision du segment inférieur.

Les déchirures du segment inférieur peuvent être difficiles à suturer et il arrive que des fistules se produisent lorsque le médecin saisit la vessie par inadvertance. Cela produit une fistule intracervicale qui peut être difficile à fermer et qui n'est pas abordable par les débutants. En essayant de réparer les angles de ces déchirures, les uretères sont exposés à un risque.

Trop de césariennes sont-elles pratiquées pour des mortinaissances ? En Ouganda, 88 % des mères qui développent des fistules après une césarienne accouchent d'une mortinaissance. Dans les 12 % de naissances vivantes, il existe une forte suspicion de lésion iatrogène de l'uretère ou de la vessie.

Il y a une génération, il était fréquent de recommander une craniotomie pour une mortinaissance bloquée dans le bassin, mais cette pratique semble avoir été abandonnée. Elle n'est pas pratiquée dans les hôpitaux universitaires ; il est peut-être trop difficile pour de nombreux jeunes médecins de développer cette compétence. Une craniotomie mal réalisée peut être plus néfaste que bénéfique. Est-il temps de revoir cette procédure ? Seuls les obstétriciens travaillant dans les pays touchés par la fistule peuvent répondre à cette question.

Réparation précoce

Naturellement, il est préférable que la guérison de la patiente soit la plus rapide possible. Plus la durée de l'incontinence est longue, plus le risque d'être abandonnée est grand. C'est presque inévitable lorsqu'elle perçoit qu'il n'y a aucune chance de guérison.

La plupart des chirurgiens conseillent d'attendre au moins trois mois après la lésion avant d'opérer. Au cours des premiers mois, les tissus environnants sont œdémateux et hyperémiques, ce qui les rend friables et difficiles à manipuler. Après trois mois, ils devraient être suffisamment mûrs.

Malgré cela, certains chirurgiens ont réussi à fermer des fistules *spécifiques* avant trois mois et recommandent vivement cette approche. D'excellents résultats ont été publiés, mais la méthode n'a pas encore été bien illustrée. Une opération peut être tentée dès que l'escarre s'est détachée et que les tissus sont propres.

Un médecin expérimenté enlèvera l'escarre et réparera une petite fistule au cours de la même intervention. Il est techniquement plus difficile d'opérer lorsque les tissus sont en cours de rétablissement. Les pinces chirurgicales peuvent déchirer le vagin et la vessie œdématisés et les sutures peuvent les sectionner.

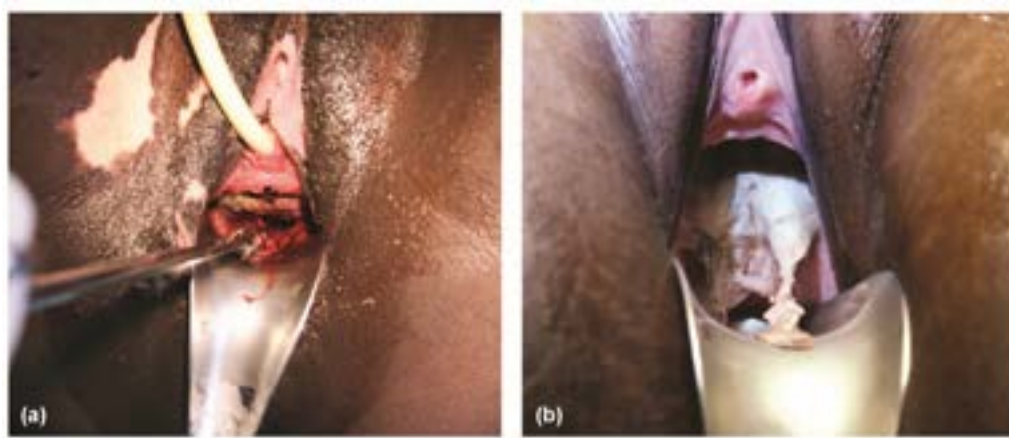


Figure 3.1

a) L'escarre ne doit être enlevée que si elle est vraiment détachée. Celle-ci n'est pas prête. b) Cette escarre est détachée et facile à parer.

J'ai adopté une approche flexible dans laquelle chaque cas est jugé sur ses caractéristiques. Certaines fistules sont parfaitement propres et saines après deux mois et peuvent être réparées en toute sécurité (Figure 3.2) ; d'autres, en revanche, sont nettement friables même après trois mois. C'est l'aspect de la fistule qui importe plus que son ancienneté. En cas de doute, il est préférable d'attendre.



Figure 3.2

Cette fistule n'a que deux mois, mais elle est propre, ne saigne pas au toucher et est prête à être réparée.

Nous recommandons à un débutant de suivre les conseils classiques et de retarder les réparations pendant trois mois. La première réparation a toujours les meilleures chances de succès et ne doit pas être compromise. Des exceptions à cette règle existent, mais après avoir acquis une certaine expérience.

Lectures complémentaires

Waldijk K. The immediate management of fresh obstetric fistulas. *Am J Obstet Gynecol* 2004; **191**: 795–9.