

10 PRISE EN CHARGE D'UN CAS INOPERABLE

Il existe inévitablement des cas où les lésions sont si graves qu'aucun chirurgien, aussi habile soit-il, ne peut rendre la patiente continente. La plus fréquente de ces situations est la perte quasi totale du tissu vésical. (Figure 10.1) Une patiente peut présenter une maladie généralisée grave (p. ex., un déficit immunitaire), ce qui rend la réparation inutile. Récemment, nous avons observé davantage de fistules dues à la radiothérapie, ce qui crée une série de problèmes différents.

Dans la majorité des cas, l'inopérabilité est due à de multiples facteurs, le plus important étant l'échec d'une réparation antérieure en association avec un urètre endommagé, une vessie de petite taille et une fibrose sévère. D'autres patientes souffrent d'incontinence totale à la suite d'opérations répétées et infructueuses contre l'incontinence d'effort.

Que peut-on proposer à ces patientes ? Il ne reste que deux options : ne rien faire ou procéder à une forme de dérivation urinaire.

Avant d'envisager l'une ou l'autre des procédures possibles, il convient de se poser quelques questions sérieuses. Toute forme de dérivation est une procédure majeure, avec une morbidité immédiate et à long terme importante. Elle est également irréversible. Le chirurgien de la fistule peut subir une pression énorme pour « faire quelque chose pour cette pauvre femme » ; non seulement de la part de la patiente elle-même, mais aussi de la part des autres membres de l'équipe qui détestent devoir refuser une patiente et dire qu'il n'y a plus rien à faire. Les chirurgiens visiteurs qui sont compétents en chirurgie pelvienne dans leur pays d'origine peuvent penser qu'ils peuvent apporter leurs compétences techniques pour réaliser des opérations complexes. Malgré toutes leurs bonnes intentions, certains ont fait plus de mal que de bien. J'ai vu de nombreuses patientes en Afrique sur lesquelles des chirurgiens occidentaux bien intentionnés avaient pratiqué une dérivation par conduit iléal (stomie), sans se rendre compte qu'il n'y a pas de poches pour conduits iléaux disponibles dans le pays de la patiente et que finalement le chirurgien a simplement déplacé la fistule du vagin vers l'abdomen. Les patientes sont souvent encore plus affligées et désespérées. Un confrère urologue et moi-même avons limité ces conduits à la réalisation d'une dérivation urinaire par urétéro-sigmoïdostomie bilatérale (poche de Mainz II), ce qui rend les patientes satisfaites et continentes. Il est clair que l'opération n'a pas été discutée suffisamment à l'avance avec les patientes et que l'approvisionnement en poches n'a pas fait l'objet de recherches ou de garanties appropriées.

Avant de procéder à une dérivation, de nombreux critères doivent être remplis :

- Le cas est-il vraiment inopérable ? Seul un chirurgien qualifié travaillant régulièrement avec des patientes souffrant de fistules peut prendre cette décision. Bien entendu, ils sont si peu nombreux qu'il peut être impossible pour la patiente d'être évaluée par l'un d'entre eux. Malheureusement, j'ai vu de nombreuses patientes ayant subi une dérivation alors qu'elles souffraient en réalité d'une simple fistule très curable.
- La patiente et sa famille comprennent-elles ce qui est proposé ? Les avantages et les risques éventuels ont-ils été compris ? Souvent, le chirurgien et la patiente ne peuvent communiquer en raison de la culture et de la langue. Leurs conditions sociales, leurs croyances, leurs coutumes et leurs connaissances du fonctionnement du corps humain peuvent être mutuellement incompréhensibles. Le meilleur conseil sera fourni par une patiente qui a déjà fait l'objet d'une opération de dérivation. Elle peut expliquer la vie qu'elle mène avec une dérivation dans le contexte culturel et social de la patiente.

- Si ces obstacles sont surmontés et que la patiente donne son consentement, les conditions dans la salle d'opération et pour les soins postopératoires sont-elles suffisantes pour réaliser une intervention chirurgicale majeure en toute sécurité ? Qui s'occupera des quelques patientes qui développeront inévitablement des complications potentiellement mortelles si un chirurgien n'est pas disponible ? Qui sera responsable du suivi à long terme ?

Brian Hancock et moi pensons qu'il existe des circonstances où les procédures de dérivation sont appropriées, mais qu'elles ne doivent être pratiquées que par des chirurgiens qui sont engagés à long terme dans un pays touché par les fistules et qui peuvent assumer la responsabilité des soins ultérieurs et du suivi. Nous pensons qu'ils ont l'obligation d'assurer un suivi et de communiquer leurs résultats en toute honnêteté, car nous savons encore peu de choses sur la qualité de vie après les procédures de dérivation. Il est très tentant pour les chirurgiens de ne faire état que de leurs réussites, mais ceux qui travaillent avec des patientes souffrant de fistules doivent également connaître les échecs.

Les possibilités de dérivation sont brièvement évoquées ici.

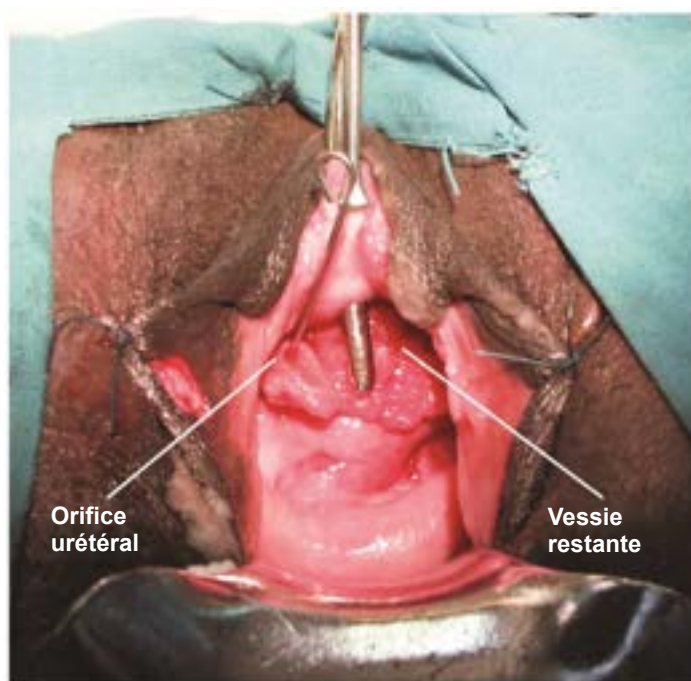


Figure 10.1

Une patiente incurable. Il ne reste qu'une petite plaque rigide de tissu vésical. Même si la fistule peut être fermée, elle sera toujours incontinente et sa capacité vésicale sera proche de zéro. Elle ne sera jamais continente.

Conduit iléal

Cela requiert le port d'une poche d'urostomie à vie. Cette procédure est peut-être adaptée aux pays occidentaux, où la dérivation peut être réalisée avec une faible morbidité et où les poches d'urostomie sont disponibles gratuitement. Mais, dans les pays disposant de moins de ressources, elle est inenvisageable. L'Hôpital de la fistule d'Addis-Abeba, qui bénéficie depuis de nombreuses années des services de plusieurs urologues itinérants qualifiés, fait exception à la règle. De nombreux conduits iléaux ont été réalisés, avec une très faible morbidité.

Les patientes sont complètement continentes, mais comme les poches ne peuvent être fournies que par l'hôpital, ces patientes ne peuvent pas retourner chez elles dans les régions éloignées. Ce problème a été partiellement résolu par la création d'un village séparé, non loin de l'hôpital, où elles peuvent vivre. Cette situation n'est pas idéale et certains problèmes sociaux restent non résolus. Quelques patientes ont pu rentrer chez elles avec une réserve de poches, mais elles doivent toujours revenir à l'hôpital pour renouveler leur réserve. Même lorsqu'elles sont dans leur village, elles ne peuvent pas se débarrasser des poches par crainte d'être vues et d'être considérées comme « anormales ».

Néo-vessie iléale continente

Il s'agit d'une opération majeure d'une durée de 5 à 6 heures qui requiert un haut niveau de compétence. L'intérêt réside dans la possibilité de vider une poche continente d'intestin grêle par auto-cathétérisme intermittent via un petit tube confectionné à partir de l'appendice ou de l'intestin à travers la peau. Cette méthode peut avoir une place acceptable dans le monde occidental, mais elle est irréalisable en Afrique, en raison de sa complexité et de sa morbidité très importante, qui nécessiterait une attention chirurgicale hautement qualifiée. Comme l'a dit un urologue, même avec ces vessies continentes, vous aurez toujours une patiente à vie, en raison des complications qui peuvent survenir à l'avenir, en particulier les sténoses du tube relié à la peau.

Dérivation urinaire continente de type Mitrofanoff

Il s'agit de dériver les uretères dans une poche constituée d'un cæcum et d'un côlon ascendant isolés. L'appendice est inversé et implanté dans la poche, et est sorti dans la fosse iliaque droite ou à travers l'ombilic. La patiente vide la poche par auto-cathétérisme à travers l'appendice.

Une autre approche est possible si l'urètre est irréparable, mais que la vessie est de bonne taille. Le col de la vessie est fermé et l'appendice inversé est implanté dans le dôme de la vessie.

Nous connaissons des patientes qui ont eu une bonne qualité de vie après ces interventions, mais les problèmes de sténose et de cathétérisme difficile montrent une incidence significative. Si la patiente se trouve loin d'une personne qualifiée, les conséquences peuvent être désastreuses. Encore une fois, cette opération conduit à suivre une patiente à vie.

Dérivation urinaire par urétéro-sigmoïdostomie bilatérale (Poche de Mainz II)

La dérivation de l'urine dans le gros intestin présente certains avantages. Il s'agit de la procédure de dérivation la plus fréquemment pratiquée, mais il n'existe que des rapports anecdotiques de suivi en Afrique pour nous informer sur la qualité de vie. L'opération peut rendre la patiente continente le jour et souvent la nuit, mais elle n'est pas sans risque de morbidité, voire de mortalité.

Traditionnellement, la procédure consistait à anastomoser les uretères au côlon sigmoïde. Au cours des deux ou trois dernières décennies, cette méthode a été modifiée par la création d'une poche de côlon sigmoïde en anastomosant deux anses ensemble (la poche de Mainz II). Cela a pour effet de créer un réservoir de basse pression, d'où une fréquence moindre

d'évacuation de l'urine par le rectum et une réduction probable de la quantité de reflux vers les uretères. Cette procédure semble également réduire la complication d'adénocarcinome que nous avons l'habitude de voir dans l'urétéro-sigmoïdostomie directe. Remplacée aujourd'hui par la poche de Mainz II, l'implantation directe ne devrait plus être pratiquée.

Il est évident que la patiente va uriner par le rectum pendant le reste de sa vie et qu'elle doit avoir un mécanisme de continence ano-rectale presque parfait. Elle doit également avoir des reins en bon état de fonctionnement. Vérifier que l'urée et la créatinine sont normales avant l'opération. Pour vérifier les mécanismes de la continence ano-rectale, il faut s'assurer de la présence de quatre éléments nécessaires à une continence anale complète : deux moteurs et deux sensoriels.

Sur le plan moteur, le sphincter interne doit être intact. Sa fonction est de maintenir le canal anal fermé au repos. Le fonctionnement du complexe sphinctérien externe est plus important. Il est bien connu dans les pays développés que des lésions occultes (détectées par des études échographiques et électromyographiques) se produisent assez souvent après un accouchement normal, ce qui peut être lié à la durée de la deuxième étape et à la taille du bébé. Ce phénomène est généralement asymptomatique, bien qu'il puisse prédisposer à une incontinence fécale ou à un prolapsus rectal à un âge plus avancé. Il est à supposer que cela se produit également en Afrique, bien que cela ne soit pas établi. Les déchirures sphinctériennes manifestes sont plus évidentes et, même après une réparation habile, environ 20 % des patientes présentent des altérations de la continence symptomatiques. Une réparation antérieure peut exclure cette option de dérivation.

Sur le plan sensoriel, la sensation somatique de l'épithélium des deux tiers inférieurs du canal anal permet une discrimination fine de la nature du contenu rectal (gaz, liquide ou solide), tandis que les récepteurs d'étirement du complexe élévateur de l'anus fournissent des informations sur l'étendue de la distension dans le rectum. Ces deux composantes peuvent être endommagées par un travail prolongé, soit par une neuropathie de traction du nerf pudendal, soit par une ischémie du plexus sacré et une fibrose du complexe élévateur.

Un degré d'anesthésie en selle et une absence de réflexe anal peuvent être constatés plus souvent que prévu, à la condition de les rechercher spécifiquement, peu après un travail prolongé chez les patientes souffrant d'une fistule. Un rapport fait état d'altérations de la continence anale détectées inopinément au cours d'une étude sur l'incontinence urinaire postopératoire.

Ce sujet doit faire l'objet d'une étude plus objective. En pratique, il est possible d'évaluer la qualité de la fonction sphinctérienne en mesurant le tonus anal au repos (principalement assuré par le sphincter interne) et la pression de contraction (assurée par le sphincter anal externe) lors du toucher rectal. Mais, en pratique, il est préférable de tester sa fonction avant de procéder à une opération de dérivation. Le sphincter anal peut être testé en remplissant le rectum d'environ 300 cm³ de sérum physiologique avec un colorant, et en vérifiant que la patiente peut le retenir pendant plusieurs heures. Il ne faut pas utiliser de sérum physiologique sans colorant, car la patiente aura des pertes en raison de la fistule ou l'urètre, et il ne sera pas possible d'établir si les pertes constatées sur la protection ou les vêtements proviennent de sa vessie ou du liquide contenu dans le rectum. La patiente doit se promener pendant 2 heures en portant une serviette hygiénique. Elle ne doit pas avoir de pertes pendant au moins 2 heures. Si ce n'est pas le cas et qu'elle laisse échapper un peu de bleu de méthylène sur la serviette hygiénique, il est probable qu'elle sera incontinente par l'anus une fois l'opération effectuée. Dans ce cas, elle n'est pas candidate à l'opération. Même si elle réussit ce test, elle doit être avertie qu'elle peut avoir des

fuites par l'anus la nuit, lorsque le sphincter se relâche. Il convient également de noter que plusieurs patientes reviennent environ 10 à 20 ans après la mise en place d'une poche de Mainz II en étant maintenant incontinentes par l'anus la nuit, et parfois aussi pendant la journée. Avec l'âge, les tissus se relâchent et s'affaiblissent.

Les patientes doivent être averties, bien qu'elles ne comprennent pas bien ce qui pourrait se passer dans 20 ans.

La réalisation d'une dérivation colique chez une patiente présentant une fistule recto-vaginale non décelée ou un mécanisme de continence défectueux conduit à des conséquences désastreuses (Figure 10.2), car elle présentera alors des fuites d'urine et de matières fécales simultanées. Il faut toujours vérifier la présence d'une éventuelle fistule rectale avant d'envisager cette opération.

La meilleure analyse à long terme des résultats obtenus en Europe et en Amérique met en évidence un certain nombre d'inconvénients, qui pourraient ne pas être détectés ou traités en Afrique :

- Il s'agit d'une **intervention chirurgicale majeure** avec une morbidité et une mortalité immédiates faibles, mais significatives.
- **Troubles acido-basiques.** Le chlorure et les ions hydrogène destinés à être excrétés dans l'urine sont réabsorbés dans une certaine mesure par la muqueuse colique. Si la fonction rénale est normale, la patiente ne subit aucun préjudice, bien que certaines développent une acidose hyperchlorémique, qui peut être asymptomatique pendant un certain temps, mais qui provoquera à terme l'amincissement des os et une insuffisance rénale. Toute insuffisance rénale préexistante ou infection rénale répétée accélère cette détérioration. La détection précoce d'un déséquilibre électrolytique est importante, car il peut être atténué par la prise régulière de bicarbonate de sodium. Cela signifie qu'il faut mesurer l'équilibre acido-basique, car les variations du sodium et du potassium sont des indicateurs tardifs du problème. Les établissements en capacité de mesurer le taux de bicarbonate sont rares en Afrique. Des études menées en Europe et en Amérique indiquent qu'au moins 50 % des patientes présentent des signes d'acidose légère lors des tests effectués un an après l'opération. Il est par conséquent conseillé à ces patientes de prendre régulièrement des agents alcalinisants (bicarbonate de sodium). Chez quelques patientes, il peut y avoir une insuffisance rénale préexistante due à une obstruction urétérale chronique. Une élévation de la créatinine ou une hydronéphrose bilatérale constituerait une contre-indication à la dérivation. Il est donc important de vérifier la fonction rénale de la patiente avant d'envisager une opération de dérivation. La patiente doit présenter une fonction rénale normale. L'hydronéphrose en elle-même n'est pas une contre-indication, si la fonction rénale reste normale.
- **Infection rénale.** Une infection urinaire récurrente est possible. Son incidence était plus élevée lors de l'implantation directe des uretères dans le côlon sigmoïde, mais elle a été réduite par la création d'une poche à basse pression. Toutefois, il existe une prédisposition en cas de sténose au niveau de l'anastomose urétéro-colique. Par conséquent, une bonne technique chirurgicale est essentielle pour garantir des résultats ultérieurs. Cependant, une sténose suffisamment grave pour nécessiter une révision chirurgicale peut survenir dans 5 % des cas, même dans des mains compétentes. Celle-ci est détectée par une dilatation progressive des voies rénales à l'échographie. Il faut noter que la dilatation peut avoir été présente au moment de l'opération de dérivation. Il est par conséquent utile d'effectuer une échographie initiale avant l'opération pour déterminer l'existence éventuelle d'un hydro-uretère ou d'une hydronéphrose.

- La dérivation de l'urine vers le côlon prédispose au **développement d'un carcinome du côlon**. Ce phénomène atteint des niveaux significatifs (environ 20 %) 20 ans après une urétéro-sigmoïdostomie directe conventionnelle. Une poche de Mainz II pourrait réduire le risque. Dans les pays développés, une patiente effectue une coloscopie régulière après 10 ans.

Plusieurs chirurgiens travaillant à plein temps en Afrique pratiquent la dérivation de Mainz pour des patientes déterminées. Ils sont disponibles pour faire face à d'éventuelles complications et assurer le suivi, et se sont montrés satisfaits de l'amélioration de la qualité de vie, au moins à court terme. Deux rapports encourageants sur l'utilisation de la dérivation de Mainz nous sont parvenus de Tanzanie.



Figure 10.2

Cette patiente avait été préparée pour une opération de dérivation par poche de Mainz II, car elle présentait une fistule incurable. Le test rectal au bleu de méthylène a révélé une petite fistule recto-vaginale non décelée dans certaines cicatrices. Il s'agit d'une contre-indication absolue à la mise en place d'une poche de Mainz II. Une FRV doit être réparée et guérie avant d'envisager une dérivation.

Nous recommandons une approche prudente de la dérivation, en accordant toute l'importance nécessaire à l'évaluation physique complète afin de contrôler l'absence de contre-indication, et à une discussion approfondie de tous les avantages et de tous les risques. La patiente ne doit jamais être incitée à se faire opérer ; elle doit prendre sa décision en toute connaissance de cause et celle-ci doit être respectée. L'opération peut être acceptable pour le chirurgien, mais l'est-elle pour la patiente ? Il est intéressant de noter qu'en Tanzanie je n'ai effectué que cinq dérivations de Mainz II au cours des huit dernières années, alors que d'autres cas présentaient cette indication. Lorsque l'opération a été expliquée aux candidates potentielles, plusieurs d'entre elles ont répondu : « Je ne veux pas être comme un poulet qui urine et fait ses besoins ensemble » et elles ont refusé l'opération. C'est un argument tout à fait valable !

Certaines patientes choisissent donc de garder le statu quo après une discussion approfondie de la situation. D'autres préfèrent choisir la possibilité d'une meilleure qualité de vie, au prix d'une morbidité tardive et d'une espérance de vie réduite. J'ai connu plusieurs patientes qui, après un suivi à court terme, étaient très satisfaites d'avoir accepté la dérivation. En Ouganda, je vois des patientes qui vivent avec une poche de Mainz II depuis 10 à 15 ans et qui sont toujours

heureuses, même si, avec l'âge, les fuites nocturnes se sont accrues. Dans ces cas, j'ai réalisé une simple plicature du sphincter anal qui les a aidées pendant quelques années, mais le problème réapparait ensuite.

L'incontinence permanente n'est pas une situation satisfaisante, mais le tableau a peut-être été exagéré par les rapports faisant état du rejet total qui se produit dans certaines communautés. Dans d'autres cas, nous savons que la patiente incontinente n'est pas toujours traitée comme une paria ; beaucoup sont prises en charge par des familles aimantes et même par leur mari, et elles peuvent encore vivre avec une certaine dignité.

Procédure de la poche de Mainz II

La procédure, telle qu'elle a été réalisée par les chirurgiens de Mayence (Mainz), comprend l'anastomose de trois segments du côlon sigmoïde en « S ». Toutefois, la plupart des chirurgiens en Afrique ont opté pour une anastomose plus simple de deux segments. (Figure 10.3) La version plus simple de la poche de Mainz II est décrite et illustrée sur la Figure 10.4. Nous recommandons à toute personne envisageant cette procédure de consulter d'abord un chirurgien spécialisé dans les dérivations.

La patiente doit se présenter en salle d'opération avec le côlon vide. Pour cela, un régime liquide préopératoire, des lavements ou, mieux encore, un laxatif osmotique tel que le picosulfate de sodium (Picolax) ou le mannitol sont utilisés. Des doses uniques de 160 mg de gentamicine et de 500 mg de métronidazole sont administrées par voie intraveineuse au début de l'opération.

Certains chirurgiens préfèrent faire sortir les sondes urétérales de l'anus par un tube rectal préalablement inséré. Nous préférons utiliser simplement une sonde de Foley de calibre important, placée dans le rectum au début de l'opération, et faire passer les sondes urétérales à travers pendant l'opération, en veillant à ce que les sondes urétérales soient visibles à l'extérieur de l'anus avant de fermer la poche. Cette procédure nécessite que quelqu'un passe sous les draps pendant l'opération pour retirer la sonde de Foley avec les sondes urétérales, puis replace la sonde de Foley à travers l'anus et le rectum et dans la poche de manière que les sondes urétérales soient toutes deux en place depuis le rein jusqu'à l'extérieur de l'anus. La sonde de Foley reste en place pendant quelques jours jusqu'à ce que la patiente puisse marcher et uriner elle-même par voie rectale. La majeure partie de l'urine s'écoule par les sondes urétérales jusqu'à ce qu'elles soient retirées vers le septième jour postopératoire.

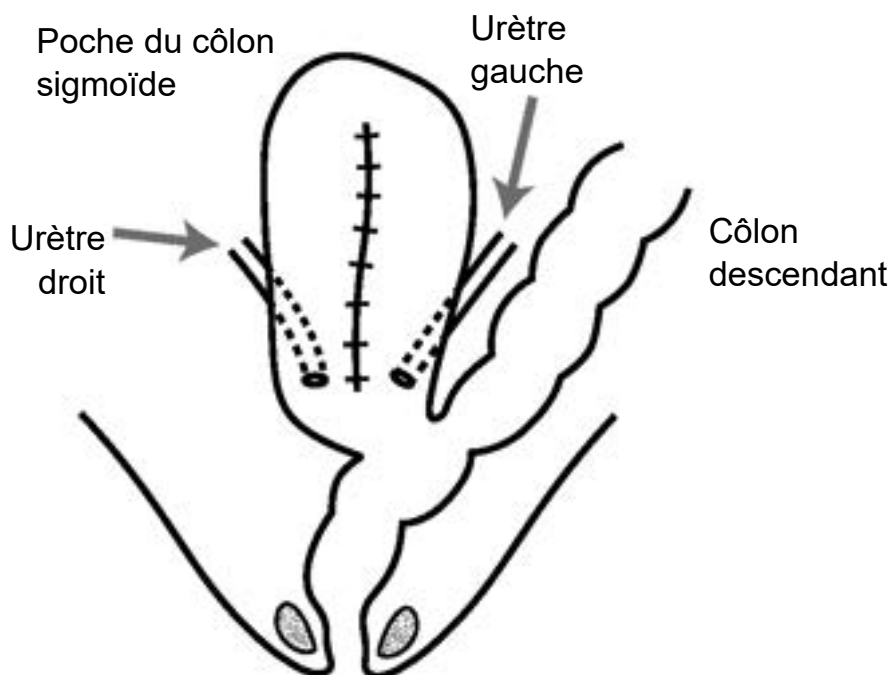


Figure 10.3

Le concept de la poche de Mainz II consiste à créer une poche de côlon sigmoïde et d'introduire les uretères dans la poche. La patiente urinerait par l'anus.

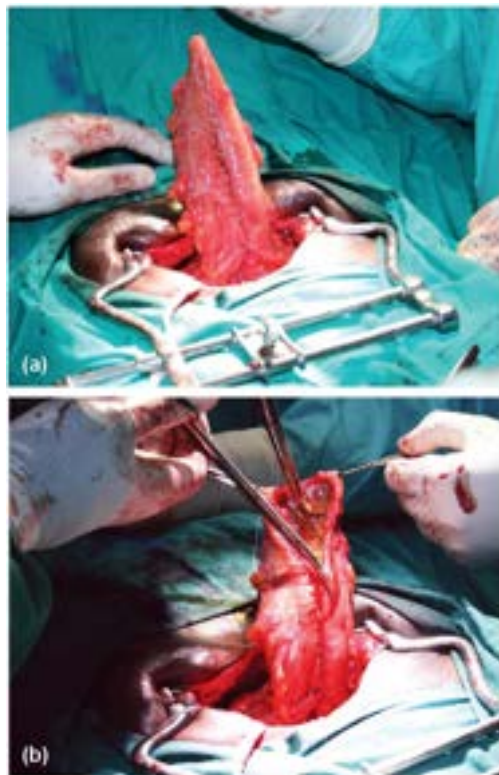


Figure 10.4

Poche de Mainz II. a) La première étape consiste à localiser les uretères et à s'assurer qu'ils peuvent être identifiés et mobilisés. Avant de couper les uretères, il faut s'assurer qu'une poche sigmoïde adéquate puisse être configurée. La boucle est formée et une bande de 10 cm est alors suturée le long des bandelettes longitudinales du côlon de chaque côté. Cela constituera la paroi postérieure de la poche. Veiller à suturer sur le bord des bandelettes longitudinales du côlon, car il faudra couper au milieu de celles-ci.

b) Couper le long du milieu des bandelettes longitudinales du côlon de chaque côté de la ligne de suture, autour du sommet et jusqu'au point de départ de la ligne de suture. Laisser suffisamment de paroi intestinale pour placer un deuxième plan dans la ligne de suture qui vient d'être faite. Il apparaît clairement que l'intestin de cette patiente n'a pas été bien préparé.

Suite

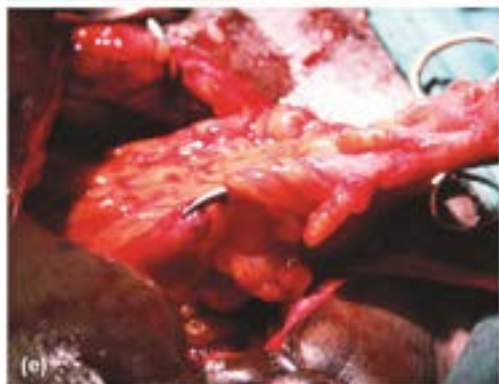


Figure 10.4 (suite)

c) Le deuxième plan de suture est maintenant terminé sur la paroi postérieure de la poche.



d) Une perforation est pratiquée dans la paroi postérieure pour introduire l'uretère droit.



e) Introduction de l'uretère droit dans la poche (je préfère ne pas saisir et écraser l'extrémité de l'uretère comme sur la photographie, mais plutôt placer une fine suture à travers la paroi de l'uretère et manipuler l'uretère en saisissant la suture).



f) L'uretère est spatulé et fixé à l'intérieur de la poche.

Suite

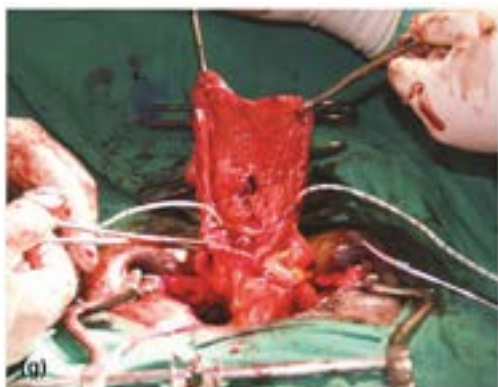


Figure 10.4 (suite)

g) La même procédure est effectuée sur l'uretère gauche. S'assurer que l'uretère se trouve sur le côté médial du mésocôlon sigmoïde avant de l'implanter. Il peut être nécessaire d'effectuer une tunnelisation.



h) Enfiler les sondes urétérales dans le tube rectal qui a été introduit dans la partie haute du rectum / le côlon sigmoïde avant le début de l'opération. Faire sortir l'uretère par l'anus avant de suturer le reste de la poche. Veiller à ce qu'ils ne soient pas déplacés.



i) La paroi antérieure de la poche est maintenant prête à être suturée.



j) Celle-ci est réparée en deux plans.

Lectures complémentaires

Aboud MM. Early outcome of Mainz Pouch 2 urinary diversion. *East Central Afr J Surg* 2001; **6(2)**: 15-19.

Aboud MM, Eshleman JL, Mteta KA, Mbwambo JS, Oyieko W. An 18-year review of types of continent urinary diversion applicable to the lesser developed regions of Africa. *East Central Afr J Surg* 2000; **5(1)**: 17-20.

D'elia G, Pahernik S, Fisch M, Hohenfellner R, Thuroff JW. Mainz Pouch II technique: 10 years' experience. *BJU Int* 2004; **93**: 1037-42.

Hodges AM. The Mitrofanoff urinary diversion for complex vesicovaginal fistulae: experience from Uganda. *BJU Int* 1999; **106**: 1227-8.

Murray C, Goh J, Fynes M, Carey MP. Urinary and faecal incontinence following delayed primary repair of obstetric fistula. *Br J Obstet Gynaecol* 2002; **109**: 828-32.

Wall LL, Arrowsmith SD, Lassey AT, Danso K. Humanitarian ventures or 'fistula tourism?': the ethical perils of pelvic surgery in the developing world. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; **17**: 559-62.