

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**Tome XXXIII
publié le 9.12.2009**



*TRENTE-TROISIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2009*

Fistules obstétricales (FO) : physiopathologie et prévention par sondage vésical pendant le travail

B. WEYL¹, H.J. PHILIPPE² *
(Saint-Malo, Nantes)

Mots clés : fistules obstétricales, physiopathologie, prévention, gynécologie sans frontières

INTRODUCTION

Les fistules obstétricales (FO) sont principalement la conséquence d'un défaut d'accès aux césariennes. Ces interventions sont devenues courantes, mais seulement depuis un peu plus d'une centaine d'années, ce qui est peu à l'échelle de l'humanité.

Les FO, fréquentes dans le monde entier avant le 20^e siècle, n'ont disparu que dans les pays développés, car l'accès aux césariennes reste insuffisant dans de nombreux pays pauvres.

1 - Centre hospitalier - Service de gynécologie-obstétrique - 35403 Saint-Malo cedex

2 - CHU - Pavillon mère-enfant - 44093 Nantes cedex 1

* Correspondance : Dr Bernard Weyl - b.weyl@ch-stmalo.fr

L'évaluation du nombre de FO par les organismes officiels tels l'OMS et l'UNFPA fait état de 2 millions de cas dans le monde. Cette évaluation est très approximative puisque les études rigoureuses sur le plan méthodologique sont encore très rares sinon absentes [3].

PHYSIOPATHOLOGIE

Elle est rarement traitée dans les publications et ouvrages récents, et cet exposé ne fera que reprendre les données classiques.

1. Constitution

1.a. La FVV (fistule vésicovaginale) se forme en cas de travail anormalement prolongé, du fait d'un obstacle pelvien ; il se produit alors une nécrose ischémique localisée des parois vésicale et vaginale, par compression de celles-ci, entre la présentation fœtale bloquée et le bassin osseux maternel. C'est la théorie du pilon.

- La présentation peut être céphalique, mais parfois pelvienne ou transverse.
- L'eschare se forme vers le 4^e-5^e jour puis l'orifice fistuleux apparaît, avec écoulement d'urine permanent.

1.b. La vessie pleine semble jouer un rôle important, aggravé par l'hydratation de la parturiente.

En effet, la rétention vésicale est constante en cas de travail dystocique prolongé :

- en raison de la présentation fœtale bloquée dans le pelvis maternel,
- entraînant des phénomènes œdémateux qui s'accroissent avec le temps, et aggravent la compression et l'ischémie des tissus.

La paroi vésicale est soumise à 3 forces opposées : la pression exercée par la présentation bloquée, la pression hydrostatique de l'urine en rétention, et le billot osseux du bassin. Pour Monseur [1], **la vessie distendue est l'élément déterminant de la nécrose** : « il n'y a pas de fistulisation sur vessie vide ».

La vessie peut s'échapper vers le haut lorsqu'elle n'est pas en état de surtension. Au contraire quand elle est distendue, elle reste comprimée et immobile entre le fœtus et le bassin maternel. Lorsque la présentation foetale est bloquée pendant plusieurs jours, parfois plus d'une semaine, il s'ensuit un œdème pelvien en particulier vésico-urétral qui empêche toute miction. **La vessie puis les reins se dilatent**, pouvant provoquer une insuffisance rénale aiguë, une pyélonéphrite, une septicémie, le décès. En effet, « l'urine est un liquide donc incompressible. La vessie surdistendue comprime les vaisseaux dans leurs trajets intratissulaires et la fistulisation se fait aux points les plus mal irrigués, c'est-à-dire en principe sur la ligne médiane où se rejoignent les extrémités des réseaux droits et gauches » (J. Monseur) [1].

C'est pourquoi la **prévention est possible grâce au sondage vésical** en cas de travail prolongé.

2. Causes

2.a. Directes

L'obstacle osseux est fréquent, lié à l'ostéomalacie. Il est souvent en cause, surtout chez les très jeunes femmes au bassin immature et ostéomalacique par carence. Ce facteur est fonction de l'âge de la parturiente, mais semble varier selon l'ethnie : (75 % en Afghanistan, 45 % en Afrique) [3]. Mais l'obstacle osseux n'est pas constant ; il peut s'agir **d'une présentation pathologique ou d'une disproportion fœtopelvienne**.

2.b. Indirectes

- La **primiparité** est également fréquente mais non constante : 60 % en Inde pour K. Bhasker Rao [4], 61 % au Nigéria pour K. Waaldijk [5]. Il n'est donc pas rare d'observer une FO chez une patiente ayant accouché plus ou moins normalement auparavant. L'ostéomalacie peut être secondaire à une carence alimentaire avec allaitement prolongé, et concerner des multipares.
- Les **parasitoses** : les lésions urétérales et vésicales peuvent être favorisées par la bilharziose. La bilharziose complique également la chirurgie par la fragilisation ou la sclérose des tissus. Elle doit être traitée avant l'intervention.

D'autres parasitoses comme le paludisme, la drépanocytose ou les parasitoses intestinales, de même que le SIDA peuvent favoriser la FO, mais aussi perturber les suites opératoires.

- Le **mariage précoce**, la **malnutrition** qui expliquent la fréquence des bassins immatures ou ostéomalaciques.
- La **petite taille**.
- Le **manque d'obstétriciens** :
 - au Burundi : une vingtaine pour 300 000 accouchements annuels,
 - dans une région d'Éthiopie (Shefren) [3] : 5 obstétriciens pour une population de 29 millions de personnes.
- Les **mutilations sexuelles rituelles**.
- La **pauvreté**.
- Les **grossesses non souhaitées**.
- L'**absence de moyens de contraception**.
- L'**état des voies de communication et des moyens de transport**.

3. Mécanisme des différents types de lésions

L'importance et le niveau des lésions dépendent de la durée et du niveau de la compression et de l'infection associée.

Selon le niveau de la compression, les lésions diffèrent [1].

- **Le blocage au détroit supérieur** peut entraîner la nécrose du col utérin, de la vessie, des uretères, ces derniers étant particulièrement menacés lorsqu'une rupture utérine se produit au-dessus d'un col non dilaté (Mahfouz) [6]. Le rectum tend à fuir sur le côté, néanmoins lorsqu'il est comprimé sur le promontoire une fistule peut se produire, qui va déboucher dans le cul-de-sac vaginal postérieur. La perte de substance peut être plus basse, sur la face antérieure du rectum.
- **Le blocage dans la cavité pelvienne** est à l'origine d'une fistule le plus souvent rétrotrigonale.
- Elle peut aussi, du fait de l'ascension de la vessie, intéresser le col vésical et les régions adjacentes trigonales et urétrales, épargnant le bout distal de l'urètre.
- **Lorsque la nécrose est circulaire**, le pubis peut être dénudé et subir ultérieurement des remaniements : résorption osseuse avec écartement symphysaire, ou au contraire ossification. Les transections représentent la nécrose de la partie inférieure de la vessie. Les lésions rectales, quand elles existent, sont alors le plus souvent sus-sphinctériennes.

- **Le blocage au détroit inférieur** peut être à l'origine de lésions semblables ou de nécrose urétrale totale. Les lésions rectales sont fréquentes et intéressent le sphincter.

Lorsqu'un arrachement est venu compléter les lésions ischémiques, l'ensemble du système trigono-cervico-urétral peut avoir disparu et le rectum être ouvert jusqu'à l'anus.

Comment se termine l'accouchement ? Pour L. Falandry [7] :

- 65,5 % des fistules succèdent à une **évacuation utérine spontanée**,
- tandis que 19,7 % sont secondaires à un **traumatisme instrumental** et,
- 14,8 % à un **geste chirurgical**.

La FO peut être causée en effet par un acte obstétrical : forceps, césarienne, ou symphysiotomie.

Si la fistule succède à une extraction par forceps ou césarienne, elle a pu se constituer avant le geste si celui-ci est tardif, ou lors de celui-ci.

Il peut s'agir :

- d'une plaie vésicovaginale provoquée par le forceps,
 - a. en raison d'un col incomplètement dilaté (avec déchirure du col propagée à la vessie),
 - b. ou du fait de la réplétion vésicale,
- ou d'une plaie vésicale lors de la césarienne, toujours difficile après un travail prolongé.

La **cicatrisation** de la nécrose va évoluer sur 10 à 12 semaines, avec réaction scléreuse variable pouvant sténoser la fistule, les tissus environnants, le vagin (avec réduction ou disparition du tissu vaginal utilisable chirurgicalement), et menacer les uretères.

La nécrose et l'infection endo-utérine peuvent entraîner des synéchies, une aménorrhée, une hématométrie, une stérilité.

4. Conséquences

Immédiates

- **infectieuses : infections urinaires, septicémie,**
- **insuffisance rénale,**
- **décès,**
- **lésion des racines sacrées : responsable de paralysie d'un ou des deux membres inférieurs, ou de boiterie.**

Après constitution de la FO

- du fait de l'odeur, et du statut de « paria » :
 - le rejet par le mari et la famille est fréquent,
 - le divorce également,
 - la patiente peut être recueillie par sa famille paternelle,
 - ou vivre totalement isolée, ou dans un village de fistuleuses ;
- la **dépression sévère et le suicide** semblent également fréquents ;
- la **plupart des patientes ne sont pas prises en charge, du fait de l'absence d'offre de soins** dans de nombreux pays, en raison :
 - du petit nombre d'opérateurs susceptibles de prendre en charge ces lésions,
 - du manque de moyens en hôpitaux, matériels, consommables...,
 - du manque de ressources financières. Exemple donné par RHJ et C. Hamlin qui ont fondé la Fistula Clinic à Addis Abbeba : une femme atteinte de FO entend parler de la Fistula Clinic ; elle se rend jusqu'à l'arrêt de bus vers Addis Abbeba ; mais elle doit mendier pendant 6 ans avant de rassembler assez d'argent pour payer son transport.

PRÉVENTION DES FO

A. Améliorer les conditions d'accouchement est la solution logique

- Avec un **accès plus facile aux extractions instrumentales et surtout aux césariennes**, ce qui nécessite une augmentation du nombre de soignants qualifiés et des établissements de santé disposant de moyens adaptés.
- Cet accès doit se faire dans des **délais suffisants**,
 - les 3 retards classiques sont : le retard à demander des soins, le retard à l'arrivée dans une structure de soins, et le retard à l'instauration des soins.
- Concernant la **durée des transports**, elle est liée :
 - à l'état des routes,
 - parfois aux longues distances à parcourir,
 - à l'insuffisance des moyens de transport,
 - à l'accès aux transports,
 - à l'insuffisance de l'organisation des transports sanitaires,
 - et aux difficultés financières.

Au-delà de 10 h de travail, toute femme devrait pouvoir être évacuée vers une maternité permettant une césarienne. Dans la plupart des pays pauvres, le taux de césariennes est inférieur à 3 % alors que **la limite inférieure recommandée par l'OMS est de 5 % [3].**

B. Autres moyens à long terme

- **Diminuer la pauvreté** constitue également une prévention nécessaire, car la pauvreté entraîne malnutrition, troubles de croissance, illettrisme...

La pauvreté est souvent associée à une culture de mariage et de grossesse précoces.

- La **symphysiotomie** n'est pas sans risque mais peut constituer un moyen d'éviter la fistule, avec un minimum de moyens matériels.
- Éviter **les grossesses chez les femmes trop jeunes** est possible :
 - grâce à un effort d'éducation, en améliorant la scolarité,
 - mais aussi grâce à l'éducation communautaire, qui permet d'informer sur les risques des grossesses précoces, d'expliquer comment se constituent les FO, qui permet de réduire les mariages précoces, et les grossesses avant 15 ans. Les groupes et associations de femmes sont un moyen efficace de changer les mentalités,
 - enfin en améliorant l'accès à la contraception.

Pour Catherine Hamlin, fondatrice de la Fistula Clinic d'Addis Abbeba, et concernant l'Éthiopie, « il faudra peut-être plusieurs générations avant que ce pays ne soit capable de procurer toutes les infrastructures nécessaires à l'élimination de ce problème tragique ».

C. Une solution à moyen terme serait d'identifier les patientes à risque de dystocies mécaniques pour organiser leurs transports en fin de grossesse, avant le travail, vers un centre de santé ou un hôpital pour que des soins adaptés soient possibles (césarienne ou extraction instrumentale) dans des délais normaux.

D. Le sondage vésical pendant le travail

Il ne semble pas avoir été utilisé à une large échelle, malgré l'expertise des auteurs qui l'ont recommandé (Camey, Monseur *et coll.*). Aucune étude à ce sujet n'a pu être retrouvée dans la littérature, et les documents de l'OMS et du FNUAP consacrés aux FVV n'en font pas mention [2, 3].

Notre projet est de réaliser un travail préliminaire pour juger de sa faisabilité et en évaluer l'efficacité. Ce projet date de 2006 mais le manque de budget pour financer les kits sondages n'a pas permis de progresser.

Voici l'organisation envisagée :

1. Fiche de Recommandation pour la Pratique Clinique, intitulée : prévention des fistules obstétricales par sondage vésical

La pose d'une sonde de Foley (entre ch 12 et 18) est indiquée, dans un centre de santé ou un hôpital ou à domicile, **chez toute femme en travail, sans progression de la dilatation cervicale, après les 5 ou 10 premières heures.**

La technique de pose respecte les règles d'aseptie et la sonde doit être introduite dans l'urètre sur plus de 10 cm avant de gonfler le **ballonnet, ce dernier devant être situé au-dessus de la présentation.**

La sonde restera branchée sur une poche à urines, sans clampage ; elle sera vidée chaque fois que le niveau d'urine dépasse la moitié de la poche, et sera retirée 24 h après l'accouchement.

La fiche ci-dessous doit être remplie lors de chaque pose de sonde et transmise au Centre national de référence des fistules obstétricales du CHU de Bujumbura (médecin référent : Dr Deogratias Ntukamazina).

- Nom de la patiente
- Prénom
- Date de naissance ou âge
- Date et heure de début du travail
- Date et heure de la pose de la sonde
- Succès ou échec de la pose
- Délai (en heures) entre début du travail et pose de la sonde
- Nom du soignant
- Lieu
- Accouchement :
 - a. Date et heure
 - b. Lieu

- Nouveau-né :
 - a. Poids
 - b. Apgar
- Évolution :
 - a. Pas de FVV : constatation le : par :
 - b. FVV constatée le : par : (dans ce cas remplir le dossier complet de FO)

Modalités du sondage vésical pendant le travail :

- patiente allongée sur un lit ou une table d'examen, en position gynécologique,
- éclairage suffisant,
- pince et compresses pour application de Détol (antiseptique couramment utilisé au Burundi) sur le périnée, l'orifice vulvaire et l'orifice urétral,
- disposer un champ stérile au contact du périnée,
- poser la sonde et la poche stérilement sur le champ, ainsi que gants et compresses, et verser le Détol sur les compresses,
- appliquer alcool (ou solution hydroalcoolique) sur les mains et mettre des gants stériles,
- introduire la sonde dans l'urètre sur 10 cm au moins,
- gonfler le ballonnet à 10 ml (eau distillée).

Cette fiche est à distribuer dans les centres de santé.

2. Matériel et financement

Les centres de santé sont dépourvus de sondes vésicales au Burundi ; il faut donc financer des kits de sondage et les distribuer dans les centres de santé. Ces kits sont constitués de :

- sonde de Foley ch 14 avec poche à urine (système clos de préférence) : 5
- alcool à 90° (ou solution hydroalcoolique) : 1 flacon
- détol : 1 flacon
- gants 7 et 8 : 5 de chaque
- champs à UU : 5
- ampoules de 10 ml d'eau distillée : 5
- seringues de 10 ml : 5

Renouvellement de ce matériel pour 3 fiches fournies.

3. Enseignement du sondage

Il sera effectué par le médecin référent lors de ses visites dans les centres de santé.

4. Étape d'évaluation

Lorsqu'une centaine de fiches seront disponibles, concernant des patientes ayant accouché plus de 24 h après la pose de la sonde, et en l'absence de FVV, cette technique de prévention sera étendue.

Si des FVV sont signalées, l'analyse des fiches permettra de prendre la décision de poursuivre ou non cette action de prévention.

CONCLUSION

Le sondage vésical semble constituer un mode de prévention des FVV, à court ou moyen terme, et cette prévention mérite d'être évaluée. L'organisation est prête et nous cherchons depuis 3 ans un financement permettant de débiter cette action.

Bibliographie

- [1] Camey M. Chirurgie des fistules vésico-vaginales obstétricales par voie basse. 1998; Ed AFU et MSD.
- [2] Obstetric Fistula Guiding principles for clinical management and programme development World Health Organisation, Department of Making Pregnancy Safer, 2006.
- [3] International Journal of Gynecology and Obstetrics Vol 99 Supl 1 Nov 2007 : numéro spécial consacré aux fistules obstétricales 2007 Nov;99:1.
- [4] Bhasher Rao K. Genital fistulae. Journal of obstetrics and gynaecology of India 1975; 25:58-65.
- [5] Waaldijk K. The surgical management of bladder fistula in 775 women in northern Nigeria Doctoral Thesis, University of Utrecht 1989.
- [6] Mahfouz N. Urinary fistulae in women. J Obstet Gynaecol Brit Emp 1957;64:23.
- [7] Falandry L, Dumurgier C, Scham A et coll. La fistule obstétricale en Afrique. Médecine et Armées 1989;17(8):571-578.