

*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 urogénitales.

Diagnostic et bilan avant réparation

J. BOMEL *
(Saint-Etienne)

Les fistules urogénitales se définissent comme une solution de continuité entre les voies urinaires et les voies génitales ; on distingue les fistules vésicovaginales (FVV) qui seront l'essentiel de notre propos, les fistules vésico-utérines et les fistules urétérovaginales.

Dans les pays en voie de développement, les FVV sont d'origine obstétricale mais on y observe aussi des fistules après traumatisme opératoire, qu'il s'agisse de césarienne, de forceps ou d'hystérectomie.

Ces fistules entraînent un écoulement urinaire permanent ; elles sont source de vies malheureuses et d'exclusion sociale.

Quatre étapes pour aborder ces patientes porteuses de fistules urogénitales :

- l'interrogatoire pour reconstituer l'histoire de la patiente,
- l'examen clinique,
- le bilan des lésions,
- la classification de la fistule.

* Chemin de la Cotencièrre - 42100 Saint-Etienne

A. L'INTERROGATOIRE

Dans les pays en voie de développement, il est conduit avec l'aide d'un interprète et les renseignements colligés au mieux sur une fiche systématisée pour ne rien oublier.

À propos de la patiente :

- nom,
- prénom,
- âge,
- ethnie,
- poids,
- taille,
- nombre de grossesses,
- nombre d'enfants vivants,
- état social suite à la fistule.

À propos de la grossesse causale :

- son rang dans la parité,
- l'ancienneté de la fistule,
- durée du travail,
- mode d'accouchement : spontané, instrumental, césarienne,
- état de l'enfant : mort-né dans 95 % des cas.

Il faut analyser les symptômes : fuites d'urine isolées ou incontinence fécale associée évoquant une fistule rectale rencontrée dans environ 10 % des cas.

Enfin, on interroge la patiente sur les interventions antérieures éventuellement pratiquées pour traiter la fistule.

Deux remarques :

- la fistule obstétricale se répartit également entre primipares et multipares mais les primipares jeunes feraient des formes plus sérieuses ;
- la césarienne pratiquée trop tard n'empêche pas l'apparition de la fistule.

B. L'EXAMEN CLINIQUE

Il se fait en position gynécologique avec un éclairage correct.

Souvent après avoir disposé le spéculum ou la valve vaginale, la simple **inspection** permet le diagnostic, la fistule est en position médiane.

Le **béniqué** explore l'urètre et ressort par la fistule, il met en évidence l'urètre borgne dans les transections.

Le toucher vaginal complète l'examen, il apprécie la sclérose vaginale : étroitesse, raccourcissement du vagin, bride prérectale, fixation des tissus aux branches ischio-pubiennes. Cette sclérose rétractile du tissu cellulaire pelvien en périphérie des lésions de nécrose est considérée comme une réaction à l'ischémie. Le toucher vaginal confirme éventuellement le diagnostic de transection par le toucher direct de la face postérieure du pubis.

Une épreuve au bleu permettra de démasquer une petite fistule haute, une fistule résiduelle dans un tissu de cicatrice, une fistule vésico-utérine si le bleu sort par le col utérin. Si l'épreuve au bleu est négative, bouger le ballonnet de la sonde peut démasquer une petite fistule cervicale, mais chez une ancienne opérée de fistule, il faut surtout craindre une incontinence par insuffisance sphinctérienne : fuites d'urine au retrait de la sonde ou à la toux. Il faut aussi savoir évoquer une fistule urétérovaginale si, dans un contexte postopératoire, le liquide clair, non coloré en bleu, provient du fond vaginal.

L'examen doit évaluer **la présence de lésions associées** rectales surtout, plus rarement neurologiques.

Dans certains cas de sclérose vaginale importante réalisant une sorte de diaphragme, l'examen au spéculum est impossible, il faut une anesthésie avec section prudente de la bride.

La place des examens complémentaires est limitée : cystoscopie pour une petite fistule ou étudier ses rapports avec les orifices urétéraux. Cystographie de profil ou hystérogaphie peut affirmer le diagnostic d'une fistule vésico-utérine. Urographie ou échographie vérifient le haut appareil en cas de problème urétéral.

C. LE BILAN LÉSIONNEL

Il doit être précisé le plus objectivement possible après l'établissement du diagnostic.

Cinq facteurs pronostiques sont à prendre en compte : taille de la fistule, situation de la fistule dans la vessie, importance de la sclérose, fistule rectale associée, intervention itérative.

C.1. La taille de la fistule est un facteur de gravité. Il convient d'en réaliser une mesure précise. Goh, suivi par Browning, considère trois groupes :

- a) petites fistules $< 1,5$ cm,
- b) fistules moyennes < 3 cm,
- c) fistules importantes > 3 cm.

Pour Camey, 3 cm est la limite des fistules simples. Les fistules géantes (> 6 cm) témoignent de la destruction de beaucoup de tissu vésical et sont de traitement difficile.

C.2. La situation de la fistule dans la vessie par rapport au trigone au col et à l'urètre est un facteur essentiel mais plus ou moins facile à estimer. On distingue ainsi les fistules rétro-trigonales, trigonales, cervico-trigonales, cervico-urétrales, les destructions urétrales partielles ou totales. Ces lésions respectent la paroi antérieure de la vessie et de l'urètre.

Une place particulière est faite par tous les auteurs aux transsections vésicales, destruction complète d'un étage du tractus urinaire intéressant parois antérieure et postérieure de la vessie et du col par une lésion circonférentielle. L'urètre est habituellement borgne, il peut être complètement détruit. La face postérieure du pubis est à nu, la sclérose pelvienne associée est habituellement majeure. La transection peut avoir intéressé un uretère dont l'orifice se retrouve alors en dehors de la vessie.

Pour apprécier objectivement la situation de la fistule par rapport au col et à l'urètre, Goh, suivi par Browning, mesure la distance (d) entre la berge distale de la fistule et le méat urétral ; il distingue ainsi quatre types de fistules :

- a. type 1 : $d > 3,5$ cm,
- b. type 2 : $2,5 \text{ cm} < d < 3,5 \text{ cm}$,
- c. type 3 : $1,5 \text{ cm} < d < 2,5 \text{ cm}$,
- d. type 4 : $d < 1,5 \text{ cm}$.

C.3. L'importance de la sclérose est signalée dans toutes les séries comme un facteur pronostique. La sclérose se manifeste par bride prérectale, rétrécissement et raccourcissement du vagin, rigidité des tissus. Elle complique le diagnostic et l'acte opératoire, obligeant à des incisions de débridement et des vaginoplasties. Elle est responsable de rigidité cervico-urétrale et d'incontinence postopératoires.

Goh classe les patientes en trois groupes :

- i : sclérose minimale ou absente,
- ii : sclérose moyenne réduisant longueur et capacité vaginale,
- iii : sclérose majeure et situations particulières.

C.4. La fistule rectale associée complique la prise en charge, c'est un facteur pronostique défavorable ; on distingue les fistules rectales basses qui intéressent le sphincter et les fistules rectales hautes à distance du sphincter.

C.5. Une intervention itérative est également considérée comme un facteur pronostique défavorable diminuant les chances de guérison du fait de la sclérose postopératoire.

D. CLASSIFICATION

Il n'y a pas dans le monde de classification pronostique universellement reconnue pour les fistules vésicovaginales ; le sujet est difficile car les combinaisons lésionnelles sont multiples.

En France, nous utilisons :

LA CLASSIFICATION DE CAMEY

Fistule simple : < 3 cm, à distance du col, tissu souple, jamais opérée.

Fistule complexe : > 3 cm, région trigono-cervico-urétrale, respect paroi antérieure (vessie, col, urètre), sclérose variable, interventions antérieures.

Fistule grave : transection (lésion circonférentielle), urètre partiellement détruit (borgne) ou complètement détruit, sclérose++.

Fistule haute : à opérer par voie haute, souvent postopératoire (vésicovaginale, vésico-cervico-utérine ou vésico-utérine).

Cette classification est pédagogique et très pratique pour classer fistule simple, fistule grave et fistule haute qui correspondent à des états spécifiques mais le groupe des fistules complexes est hétérogène : il peut s'agir de fistules larges mais souples à distance du col, de fistules intéressant le col, de fistules intéressant l'urètre partiellement ou totalement ; les difficultés opératoires sont à l'évidence très diverses. Le groupe des fistules complexes doit être démembré si l'on veut étudier des sous-groupes homogènes. La classification de Goh, proposée en 2004 et adoptée par Browning peut y aider ; dans cette classification, chaque fistule est caractérisée par les trois éléments principaux du bilan lésionnel : la situation dans la vessie, la taille de la fistule et la sclérose.

LA CLASSIFICATION DE GOH

Situation : distance berge distale fistule-méat urétral (d)

- Type 1 : $d > 3,5$ cm,
- Type 2 : $2,5 < d < 3,5$ cm,
- Type 3 : $1,5 < d < 2,5$ cm,
- Type 4 : $d < 1,5$ cm.

Taille de la fistule

- (a) : $< 1,5$ cm,
- (b) : 1,5-3 cm,
- (c) : > 3 cm.

Sclérose

- (i) : absente ou minime,
- (ii) : moyenne,
- (iii) : majeure, transections, interventions itératives.

Utilisation pratique :

- les fistules simples sont les types 1,
- les fistules complexes sont les types 2, types 3, types 4,
- les fistules graves (transections) sont type 4 c iii.

UN MESSAGE POUR CONCLURE

Devant chaque fistule, essayons de compléter la classification de Camey par celle de Goh, particulièrement pour les fistules complexes.

Cela donnera plus d'objectivité à nos dossiers, cela nous permettra de mieux évaluer nos résultats, de les comparer d'un centre de traitement à un autre et cela pourrait être une étape avant une classification internationale universellement reconnue.