

THESE DE MEDECINE

*Qualité de vie et intégration sociale des femmes
souffrant d'une fistule obstétricale après la prise
en charge chirurgicale.*

Président :	Pr. Filifing SISSOKO
Membre :	Dr. Honoré BERTHE
Co Directeur :	Pr. Aly TEMBELY
Directeur :	Pr. Kalilou OUATTARA

DEDICACES

Je dédie ce travail

A ALLAH

Le tout puissant, omniscient, clément et miséricordieux et à son Prophète **Mohamed (paix et salut sur lui)** pour m'avoir donné la santé, la force nécessaire et le courage pour mener à bien ce travail.

A mon père Mamadou SOUMANO

Pour l'éducation que tu m'as donnée et les immenses sacrifices consentis en vue de mon épanouissement moral. Tu as été pour moi un exemple de dignité, de compréhension et de patience, Ces mots ici ne peuvent traduire la profondeur de mon amour filial ; je te renouvelle tout mon attachement.

A ma mère Kadiatou dite Koubouna MACALOU

Tu es le prototype même de la femme africaine ; celle qui accepte de tout donner dans son foyer pour le bonheur de ses enfants. Tes sacrifices pour nous sont inestimables et font de nous ce que tu as souhaité. Je ne saurais te remercier pour tant d'efforts consentis.

Je prie tout le puissant pour qu'il te garde aussi longtemps que possible auprès de nous. Accepte ce modeste travail comme gage de mon profond amour filial.

A ma Tante Djouldé N'DIAYE

Ton aide n'a jamais fait défaut. Elle m'a été précieuse tout au long de mes études. Tu as fait de ma réussite une préoccupation quotidienne. Les mots me manquent aujourd'hui pour te remercier pour tant d'efforts consentis. Que ce travail soit le témoignage de toute mon affection.

A mon Mari Oumar SY dit Barou

La réussite universitaire de ta femme a toujours été la priorité des priorités pour toi. Ton sens du devoir, ta rigueur, ton humilité on été pour moi la meilleure leçon. Ton soutien moral et matériel en aucun moment ne m'a fait défaut, Trouve en ce travail l'expression de ma reconnaissance et de tout mon amour.

A mon Tonton Abdramane TOURE dit AFOU

L'occasion est bonne pour te renouveler toute ma reconnaissance, tout mon attachement. Tu as été d'un apport moral inestimable tout au long de mes études ; accepte mes remerciements.

A ma Tante Fatoumata KEITA dite TATA

Les mots me manquent pour te qualifier. Tout ce que j'aurai à dire ne saurait exprimer à fond le sacrifice et l'endurance que tu as subis pour moi. Découvre ici l'assurance de ma profonde reconnaissance.

A mon ami et frère feu Cheick Oumar TOURE

J'aurai tellement souhaité te voir à mes côtés en ce jour solennel. Mais le tout puissant en a décidé autrement. Dort en paix. Que la terre te soit légère.

Amen

A mes frères et Sœurs de Ségou

Badjè, Nanka, Djelimanka, Awa, Boubacar, Maïmouna, Ablo, Diamoussa, Tata, Mady, Bassourou:

Votre amour ardent, vos prières m'ont toujours donné le courage. Sachez que votre existence reste et demeure ma détermination dans la vie. Puise ce travail, produit de dur labeur, nous servir d'exemple et nous unir par la grâce de Dieu.

A mes frères et sœurs de Lafiabougou

Djéneba, Bafily, Mantchine, Tchine, La vieille, Baïni, Bassidiki, Matoufa, Babou, Mambé, Papa, Vieux, Bako et Daouda :

Tirons tout le bénéfice de l'éducation reçue, seul le travail et l'amour mutuel seront notre force ; que Dieu vous bénisse pour notre amour fraternel.

Aux groupes Bengaly (mes amis (es))

Lynda, Doudou, Assanatou, Gafou, Mamouni, Awa, Bato K, Bato C, Agnès, FT, Doussou, Counda, Adam, Bakary, Aziz, Daouda, Djéneba, Nan, Youma, Bébé Doumbia, Mimi, Van :

J'ai été profondément touchée par vos marques de sympathie, votre esprit de partage et votre amour pour le prochain. Puisse le tout puissant vous combler de ses bénédictions. Vous pouvez croire en mon indéfectible amitié.

A toutes les familles SOUMANO, SY et MACALOU. La simplicité de vos cœurs fait votre grandeur.

Merci pour tout.

REMERCIEMENTS

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenue et dont j'aurai oublié de mentionner le nom. Le stress qui accompagne ces moments peut me faire oublier de vous citer mais, sachez tous que vous avez marqué mon existence. Ce travail est aussi le vôtre.

A mes chefs de services :

Dr Chérif CISSE et Mamadou Lamine DIAKITE merci pour votre bonne collaboration

A mes amies aux services :

Badjène, rose, Bintou, Ami, Tanti, Sounoungou : l'amitié est un sentiment qui se vit et n'a pas besoin de se dire. Je vous porte tous dans mon cœur.

A mes aînés du service : Mafouné, Diamoutène, Aichata Samassekou, Diallo, Youba, Bagayoko, Guindo, Ives, Aichata, Djibril, Maïga, Ongoïba Isaac. Merci pour votre bonne collaboration.

Au major du Service de l'Urologie du CHU du Point G : Mme MARIKO Mariam DIARRA, à tous les infirmiers (es) et aide soignants (es) : Djéneba cisse, Aminata TRAORE, Fanta KONE, TOUNKARA, Harouna, Prierre DEMDELE, Safi, Aïda, Sétou, j'adresse mes remerciements.

Aux Garçons de salle : N'golo, Demba, Cissé, Bina, Sangaré, Brin, je dis merci pour tout.

Au personnel du bloc opératoire : Major Samaké, Modibo, Douga, Paul, Coulou, TOGOLA KONATE, à tout le personnel permanent et non permanent du service de l'urologie de l'hôpital du Point G.

A ma belle famille : Yaye, Talo, Absetou Badra, Daouda, Yacou, Ada, Awani, Harouna, Fanta SALL, Sali BASS.

C'est l'occasion pour moi de vous réaffirmer mes considérations et mes vifs remerciements.

A mes Tonton MACALOU, Salif, Moussa, Solo, Sidiki, Madouni, Malamine Fodé.

Rien ne saurait exprimer ma reconnaissance pour votre soutien tant moral que matériel, qui ne m'a jamais fait défaut.

A toutes les femmes qui ont souffert et qui souffrent de cette infirmité qui est la fuite permanente des urines par les voies génitales.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Pr Filifing SISSOKO,

Professeur de chirurgie générale au Centre Hospitalier Universitaire de Point G
service : <<chirurgie B>>

Maître de conférence à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odonto-
Stomatologie.

Cher Maître

En acceptant notre travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre
confiance.

A travers le contact qui nous a unis, nous avons su apprécier l'éducateur, le
pédagogue, d'un homme de patience et de compréhension. Nous vous prions
d'accepter ici toute notre considération.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr OUATTARA Kalilou

- Professeur titulaire d'urologie à la FMPOS ;
- Médecin chef de service d'urologie de l'Hôpital National du Point G.
- Expert national et international de la chirurgie de la fistule vésico-vaginale.
- Coordinateur national des activités de prise en charge clinique et de formation dans le domaine de la fistule obstétricale.

Cher maître,

C'est un honneur que vous nous faites en dirigeant ce travail.

Homme de science, remarquable par vos connaissances et votre qualité pratique.

Honorable maître vous êtes animé d'une rigueur, d'un courage et d'un sens social hors du commun, surtout votre pragmatisme et votre degré d'humour font de vous un homme facile à aborder.

Trouvez ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR :

Pr Aly TEMBELY

- Chirurgien Urologue

- Diplômé de l'ENMP
- Diplômé de l'université d'Orléans Faculté de Tours
- Diplômé de l'école de chirurgie de paris
- Diplômé en andrologie, et Endo urologie en Lithotripsie extra corporelle et en Uro dynamique de l'université de Paris
- Maître de conférences à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS)
- Secrétaire général des chirurgiens de la fistule obstétricale au Mali

Cher maître,

Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines et votre goût pour le travail bien fait font de vous un espoir certain de l'urologie au Mali.

Votre égalité d'humeur, votre bon sens, votre esprit critique et la qualité de vos jugements nous ont permis de comprendre que vous portez un grand intérêt à notre formation.

Vous avez guidé et suivi ce travail, s'il est accepté, le mérite vous revient entièrement.

Cher maître l'Eternel saura vous remercier, accepter nos sincères remerciements.

**A notre maître et membre du jury,
Docteur Honoré Jean Gabriel BERTHE**

Chirurgien – Urologue

Maître Assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d’Odonto
Stomatologie.

Cher maître,

Nous avons été marqués par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de
joindre le jury de cette thèse.

Vos grandes qualités de formateur jointes à votre esprit communicatif et votre
courtoisie font de vous un homme exceptionnel. Nous avons admiré vos qualités
scientifiques et humaines tout au long de ce travail. Votre accueil fraternel fait
de vous un exemple à suivre.

Trouver ici l’expression de notre profonde reconnaissance.

SOMMAIRE

I - Introduction	1
II - Généralités	2
III - Matériel - Méthode	20
IV - Résultats	21
V – Commentaires et discussion	34
VI – Conclusion	38
VII – Recommandations	39
VIII – Bibliographie	40
Annexes	45

I INTRODUCTION

Les fistules urogénitales sont des communications anormales entre l'appareil urinaire (uretère, vessie et/ou son col, urètre) et l'appareil génital chez la femme (utérus, vagin) entraînant une perte involontaire et permanente des urines par le vagin.

Il s'agit d'un drame social en raison de la stigmatisation des femmes victimes de cette affection. L'odeur ammoniacale forte des urines qui caractérise ces femmes entraîne très souvent peu à peu leur exclusion du cercle communautaire ou au pire familial. Il s'ensuit alors une altération de la qualité de vie pouvant même conduire à une dépression mentale.

L'accès aux soins en raison de difficultés économiques, géographiques et structurelle est encore très limité pour les femmes affectées.

Même opérées et la fistule fermée, la guérison totale n'est pas forcément acquise (incontinence résiduelle, vie sexuelle limitée, procréation compromise).

Ces aspects de la question ont une incidence sociale forte qui a motivé notre étude.

Objectif général de l'étude:

Etudier la qualité de vie et intégration sociale des femmes victimes de fistule urogénitale ainsi que leur prise en charge dans le service d'urologie du CHU du Point G.

Objectifs spécifiques:

- Décrire la qualité de vie des femmes souffrant de fistule vesico vaginale et leur intégration sociale avant et après la prise en charge chirurgicale,
- Analyser l'impact des déterminants de la qualité de vie et l'intégration sociale des femmes après les traitements chirurgicaux,
- Formuler des recommandations sur la qualité de vie et l'intégration sociale des femmes fistuleuses et leur prise en charge dans le service d'urologie du CHU du Point G après des traitement chirurgicaux.

II GENERALITES

DEFINITIONS

Les fistules urogénitales telles que nous les avons définies plus haut regroupent plusieurs types selon le siège anatomique.

On distingue :

- **La fistule vésicovaginale** : C'est la forme la plus fréquente. Il s'agit d'une communication entre la vessie et le vagin.
- **La fistule vesico-utérine** : Il s'agit là d'une communication entre la vessie et l'utérus.
- **La fistule cervico-vaginale** : La communication est établie entre le col vésical et le vagin.
- **La fistule uréthro-vaginale** : L'urètre féminin malgré sa brièveté en absence de grossesse peut être le siège d'une fistule s'établissant entre le vagin et lui.
- **La fistule urétéro-vaginale** : Il s'agit le plus souvent d'une complication chirurgicale (ex: hystérectomie).
- **Dans tous les cas, une fistule recto-vaginale** peut être associée aux lésions urogénitales.

1- RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

2-1 Le bassin féminin :

Le bassin féminin normal est caractérisé par les dimensions des différents diamètres du détroit supérieur et du détroit inférieur.

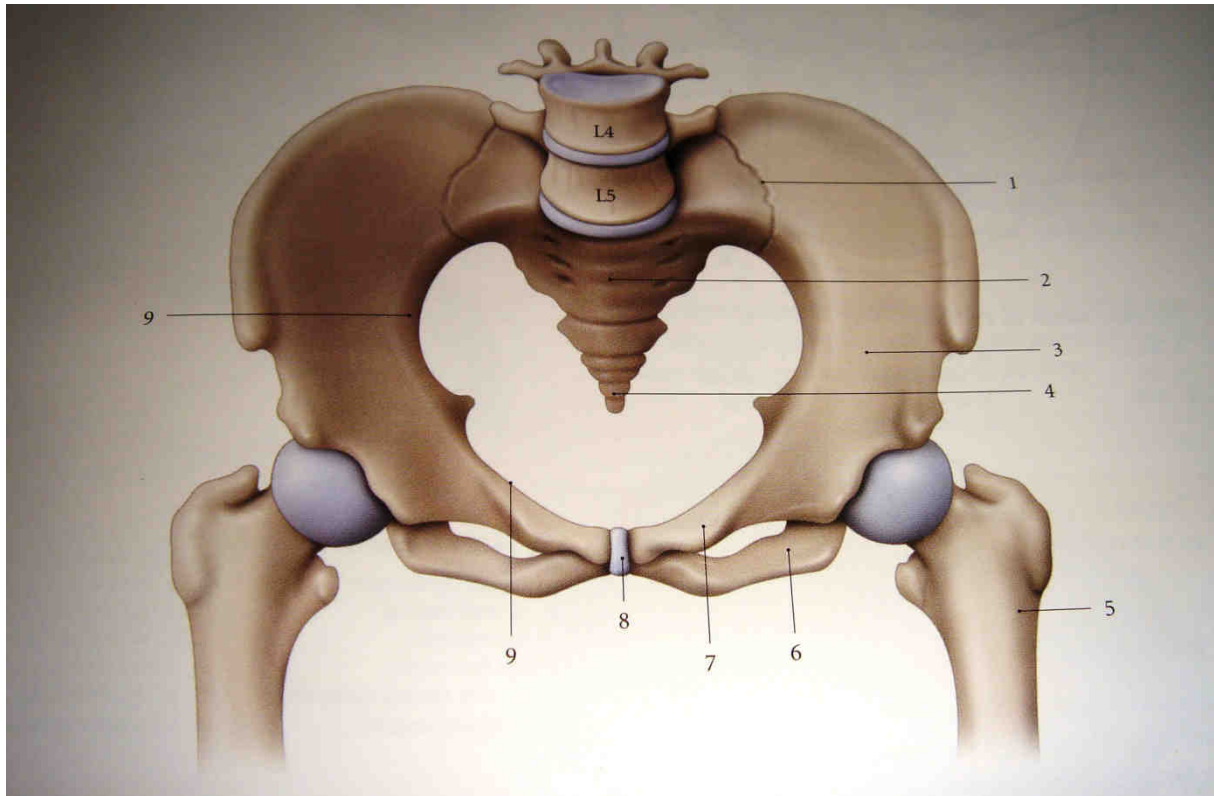


Figure 1 : Bassin osseux féminin : vue antéro supérieure (d'après FARABEUF) [21]

- 1- articulation sacro-iliaque
- 2- Sacrum
- 3- Os iliaque
- 4- Coccyx
- 5- Tête du fémur
- 6- Tubérosité ischiatique
- 7- Epine du pubis
- 8- Symphyse pubienne
- 9- Ligne terminale

2-1-1 Diamètre du détroit supérieur

- Diamètre antéropostérieurs

Promonto sus pubien : 11,0 cm

Promonto rétro pubien : 10,5 cm

Promonto sous-pubien : 12,0 cm

- Diamètres obliques : 12,0 cm

- Diamètres transversaux :

- Le transverse médian : 13,0 cm
- Le sacro-cotyloïdiens : 09,0 cm

2-1-2 Diamètres du détroit inférieur

- Diamètre sous-coccy-sous pubien : 09,5 cm (11 à 12 cm en rétro pulsion)

- Diamètre sous sacro – sous pubien : 11,0 cm

Ces diamètres sont ceux d'un bassin normal. Leur modification, leur diminution isolée ou globale prononcée, surtout du détroit supérieur créent un obstacle mécanique sérieux pour la progression du mobile fœtal. Cette situation est connue sous l'appellation de dystocie osseuse ou mécanique selon le vocable obstétrical.

AnatomoPathologie :

Le diagnostic de dystocie doit être posé avant le travail. Cela sous entend que la future parturiente a suivi les consultations prénatales. D'un point de vue obstétrical les femmes sont classées en trois catégories :

- **Femme avec bassin normal**
- **Femme avec un bassin limite**
- **Femme avec bassin généralement rétréci (BGR)**

2-2 Rapports de la vessie chez la femme

La vessie entre en rapport avec les organes du petit bassin par l'intermédiaire de la loge vésicale faite de tissu conjonctif. Cette loge est limitée par des formations fibro-séreuses:

- **En haut, le péritoine pelvien.**
- **En avant, le fascia ombilico-prévésical**
- **En arrière et en bas : la paroi antérieure du vagin**

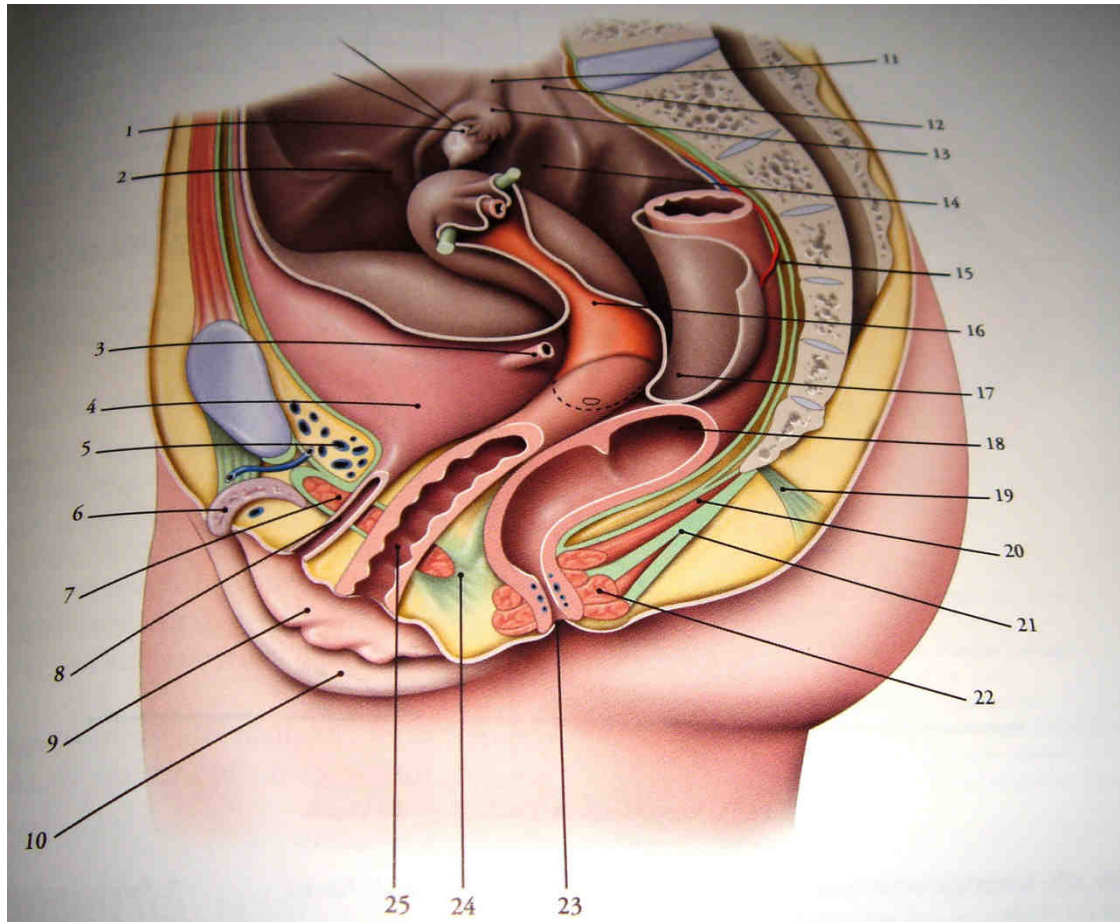


Figure 2: Coupe para sagittale gauche du pelvis et du périnée chez la femme (d'après KAMINA)

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Ovaire | 10. Grande lèvre | 18. Ampoule rectale |
| 2. Ligament rond | 11. Ligament suspenseur de l'ovaire | 19. Ligament coxo fémoral |
| 3. Uretère gauche | 12. Uretère droit | 20. m. releveur de l'anus |
| 4. Vessie | 13. Trompe droite | 21. Ligament suspenseur de l'anus |
| 5. Plexus veineux de santorini | 14. Fosse ovarienne | 22. Sphincter anal |
| 6. Clitoris | 15. a. sacrale médiane | 23. anus |
| 7. Sphincter interne de l'urètre | 16. Utérus | 24. centre tendineux du periné |
| 8. Urètre | 17. Cul- de - sac de douglas | 25. Cavité vaginale |
| 9. Petite lèvre | | |

2-3 Accouchement et cinétique vésicale

2-3-1 L'accouchement normal

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et des annexes hors des voies génitales maternelles.

2-3-2 Modifications anatomiques et physiologiques de la vessie chez la femme gestante

Ce sont des modifications topographiques.

Lorsque la présentation n'est pas engagée, la grossesse n'a pas beaucoup d'influence sur le bas appareil urinaire car le col vésical reste à 3 cm de la symphyse pubienne, seule la capacité vésicale est réduite du fait de la compression qu'exerce l'utérus sur la vessie

L'engagement actif va transformer ces normes :

- L'urètre s'allonge de 1-3 cm ;
- Le col vésical se rapproche de la symphyse pubienne ;
- La vessie est refoulée en haut et en avant.

On conçoit aisément que l'étirement excessif des ligaments et des fascias à l'occasion d'une dystocie ou de manœuvres obstétricales provoque des désordres aux conséquences définitives et innombrables : le col et le trigone, immédiatement retro-symphysaires sont ramenés contre la paroi osseuse du pubis et comprimés. Cette compression constitue un garrot à la circulation sanguine et explique toutes les lésions ischémiques intra pelviennes

2- TOPOGRAPHIE

Trois éléments doivent être pris en compte : le siège de la fistule, l'état des tissus, les lésions associées.

3-1 Le siège de la fistule:

On distingue essentiellement

- Les fistules rétrotrigonales
- Les fistules trigonales
- Les fistules cervicales
- Les fistules cervico-urétrales

3-2 L'état des tissus

La description anatomique ne suffit pas pour juger de la gravité d'une fistule. Il faut y ajouter certains détails importants comme la trophicité qui apprécie la qualité et la vitalité des tissus et la fibrose qui informe sur l'état du vagin.

Il existe trois degrés de trophicité :

Trophicité bonne : Tissus souples, épais, bien vascularisés et non adhérents ;

Trophicité moyenne : Tissus amincis macroscopiquement normaux paraissant clivables ;

Trophicité mauvaise : Tissus rigides, amincis intimement adhérents au périoste pubien

Il y a trois degrés de la fibrose, qui sont :

Absence de fibrose : vagin quasi-normal ;

Fibrose moyenne : nécessite un simple débridement ;

Fibrose importante : pertes importantes de substance après excision, à combler.

3-3 Les lésions associées

Des lésions d'organes de voisinage peuvent être associées à une fistule urogénitale.

On peut citer :

- **L'utérus et organes génitaux internes:**

- Il peut être immobilisé du fait de l'extension de la fibrose sur les ligaments de Mackenroth avec une grande difficulté d'exposition de la paroi vaginale antérieure donc de la fistule ;
- Le col utérin peut être sain ou déchiqueté, court enfoui dans la masse de sclérose. Il peut être sténosé, remanié, déformé au niveau de la lèvre supérieure avec possibilité de constitution d'un hémocolpos ;
- L'écoulement d'urine au niveau d'une zone cicatricielle signe la fistule vésico utérine qui expose aux infections (endométrites, salpingites chroniques) à la dysménorrhée aux dysovulations, à la stérilité tubaire.

- **Le vagin**

- Présence de brides
- Atrésie parfois ne laissant pas passer un doigt ;
- Examen vaginal impossible de la patiente même sous anesthésie ;
- Rapport sexuel impossible.

- **La vulve:**

- Macérations importantes ;
- Condylomes ;
- Végétations ulcérées et surinfectées, pustules.

- **Tube digestif:**

- **Fistules recto vaginales :** hautes ou basses ponctiformes ou géantes

Fistules hautes : réalisant une véritable colostomie

Fistules basses : avec ou sans rupture du sphincter anale.

3- ETIOPATHOGENIE

Dans la grande majorité des cas, en Afrique, la cause des FVV est obstétricale (les fistules survenant après une opération ou un traitement par la radiothérapie sont bien plus rares et posent d'autres problèmes).

Les FVV surviennent au cours d'un accouchement dystocique (c'est-à-dire un accouchement difficile quelque soit la cause de l'obstacle) par manque de surveillance et de traitement approprié.

On pense que, dans ces conditions, la tête du fœtus peut se bloquer dans le petit bassin et comprimer pendant plusieurs heures ou plusieurs jours la paroi vésicale contre la symphyse pubienne en avant. Après un certain délai (plus de 24 heures) cette compression entraîne une nécrose de la paroi vésicale par ischémie. L'accouchement finit par se produire (l'enfant est le plus souvent mort) et, quelques jours après, la fistule apparaît (chute de l'escarre).

Toutes les causes de dystocie peuvent entraîner ces accouchements trop prolongés. Lors d'une dystocie osseuse, le bassin de la mère est trop étroit pour le passage de la tête du fœtus, qui ne pourra donc pas descendre pendant le travail. Lors d'une dystocie dynamique il y a un défaut de contraction de l'utérus ou de l'ouverture du col. Enfin c'est parfois une présentation défavorable (épaule) qui empêche l'accouchement.

Si des manoeuvres telles que césarienne ou forceps sont rendues nécessaires par l'évolution de l'accouchement, elles n'empêchent pas toujours la fistule d'apparaître si elles sont appliquées tardivement (il ne faut pas dans ce cas les tenir pour responsables de la fistule!).

Les FVV se voient surtout chez les femmes jeunes, en âge de procréer, et dans plus de la moitié des cas, primipares.

Parmi les causes favorisantes, il y a des facteurs ethniques, liés à la morphologie (femmes petites au bassin étroit) ou à la culture (excision et cicatrices vulvaires rétractiles). Mais c'est surtout le sous-équipement et le manque de maternités et de sages-femmes dans les zones rurales qui sont en cause, ainsi que les difficultés d'évacuation vers un hôpital.

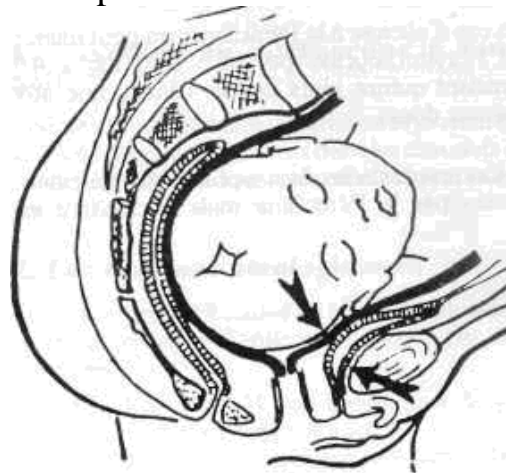


Figure : 3

Compression ischémique par la tête fœtale enclavée.

5 – Diagnostic :

5 - 1 Diagnostic positif

➤ Les circonstances de découverte

Elles sont le plus souvent identiques :

Survenue de pertes involontaires d'urines par le vagin au décours d'un accouchement difficile dont le travail a été plus ou moins prolongé.

L'Interrogatoire peut retrouver des symptômes qui ont accompagné la formation de la fistule (dysurie, douleurs mictionnelles, hématuries, puis pertes d'urines) accompagné de signes infectieux si l'examen a eu lieu précocement après la constitution de la fistule.

Lorsque la patiente est vue plus tard, il faudra préciser l'existence d'épisodes hématuriques anciens et des signes vésicaux évoquant une bilharziose, les antécédents médicaux et chirurgicaux éventuels y compris sur la fistule elle-même, ainsi que le caractère permanent ou non, debout ou couché de la perte des urines et /ou des matières.

Aménorrhées et dysménorrhées seront également recherchées et précisées.

➤ L'examen physique

Il doit être réalisé après une toilette locale la plus complète possible en position gynécologique.

La douceur et la patience doivent être de règle.

Une anesthésie serait idéale (locorégionale ou générale) pour pouvoir faire un bilan exact et prévoir une tactique opératoire précise.

La fistule peut être évidente d'emblée par l'écoulement d'urines et son orifice visible à la vulve, la muqueuse vésicale pouvant y faire hernie.

Sinon il faudra explorer plus profondément le vagin avec des valves pour mettre en évidence le ou les orifices fistuleux. Une épreuve au Bleu de méthylène (injecté dans la vessie à travers une sonde) peut être nécessaire.

Cette épreuve peut être négative En cas de :

- petite fistule cervicale obturée par le ballon de la sonde vésicale (il faut la mobiliser),
- fistule haute vésico-utérine : la traction par le col utérin pouvant mettre en évidence la fuite par celui-ci,
- fistule urétéro-vaginale (Antécédent chirurgical+++).

Le diagnostic de fistule étant assuré, un bilan lésionnel complet s'impose. Il va préciser :

- La taille ou le siège de la / ou les fistules dans le vagin.
- Son rapport avec le col vésical, avec l'urètre (transsection ?)
- Les orifices urétéraux sont parfois visibles d'emblée, sur les bords ou près des bords de la fistule, voire en dehors si la transsection a intéressé l'un des uretères.
- L'existence d'une sclérose vaginale ainsi que son importance tant au niveau de la fistule qu'à distance. Elle fixe et étrangle le vagin rendant son accès difficile.
- L'adhérence fréquente à la symphyse et aux branches pubiennes, l'os pouvant être à nu ou recouvert d'un simple épithélium dans les transsections.
- L'étendue de la perte de substance.
- La paroi vésicale peut être évasée par la fistule, la vessie peut être le siège d'une lithiase que l'on peut souvent enlever au cours de l'examen.
- La vitalité des tissus est appréciée par le test de compression au doigt (les tissus de bonne qualité retrouvent très vite leur coloration).

➤ **Les examens complémentaires**

Ils ne sont pas vraiment indispensables au diagnostic.

Tout au plus on peut réaliser :

- **Un ECBU :**

Permettant de retrouver une infection urinaire, d'identifier le germe et de la traiter avant l'intervention chirurgicale.

- **L'UIV :**

Permet de diagnostiquer un éventuel retentissement des lésions sur le haut appareil.

Ces clichés permettent de localiser le siège d'une fuite urinaire (surtout intéressant dans les fistules hautes urétérales) et son importance.

- **La cystoscopie :**

Très souvent difficile à réaliser (fuite du liquide d'irrigation).

Elle permet de situer souvent la fistule par rapport aux méats urétéraux et au col vésical.

➤ **Evolution et pronostic**

Sans traitement il est presque illusoire d'espérer une fermeture spontanée de la fistule : »Si une femme a l'urine qui coule en permanence, elle les perdra toute sa vie » (Papyrus d'Eber 2000 avant J.C).

Des complications surtout de type infectieux sont courantes.

On peut souvent assister à une formation de lithiase vésicale (parfois volumineuse).

Une Aménorrhée peut s'installer à la longue.

Si le pronostic vital n'est pas menacé en général, le pronostic sexuel l'est gravement: 80% des femmes n'ont plus de rapports sexuels et seront rejetées par leur conjoint, ce qui ne fait que compliquer la situation psychologique déjà difficile de ces patientes.

5 - 2 Diagnostic différentiel

Il se fera essentiellement avec les autres causes de pertes involontaires d'urines chez la femme.

- Les incontinenances urinaires vraies : d'effort
- Les fausses incontinenances :
 - Abouchement ectopique d'un uretère dans le vagin,
 - Incontinence par regorgement

6 – Classification des fistules uro-génitales

De nombreuses classifications (souvent très complexes) ont été proposées. Camey et coll. ont proposé une classification chirurgicale divisant les fistules chirurgicales en 3 groupes en tenant compte à la fois du siège de la fistule et des problèmes opératoires qu'elle pose mais en isolant les fistules hautes où l'abord abdominal est fréquent.

6-1 Les fistules vésicales simples

Elles siègent sur la face postérieure de la vessie, à distance du col vésical et en tissu souple.

Leur taille est modérée (inférieur à 3 cm de diamètre).

Les toutes petites fistules trigonales entrent également dans ce groupe.

6-2 Les fistules complexes :

Ce sont :

Les brèches étendues de la paroi postérieure et celles qui intéressent la région trigono-cervico-cervicale en respectant la continuité de la paroi antérieure de la vessie avec la paroi supérieure du col et de l'urètre.

La sclérose et la perte de substances peuvent être importantes ; la taille de l'orifice est variable allant des petites fistules inférieures à 2 cm de diamètre aux fistules géantes de 5 à 6 cm voire plus.

La destruction de la paroi inférieure, voire des parois latérales de l'urètre peut être totale, réduisant l'urètre à une bandelette.

6-3 Les fistules vésicales graves : Transsections

Dans ces cas la destruction traverse la filière vesico-cervico-urétrale et intéresse outre la paroi postérieure des organes, la paroi antérieure de la vessie sur une zone plus ou moins étendue, le col vésical sur toute sa circonférence.

L'urètre est parfois sectionné juste au ras du col.

Plus souvent, il est particulièrement détruit dans sa partie proximale avec un orifice postérieur volontiers obturé.

La destruction peut être très étendue.

Les lésions rectales souvent associées sont de grands délabrements intéressant le sphincter.

6-4 Les fistules hautes.

Il peut s'agir d'une fistule simple haute sur la paroi postérieure.

Bien plus souvent le col ou l'isthme utérin sont concernés.

En règle dans les suites d'une manœuvre obstétricale surajoutée.

- **Les fistules vesico-cervico-utérines :**

Volontiers secondaires à un forceps sur un col incomplètement dilaté.

- **Les fistules vesico-utérines :**

Le plus souvent secondaires à une césarienne.

Ces fistules hautes secondaires à un traumatisme obstétrical surajouté peuvent être associées à une fistule urétéro-vaginale.

6-5 L'Association fistule vésicale et rectale.

Elle n'est pas rare, aggravant le pronostic et les difficultés du traitement

➤ **Notre classification des fistules uro-génitales**

C'est celle en utilisée dans le service d'urologie du CHU du point G. Elle a été proposée par Ouattara et Col.

Elle classe les fistules uro-génitales en 5 grands types de complexité différente

Type I : Fistules types de la cloison vésicovaginale

Loin du col vésical et du col utérin. Elles peuvent être ponctiformes ou larges avec cependant une commissure postérieure et antérieure de la FVV suffisantes pour un dédoublement vésicovaginale circulaire, permettant la fermeture des brèches vésicale et vaginale. Elles sont :

- Médiannes
- Latéralisées droites
- Latéralisées gauches

Type II : Fistules vesico-Cervico-urétrales

Elles peuvent affecter l'appareil sphinctérien de la vessie et une incontinence d'urine résiduelle est possible même en cas de fermeture de la fistule.

Type IIA Sans destruction de l'urètre

Type IIA a - Fistule cervico-uretro-vaginale

Type IIA b - Désinsertion cervico-uretrale partielle

Type IIA c - - Désinsertion cervico-uretrale totale

- urètre perméable
- urètre borgne

Type IIB Avec destruction de l'urètre

Type III : Fistule trigono-cervico-Vaginale

La commissure postérieure de la FVV est insuffisante pour un dédoublement vesico-vaginal.

Les méats urétéraux peuvent être d'emblée visibles d'où l'intérêt de les rechercher et de les cathétériser. Un prolapsus du fond vésical par la fistule est le plus souvent associé. Le col utérin peut être normal, délabré ou enfui.

Type IV : Fistule Mixtes complexes :

Comportent des éléments des formes antérieurement citées avec atteinte des deux cols (vésical, utérin), le plus souvent avec énorme perte de substance (la cloison vésicovaginale a disparu).

Type V – Fistules hautes et autres

(Vésico-utérine, Vesico – cervico-uterine,urétéro-vaginale)

7- Traitement :

7-1 Buts :

- Fermer la fistule tout en assurant une bonne continence et une miction normale
- Traiter les complications,
- Prévenir les récurrences.

7 – 2 Les Moyens et Méthodes

➤ **Les moyens médicaux :** Préparation préopératoire

Elle consiste essentiellement en la lutte contre l'infection urinaire et génitale.

Les Antibiotiques et les Antiseptiques sont utilisés à cet effet.

Parfois un sondage vésical peut être utilisé pour améliorer le confort des patientes.

Ce moyen peut suffire à obtenir la guérison de certaines patientes quand elles sont vues précocement.

Certaines équipes ont suggéré l'utilisation des œstrogènes à action locale et mucifiante pour améliorer la trophicité.

➤ **Les moyens chirurgicaux :**

• **Principes généraux**

Ils ont été bien annoncés par Couvelaire R. en 1953 :

« Bien voir, Bien dédoubler, Bien affronter les surfaces, Bien drainer les urines ».

Camey ajoute : « Tout mettre en œuvre pour réussir du premier coup », chaque nouvelle intervention comportant un risque supplémentaire de devascularisation et sclérose des tissus.

• **Les Voies d'Abord :**

Trois voies sont possibles :

- **La voie vaginale :**

Elle est la plus utilisée.

Une épisiotomie latérale ou postérieure pouvant améliorer l'exposition des lésions.

La patiente peut être en position dorsale (de la taille) ou ventrale (position du jockey) dépendant des habitudes du chirurgien.

- **La voie abdominale : extra ou transpéritonéale**

Elle permet aussi d'interposer des tissus comme l'épiploon ou le muscle droit.

- **La voie mixte :**

Associant les deux abords.

- **Les Techniques :**

- **Le dédoublement vésico-vaginal et suture séparée des parois**

C'est la technique de base de traitement des fistules uro-génitales. Elle suffit généralement à elle seule à obtenir un bon résultat chirurgical.

- **Les Interpositions par tissu de voisinage :**

Comme le contenu bulbo graisseux de la grande lèvre (Martius), très fréquent.

Epiploon ou grand droit de l'abdomen.

- **Les Autoplasties :**

Autoplastie cutanée de la grande lèvre (L. Falandry)

Plastie par le muscle Droit Interne de la cuisse (Gracilis) avec ou sans la peau.

- **Les urétroplasties et reconstitutions urétrales**

- **Les réimplantations urétrales.**

- **Les dérivations urinaires :**

Urétérosigmoïdostomie

Urétérostomie cutanée trans-iléale,

Vessie iléo-caecale continente : Benckroun.

➤ **Indications**

Le délai avant intervention est fonction des écoulements.

Certains auteurs sont défenseurs d'une prise en charge précoce (dès les premiers jours).

La majeure partie des auteurs préfère attendre 3 mois, le temps que l'inflammation se résorbe et que les remaniements tissulaires soient achevés.

- **Fistules vésicales simples :**

Un dédoublement vésicovaginal simple et suture séparée permettent en général la guérison.

- **Fistules vésicales complexes :**

Elles peuvent nécessiter une interposition de tissu de voisinage entre vessie et vagin.

- **Fistules vésicales graves (transsections) :**

Le traitement est le plus souvent difficile avec un grand risque d'incontinence résiduelle.

Il fait appel aux techniques d'urétroplastie et de reconstruction urétrale.

- **Fistules vésicales hautes :**

Peuvent nécessiter une réimplantation urétérale en cas d'atteinte urétérale.

- **Dans les Grands Délabrements :**

Une dérivation urinaire au mieux continente (Benckroun) peut être proposée.

➤ **Suites et complications**

- **Précoces**

Ecoulement d'urines par le vagin : dû soit à un échec d'emblée définitif par défaut d'étanchéité ou simplement lié à la fragilité des tissus (évolution peut être favorable).

- **Tardives :**

- Fistules résiduelles
- Incontinences résiduelles
- Petites Vessies

Problèmes gynécologiques et obstétricaux : Sclérose vaginale empêchant les rapports sexuels.

➤ **Résultats du traitement**

Ils dépendent largement de l'expérience du chirurgien.

Les meilleures statistiques atteignent 98% de taux de guérison ; pour les fistules vésicales simples.

Dans tous les cas par mesure préventive même en cas de guérison les futurs accouchements doivent se passer en milieu spécialisé.

III MATÉRIEL ET MÉTODÉ

1- Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service d'urologie du CHU du point G et dans son unité de prise en charge de la fistule vesico-vaginale, qui est le Centre Oasis réservé à l'accueil et l'hébergement des patientes atteintes de FVV en pré et post opératoire.

2- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective et exhaustive qui a été effectuée sur une période de 13 mois allant de juin 2008 à juin 2009.

3- Matériel

L'étude a porté sur toutes les patientes ayant été opérées au moins deux fois.

4- Méthodes

La collecte des données a été effectuée à partir des registres du bloc opératoire, des dossiers médicaux et des fiches d'enquête et de suivi de chaque patiente (voir annexes).

Plusieurs variables ont été collectées à savoir : la sexualité, la procréation, les variables socio - démographiques, les variables en rapport avec les antécédents obstétricaux, gynécologiques, urologiques, cliniques, para clinique, les résultats du traitement.

Critères d'inclusion

Toute patiente opérée au moins deux fois pour fistule Vesico-génitale

IV RESULTATS

Tableau1 : répartition des patientes en fonction des tranches d'âge

TRANCHE D'AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
15-19	6	11,54
20-24	5	9,62
25-29	7	13,46
30-34	7	13,46
35-39	7	13,46
40-44	9	17,31
45-49	6	11,54
50-54	4	7,69
54 ans et plus	1	1,92
Total	52	100,00

17,31% des patientes ont un âge compris entre 40 et 44 ans.

Tableau 2: Répartition des patientes en fonction de la provenance

PROVENANCE DES PATIENTES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Koulikoro	8	15,38
Kayes	1	1,92
Mopti	1	1,92
Guinée Conakry	2	3,85
Sikasso	19	36,54
Ségou	17	32,69
Côte d'Ivoire	2	3,85
Gao	1	1,92
Tombouctou	1	1,92
Total	52	100,00

La majorité des patientes soit 36,54 % provenait de la région de Sikasso.

Tableau 3 : Répartition des patientes en fonction de la ménarche

Ménarche	Effectifs	Pourcentage
Moins de 13 ans	4	7,69
13 ans	5	9,62
14 ans	9	17,31
15 ans	28	53,85
16 ans	4	7,69
17 ans	1	1,92
18 ans	1	1,92
Total	52	100,00

53,85 % des femmes fistuleuses ont eu leur ménarche à 15 ans.

Tableau 4 : Répartition des femmes fustileuses en fonction de la gestité

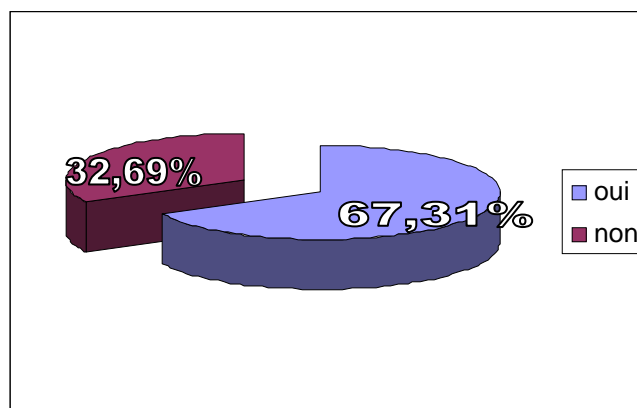
Gestité	Effectifs	Pourcentage
1-3 grossesses	27	51,92
4-6 grossesses	13	25,00
7-9 grossesses	10	19,23
10-12 grossesses	2	3,85
Total	52	100,00

51,92 % des femmes ont une gestité comprise entre 1-3 grossesses.

Tableau 5 : Répartition des patientes en fonction du nombre d'accouchements

Nombre d'accouchement des patientes	EFFECTIF	POURCENTAGE
1	17	32,69
2	5	9,62
3	6	11,54
4	4	7,69
5	3	5,77
6	5	9,62
7	2	3,85
8	7	13,46
9	1	1,92
10	2	3,85
Total	52	100,00

Les primipares sont les plus représentées dans l'effectif soit **32,69%**.



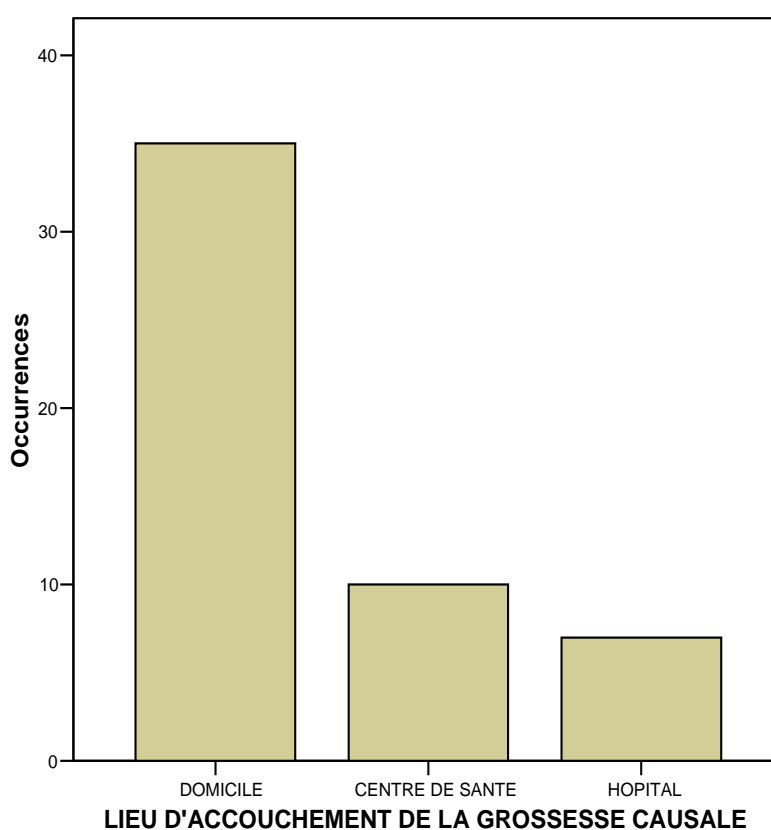
67,31 % des femmes avaient une activité sexuelle après la survenue de la fistule.

Figure 4 : Répartition des patientes en fonction de l'activité sexuelle.

Tableau 6 : Répartition des patientes en fonction des tranches d'âge au moment de la survenue de la fistule

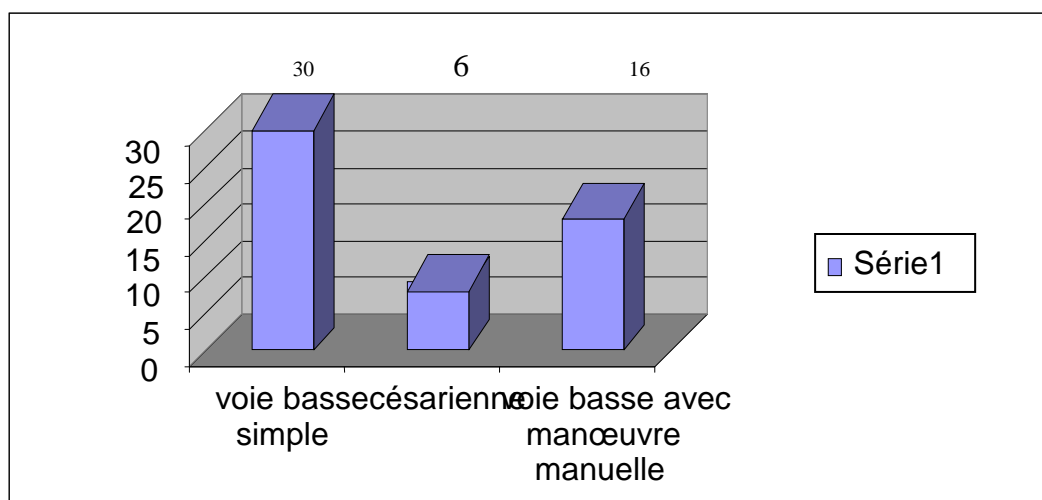
Tranche d'âge/moment de la fistule	Effectifs	Pourcentage
13-17 ans	10	19,23
18-22 ans	12	23,08
23-27 ans	8	15,38
28-32 ans	11	21,15
33-37 ans	9	17,31
38-42 ans	2	3,85
Total	52	100,00

42,31% des patientes avaient moins de 22 ans à la survenue de la fistule et 19,23% avait moins de 17 ans.



Les accouchements à domicile ont représenté plus de la moitié des cas (70%)

Figure 5 : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement



L'accouchement par voie basse simple a été pratiqué dans plus de la moitié des cas.

Figure 6 : Répartition des patientes en fonction du mode d'accouchement Causal

Tableau 7 : Répartition des patientes en fonction du rang de la grossesse causale

Rang de la grossesse	Effectifs	Pourcentage
1^{ère} grossesse	23	44,23
2 ^{ème} grossesse	6	11,54
3 ^{ème} grossesse	4	7,69
4 ^{ème} grossesse	2	3,85
5 ^{ème} grossesse	5	9,62
6 ^{ème} grossesse	1	1,92
7 ^{ème} grossesse	4	7,69
8 ^{ème} grossesse	4	7,69
9 ^{ème} grossesse	1	1,92
10 ^{ème} grossesse	2	3,85
Total	52	100,00

Dans la majorité des cas, la fistule est survenue à l'issue de la première grossesse.

Tableau 8 : Répartition des patientes en fonction du nombre de tentative de réparation de la fistule

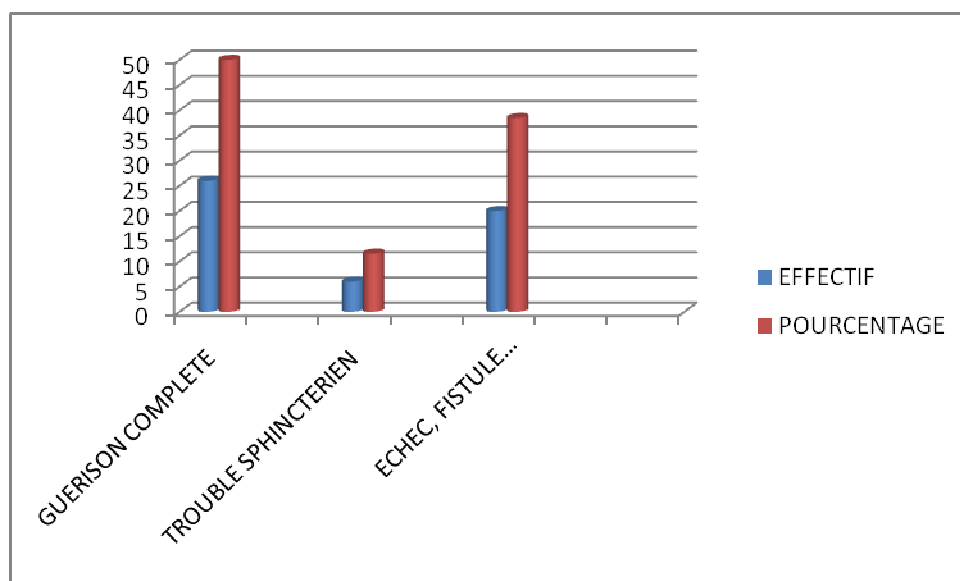
Nombre de tentatives	Fréquence	Pourcentage
2	31	59,62
3	12	23,08
4	7	13,46
5	2	3,85
Total	52	100,00

Près de 60% des patientes ont été opérées aux moins deux fois.

Tableau 9 : Répartition des patientes en fonction du siège de la fistule

SIEGE DE LA FISTULE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Trigonal	13	25,49
Retro-trigonal	3	5,88
Désinsertion cervico-urétrale	20	39,21
Fistule complexe	4	7,84
Fistule vesico-utérine	2	3,92
Fistule vésico-vaginale + recto-vaginale	8	15,69
Fistule cervico-urétrale + désinsertion cervico-urétrale	1	1,97
Total	51	100,00

Une désinsertion cervico-urétrale était présente chez 39,21% des patientes.



La guérison était complète dans 50% des cas et partielle dans 11,54% des cas.

Figure 7 : Répartition des patientes en fonction du résultat des traitements chirurgicaux

Tableau 10 : Répartition des patientes en fonction de l'attitude du conjoint avant le traitement chirurgical

Attitude du mari	Effectifs	Pourcentage
Rejet	40	76,92
Assistance	10	19,23
Indifférence	2	3,85
Total	52	100,00

Dans **76,92 %** des cas la patiente était rejetée par son conjoint avant le traitement chirurgical.

Tableau 11 : Répartition des patientes en fonction l'attitude de la famille avant le traitement chirurgical

Attitude de la famille des patientes	Effectif	Pourcentage
Rejet	5	9,62
Assistance	44	84,62
Indifférence	3	5,77
Total	52	100,00

La famille a assisté la patiente dans **84,62 %** des cas.

Tableau 12 : Répartition des patientes en fonction de l'intégration sociale après les traitements chirurgicaux

INTEGRATION SOCIALE	EFFECIF	POURCENTAGE
Vit seule	5	9,62
Vit en famille	17	32,62
Vit dans son foyer	30	57,69
Total	52	100,00

90,31 % des femmes fistuleuses vivaient dans le foyer conjugal ou en famille.

Tableau 13: Répartition des patientes en fonction de la participation de la patiente aux différentes cérémonies communautaires.

Participation aux cérémonies	Effectifs	Pourcentage
Participe	28	53,85
Ne participe pas	24	46,15
Total	52	100,00

Dans 53,85 % des cas, les femmes fistuleuses participaient à l'ensemble des fêtes communautaires

Tableau 14 : Répartition des patientes en fonction de l'activité professionnelle et économique avant la fistule.

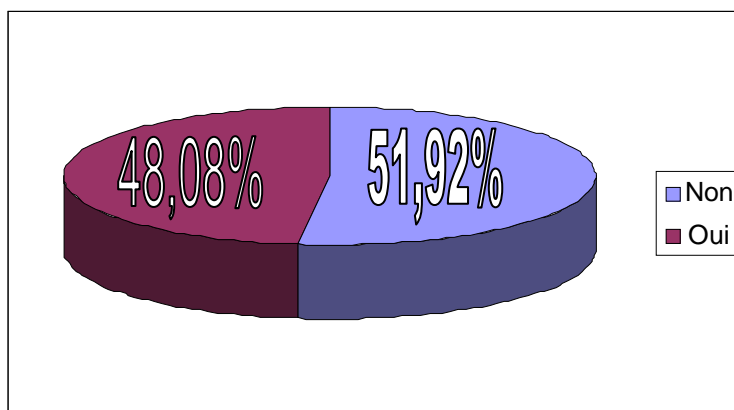
Activité professionnelle et économique	Effectifs	Pourcentage
Oui	12	23,08
Non	40	76,92
Total	52	100,00

La plupart des patientes (76,92% des cas) ne menaient aucune activité professionnelle ou économique avant la survenue de la fistule.

Tableau 15 : Répartition des patientes en fonction des raisons de la non reprise des activités génératrices de revenu après la fistule

Raison du non reprise des activités	Effectifs
Odeur des urines	5
Attend la guérison	2
Age avancé	1
Total	8

Sur 8 femmes qui n'avaient pas repris leurs activités, 5 évoquaient l'odeur des urines comme cause.



Plus de la moitié des patientes n'avaient pas une activité sexuelle régulière avant le traitement chirurgical.

Figure 8 : Répartition des patientes en fonction d'une activité sexuelle régulière avant le traitement chirurgical

Tableau 16 : Répartition des patientes en fonction des raisons du manque d'activité sexuelle après le traitement chirurgical

Raisons du manque d'activité sexuelle	Fréquence	Pourcentage
Vit seule	28	56
Peur de grossesse	9	18
Veuve	1	2
Divorcée	4	8
Vit loin de son mari	6	12
Pas envie de rapport sexuel	2	4
Total	50	100,00

L'isolement était la principale raison du manque d'activité sexuelle

Tableau 17 : Répartition des patientes en fonction de la fertilité

GROSSESSE/FERTILITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Grossesse avant le traitement	8	17,31
Grossesse au cours du traitement	7	13,46
Pas de grossesse ni avant, ni après traitement	36	69,23
TOTAL	52	100,00

30,83 % des patientes ont contracté une grossesse après la survenue de la fistule

Tableau 18 : Répartition des patientes en fonction du désir de procréation

Désir de procréation	Effectif	Pourcentage
Oui	21	40,38
Non	31	59,62
Total	52	100,00

59,62 % des femmes n'ont plus de désir de procréer.

Tableau 19 : Répartition des patientes en fonction des raisons du désir de procréer

Raisons du désir de procréer	Effectifs	Pourcentage
Besoin naturel	1	4,76%
Pour assurer sa vieillesse	2	9,52%
Désir d'avoir beaucoup d'enfants	4	19,04%
Pas d'enfant vivant	14	66,66%
Total	21	100,00

Dans la majorité des cas, les patientes voulaient procréer en raison du manque d'enfant vivant (66,66%).

Tableau 20 : Répartition des patientes en fonction des raisons du refus de procréer

Raisons du refus de procréation	Effectifs	Pourcentage
A déjà suffisamment d'enfants	20	64,52
Pas envie de se remarier	2	6,45
Peur de grossesse	1	3,23
Peur de refaire une fistule	5	16,13
Attend d'être complètement guérie	3	9,67
Total	31	100,00

Le fait d'avoir plusieurs enfants vivants constitue la raison la plus souvent évoquée par **64,52 %** des fistuleuses pour refuser la procréation.

Tableau 21 : Répartition des patientes en fonction de la pratique de contraception

Méthode de contraception	EFFECTIF	POURCENTAGE
Pilule contraceptive	22	42,31
Pas de contraception ou abstinence	30	57,69
TOTAL	52	100,00

Dans plus de la moitié des cas, les patientes ne pratiquaient aucune méthode contraceptive ou s'abstenaient.

V COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude s'est déroulée de juin 2008 à juin 2009 soit sur treize mois. Il s'agissait d'une étude prospective sur la qualité de la vie et l'intégration sociale des femmes souffrant d'une fistule obstétricale après des traitements chirurgicaux.

Au cours de l'étude, 2 056 admissions ont été enregistrées dans le service d'urologie du CHU du Point - G dont 94 cas de fistules soit une fréquence de fistule estimée à 4,57%.

Les fistules opérées au moins une fois représentaient 55,31% de toutes les fistules rencontrées.

Presque toutes les régions du Mali ont été concernées par cette étude. La région de Sikasso était majoritaire avec un taux de 36,54% des patientes.

Différentes tranches d'âge étaient concernées par l'étude et 17,31 % des patientes avaient un âge compris entre 40 - 44 ans.

Nous avons noté que 32,69% de nos patientes étaient des primipares contre 57% de multipares. A. Mensah [19] dans son étude a retrouvé que les multipares représentaient 53% et les primipares 46%.

Les lésions obstétricales s'expliquent chez la primipare par l'immaturité gynéco obstétricale, par contre chez la multipare la cause est généralement dynamique. L'utérus étant fragilisé par les différentes grossesses et on observe très souvent une adynamie au cours du travail d'accouchement.

Dans notre étude 70% de nos patientes ont accouché à domicile sans aucune assistance médicale si ce n'est la surveillance d'une accoucheuse traditionnelle, 18% ont accouché dans un centre de santé contre 12% d'accouchement à l'hôpital.

Ces résultats sont différents de ceux de Diakité [7] qui a trouvé que 87,5% des patientes avaient accouché dans une structure de santé.

Le suivi postopératoire des patientes après la clôture de l'enquête nous a permis d'estimer notre taux de réussite à 50%.

Dans ces cas le succès a été obtenu à la deuxième tentative chez 59,62% des patientes, 23,08 % à la troisième tentative et 13,46 % et à la quatrième tentative.

Ce résultat paraît modeste mais il s'agit de cas opérés après un échec précédant donc relativement complexes. 31% de nos patientes avait déjà subi une tentative de réparation avant notre enquête. Chaque échec entraîne une sclérose, ce qui prépare le terrain du prochain échec.

Les meilleures séries dans la littérature relèvent 50% de succès à la deuxième intervention et 33% à la troisième intervention [18].

La réparation est souvent plus difficile chez les patientes avec cicatrisation extensive après un travail prolongé avec obstruction. Le succès de la réparation dépend de l'état initial de la fistule et de la compétence du chirurgien, ainsi que de la qualité des soins postopératoires.

Dans les cas particulièrement difficiles et complexes, et ce même après la réparation d'une fistule, la patiente peut continuer à souffrir de pertes involontaires d'urines (incontinence d'effort), parce que le sphincter urétral peut avoir des lésions permanentes. On estime que ce problème postopératoire se produit chez 10 à 12 % des patientes opérées.

Nous avons constaté dans notre étude qu'après traitement de la fistule 90,31% des patientes vivaient dans le foyer conjugal et parental tandis que 9,62% vivaient seules. Ce résultat est différent de celui trouvé par Diakité [7] avec 50% de femmes exclues du domicile conjugal ou familial.

Après l'intervention chirurgicale, de nombreuses femmes ont besoin d'aide pour se réintégrer dans leurs familles et leurs communautés, en particulier si elles ont vécu avec une fistule pendant longtemps. Les services sociaux et d'autres services d'assistance peuvent aider les femmes à développer les qualités et la confiance nécessaires pour améliorer leur bien-être alors qu'elles retrouvent leur

santé. Des services de conseils et un support prodigués avec compassion par les anciennes patientes fistuleuses peuvent être particulièrement utiles.

Dans notre étude 51,92% des femmes atteintes de la fistule participent aux fêtes : baptême, mariage et autres fêtes de la communauté, cet aspect est très important prouvant que la femme fistuleuse accepte de vivre avec sa maladie au sein de la communauté. Il s'agit aussi là d'un signe d'intégration des fistuleuses dans la vie sociale.

Avant la survenue de la fistule 76,92% des femmes n'avaient aucune activité professionnelle et pour celles qui en avaient 13,46% d'entre elles, n'ont pas repris leur activité économique après la survenue de la fistule, l'odeur d'urine a été évoquée par 9,62 % des fistuleuses comme gêne à la reprise de leur activité professionnelle et économique.

Après l'analyse de la situation, nous pensons qu'une meilleure politique doit être mise en réflexion pour soutenir économiquement ces fistuleuses très souvent désœuvrées

Avant la survenue de la fistule 96,15% des femmes avaient une vie sexuelle épanouie tandis qu'après seulement 51,92 % des femmes avaient une vie sexuelle régulière avant le traitement chirurgical.

L'absence des rapports sexuels a été constatée dans 61,54% des cas après le début du traitement chirurgical et pour celles qui en faisaient, seulement 32,69% des femmes éprouvaient une satisfaction et 48,08% des femmes avaient des rapports sexuels réguliers.

Harouna Y D [11] a retrouvé dans son étude que 38,4% des femmes avaient des rapports sexuels occasionnels.

Au vu des résultats, nous constatons que le taux de procréation chez nos patientes a été fortement affecté par la survenue de la fistule, en effet 69,23% des femmes fistuleuses n'ont pas eu de grossesse ni avant ni en cours du traitement chirurgical de la fistule.

Il est possible que chez les femmes fistuleuses, le cycle menstruel ne revienne pas pendant deux ans ou plus après la grossesse ayant causé la fistule. Après une réparation chirurgicale réussie, les règles normales peuvent revenir rapidement. Cependant, dans certains cas, elles peuvent ne jamais revenir. Une étude effectuée au Nigéria a examiné 162 femmes avec réparation de fistules obstétricales réussies. Avant la réparation, 66 des patientes avaient souffert d'une aménorrhée pendant plusieurs mois ou sur une période pouvant s'étendre à 15 ans. Chez 88% de ces femmes, les règles ont réapparu six mois après la réparation (8).

VI CONCLUSION

Les fistules uro-génitales ne représentent pas un danger pour la vie mais constituent un véritable handicap pour les femmes qui en souffrent. Des facteurs sociaux, culturels et économiques bien implantés contribuent ensemble à la survenue de cette affection chez les femmes.

Ces affections sont encore dans nos régions une grande cause de morbidité maternelle et posent un grand problème de santé publique. Leurs répercussions psycho-sociale sont considérables. En effet, ces femmes exclues plus ou moins du cercle familial ou communautaire en raison de l'odeur insupportable des urines sont aussi souvent exposées à une précarité et une pauvreté qui font d'elles des personnes plus vulnérables. Cet aspect du problème est d'autant plus important qu'il s'agit en général de femmes jeunes en période d'activité génitale.

La lutte pour l'éradication de la fistule obstétricale au Mali, longtemps liée à la bonne volonté de quelques chirurgiens de l'hôpital du Point G ou de l'ONG Médecins du Monde dans la région de Mopti a connu ces dernières années un essor important.

Les efforts actuellement consentis à cet effet par différentes institutions gouvernementales ou non, devront être soutenus, renforcés et optimisés pour en arriver bien vite à une maternité sans risque dans notre pays.

VII

RECOMMANDATIONS

Dans cet objectif, nous recommandons :

- Le renforcement des unités de prise en charge au niveau des hôpitaux régionaux impliquant tous les chirurgiens (urologues, gynécologues, chirurgiens généralistes...)
- La promotion de la recherche sur les fistules obstétricales,
- La mise en place d'un comité national de lutte contre la fistule obstétricale,
- Le renforcement et l'amélioration de la qualité des soins prénatals obstétricaux d'urgence au niveau périphérique,
- L'amélioration de la prise en charge psycho-sociale des femmes fistuleuses,
- Le renforcement de la stratégie de communication et d'information sur la maternité sans risque et la fistule uro-génitale
- L'accompagnement des femmes fistuleuses dans la création des activités génératrice de revenu ainsi que leur réinsertion sociale.

VIII REFERENCES

BIBLIOGRAPHIE

1. AMEHOUM M.

Les fistules vésico-vaginales obstétricales : bilan d'une année d'activité au CHU Point-G.

Thèse médecine N° 204-70PP; 32

2. BERTHE, H.

L'étude des fistules uro-génitales dans le service d'urologie de l'hôpital régional Nianankoro FOMBA de SEGOU à propos de 16 cas.

Thèse de médecine N° 61 Bamako ,1999 85 Pages

3. BILAINE SS. ABDOU HM

La fistule vésico-vaginale de cause obstétricale.

Médecine d'Afrique noire 2001,48(2)

4. BENCHEKROUN A, FAIT.M, MARZOUK.M

Les dérivations continentales

J. urologie 1991,97, N°4-5, pages 167-177.

5. COUVELAIRE R.

Techniques chirurgicales. Tome XV. Urologie

6. CAMEY M

Les fistules obstétricales,

Progrès en urologie 7, Bd, Flandrin-75116 Paris, 4eme trimestre 1998,328 pages.

7. DIAKITE MARI

Etude des aspects gynécologiques des fistules vésico-vaginales obstétricales au service d'urologie du CHU Point-G.

Thèse médecine Bamako 2008 N° 225.

8. EVOH.N, J.AKINLA,O.

Reproductive performance after the repair of obstetrical vésico-vaginal fistulae.

Annals of clinical Research.1978, 10,303-306.

9. FALANDRY L.

La fistule vésico-vaginale en Afrique, 230 observations, presse médicale 15
Février 1992, 25, n°6.

10. FALANDRY L.

Les fistules uréthro-vaginales : diagnostic et tactiques opératoires à propos de 19
cas personnels. J.Chir. (Paris), 1991, 128, n°03PP.120-126.

**11. HAROUNA YD, SEIBOU A., MAIKANO S., DJAMBEIDOU J.,
SANGARE A., BILANE SS., ABDU HM.**

Médecine d'Afrique Noire - n° 4802 - Février 2001 -pages 55-

12. KOITA A.K

Quelques aspects des fistules vésico-vaginales observés à l'hôpital du Point-G à
propos de 307 cas.

Thèse de médecine, n° 2, Bamako, 179 pages, 1983.

13. KANE A.F.

Les fistules vésico-vaginales : situation actuelle au Sénégal à propos de 307

Thèse de médecine, Dakar 1993, N° 27.

14. KAMINA P.

Anatomie gynécologique et obstétricale,

3eme édition remaniée, Paris, Maloine ,1979

15. MARIKO :

Les fistules uro –génétales : expériences du service d'urologie de l'hôpital du
Point-G

Thèse médecine N° 22, Bamako, 2000 – 48 Pages

16. Ministère de la Santé du Mali

Evaluation de l'offre des SOU au Mali.

17. Ministère de la Santé du Mali

Enquête Démographique et social III (EDSMIII), 2001, Juin 2002.

18. MERGER. R, LEVY.J, MELCHIOR.J.

Précis d'obstétrique ,6eme édition

Masson, 1995.

19. MENSAH.A, DIAGNE.B.A

Les fistules vésico-vaginales: aspects étiopathogéniques et thérapeutiques au Sénégal.

Journal d'urologie 1992,n°3,PP 148-151

20. MONSIEUR J.

Remplacement du vagin par un greffon sigmoïdien pour la cure des grandes nécroses uro-génital post-partum africain. J.UROL. (Paris),1980 ,86,159-166

21. OUATTARA K., TRAORE M.L., CISSE C

Traitement de la fistule Vésico-Utérine africaine (FVV) en République du Mali (a propos de 134 cas)..

22. OUTTARA K., TRAORE M L., CISSE C.

Quelques aspects des fistules vésico-vaginales en République du Mali à propos de 134 cas.

Médecine de l'Afrique Noire 1991,38 (12), pp856-860.

23. OUATTARA S.

Problème du traitement de la FVV au Mali (à propos de 94 cas)

Mémoire de fin d'étude du CES de chirurgie 2004.

24. ROUVIERE

Anatomie humaine : description et topographie Tome II Masson et Cie 1970.

Bd Saint Germain-Paris -1970.e.S.

25. RICHARD.F, LUGANE.P.M, LEO.J.P

Fistules vésico-vaginales: aspects étiopathogéniques et thérapeutiques au Sénégal.

Journal d'urologie 1992, N°3, pp 148-151.

26. SAMASSEKOU A

Impact de la fistule vesico vaginal sur le haut appareil urinaire.

27. STEG.A, P.VIALATTE, COLIVIER

Le traitement des fistules vésico-vaginales par la technique de Chassar Moir. Journal d'urologie, 1997, 11, (2)103-107.

28. TOURE .H

Etude critique de 220 cas de FVV. Bilan d'activité du projet FVV initié par Médecins du monde dans le service d'urologie du Point-G.

Thèse de médecine n°4, Bamako, 1995,90 pages.

29. UNFPA.

The second meeting of the working group for the prevention and treatment of obstetric fistula, Addis Abeba, 31 October -1 November 2002.

30. Waaldijk k

Evaluation report of national vvf project-2008

31. WAR G.G.

Reconstruction of the urethra after complete loss. Sur.Gynecol.Obstet..1923.37.678.682.

32. ZIMMERN. PH.E, H.RHADLEY, S.RAZ

La voie d'abord vaginale des fistules vésico-vaginales non irradiées. Journal d'urologie.1984, 90, N°5 p335-359.

33. ZOUNG-KANY L, SOW M.

Le point sur les fistules vésico-vaginales à l'hôpital central de Yaoundé à propos de 111 cas observés en 10 ans.

Annale d'urologie, 1990,6, PP457-467.

ANNEXES

Fiche d'enquête

1. N° d'enregistrement :...../
2. **Données Sociodémographiques :**
 - Nom :...../
 - Prénom :...../
 - Age :...../
 - Profession :...../
 - Ethnie :...../
 - Provenance :...../
3. **Antécédents Gynéco-Obstétricaux :**
 - Age d'apparition des premières règles :...../
 - Nombre de grossesse :...../
 - Nombre d'accouchement...../
 - Nombre d'enfant : vivant : Décédés :
 - Vie Sexuelle active, O No
4. **Histoire de la fistule :**
 - Age au premier mariage :...../
 - Age au moment de la survenue de la fistule :...../
 - Rang de la grossesse causale :...../

- Quelle était la durée du travail de la grossesse causale :...../

Lieu d'accouchement de la grossesse causale :

- Domicile Centre de Santé Hôpital

Mode d'accouchement de la grossesse causale :

- Voie basse simple Césarienne Autre à préciser.....

Etat de l'enfant a la naissance :

- Vivant Mort né

5. Classification anatomo-Clinique de la fistule :

Age de la fistule :.....

Nombre de tentative :

Siège de la fistule :

- Trigonale
- Retro-trigonale
- Fistule cervico-urétrale
- Désinsertion cervico-urétrale
- Destruction de l'urètre
- Fistule complexe
- Fistule vesico-utérine

6. Prise en charge chirurgicale :

Mode de financement :

- La Patiente elle-même
- La famille
- Le Mari
- Autre à préciser :.....

7. Résultat du Traitement :

- 1^{er} degré (guérison complète)
- 2^{ème} degré (trouble sphinctérien)
- 3^{ème} (échec, fistule résiduelle)

8. Comment vit-elle sa fistule :

- Quelle est la réaction de sa famille devant son état avant le traitement chirurgical ?

Le mari :

- Rejet Assistance Indifférence

Famille :

- Rejet Assistance Indifférence

Entourage :

- Rejet Assistance Indifférence
- Quelle est la réaction de sa famille après le traitement chirurgical ?

Le mari :

Si guérison complète :

- Rejet Assistance Indifférence

Si trouble sphinctérien :

- Rejet Assistance Indifférence
- Si échec Fistule résiduelle
- Rejet Assistance Indifférence

Intégration sociale après traitement :

- Vit-elle seule ? En famille parentale ? Dans le foyer conjugale ?

Participe – t- elle aux cérémonies communautaires ? oui
Non

- Baptême
- Mariage
- Fêtes

Participe – t – elle aux travaux ménagers en famille ? OÙ
couple ?

Intégration économique :

Avait – elle aux travaux professionnelle et économiques avant la survenue de la fistule : oui ou non

- Si activité précédente, a – t – elle repris les mêmes
activités ?
- Si autre activité, laquelle ?.....
- Si pas de reprise d’activité, Pourquoi ?.....

Sexualité :

- Avait – elle une vie sexuelle épanoui avant la survenue de la fistule ?
- A – t – elle eu une activité sexuelle régulière avant le traitement de la fistule ?
- A – t – elle une vie sexuelle satisfaisante actuellement ?
- Si non
pourquoi ?.....

.....

Et quelle fréquence de rapports sexuels par mois ?

Fertilité :

- A – t – elle eu une grossesse avant ? ou encours de traitement ?
- Si oui combien ?.....
- A – t – elle eu un désir de procréation ?
- Si non, pourquoi ?.....

.....

- Suit – elle une méthode de construction ?
- Laquelle ?.....
- Si désir de procréation ? depuis combien de temps après traitement ?.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au – dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure