

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

TITRE

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES,  
CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DES  
FISTULES VESICO-VAGINALES AU CHU  
GABRIEL TOURE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le .../...2023 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par : M. Cheick Oumar SECK

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat).**

**Jury**

**Président :** Monsieur Zanafon OUATTARA, *Maître de conférences Honoraire*

**Membres :** Monsieur Moumine Zié DIARRA, *Médecin*

**Co-directeur :** Monsieur Amadou KASSOGUE, *Maître de conférences*

**Directeur :** Monsieur Mamadou T COULIBALY, *Maître de conférences*

# DEDICACE ET REMMERCIEMENTS

## **DEDICACES**

Au nom d'Allah le miséricordieux, le très miséricordieux « Gloire à Toi, nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris. Certes Toi l'omniscient, le sage ». Louange et gloire à Allah le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

**A notre prophète** Mohamed, paix et salut sur lui ainsi qu'à toute sa famille ;

**A mon beau pays** le Mali, une terre d'accueil, d'hospitalité, une terre de rencontre, une terre de fraternité, ensemble nous ferons de toi et de l'Afrique ; le plus beau, le plus envié du monde comme le disait Thierno Ahmed Thiam.

Merci pour tout ce que tu nous as donné ma chère patrie.

**A Mon père** : Feu Garba SECK,

Cher père tu as été pour nous un exemple de courage, de persévérance et de franchise dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la justice et le respect de soi. J'aurais aimé que tu sois présent pour en ce jour ci spécial pour bénéficier des fruits des arbres que tu as plantés. Que le Tout Puissant t'accorde le repos éternel. Dieu seul pourra te récompenser. Je t'aime Papa.

**A ma mère** : Fatoumata Founè TRAORE

Merci maman pour toute l'attention que tu m'as apportée durant cette étape de ma vie, tu m'as soutenu, accompagné durant tout le cycle. Tu as toujours été une femme forte et battante, toujours prête à aider les autres. Tu t'es toujours sacrifiée pour qu'on avance. Une maman que tous les enfants rêveraient d'avoir, toujours à l'écoute. Il n'y a même plus de mots pour qualifier ta gentillesse et ton amour pour moi. Chère mère, nous avons enfin compris ton combat, tes paroles sans cesse qui avaient pour objectifs notre réussite. C'est le moment d'implorer ton pardon pour toutes les peines que nous t'avons fait subir, et reçois l'assurance de mon amour et de mon entière disponibilité. Puisse Dieu le Tout Puissant te donner une très bonne santé et une très longue vie pour goûter aux fruits de ton dur labeur.

**A mon épouse : Fatoumata DIALLO**

Merci pour ton implication et ton accompagnement. Que dire ! Les mots ne me suffiront jamais pour exprimer ce que tu représentes et continues à représenter pour moi. Merci pour ta patience, tes sacrifices et pour tout le bonheur que tu m'as donné depuis que tu es entrée dans ma vie. Je t'aime

**A mon Tonton et ami : Jean Pièrre DULAC (Chirurgien urologue)**

Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soient-elles ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance. Je te dédie très affectueusement ce travail car sans toi que serai-je devenu. Tu n'as pas été qu'un ami, tu as plutôt joué le rôle de père en m'accompagnant tout le long de mon cursus universitaire. Tes conseils ont toujours guidé nos pas vers la réussite. Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su nous apporter. Que Dieu le tout puissant te préserve ainsi que votre famille, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.

**A la famille TRAORE : Dr Mamadou N TRAORE, Mme TRAORE Fatoumata SECK.**

Je suis loin d'avoir les pictogrammes comme les vôtres vous avez de la sagesse de la patience et de l'abnégation, c'est grâce à vous que j'ai eu la chance de continuer mes études, ce travail avant tout est le vôtre.

**A mes frères et sœurs :**

Merci pour votre accompagnement sans faille, votre compréhension sans jugement surtout pour mes absences. Que Dieu nous apprivoise plus, merci ce travail est le vôtre.

**A mes amis :** ces mots sont insignifiants pour exprimer ce que vous avez apporté dans ma vie. Merci pour tout.

## REMERCIEMENTS

Mes grands remerciements vont d'abord à ma famille, qui m'a donnée la force d'achever ce travail de thèse. Ce travail de thèse a été le labeur de plusieurs mois et n'aurait jamais été mené à bon port sans le soutien d'un grand nombre de personnes que je tiens vivement et très sincèrement à remercier :

### **Mes tantes et oncles, cousines et cousins, nièces et neveux**

Votre affection, votre soutien et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut. Soyez tous rassurés de ma profonde reconnaissance et mon entière disponibilité. J'éviterai de citer des noms par crainte d'en oublier. Soyez remercier pour tout.

### **A mes amis les meilleurs:**

Merci pour tous ces moments de folie passés ensemble dans la joie et la bonne humeur. Merci pour votre inestimable soutien. Plus que des amis vous avez été des frères pour moi. Je ne sais pas ce que ma vie serait sans vous. Que l'entente règne entre nous pour toujours. Merci pour cette amitié sans retour, ni de mauvaises intentions. Je vous aime mes amis.

**A mes promotionnaires :** J'espère que les liens d'amitié tissés à la Faculté seront davantage solides dans notre vie professionnelle.

### **A la famille DIALLO :** Mahfouz DIALLO et Mme DIALLO Korotoum

Merci pour vos encouragements, conseils et bénédictions tout au long de ce cycle.

**A l'Association de mopti FMOS/FAPH (AERMOS) et la grande famille RASERE :** Que dire de tout une famille fondée à travers toi constituée que des frères et sœurs avec les mêmes idéologies et même objectifs. Merci à toi, à tous les membres ; vive ta pérennité au sein de nos Facultés.

**Aux membres du service d'urologie du CHU Gabriël TOURE :**

Dr Coulibaly Irène, Dr Barry Amadou, Dr Lahassana COULIBALY, Dr N'djim ousmane Dao Seko, Diawara Badra Aliou, Samassékou Mahamadou, Seck Oumar Cheick, Mohamed lamine Doumbia, Djibril sangaré, Mahamoud Dembélé, Sékou Théo ,lamine salah sidibé merci pour votre disponibilité, votre attention et vos multiples encouragements.

**A tous mes maîtres :**

Votre disponibilité, votre convivialité et le désir d'apprendre aux jeunes votre savoir médical et biologique m'ont beaucoup marqué. Vous m'avez initié et vous m'avez donné l'enthousiasme de la recherche. Recevez par ce travail l'expression de mes sentiments les plus distingués.

**A tous les enseignants de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, et de la Faculté de Pharmacie :** Merci pour l'enseignement de qualité que vous m'avez donné.

**HOMMAGE AUX MEMBRES DU  
JURY**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur Zanafon OUATTARA**

- **Chirurgien Urologue, andrologue ;**
- **Maitre de conférences à la faculté de médecine et d'odonto stomatologie (FMOS) ;**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali ;**
- **Ex président de la commission Médical de l'établissement du CHU Gabriel Touré ;**
- **Ancien chef de service d'urologie du CHU Gabriel Touré ;**
- **Ancien coordinateur du DES d'urologie ;**
- **Enseignant chercheur.**

**Cher Maître,**

Permettez-nous de vous remercier pour ce grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse, malgré vos multiples et importantes occupations. En plus de vos qualités scientifiques et médicales, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité et votre souci pour la culture de l'excellence auprès de nous les apprenants font de vous un Maître exemplaire. Trouvez ici cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.



**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY**

**Docteur Moumine Zié DIARRA**

- **Chirurgien Urologue, Endo-urologue**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,**
- **Membre honoraire du Réseau des Etudiants en Médecine de l’Afrique de l’Ouest**
- **Membre de l’A.M. U**

**Cher Maître,**

Malgré vos multiples occupations vous avez accepté de porter un regard critique sur notre travail. Votre disponibilité, votre simplicité, votre sympathie nous ont beaucoup touché et font de vous un homme exemplaire. Permettez-nous cher Maître de vous exprimer notre profonde gratitude. Puisse Allah le tout puissant vous accorder santé, longévité et beaucoup de bonheur en notre compagnie.

**A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR**

**Professeur Amadou KASSOGUE**

- **Chirurgien Urologue au CHU Pr. Bocar Sidy SALL de Kati ;**
- **Maître de Conférences en Urologie à la FMOS ;**
- **Diplômé en Communication Médicale Scientifique et en pédagogie des sciences de la santé de l'université de Bordeaux ;**
- **Chef de Service d'Urologie au CHU Pr. Bocar Sidy SALL de Kati ;**
- **Membre fondateur de l'Association Malienne d'Urologie.**

**Cher Maître,**

Nous avons été touchés par l'attention particulière que vous avez attaché à cette thèse. Vos imminentes qualités humaines et scientifiques, votre rigueur dans la démarche scientifique et votre souci du travail bien fait, votre disponibilité font de vous un exemple à suivre. Vous avez été d'un apport capital dans la réussite de ce travail. Ce fut pour nous une immense opportunité d'avoir appris à vos côtés.

Recevez ici cher maître, le témoignage de notre profond respect, notre gratitude et nos sincères remerciements.

**A NOTRE MAITRE DIRECTEUR DE THESE**

**Professeur Mamadou Tidiani COULIBALY**

- **Chirurgien urologue**
- **Chef de service d'urologie du CHU Gabriel Touré ;**
- **Maitre de conférences à la (FMOS)**
- **Membre de l'association malienne d'urologie. Cher Maître,**

**Cher Maître,**

En acceptant de nous compter parmi vos élèves, vous nous faites un grand honneur et un énorme plaisir.

Honorable maitre, vous nous fascinez par la grandeur de votre humanité et la splendeur de votre enseignement. Auprès de vous nous avons appris la loyauté, le travail bien fait, l'amour du prochain, le sens de la responsabilité et surtout de la modestie. Trouvez ici le manifeste de notre reconnaissance et de notre distingué considération.

Que Dieu réalise vos vœux. Amen

## **ABREVIATIONS**

- **AFOA : Association Française de traitement des Fistules Obstétricales Africaine**
- **ASOS : Action Socio-Sanitaire**
- **BDI : Beck's Depression Inventor**
- **BGR : Bassin Généralement Rétréci**
- **CHD : Centre Hospitalier de District**
- **CHU : Centre Hospitalier Universitaire**
- **CSB : Centre de Santé de Base**
- **CPN : Consultation Périnatale**
- **FO : Fistule Obstétricale**
- **FRV : Fistule Recto-Vaginale**
- **FUG : Fistule Uro-Génitale**
- **FUGO : Fistule Uro-Génitale Obstétricale**
- **FUV : Fistule Vésico-Utérine**
- **FVV : Fistule Vésico-Vaginale**
- **INSTAT : Institut National de la Statistique**
- **OMS : Organisation Mondiale de la Santé**
- **PF : Planning Familial**
- **SA : Semaine d'Aménorrhée**
- **UCR : Uretro-Cystographie Rétrograde**
- **UIV : Urographie Intra Veineuse**
- **UNFPA: United Nations Fund for Population Activities**

**Liste des figures :**

Figure 1 : Coupe schématique du petit bassin de la femme .....	29
Figure 2: Bassin osseux féminin, vue antéro-supérieure .....	31
Figure 3a: Présentation bloquée montrant la compression de la vessie contre la face postérieure de la symphyse pubienne en avant, et la compression du rectum contre le sacrum et le coccyx en arrière. ....	34
Figure 3b : Formation de fistule entre la vessie et le vagin. ....	34
Figure 4 : Schéma d'une sclérose vaginale .....	37
Figure 5 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge .....	54
Figure 6 : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement .....	57
Figure 8: Répartition des patientes selon le type de fistule .....	60
Figure 9 : Répartition des patientes selon la classification des fistules.....	61

**Liste des tableaux :**

Tableau I : Répartition des patientes selon la profession.....	55
Tableau II : Répartition des patientes selon la perte d'urine .....	55
Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge de la F.V.V années .....	56
Tableau IV : Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement.....	57
Tableau V : Répartition des patientes selon l'Etat de l'enfant.....	58
Tableau VI : Répartition des patientes selon le cadre de vie .....	59
Tableau VII : Répartition des patientes selon le type anatomique de la FVV....	60
Tableau VIII : Répartitiion des patientess selon le traitement chirguical .....	61
Tableau IX : Répartition des patientes selon la voie utilisée .....	62
Tableau X : Répartition des patientes selon le résultat après traitement.....	62
Tableau XI : Répartition des patientes selon la prise en charge .....	62

**Table des matières**

I. INTRODUCTION .....	16
II. OBJECTIFS .....	20
III. GENERALITES .....	22
1- Définition.....	22
2- Historique .....	22
3- Epidémiologie de la FVV.....	26
4- Rappel anatomique.....	28
5- Rappels anatomiques et physiologiques .....	30
6- Anatomie-pathologie.....	34
7- Classification .....	38
8- Etude clinique de la fistule .....	42
9- Traitements .....	47
IV. METHODOLOGIE.....	51
1. Cadre d'étude.....	51
2. Période et type d'étude :.....	51
3. Population d'étude : .....	51
4. Technique d'échantillonnage : .....	51
5. Méthode :.....	51
6. Considération Ethique.....	52
V. RESULTATS.....	54
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....	64
VII. CONCLUSION.....	71
VIII. RECOMMANDATIONS .....	72
IX. REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	75
ANNEXES.....	81

# **INTRODUCTION**



## **I. INTRODUCTION**

Une fistule se définit comme un trajet congénital ou accidentel livrant passage à un liquide physiologique ou pathologique entretenu par cet écoulement [1]. Dans le cas de la fistule vésico vaginale (FVV), il s'agit d'une communication acquise entre la vessie et le vagin dont la conséquence est la perte permanente des urines par le vagin [2]. Elle peut apparaître entre la vessie et le vagin ou l'urètre et le vagin [3]. Dans la majorité des cas, elle survient après un accouchement laborieux et dystocique d'où le terme « fistules vésico-vaginales d'origine obstétricale ».

La fistule obstétricale représente un véritable problème de santé publique doublé d'une tragédie humaine et sociale. La survenue de cette complication obstétricale chez la femme constitue un facteur majeur d'exclusion sociale et familiale car la majorité des victimes reste chassée du foyer familial ou même exclue de toute activité de groupe [4].

Dans le monde, il est estimé que 2 millions de femmes et de filles vivent avec une fistule vésico-vaginale, avec 50 000 à 100 000 nouveaux cas par an. Elles demeurent presque inexistantes rares et les quelques cas observés sont consécutifs aux cancers, à la radiothérapie, à la chirurgie pelvienne, aux infections et aux traumatismes dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord. En Afrique, la prévalence reste inquiétante où l'OMS recense 5 000 nouveaux cas par an [5].

A Madagascar, plus de 50 000 femmes et de jeunes filles attendent la chirurgie réparatrice. Chaque année, près de 2 000 femmes et filles sont touchées par la fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale [6].

Au Mali, les chiffres suggérés se situent entre 3-4 Fistules obstétricales pour chaque 1.000 accouchements. Une certaine confusion est générée par le fait de la disparité de chiffres référés à l'incidence et la prévalence de la pathologie selon les différentes sources et les différentes régions, mais en partant de ces taux d'incidence (de 3 à 4 pour chaque 1.000 accouchements), on estime que le nombre

de femmes courant le risque de souffrir d'une fistule au Mali se situe entre 1.804 et 2.405 cas si rien n'est fait. [7].

La plupart des cas de fistules sont la conséquence des lésions tissulaires faisant suite à la pression prolongée de la tête fœtale ou de la présentation lors du travail dystocique. Le travail dystocique complique plus de 6 millions d'accouchements dans le monde chaque année et plus de 90% des cas surviennent dans les pays les plus pauvres du monde avec un accès limité aux soins obstétricaux d'urgence et aux services qualifiés dans la prise en charge de la fistule obstétricale [8]. Chaque année, plusieurs femmes meurent suite aux conséquences des insuffisances ou de la non prise en charge du travail dystocique, d'autres causes obstétricales de fistule comprennent les embryotomies, la césarienne suivie ou non d'hystérectomie et la symphysiotomie.

Des facteurs sociaux, culturels et sanitaires contribuent à la prévalence élevée des fistules obstétricales dans les pays à revenu faible. Ces facteurs dépendent du contexte et comprennent : l'absence de soins obstétricaux d'urgence, le mariage d'enfant avec maternité précoce, les formes graves de mutilation génitale féminine, la discrimination basée sur le genre, la pauvreté, la malnutrition et les services de santé de mauvaise qualité. Ces facteurs sont importants dans les pays en développement où certaines femmes prennent du retard avant de recourir aux soins et ne bénéficient pas ainsi de soins obstétricaux au moment approprié [8].

Globalement, 99% des 289 000 décès maternels surviennent dans les pays en développement. Pour chaque décès maternel, 15 à 30 autres femmes sont victimes de morbidités graves comme la fistule obstétricale, pathologie qui est accessible à la prévention [8].

Malgré l'ampleur du problème de la fistule obstétricale, peu d'études lui sont consacrées dans le service d'Urologie du CHU Gabriel Touré. La plupart des

travaux réalisés proviennent du service d'Urologie de l'hôpital universitaire du Point G.

Pour tenter de mettre de la visibilité sur les activités concernant les fistules obstétricales nous avons initié cette étude au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE avec les objectifs suivants :

# **OBJECTIFS**

## **II. OBJECTIFS**

### **1. Objectif général**

- Evaluer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des fistules vésico-vaginales au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE de janvier 2016 au 31 Décembre 2021 ;

### **2. Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence des fistules vésico-vaginales au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE de janvier 2016 au 31 Décembre 2021
- Décrire le profil sociodémographique des femmes porteuses des F.V.V au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE de janvier 2016 au 31 Décembre 2021 ;
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des F.V.V au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE de janvier 2016 au 31 Décembre 2021.
- Décrire les aspects évolutifs au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE de janvier 2016 au 31 Décembre 2021.

# **GENERALITES**

### III. GENERALITES

#### 1- Définition

La fistule vésico-vaginale est définie comme une communication pathologique acquise entre la vessie et le vagin dont la conséquence est la perte permanente de l'urine par le vagin [9].

Dans le sens étymologique, la fistule constitue la communication acquise ou congénitale affectant deux organes creux et qui, à défaut de soins médicaux adéquats, peut se propager vers l'extérieur.

Elle peut prendre deux formes :

La première, la « fistule uro-génitale » qui affecte un élément du système urinaire (vessie, uretères, col vésical, urètre) et un élément du système génital (utérus, vagin) ; elle peut être associée à une fistule recto-vaginale. La notion du terme est très ancienne ; Papyrus Eber a pu constater 2 000 ans avant Jésus Christ qu'une femme atteinte d'une fistule peut perdre sa vie à cause d'un écoulement urinaire permanent.

La seconde, la « fistule vésico-vaginale africaine » regroupe une multitude de variétés anatomiques, en particulier vésico-vaginale, uréthro-vaginale. Elles font suite à des accouchements difficiles et/ou compliqués. Celles-ci présentent en commun la perte continue de l'urine qui conduit souvent à une conséquence physique ainsi qu'économique chez la patiente à défaut de traitement [10].

#### 2- Historique

La connaissance des FVV remonte à l'Égypte antique avec la présence d'une phrase l'évoquant dans le Papyrus Ebers, un des plus anciens traités médicaux daté du XVI<sup>ème</sup> siècle av. JC : « Si une femme a les urines qui coulent en permanence, elle les perdra toute sa vie », citée par L. Falandry [11]. Une fistule vésico-vaginale associée à une déchirure périnéale a été retrouvée sur la momie de la reine égyptienne Hehenit (11<sup>ème</sup> dynastie, 2050 av. JC).[12] Hippocrate décrivait un traitement des écoulements vaginaux d'urine par tamponnement

vaginal par un cylindre de chair de bœuf qui devait être renouvelé tous les jours. En 1037, Avicenne, médecin Persan, a documenté la relation entre les déchirures de vessie et le travail prolongé chez les « femmes mariées trop jeunes ». Le concept de fistule a été introduit par Louis de Mercado en 1597. Pinoeus décrit en 1650 la fistule avec nécrose du vagin et la technique diagnostique avec la mise en place de sondes métalliques urétérale et vaginale.

La première tentative de cure chirurgicale de fistule vésico-vaginale est attribuée à Johannes Fatio, médecin suisse de la fin du XVII<sup>ème</sup> siècle, qui signalait déjà l'intérêt du cathétérisme vésical pendant le travail en prévention de la survenue de fistule.

Toujours au XVII<sup>ème</sup> siècle, le médecin néerlandais, H. Van Roonhuyze propose une thérapeutique, base du traitement actuel des fistules, à savoir la technique de l'avivement-suture. Cette technique a par la suite été reprise par l'Américain James Marion Sims (dont elle porte le nom) en 1840 pour guérir pour la première fois une femme noire esclave après une trentaine d'échecs sur d'autres esclaves [13]. Ce dernier, considéré comme le père de la gynécologie moderne en Amérique du Nord, a par la suite créé deux « Women's Hospitals » aux États Unis, grâce auxquels la chirurgie de fistule vésico-vaginale va connaître un grand essor. Il opère les patientes initialement en position génu-pectorale puis en décubitus latéral gauche.

Il perfectionne le drainage vésical en utilisant une sonde autostatique d'argent en forme de S et multiperforée. Aujourd'hui, pourtant son héritage et sa figure sont très décriés du fait de ses pratiques jugées inhumaines lors de sa quête d'un succès chirurgical dans le traitement des fistules obstétricales.

Par la suite, M. Collins en 1861 puis Duboue de Pau en 1864 décrivent la dissection intervésico-vaginale. En 1884, F. Trendelenburg introduit les



techniques de cures de fistules par voie haute sus-pubienne, après avoir constaté une lithiase sur un fil de soie.

La première voie mixte (dissection par voie sus-pubienne et suture par voie vaginale) reviendrait à Frank en 1894. En 1928, Henrich Martius, gynécologue allemand de Gottingen, mobilise les muscles bulbo et ischio-caverneux pour obtenir un lambeau long comme un doigt qu'il passe sous le col reconstitué après fermeture d'une grosse fistule cervico-urétrale. En cas de récurrence, la présence de tissu mou faciliterait la reprise chirurgicale. Il utilise aussi ce lambeau graisseux pour les fistules recto-vaginales. Cette même année, John H Garlock (New York) utilise un lambeau de muscle gracilis en interposition entre la vessie et le vagin. En 1972, J. Kiricuta et M.B Goldstein 5 chirurgiens roumains de l'institut d'oncologie de Cluj décrivent l'utilisation de l'épiploon comme tissu d'interposition pour les brèches vésicales ou vaginales non suturables.

Pendant la même période, une tendance chirurgicale palliative au traitement émerge. Trois grands types de dérivation révéleront cette chirurgie :

- L'urétérostomie cutanée bilatérale, directe ou par l'intermédiaire d'une anse intestinale pédiculée : Opération de Bricker [12]
- La dérivation des urines dans le colon sigmoïde : Opération de Coffey ou de Goodwin.
- Les techniques de dérivations cutanées continentales basées sur la réalisation de valves invaginées à partir de différents segments intestinaux en particulier celle décrite dans le contexte de la réparation de fistules obstétricales complexes par Abdelatif Bencheikroun de Rabat au Maroc. L'ensemble des techniques mises en place au cours du XX<sup>ème</sup> siècle seront la base de la prise en charge actuelle des FVV.

**a- Une tendance au traitement palliatif des FVV**

Au Mali, l'intérêt pour la fistule vésico-vaginale (FVV) et au de là, l'intérêt pour la femme souffrant de FVV ne date pas de maintenant. La prise en charge des femmes " fistuleuses" commence depuis le Soudans Français à l'aube de la création de l'hôpital du Point G en 1906. C'est aux femmes souffrant de FVV qu'on doit la création du village du Point G, contigu à l'Hôpital où le traitement chirurgical de la FVV a longtemps été assuré par des chirurgiens militaires français, relayés ensuite par des chirurgiens généralistes maliens et expatriés parmi lesquels on peut citer : les docteurs ROUGERIE, (fondateur du Service d'Urologie), HAMAHOUI, PHILIPPE JONCHERE. Les chirurgiens maliens : nos maîtres

- (1976) Pr. Mamadou Lamine TRAORE, Dr Moctar DIOP, Pr Bocar SALL, Pr Mamadou DEMBELE

- (1982) notre maître Pr Kalilou OUATTARA urologue chef de service et collaborateurs : Dr. Cheick Mohamed Cherif CISSE, Pr. Aly TEMBELY, Pr. Zanafon OUATTARA. Cela dit certaines dates sont à retenir en la matière au Mali:

Décret du N°234 /PRGM 19 septembre 1983 reconnaissant la fistule urogénitale comme une maladie sociale.

- Novembre 1993, outre le service d'urologie, c'est la création d'une antenne de prise en charge de la FVV à Mopti par ONG-Médecins du Monde.
- ONG -Iamaneh-Suisse Mali, 1994.
- Centre Oasis - (40 lits) don de la Fondation Partage, 2003.
- Création d'une salle d'opération autonome pour la chirurgie de la FVV en 2004 (UNFPA).
- ONG MSF (GAO, Tombouctou et Kidal 2005).
- 23 juin 2005 : gratuité de la césarienne.

- Greffa 2007.
- Intrahealth 2007.
- Villages du millenium 2009.
- ASDAP – 2010.
- AMADE, AISE 2010.

### **3- Epidémiologie de la FVV**

Bien qu'il y ait insuffisance des données fiables sur l'incidence et la prévalence de la fistule, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2018 estime que deux millions de femmes vivent avec une fistule. Le nombre total de fistules et le nombre de nouveaux cas dans les deux régions les plus touchées d'Afrique Sub-Saharienne et d'Asie du Sud ont été estimés à respectivement un peu plus de 1 000 000 et 6000 cas par an [14]. Une revue systématique de la littérature a rapporté une fourchette d'incidence de 0 – 4,1 cas pour 1 000 accouchements et une prévalence entre 0 – 81 pour 1 000 femmes [15]. Au Mali, son incidence est estimée à 600 nouveaux cas par an (EDSMIV, 2006). S'agissant toujours d'épidémiologie au service d'urologie au CHU du Point G à Bamako, 2 femmes sur 5 consultent pour FVV. Plus de 100 nouveaux cas par an et la chirurgie de la FVV représente 15 % de l'activité chirurgicale.

■ LA CAMPAGNE POUR ÉLIMINER LES FISTULES



TÉMOIGNAGE VIVANT La Fistule Obstétricale et les Inégalités en Santé Maternelle

Voici sur cette carte la répartition géographique de la fistule obstétricale dans le monde.

Les fistules résultant de l'accouchement sont très rares voire exceptionnelle dans les pays industrialisés, bien que de telles lésions se développent encore occasionnellement sous la forme de complications du traitement du cancer ou de la chirurgie pelvienne [16,17]. Dans les pays occidentaux, de nombreux gynécologues et urologues ont vu des patientes développer une fistule vésicovaginale après une hystérectomie, mais la fistule vésico-vaginale résultant d'un accouchement dystocique est un type de blessure très différent [18].

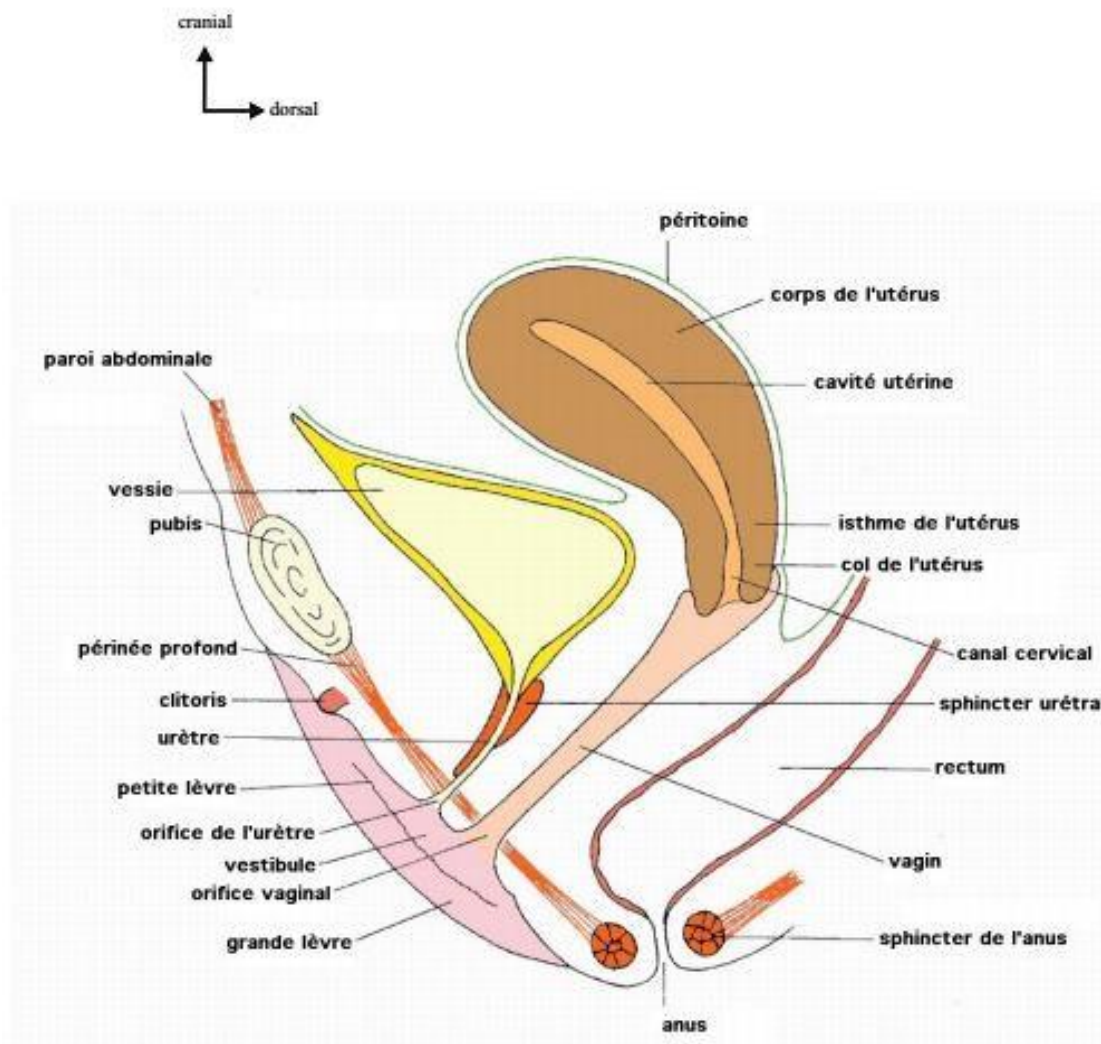
La situation est toutefois différente dans les pays pauvres d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud où les fistules obstétricales sont très fréquentes. Des dizaines de milliers de nouveaux cas se produisent chaque année. Plusieurs millions de femmes sont touchées par cette maladie et vivent dans la misère, car la réparation chirurgicale est difficile à obtenir dans ces régions [19, 20].

#### **4- Rappel anatomique**

Un rapport anatomique étroit existe entre la vessie, le col vésical, l'urètre et les organes génitaux. Cette proximité anatomique (figure 1) se manifeste par :

- Leur situation intra pelvienne
- Leur vascularisation provenant de l'artère hypogastrique interne ;
- Leur innervation sympathique et parasympathique commune (nerfs hypogastrique et érecteur) ;
- Leur cinétique : les mouvements des uns entraînant ceux des autres ;

La vessie devient vulnérable lors de la cinétique utéro-vaginale à cause de l'anatomie de l'organe. D'un côté, l'appareil sphinctérien et l'urètre sont insérés entre l'appareil génital de la femme (utérus et vagin) et le cadre osseux (plus précisément, la face postérieure et le bord inférieur de la symphyse pubienne) [10].



**Figure 1 : Coupe schématique du petit bassin de la femme [21].**

En avant, le col vésical et l'urètre sont intimement liés au vagin, la vessie repose par l'intermédiaire du vagin sur le périnée, en particulier sur les releveurs de l'anus.

D'un autre côté, l'ensemble du contenu utéro-génital se met à immobiliser la vessie contre la symphyse pubienne, ainsi toute déchirure ou ischémie de l'utérus (corps ou col) ou du vagin a tendance à se répercuter sur la vessie.

Tout mouvement intentionné utéro-vaginal peut arracher la vessie et provoquer une dilacération vésico-urétrale touchant, du même coup, l'appareil sphinctérien vésico-urétral.

En outre, les modifications de la vessie et de l'urètre en rapport avec la survenue d'une grossesse sont toujours topographiques. Avant le travail, la grossesse n'a pas d'influence sur le bas appareil urinaire mais au fur et à mesure que la pression utérine augmente, la capacité vésicale est réduite, et surviennent ainsi des mictions fréquentes. L'engagement actif de la présentation allonge l'urètre de 1 à 3 cm et fait rapprocher le col petit à petit de la symphyse pubienne.

## **5- Rappels anatomiques et physiologiques**

### **5.1- Bassin féminin**

Pour une femme normale [10], le bassin est formé de dimensions bien connues des différents diamètres du détroit supérieur et du détroit inférieur. Ce dernier est formé de 9,5 cm, qui est de 11 à 12 cm du diamètre sous-coccy-sous-pubien en retro pulsion et de 11 cm du diamètre sous-sacro-sous-pubien (figure2).

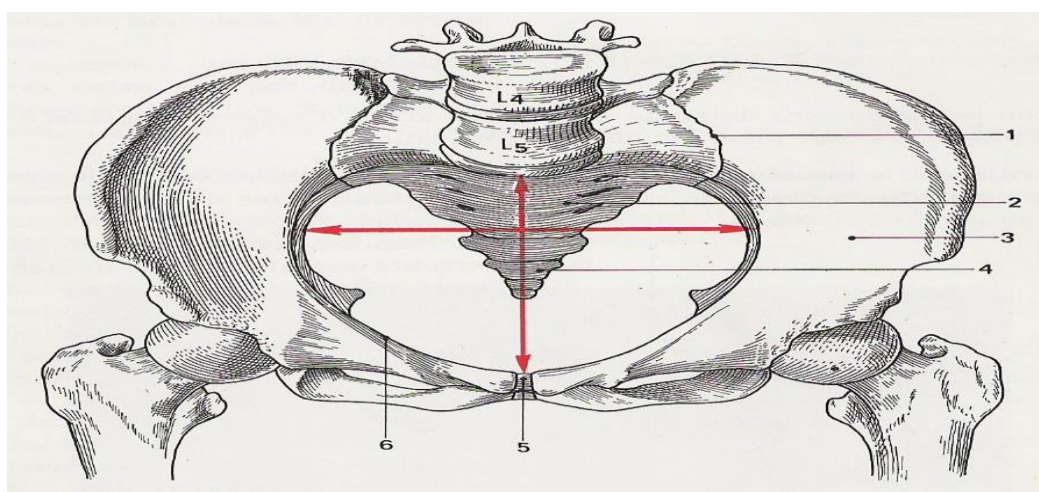
Pour celui d'une femme atteinte d'une dystocie, la modification du bassin est caractérisée par la régression étroite ou globale du détroit supérieur pouvant provoquer un obstacle mécanique sérieux pour la progression du mobile fœtal. Cette situation nécessite une surveillance particulière.

Dans le domaine obstétrical, on classe les femmes selon trois catégories :

- Les femmes avec un bassin normal : les diamètres du détroit supérieur sont normaux, l'accouchement par voie basse est possible et est autorisé ;
- Les femmes à bassin limite : le diamètre promonto-retro pubien est étroit (<10,5 cm), l'épreuve du travail doit être sous indication ;
- Les femmes à bassin généralement rétréci (BGR): le rétrécissement se voit sur l'ensemble des diamètres mais la morphologie générale du bassin est préservée, une césarienne s'impose. Le BGR concerne surtout les jeunes adolescentes de taille  $\leq 1,50m$ , chez qui, le bassin est encore en phase d'immaturation. La précocité des activités sexuelles expose ainsi les jeunes à une

dystocie mécanique (une accommodation du fœtus au bassin maternel) et donc, à la fistule vésico-vaginale.

Cependant, les femmes à bassin normal ne sont pas épargnées de la dystocie. Elles peuvent être victimes de dystocie dynamique (anomalie de la contraction utérine et de la dilatation du col), surtout si le nombre d'accouchement est très faible. Une dystocie est donc l'ensemble des anomalies pouvant limiter le déroulement normal de l'accouchement. Elle peut être de nature dynamique ou mécanique, ou bien, les deux.



**Figure 2 : Bassin osseux féminin, vue antéro-supérieure [21].**

1- Articulation sacro-iliaque 2- Sacrum 3- Os iliaque 4- Coccyx

5- Symphyse pubienne 6- Ligne terminale

NB : Les diamètres du détroit supérieur sont indiqués par les flèches

**Diamètre antéro-postérieur** : du bord du pubis au promontoire : 11 cm.

**Diamètre transverse maximum** : 13,5 cm.

**Diamètre oblique** : de l'articulation sacro-iliaque à l'éminence iléo-pectinée : 12,5 cm.



## 5.2- Accouchement et cinétique vésicale

### 5.2.1- Accouchement normal

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes favorisant la sortie du fœtus, et des annexes hors des voies génitales maternelles. Un accouchement normal survient entre la 37<sup>ème</sup> et la 42<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (SA) de la grossesse, et ce sous l'influence des contractions utérines suffisantes et efficaces ainsi qu'une adéquation entre les diamètres fœtaux (notamment ceux de la tête), les diamètres du bassin maternel et les parties molles.

Le déroulement de l'accouchement comprend 3 phases :

❖ **La première période** : caractérisée par l'apparition des contractions utérines (début de travail) et qui entraîne :

- La formation et l'apparition du segment inférieur, puis la disparition et la dilatation du col,
- La rupture et le clivage des membranes (amnios et chorion),
- Le franchissement du fœtus vers les différents étages de la filière pelvi-génitale. Ceci comprend l'engagement (franchissement du détroit supérieur avec orientation et amoindrissement de la présentation), la descente et la rotation, et le dégagement (franchissement du détroit inférieur).

L'ensemble de cette progression constitue les phénomènes mécaniques de l'accouchement et, dure en moyenne 7 à 10 heures chez les primipares et 3 à 6 heures chez les multipares.

❖ **La deuxième période** comprenant 2 phases :

- L'achèvement de la descente et de la rotation de la présentation,
- L'expulsion proprement dite ou le dégagement fœtal (franchissement du détroit inférieur ostéomalacique et du plancher pelvipérinéal).

Elle dure 1-2 heures en moyenne chez les primipares

Malgré cela il ne faut guère minimiser la durée du travail, car son prolongement au-delà de 18 heures est moins mortel à l'enfant qu'à la mère [23]. Il est donc important de bien surveiller le travail.

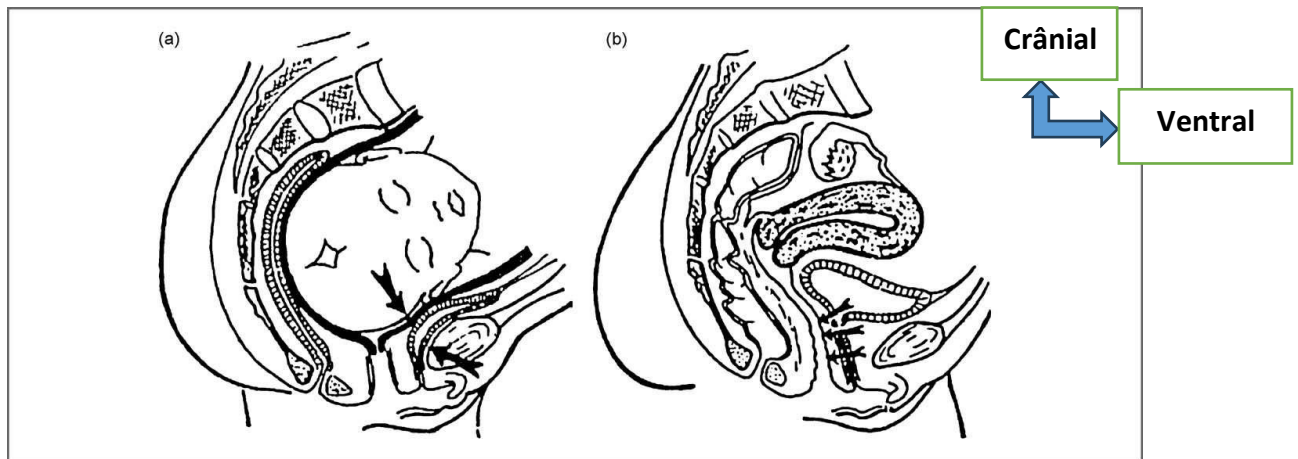
### **5.3- Modifications anatomiques et physiologiques de la vessie chez la femme en gestation**

Lorsque la présentation n'est pas encore engagée, la grossesse n'a pas beaucoup d'influence sur le bas appareil urinaire, le col vésical à 3 cm de la symphyse pubienne. Il y a toutefois une diminution de la capacité vésicale, conséquence de la compression qu'exerce l'utérus sur la vessie. Lors de l'engagement actif, il y a un allongement de l'utérus de 1-3 cm, un rapprochement du col vésical de la symphyse pubienne et un refoulement de la vessie en haut et en avant.

En cas d'une dystocie ou de manœuvres obstétricales intenses, l'étirement excessif des ligaments et des fascias engendre des désordres. Les conséquences sont définitives et innombrables, surtout au niveau du col et du trigone vésical. En même temps, les rétro-symphysaires sont immédiatement ramenés contre la paroi osseuse du pubis, ils sont comprimés par la suite (figure 3 a). Cette compression constitue un garrot à la circulation sanguine expliquant toutes les lésions ischémiques intra-pelviennes (figure 3b) [23].

### **5.4- Etiopathogénie**

En Afrique, les accouchements difficiles et prolongés survenant dans un contexte de précarité générale de soins (manque de plateau technique adéquat et de personnel qualifié) constituent la principale cause de la fistule vésico-vaginale [24].



**Figure 3a : Présentation bloquée montrant la compression de la vessie contre la face postérieure de la symphyse pubienne en avant, et la compression du rectum contre le sacrum et le coccyx en arrière.**

**Figure 3b : Formation de fistule entre la vessie et le vagin.**

**Source :** Du Sablon ML. Les fistules vesico-vaginales. Développement et santé, Avril 1990, N°86 [25].

L'ischémie, suivie de nécrose plus ou moins étendue des organes du petit bassin notamment : le col utérin, la cloison vésico-vaginale, le col vésical et le rectum, est provoquée par la compression prolongée de la paroi vésicale entre la présentation et le bord postérieur de la symphyse pubienne (figure 3b). Vers le 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> jour après cette ischémie et cette phase nécrotique survient une chute d'escarre. C'est le mécanisme principal de l'apparition de la fistule. Par ailleurs, un accouchement trop expéditif peut aussi conduire à une fissuration de la lèvre antérieure du col utérin qui se prolonge progressivement sur la base de la vessie et cause ainsi une fistule vésico-vaginale.

## 6- Anatomie-pathologie

Trois éléments principaux sont à considérer : le siège de la fistule, l'état des tissus, et les lésions associées [26].

### 6.1- Siège de la fistule :

Selon le siège, quatre groupes distincts sont identifiés [26]. Ils peuvent être :

- a- **Rétro trigonal (hautes iatrogènes)**: il se forme au niveau de la face postérieure de la vessie avec le moignon vaginal et siège à distance des méats urétéraux,
- b- **Trigonal** : il se place à proximité des méats urétéraux qui peuvent être pris au cours de la réparation. Un des uretères peut être désinséré, occasionnant une FVV.
- c- **Cervical** : il touche le col vésical et les sphincters, ainsi la continence est compromise même après traitement de la FVV.
- d- **Cervico-urétral** : il se situe sur le col vésical et l'urètre. Ce dernier peut être sérieusement endommagé, et la continence est compromise.

### 6.2- Etat des tissus

La gravité de la fistule ne peut pas être appréciée par une simple description anatomique. Il est important de considérer l'état de trophicité des tissus ainsi que les caractéristiques de la fibrose au niveau du vagin [26].

**La trophicité peut être classée selon trois degrés:**

- **bonne trophicité**: les tissus sont souples, épais, bien vascularisés, et non adhérents,
- **trophicité moyenne**, les tissus sont minces, macroscopiquement normaux, et paraissant clivables,
- **trophicité mauvaise**: les tissus sont rigides, minces et intimement adhérents au périoste pubien.

**Quant à la fibrose, elle peut être:**

- absente, donc le vagin est quasi-normal,
- moyenne nécessitant ainsi un simple débridement,

- importante, avec pertes importantes de substance après excision et donc à combler.

### **6.3- Lésions associées**

Au cours d'une fistule, d'autres organes peuvent être affectés par des lésions importantes. Cette atteinte peut être d'ordre gynécologique ou digestif.

#### **- Les atteintes gynécologiques**

##### **L'utérus :**

La fistule est provoquée par l'immobilité de l'utérus du fait de l'extension de la fibrose sur les ligaments de Mackenrodt, cela entraîne une grande difficulté d'exposition de la paroi vaginale antérieure. En effet, le col de l'utérus sain (déchiqueté) et court s'enfonce dans la masse de sclérose qui est à la fois sténosée, remaniée et déformée sur la lèvre supérieure. Cela favorise autant l'hématocolpos que la formation d'une fistule. Elle se manifeste donc par un écoulement urinaire au niveau de la zone cicatricielle qui est ainsi le signe de la fistule vésico-utérine. Elle fait place à des infections (endométrites, salpingites chroniques), à des dysovulations, à la dysménorrhée, à la stérilité tubaire (donc faculté de procréation compromise) [26].

##### **Le vagin:**

Une bride ou une sclérose majeure (voir figure 4) peut se voir au niveau du vagin. Elle peut être parfois d'une grande sévérité, ne laissant pas passer un doigt au cours d'un examen vaginal.

##### **La vulve:**

Elle peut être le siège d'une macération importante, des condylomes, des végétations ulcérées et surinfectées ou des pustules.

### Atteintes digestives

L'atteinte digestive peut être sous forme d'une fistule recto-vaginale, haute ou basse, punctiforme ou géante. Une atteinte haute peut réaliser une véritable colostomie, tandis qu'une atteinte basse peut être accompagnée d'une rupture du sphincter anal.

### - Atteintes Périnéales

Une déchirure du périnée peut être observée. Elle peut être: du 1<sup>er</sup>, second, au 3<sup>ème</sup> degré, associée ou non à une rupture de l'anneau du sphincter anal et une rupture étendue de la cloison recto-vaginale.

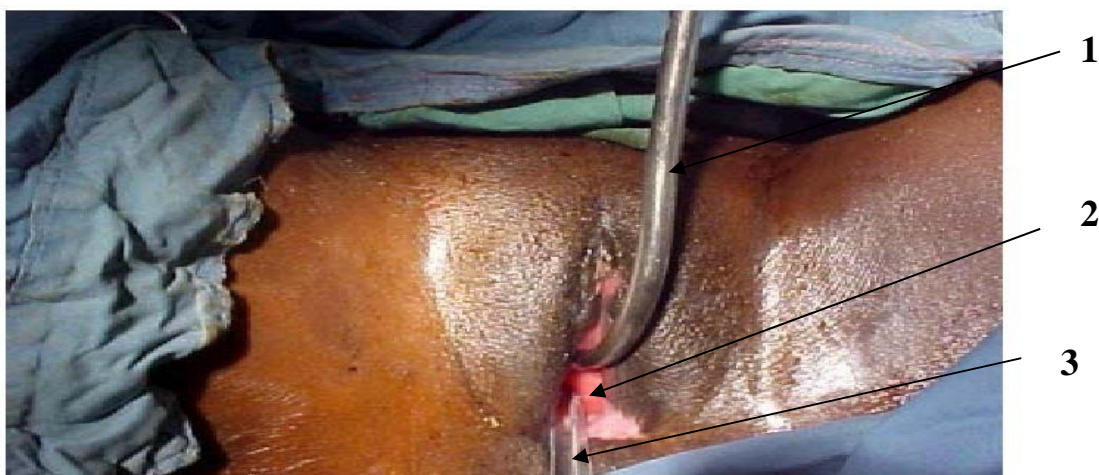


Figure 4: Schéma d'une atrésie vaginale

1 : bernique 2 : vulve 3 : valve

Figure 4 : schéma d'une sclérose vaginale [26]

## 7- Classification

### 7.1- Fistules vésico-vaginales

Il existe plusieurs classifications de la fistule vésico-vaginale. Elles prennent en compte :

- L'état général,
- Le siège de la lésion,
- Le degré de perte de substance vésicale,
- L'aspect anatomo-pathologique des tissus,
- Le degré de destruction cervicale et/ou urétrale.

#### 7.1.1- Classification d'A. Mensah et coll.

- **Les fistules simples** : Loin des orifices urétéraux, avec un urètre indemne, pas de sclérose péri-fistuleuse. La cure par voie basse aboutit presque toujours à une guérison dès la première intervention.
- **Les fistules complexes** : le col vésical est détruit et l'urètre peut être atteint partiellement ou totalement. Cependant, la sclérose péri-fistuleuse est limitée, la cure par voie basse est possible au prix d'une incontinence urinaire quasi-systématique.
- **Les fistules compliquées ou FVV « africaines »** présentent de véritables délabrements uro-génitaux et périnéaux. Le col vésical et l'urètre sont détruits et la sclérose péri-fistuleuse est très étendue. Dans ce cas, elle peut obstruer l'un ou les méats urétéraux, ainsi, la cure reste très difficile [27].

### **7.1.2- Classification de R. Couvelaire**

Réné Couvelaire classe les fistules en deux groupes : [28]

#### **o Groupe I : FVV simples**

- Avec un petit ou grand trou rétro trigonal,
- La base de leur traitement est un dédoublement-fermeture simple (Chassar-Moir), ou renforcé par une myoplastie.

#### **o Groupe II : FVV complexes**

Elles désignent des lésions contenant deux ou plusieurs des éléments suivants :

- le trou se trouve juste à l'orifice urétral,
- le col vésical est perforé,
- la capacité du réservoir vésical est réduite ou alors la trophicité du détrusor est anormale. Une perte de tout ou d'une partie de l'urètre ; une sclérose importante et une fistule recto-vaginale accompagnent la FVV avec la présence d'une lésion du périnée et du pelvis.

### **7.2- Classification de l'AFOA :**

Elle est dérivée de la classification de Maurice Camey et de Ludovic Falandry [24].

Les FVV sont classées en 3 grands groupes :

#### **7.2.1- FVV simples**

Siégeant à la face postérieure de la vessie, à distance du col, en tissu sain et souple, de taille inférieure à 3 cm.

En fonction du siège de la fistule, elles se divisent en :

- Hautes : siégeant près du col utérin,
- Basses : siégeant près du col vésical,



- Moyennes : siégeant en pleine cloison vésico-vaginale.

En fonction de la taille de la brèche, il est distingué :

- La FVV punctiforme, difficile à visualiser,
- La destruction de la cloison vésico-vaginale qui admet au moins deux ou trois doigts, permettant alors le toucher intra vésical. Cette fonction ne présente pas de sclérose des tissus sains.

### **7.2.2. FVV complexes**

Elles regroupent les FVV de la région trigono-cervico-utéro-vaginale en respectant la continuité de la paroi antérieure de la vessie avec la paroi antérieure du col et de l'urètre.

### **7.2.3. FVV graves ou transection)**

Ici, une destruction partielle ou totale de l'urètre, du col vésical (avec sclérose modérée), et de l'urètre obstrué (borgne). Ainsi, à cause de l'envahissement du tractus urogénital par un processus scléro-infectieux, la sclérose peut être importante, surtout si le vagin est cartonné.

## **7.3- Classification de Kees Waaldik**

La fistule vésico-vaginale est classée suivant trois facteurs [25] :

- l'environnement de la fistule est bien déterminé ;
- la localisation anatomique de la fistule est située ;
- l'expérience du chirurgien est faite.

### **7.3.1- Suivant l'environnement, trois situations sont possibles**

- fistule sur vagin souple,

- fistule sur sclérose vaginale (brides, sténose ou atrésie vaginale),
- fistule vésico-vaginale + déchirure du périnée 1er, 2ème, 3ème degrés, FRV.

### **7.3.2- Suivant la localisation**

#### **o Fistules de la cloison vésico-vaginale**

- La fistule est située en plein centre de la cloison vésico-vaginale épargnant les deux cols vésical et utérin.
- La fistule peut être de taille petite, moyenne, grande ou large.
- Le pronostic est favorable.

#### **o Fistules trigono-cervico-urétro-vaginales**

La fistule touche le trigone vésical et le col utérin. De plus, les méats urétéraux sont proches, parfois visibles. Ces derniers doivent être recherchés et si possible cathétérisés.

Elle présente un risque majeur de ligature et/ou de blessure des uretères lors de la cure chirurgicale.

#### **o Fistules Complexes (Mixtes)**

Elles constituent des fistules mobilisées par les fistules recto-vaginales hautes associées, ainsi l'épisiotomie uni ou bilatérale est essentiellement faite pour les exposer.

#### **o Fistules iatrogènes**

Elles peuvent être des fistules hautes rétro trigonales (vésico-utérine et vésico-cervico-utéro-vaginale) ou plutôt des fistules urétéro-vaginale [10].

#### **7.4- Classification de Zacharin (Les fistules recto-vaginales)**

Elles se classent en :

- fistules hautes,
- fistules basses,
- déchirures périnéales complètes du 3ème degré, c'est-à-dire touchant tout l'appareil sphinctérien et le canal anal [10].

### **8- Etude clinique de la fistule**

#### **8.1- Diagnostic positif**

##### **8.1.1- Diagnostic clinique**

##### **8.1.1.1- Symptomatologie Fonctionnelle**

###### **□ Interrogatoire**

###### **Les fuites urinaires**

Elles sont caractérisées par l'odeur ammoniacale qui est caricaturale des urines.

Cette odeur constitue le maître symptôme, presque toujours révélateur de la maladie.

L'interrogatoire est minutieux et bien guidé. Ainsi, il doit rechercher :

- l'identité du patient, à savoir son âge, son état matrimonial, sa parité, sa gestation, son origine géographique, ainsi que son niveau socio-économique,
- ses antécédents médico-chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux,
- les circonstances de survenue de l'écoulement urinaire,
- les caractères de ses fuites urinaires à savoir la date d'apparition de la fistule; Le caractère involontaire, diurne et/ou nocturne; souvent à caractère permanent (sauf en cas de fistule haute ou de trajet en baïonnette).

### **Les signes associés:**

Les fuites urinaires peuvent s'accompagner de :

- brûlures mictionnelles,
- l'hématurie qui peut être le signe d'une bilharziose
- leucorrhées,
- signes d'irritation vulvo-vaginale (brûlures vulvaires, prurit parfois associé à des douleurs périnéales),
- aménorrhée qui survient dans 40 à 50 % des cas.

### **8.1.1.2- Examen clinique**

Il doit être pratiqué dans une salle bien éclairée, sur une table d'examen gynécologique et en expliquant d'emblée à la patiente les différentes étapes de l'examen. Il permet de confirmer le diagnostic, d'établir le bilan lésionnel et la classification de la fistule, classification indispensable pour l'indication opératoire [29].

#### **- Inspection :**

D'abord, elle certifie le diagnostic devant un écoulement des urines par le vagin alors que le méat reste sec. Elle permet également d'apprécier l'état vulvo-périnéal en mettant en évidence des lésions cutanées et vulvaires provoquées par les urines (irritations vulvaires, pustules, érythème des cuisses et de la région fessière, des concrétions calcaires sur la base des poils pubiens).

#### **- Toucher vaginal :**

Il permet de :

- découvrir les fistules vésico-vaginales d'une certaine taille et de préciser ainsi leurs caractéristiques (diamètre, berge).

- déterminer le remaniement sur les tissus péri-fistuleux ainsi que l'état régional du pelvis (souple, fixé par fibrose ou gelé par la sclérose).

Il a ainsi des intérêts aussi bien diagnostiques que thérapeutiques.

- **Examen gynécologique sous valve**

Cet examen permet de visualiser la fistule au niveau de la paroi antérieure du vagin et d'étudier également : l'étendue de la perte de substance, la trophicité des berges de la fistule, de la paroi vaginale et de la calotte vésicale ainsi que l'état de l'urètre et du col utérin.

- **Épreuves au bleu :**

Etapes primordiales pour établir le diagnostic des petites fistules, surtout quand celles-ci sont noyées dans une zone inflammatoire qui ne peut pas être déterminée par un examen visuel.

Elles sont réalisées par le biais d'un bleu de méthylène additionné de sérum physiologique introduit dans la vessie. Au moment où le tampon s'imprègne de bleu il est possible d'en conclure l'existence d'une fistule dans cet organe.

Si l'épreuve est négative, il s'agit soit d'une petite fuite, soit d'une fistule haute (tirer sur le col pendant le test), soit d'une fistule urétérovaginale, soit d'une incontinence par insuffisance sphinctérienne (fuite par le méat).

- **Toucher rectal :**

Il permet d'explorer la cloison recto-vaginale et le bas fond vésical et de rechercher une éventuelle communication recto-vaginale. Il permet de savoir l'état du sphincter anal.

### **8.1.2- Examens complémentaires**

Les examens complémentaires entrent surtout dans le cadre d'un bilan de terrain et d'opérabilité (bilan standard biologique et imagerie) [29].

- **Cystoscopie :**

Elle représente un grand apport, car elle peut repérer l'orifice fistuleux et déterminer à la fois ses rapports avec le col vésical, le trigone et les orifices urétéraux.

Elle permet aussi de cathéteriser les uretères en préopératoire, de préciser l'état des berges de la fistule, d'évaluer la capacité vésicale et de rechercher les lésions associées. Cependant, elle n'est pas réalisable pour les grands délabrements.

**- Urographie intraveineuse (UIV) avec cliché de cystographie :**

Un examen vraiment essentiel. En effet, elle permet de connaître l'état du haut appareil urinaire et de montrer une éventuelle lésion urétérale. Le cliché des  $\frac{3}{4}$  en cystographie peut déterminer la FVV aussi bien au sein de la vessie que du vagin et ce, après opacification de ce dernier. Le même cliché peut mettre en évidence, une communication vésico-utérine.

**- Uréthro-cystographie rétrograde (UCR):**

Elle doit être réalisée lorsque le cliché de cystographie insatisfaisant à l'UIV en vue d'identifier le trajet de petites fistules. .

**- Echographie :**

Elle possède deux intérêts distincts : le premier est la mise en évidence du trajet fistuleux en évoquant si les petites fistules et la réplétion vésicale sont trop importantes, car leur apparence peut masquer le trajet fistuleux. Le second est surtout d'apprécier une dilatation rénale et/ou une lithiase vésicale.

### **8.1.3. Bilan lésionnel**

Il précise la taille, le siège de la ou des fistules dans le vagin, les rapports entre le col vésical et l'urètre (fistule cervico-urétéro-vaginale, désinsertion cervico-urétrale totale ou partielle avec urètre perméable ou borgne), l'état de l'urètre (conservé ou détruit), et la visibilité des orifices urétéraux dans le but d'évaluer la possibilité de les cathéteriser. La vue, les toucher rectal et vaginal déterminent l'importance de la sclérose et apprécient ainsi les adhérences et surtout l'étendue

des pertes de substance au niveau du vagin, de la vessie, du col utérin et du rectum. Il est à noter qu'une lithiase préexistante doit être enlevée avant la cure de la FVV.

## **8.2. Diagnostic différentiel**

La FVV ne doit pas être confondue avec les autres causes de fuite d'urine, cela peut être [28] :

- l'incontinence urinaire d'effort : qui est la perte involontaire d'urine par l'urètre, due à l'incompétence du système sphinctérien vis à vis des pressions engendrées ou transmises par la vessie. Dans ce cas, la manœuvre de Bonney lorsqu'elle est positive montre l'incontinence d'effort ;
- l'abouchement ectopique congénital de l'urètre dans le vagin;
- les fuites d'urine par trigonites consécutives à un sondage vésical et la rétention avec miction par regorgement, après un accouchement ou une intervention gynécologique.

## **8.3. Evolution et pronostic**

La FVV récente et de petite taille peut guérir, parfois même spontanément, après un drainage efficace des urines vésicales durant un mois. Pourtant, cette situation reste rare.

La fistule vésico-utérine, quoique bien tolérée et pouvant guérir spontanément, nécessite un traitement chirurgical relativement aisé.

La fistule uréthro-vaginale ne présente pas de gravité si elle se situe au niveau distal, et que la continence reste conservée. Pourtant, dans le cas contraire, son évolution se manifeste généralement vers des complications infectieuses et anatomiques (macération, sclérose et rétrécissement du vagin) et récurrentes si la fistule n'est pas traitée.

Dans certains cas, l'évolution et le pronostic de la maladie sont déterminés par une détresse psychologique majeure. En effet, il peut survenir une dépression

majeure pouvant aller jusqu'au suicide, un tel geste étant considéré par certains comme la solution ultime pour échapper aux souffrances et à la douleur [30]

## **9- Traitements**

La prise en charge de la FVV est avant tout multidisciplinaire [21] : du psychothérapeute au gynécologue, en passant par l'urologue (qui établit la cure chirurgicale). La réussite de ce traitement chirurgical est fondamentale et détermine la poursuite des autres traitements (ultérieurs).

### **a. Buts du traitement**

Le but du traitement consiste à restaurer une anatomie normale, autrement dit, rendre la vessie à la fois étanche et continente, elle suppose la fermeture de la fistule et la restauration de l'appareil sphinctérien s'il était lésé [25].

### **b. Moyens du traitement**

#### **9.2.1. Traitement médical**

Le traitement médical est nécessaire dès les premiers jours. L'objectif consiste à mettre en condition la patiente avant l'acte chirurgical. Il consiste ainsi à la désinfection locale des lésions, à l'irrigation antiseptique, à l'antibiothérapie par voie générale et par application locale.

#### **9.2.2. Traitement chirurgical**

##### **9.2.2.1. Buts**

Les buts du traitement chirurgical sont de:

- rétablir l'étanchéité vésicale ;
- rétablir la continence ;
- prévenir la récurrence par des césariennes itératives ;
- permettre à la femme de retrouver une vie sexuelle normale et l'aptitude à procréer ;



- assurer sa réinsertion sociale et économique.

Ce traitement sera de nature curative si l'atteinte de ces objectifs est possible, et palliative au cas où la fermeture de la FVV s'avèrerait impossible et laissant l'unique recours à la dérivation urinaire [26].

#### **9.2.2.2. Principes généraux du traitement chirurgical**

Ces principes furent énoncés par COUVELAIRE en 1953. PERQUIS MAHOUZE, évoque la nécessité de bien voir, de bien dédoubler, de bien affronter les surfaces, et aussi de bien drainer la vessie. Pour que l'intervention réussisse et aussi, avant de se lancer dans les chirurgies à visées esthétiques et fonctionnelles, il faut opérer dans un délai raisonnable, avant l'installation de la fibrose et utiliser au maximum le capital de tissu local (OUATTARA K.) [28].

#### **9.2.2.3. Voies d'abord et de position**

Trois voies d'abord s'avèrent possibles. Elles sont essentielles hormis la voie postérieure avec résection coccygienne pour la cure de certaines fistules rectales.

##### **Fermeture de la FVV par voie basse vaginale :**

Elle facilite l'accès direct aux lésions tout en exposant bien les zones de prélèvement éventuelles (greffe de Martius). Elle constitue également un choix de préférence si on envisage un abord abdominal dans le but de garantir un bon éclairage.

##### **o Fermeture de la FVV par la voie abdominale**

Elle constitue la voie de choix pour les FVV hautes (vésico-utérine, urétérovaginale, retro trigonale).

##### **o Fermeture de la FVV par voie mixte abdomino-périnéale**

Elle reste indispensable si la dissection basse de l'orifice de la FVV est en bas, et la dissection et la fermeture de la vessie en haut. Donc, la dissection de l'orifice

vaginal par le bas, la dissection et fermeture de la vessie par en haut puis fermeture du vagin après interposition de Martius fait appel à son aide.

#### **9.2.2.4. Pansement et surveillance**

En post-opératoire, la surveillance et les soins constituent des éléments primordiaux. L'introduction dans le vagin de mèches imbibées de solution de polyvidone iodée diluée (Bétadine) contribue à l'effacement des espaces morts, évite l'adhérence des tissus et draine les sérosités. Les mèches seront enlevées 24-48 heures après l'intervention. La surveillance de la sonde vésicale et un bain de siège restent toujours nécessaires.

#### **9.2.3. Traitement préventif**

Il est constitué principalement par la prise en charge correcte de l'accouchement. L'accouchement médicalisé doit se dérouler à vessie vide par sondage ou par ponction vésicale et aussi avec la pose d'une sonde vésicale à demeure au décours de tout accouchement difficile.

# **METHODOLOGIE**

## IV. METHODOLOGIE

### 1. Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service d'Urologie du CHU Gabriel Touré.

### 2. Période et type d'étude :

Nous avons effectué une étude rétrospective des données qui s'est déroulée sur une période de 5 ans du 1<sup>er</sup> Janvier 2016 au 31 Décembre 2021

### 3. Population d'étude :

La population d'étude était constituée par les femmes porteuses de fistule vésico-vaginales admises et traitées durant la période d'étude.

#### ❖ Critères d'inclusion :

Etaient incluses dans notre étude :

- Les patientes souffrant d'une FVV, d'une FRV, d'une fistule cervico vaginale, d'une fistule uréthro- vaginale opérées ou non opérées.

#### ❖ Critères de non inclusion :

N'étaient pas incluse dans l'étude :

- Incontinence sphinctérienne
- Incontinence d'effort
- Incontinence post-opératoire après fermeture d'une FVV

### 4. Technique d'échantillonnage :

Nous avons effectué un échantillonnage exhaustif de tous les patients admis au service d'urologie du CHU Gabriel Touré pendant la période d'étude.

### 5. Méthode :

#### 5.1 Collecte des données :

Les données ont été collectées sur des fiches d'enquête préétablies.

Les variables étudiées sont : L'âge, le sexe, l'ethnie, la profession, l'aspect clinique, le traitement et l'évolution.

### **5-2 Matériels :**

La saisie et le traitement des données ont été réalisés avec les logiciels Microsoft office 2016 (Word, Excel) et SPSS version 22.

Le chi carré (Khi 2) a été utilisé pour la comparaison des variables, avec un seuil de significativité si  $P < 0,05$ .

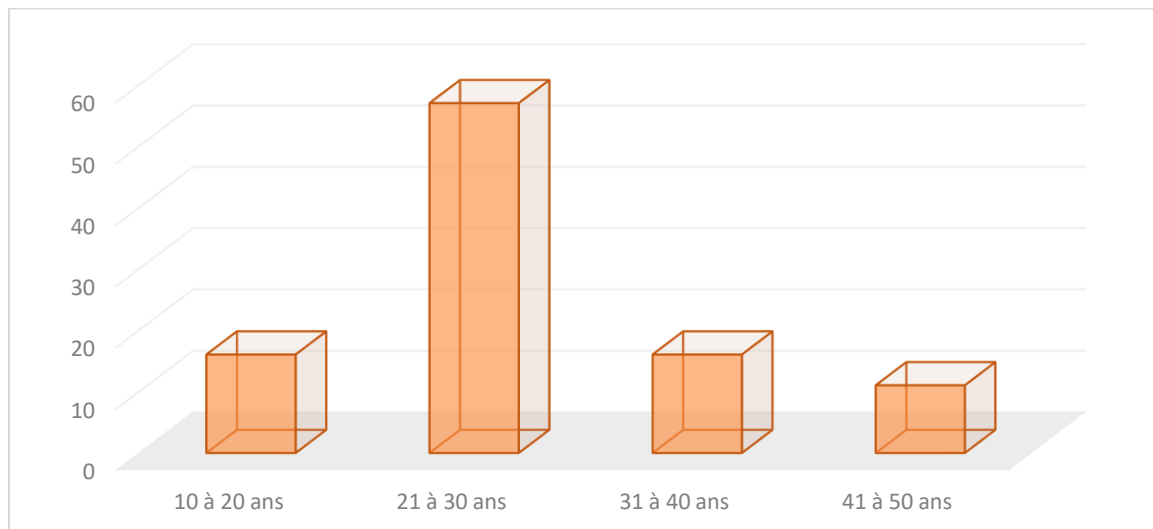
### **6. Considération Ethique**

Le consentement libre et éclairé de façon verbale des patientes a été demandé aux fins de l'étude. La confidentialité et l'anonymat des participantes ont été respectés.

# **RESULTATS**

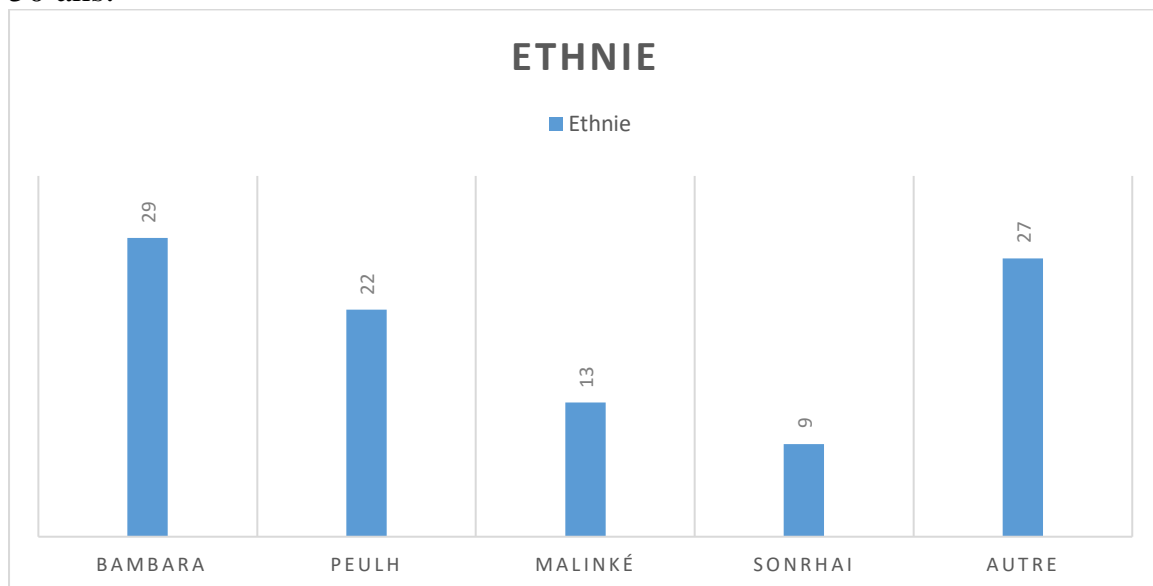
## V. RESULTATS

Durant notre étude, nous avons recensés 100 cas de fistules vésico-vaginales sur un total de 1850 Pathologies urinaires, soient une fréquence de 5,40%.



**Figure 5 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge**

La tranche d'âge de 21 à 30 ans était la plus représentée avec 57% des cas. L'âge moyen de notre étude est de  $27,30 \pm 8,378$  ans, avec des extrêmes de 13 et 50 ans.



**Figure 6 : Répartition des patientes selon l'éthnie**

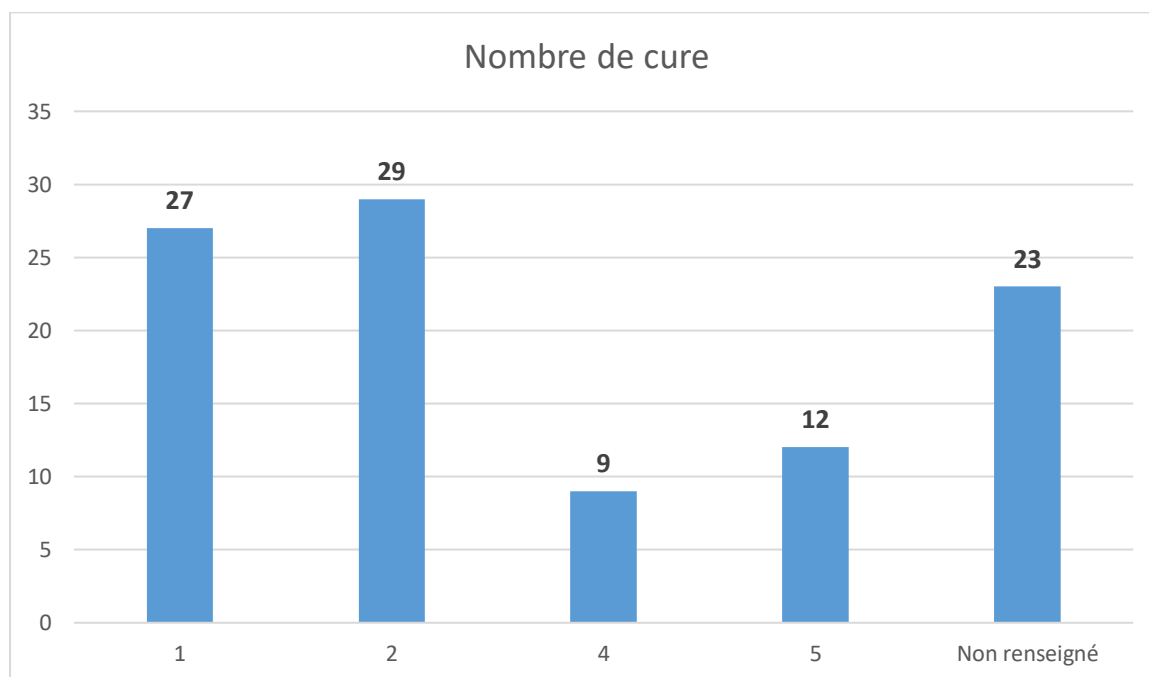
Autres : Arabe (5) ; Dafing (4) ; Dogon (6) ; Kassonké (5) Maure (2) ; Senoufo (5)

Les bambaras ont été l'éthnie la plus rencontrée avec 29% des cas.

**Tableau I : Répartition des patientes selon la profession**

Profession	Fréquence	Pourcentage
<b>Ménagère</b>	<b>86</b>	<b>86,0</b>
Cultivatrice	4	4,0
Commerçante	10	10,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Les ménagères ont représenté 86% de notre échantillon.



**Figure 7 : Répartition des patientes selon le nombre de cure**

Environ 29% des patientes avaient effectué 2 cures de fistules. Par contre ; 23% n'avaient pas renseigné sur le nombre de cure.

**Tableau II : Répartition des patientes selon la perte d'urine**

Perte d'urines	Fréquence	Pourcentage
Debout	35	35,0
Couchée	4	4,0
Permanentes	61	61,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

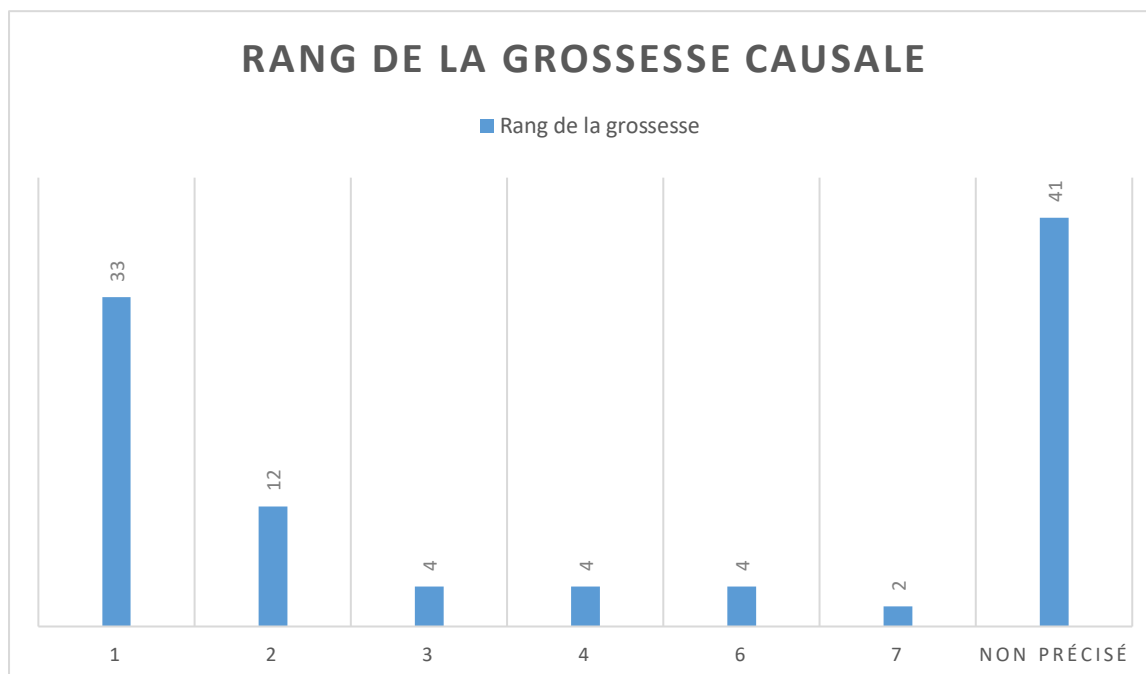
Environ 61% de nos patientes affirmaient que la perte d'urine était permanente.



**Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge de la F.V.V (années)**

Age de la F.V.V (années)	Fréquence	Pourcentage
Non précisé	31	31,0
1	10	10,0
2	9	9,0
<b>3</b>	<b>19</b>	<b>19,0</b>
4	5	5,0
10	16	16,0
12	6	6,0
Total	100	100,0

Environ 19% des patientes, avaient une fistule depuis près de 03 ans.



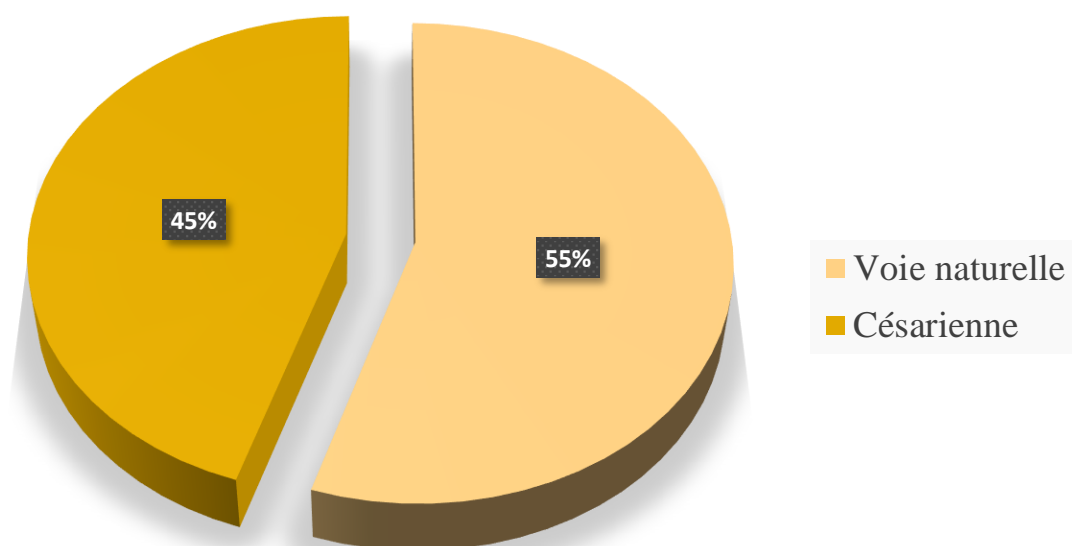
**Figure 8 : Répartition des patientes selon le rang de la grossesse causale**

Près de 33% de nos patientes étaient primipares.

**Tableau IV : Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement**

Lieu d'accouchement	Fréquence	Pourcentage
Non précisé	10	10,0
Domicile	5	5,0
<b>Maternité</b>	<b>85</b>	<b>85,0</b>
Total	100	100,0

La quasi-totalité de nos patientes avaient accouché dans une maternité contre 5% qui avaient accouché à domicile.



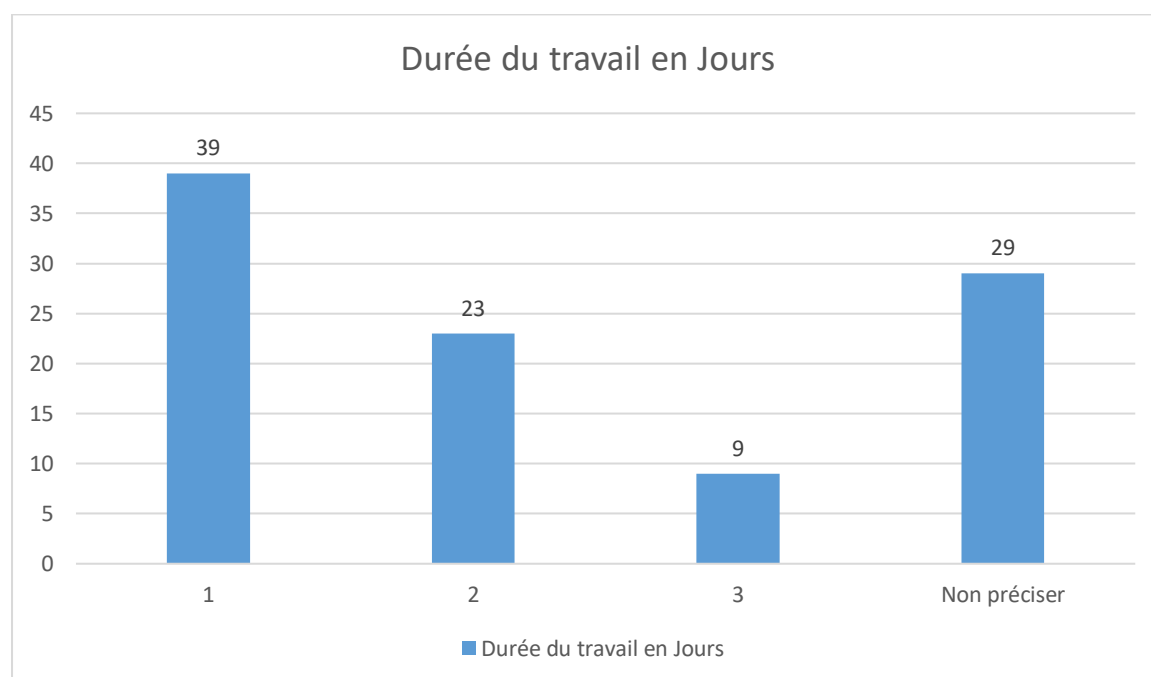
**Figure 9 : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement**

Plus de la moitié de nos patientes avaient accouché par voie naturelle

**Tableau V : Répartition des patientes selon l'Etat de l'enfant**

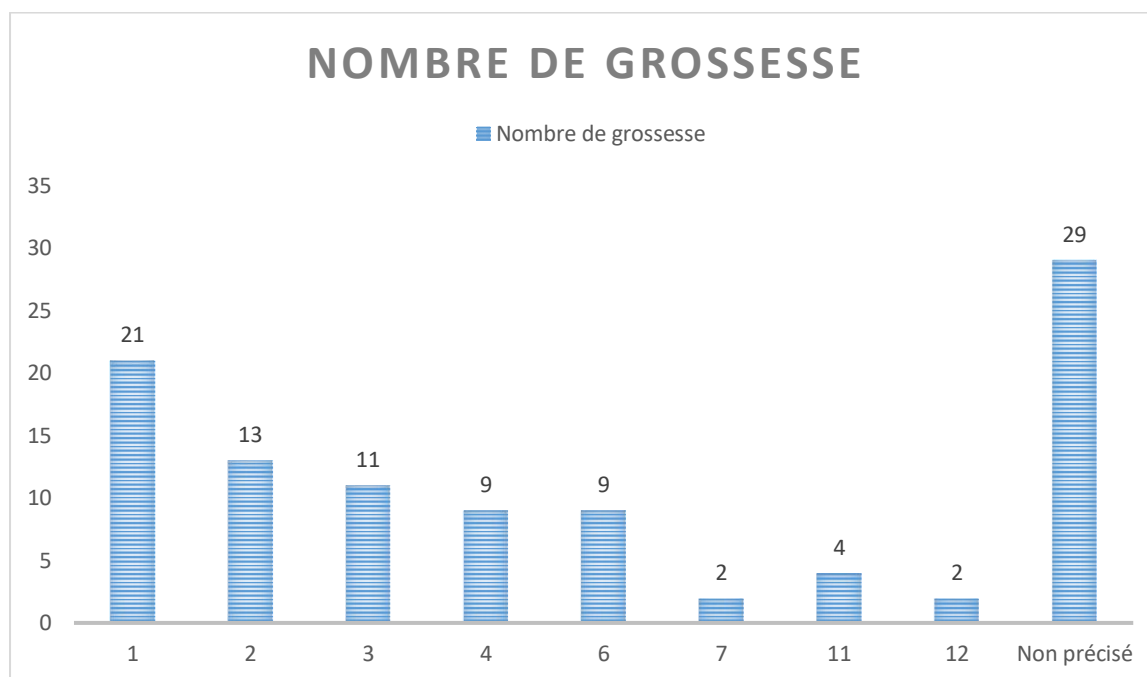
Etat de l'enfant	Fréquence	Pourcentage
Non précisé	5	5,0
Mort-né	59	59,0
Vivant	36	36,0
Total	100	100,0

Dans notre série 59% des cas enfants étaient mort-nés.



**Figure 10 : Répartition des patientes selon la durée du travail en jours**

Chez 39% des patientes le travail d'accouchement avait duré 01 jour

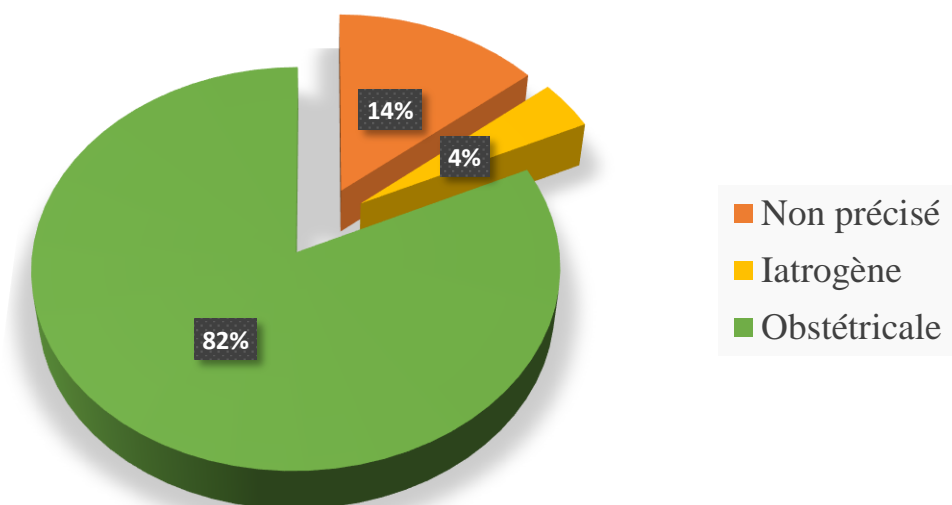


**Figure 11 : Répartition des patientes selon le nombre de grossesse**  
 Environ 21% des patientes avaient effectué 01 grossesse.

**Tableau VI : Répartition des patientes selon le cadre de vie**

Cadre de vie	Fréquence	Pourcentage
<b>Foyer conjugal</b>	<b>88</b>	<b>88,0</b>
Foyer parental	12	12,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Dans 88% des cas, les patientes résidaient dans le foyer conjugal.



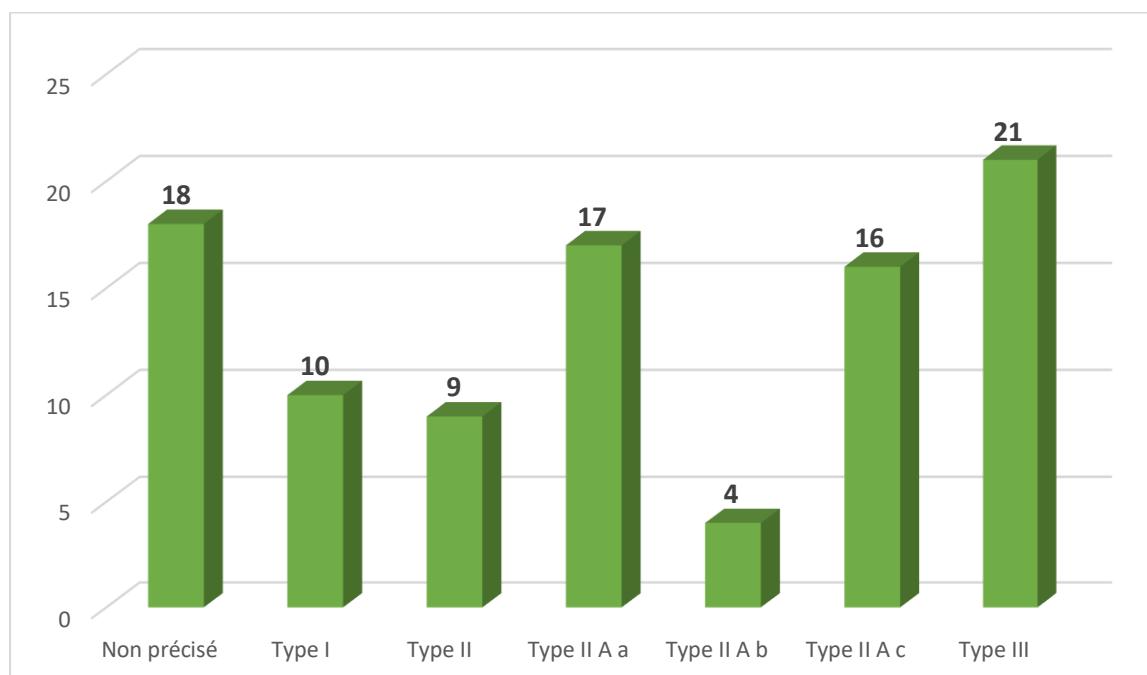
**Figure 12 : Répartition des patientes selon le type de fistule**

Environ 82% des patientes avaient des fistules obstétricales.

**Tableau VII : Répartition des patientes selon le type anatomique de la FVV**

Type anatomique de la FVV	Fréquence	Pourcentage
Non précisé	35	35,0
F.V.V. sur sclérose vaginale	11	11,0
<b>F.V.V. sur vagin souple</b>	<b>54</b>	<b>54,0</b>
Total	100	100,0

Dans 54% des cas, nous avons une FVV sur Vagin souple.



**Figure 13 : Répartition des patientes selon la classification des fistules selon Waaldjik**

Le type III était le plus représenté retrouvé dans 21% des cas.

**Tableau VIII : Répartition des patientes selon le traitement chirurgical**

Traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage
<b>Fistuloraphie, néouretre</b>	<b>82</b>	<b>82,0</b>
Anastomose cervico-urétrale partielle, totale	10	10,0
Cure d'incontinence, (Classique TVT, TOT)	8	8,0
Total	100	100,0

La Fistuloraphie, néo-urètre était utilisée dans 50% des cas.

**Tableau IX : Répartition des patientes selon la voie utilisée**

Voie d'abord	Fréquence	Pourcentage
<b>Basse</b>	<b>91</b>	<b>91,0</b>
Haute	9	9,0
Total	100	100,0

La voie basse a représenté 91% des cas de notre échantillon

**Tableau X : Répartition des patientes selon le résultat après traitement**

Résultat après traitement	Fréquence	Pourcentage
Échec	47	47,0
Succès	43	53,0
Non précisé	10	10,0
Total	100	100,0

Environ 53% des patientes étaient sèches au terme du traitement.

**Tableau XI : Répartition des patientes selon la prise en charge**

Prise en charge	Fréquence	Pourcentage
Non précisée	31	31,0
COFESPA	19	19,0
Par la famille natale	19	19,0
<b>Par le mari</b>	<b>31</b>	<b>31,0</b>
Total	100	100,0

Dans 31% des cas, la prise en charge était faite par le mari.

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**



## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 1- La fréquence

Durant notre étude, nous avons recensé 100 cas de fistules vésico-vaginales sur un total de 950 Pathologies urinaires, soient une fréquence de 10,52%.

### 2- Caractéristiques sociodémographiques

#### ➤ L'âge

Durant notre étude, la tranche d'âge de 21 à 30 ans était la plus représentée avec 57% des cas. L'âge moyen de notre étude est de  $27,30 \pm 8,378$  ans, avec des extrêmes de 13 et 50 ans. Ces résultats se rapprochent de ceux de **Landouré D [7]** qui avait rapporté un âge moyen de 27 ans, avec des extrêmes de 14 et 49 ans. Lors d'une étude menée par **Komanda E et al [31]**, la majorité des fistuleuses avaient un âge compris entre 20 et 34 ans (45,61%) ans avec des extrêmes de 15 et 75 ans.

Ces résultats pourraient s'expliquer du fait que les jeunes adultes sont en âge de procréer, sachant que le mariage précoce et le jeune âge au moment de l'accouchement (Bassin immature) favorisent la survenue de FVV.

#### ➤ L'ethnie

Les bambaras ont représenté l'ethnie la plus rencontrée avec 29% des cas ; cela pourrait s'expliquer par le fait que les Bambaras sont l'ethnie majoritaire à Bamako.

Selon **Landouré D [7]**, l'ethnie majoritaire était les sarakolés dans 64% des cas, suivie des Bambaras dans 15,9% des cas. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille d'échantillon et le lieu d'étude.

#### ➤ Profession

Les ménagères ont représenté 86% de notre échantillon. Ces résultats se rapprochent de ceux de **Landouré D [7]** qui affirmaient que « la majorité des femmes interrogées (950 sur 957), déclarent se dédier au « ménage », sans spécifier un autre type d'activité.

Mise à part sa symptomatologie, la FVV entraîne un inconfort empêchant toute activité normale. La fuite et l'odeur des urines empêchent les femmes de mener des activités génératrices de revenus, les confinant uniquement aux travaux de champs, leur attribuant une faible participation à l'économie locale. La majorité de ces femmes habite à la campagne, et pratique soit l'agriculture, soit l'élevage. Si non, elles restent au foyer.

Il apparaît que le bas niveau socio-économique et le faible niveau d'instruction caractérisent la FVV dans le contexte. Ce cas illustre les difficultés qu'ont eues ces patientes à faire face aux dépenses de leur prise en charge.

L'amélioration du niveau socio-économique peut permettre de prévenir cette affection en créant des activités pour ces femmes.

### **3- Facteurs obstétricaux**

#### **➤ La parité**

Durant notre étude, près de 33% de nos patientes étaient primipares suivies de 12% qui étaient des paucipares. Il existe bien une corrélation entre la parité et la survenue des FVV. Ces résultats sont différents de ceux de **Moulaye L [32]** et **Diakité M [33]** qui avaient trouvé respectivement 60 % et 42,8% de patientes primipares. Pour les primipares c'est généralement l'immaturité gynéco obstétricale qui en est la cause.

Cette différence pourrait s'expliquer par le manque d'information chez près de 41% des patientes sur la parité.

#### **➤ Le mode d'accouchement**

Lors de notre étude, plus de la moitié de nos patientes avaient accouché par voie naturelle, soit 55% contre 45% avaient subi une césarienne.

La césarienne est pratiquée dans le cadre d'urgence d'obstétricale suite à une dystocie. Le fait qu'on retrouve une fistule basse chez certaines patientes qui ont subi une césarienne, montre que la césarienne n'est pas la cause de ces fistules

basses. Nos résultats sont similaires à ceux de **Moulaye L [32]** qui avait 76% d'accouchement par voie naturelle contre seulement 23,3% de Césariennes. Selon **Landouré L [7]**, 83% des patientes déclarent avoir accouché par voie basse face à 6% par césarienne qui pourrait être cause de fistule obstétricale.

➤ **Lieu d'accouchement**

La quasi-totalité de nos patientes avaient accouché dans une maternité, soit 85% contre 5% qui avaient accouché à domicile. Ces résultats sont similaires à ceux de **Diakite M [33]** chez qui, la majorité des patientes, soit 87,5%, avaient accouché dans une structure sanitaire contre 12,5% qui avaient accouché à domicile sans aucune assistance médicalisée. Une étude menée à Madagascar **[34]** a démontré que 66,25 % des patientes ayant présenté une FVV ont accouché dans un centre de santé contre 33,75 % ayant accouché à domicile.

Comme confirme **Diallo A et al.** lors des études au Guinée en 2016, la majorité des parturientes ont accouché à domicile sans assistance médicale avec une proportion de 37,3 % contre 56,7 % des accouchements au centre de santé **[35]**.

➤ **Durée du travail**

Chez 39% de nos patientes, le travail avait duré 01 jour suivi de 32% d'une durée de plus de 24H.

Les femmes ayant accouché après 36 heures, sont des femmes susceptibles de déclencher une FO au moment de la délivrance, en plus de la probabilité de mortalité néonatale et d'avoir des séquelles suite à l'accouchement.

Au terme de l'étude, 61% des patientes affirmaient que la perte d'urine était permanente.

#### **4- Historique de la fistule**

➤ **Age de la fistule**

Durant notre étude, 19% de nos patientes avaient une fistule depuis près de 03 ans. La FVV, à cause de la honte qu'elle occasionne est une maladie cachée. L'étude de **RAKOTORAVO. R [34]** a permis de constater qu'avant d'être

traitées, les patientes ont vécu avec la fistule pendant plus de douze mois dans 87,34 % des cas.

Selon Palluku **J et col** en 2015, les patientes ayant vécu plus de 8 ans « dans les urines » ont été les plus représentées avec une prévalence de 51,8 % [36]. Pourtant, **Diallo et al.**, en 2016 et **Joseph B et al.** en 2018 ont trouvé que plus de la moitié des patientes étudiées vivaient avec leur fistule plus de 4 ans d'évolution [37, 35].

Cette longue durée d'attente est due au manque de moyen et d'informations sur la gravité de la maladie et la prise en charge de FVV.

En effet, les responsables au sein de la Direction de Lutte contre la Maladie non Transmissible du Ministère de la santé publique devraient sensibiliser la population à l'aide des médias, insistant sur l'existence des campagnes de prise en charge gratuite de la FVV. Dans tous les cas, les médecins travaillant notamment dans les zones rurales doivent toujours faire des examens gynécologiques post partum, à la recherche d'un éventuel symptôme de FVV, référer et traiter à temps les victimes pour lutter contre les effets psychologiques de la maladie.

#### ➤ **Nombre de cure**

Heureusement, la prévention et le traitement de la fistule obstétricale étaient parmi les problèmes prioritaires de l'UNFPA. Il dirige actuellement, dans plus de 50 pays, la campagne mondiale pour éliminer les fistules avec l'appui de plus de 80 partenaires. Son objectif vise à rendre cette affection aussi rare que possible en Afrique (y compris au Mali), en Asie et aux Etats Arabes.

La prise en charge thérapeutique de la FVV est cruciale à cause des conséquences de cette affection sur la vie des victimes. D'après cette étude, beaucoup de femmes fistuleuses Maliennes sont venues pour pouvoir bénéficier de la chirurgie (77%)

dans lesquelles environ 29% avaient effectué 2 cures de fistules contre 23% qui n'avaient pas renseigné sur le nombre de cure effectué

En 2018 **Joseph B** affirmait que l'intervention chirurgicale est souvent reprise chez les femmes atteintes de FVV avec un taux de 14 % des patientes. Elles ont subi au moins une opération chirurgicale [35]

Pour les chirurgiens, il faut assurer au maximum la réussite de chaque intervention pour éviter le risque d'une éventuelle rechute. Un tel succès dépend en effet de l'état initial de la fistule, de la compétence du chirurgien et de la qualité des soins postopératoires. La réussite du traitement fait penser qu'un échange d'expérience et un transfert de compétence entre les aînés et les cadets chirurgiens urologues devraient continuer afin de conserver les acquis.

#### ➤ **Type et classification de la fistule**

Environ 62% des patientes avaient des fistules obstétricales, et dans 54% des cas, nous avons une FVV sur Vagin souple tandis que la FVV sur vagin sclérosé représentaient 11% des cas. La fistule de type III était la plus retrouvée dans 21% des cas suivie de la fistule de type II c. ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les patientes reviennent en traitement à un stade avancé de leur fistule, après avoir fait le tour des tradi-praticiens.

Selon **Komanda E et al [31]**, la majorité des femmes, soit 57,9 % avait des fistules vésico-vaginales simples

### **5- Prise en charge de la FVV**

#### ➤ **Voie**

La voie basse a représenté 91% des cas de notre échantillon contre 9% de voie haute. D'après la littérature, cette voie est recommandée par la majorité des auteurs, c'est ainsi que **Tembely A et al [39]** et **Diakite M [33]** avait trouvé respectivement 80,87% et 91,2% d'utilisation de voie basse. Il est à noter que

**Tembely A et al** avaient trouvé également un usage de la voie haute chez 17,39% des patientes.

➤ **Traitement chirurgical**

Durant notre étude la fistuloraphie était utilisé dans 50% des cas. C'est la technique de prédilection dans le traitement des FVV. La majorité des auteurs ont eu recours à cette technique à savoir **Steg A [39]**, **Tembely A et al [38]**, **Diakité M [33]** respectivement dans 68,9% ; 69% et 67% des cas.

Durant l'étude, nous avons également utilisé, bien qu'à de faibles taux, les techniques à type de : Anastomose cervico-urétrale partielle, totale et d'incontinence, (Classique TVT, TOT) dans 4% des cas respectivement.

**Tembely A et al** avaient également enregistré une anastomose cervico-urétrale pour réparer les désinsertions cervico-urétrales partielle et totale dans 17,4 % des cas.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## **VII. CONCLUSION**

Durant notre étude, l'âge moyen des femmes atteintes était de 27 ans ; les ménagères avaient représenté 85% des professions de notre échantillon ; plus de la moitié vivait chez leur conjoint.

L'analyse de la situation nous montre que la fistule obstétricale est peu et très mal connue par la communauté et très mal vécue par les patientes.

Ainsi la femme porteuse de fistule est perçue négativement dans la communauté, comme étant une femme dépendante et une femme que l'on doit rejeter comme un « tam-tam déchiré » qu'on ramène chez son propriétaire.

La patiente elle-même ressent la fistule comme une maladie qui (i) paralyse, invalide et qui est suivie d'écoulements impropres (urines, selles) ; (ii) fait que les gens refusent d'acheter ce qu'elle vend ; (iii) rend la femme inféconde, détruit la vie de la personne et réduit la chance de fonder un nouveau foyer.

Ces perceptions de la fistule obstétricale entraînent son cortège de conséquences comme (i) la marginalisation et l'isolement ; (ii) l'abandon progressif de la patiente au profit d'une autre femme se soldant par le divorce ou répudiation ; (iii) la réduction du temps de travail de la patiente par la lessive pour se rendre propre ; (iv) la réduction de son pouvoir d'achat due à la limitation de ses rapports sociaux ; (v) le traumatisme psychologique causé par l'espoir et/ou l'obsession de guérir.



## VIII. RECOMMANDATIONS

### Au niveau politique

- Engagement fort des leaders administratifs, politiques, religieux, communautaires dans la lutte contre les mariages précoces et les mutilations génitales féminines/excision ;
- Alphabétisation et scolarisation des filles ;
- Promotion de la santé des adolescents et des jeunes ;
- Amélioration des conditions de vie des populations en réduisant la pauvreté ;
- Information et sensibilisation des populations sur les causes et conséquences des FVV ;
- Renforcement des compétences des prestataires de santé en SONU à tous les niveaux de soins de la pyramide sanitaire ;
- Renforcement des capacités des structures de santé en équipements et matériels ;
- Renforcement des capacités des ONG nationales œuvrant dans la lutte contre la FVV ;
- Amélioration de l'accessibilité des structures de santé aux populations.

### Au niveau des structures sanitaires

- Elaborer un plan d'accouchement spécifique à chaque femme, à chaque grossesse lors des consultations prénatales recentrées (CPNR) ;
- Promouvoir les accouchements dans les structures de santé par des prestataires de santé compétents ;
- Vider régulièrement la vessie pour chaque femme en travail d'accouchement ;
- Surveiller systématiquement l'accouchement à l'aide d'un partogramme ;
- Référer ou évacuer à temps en cas de problèmes ;
- Promouvoir la PF.

### Au niveau communautaire

- Mettre l'accent sur la prévention ainsi que sur le traitement de la fistule ;
- Promouvoir des campagnes radiophoniques ainsi que sur les médias locaux pour sensibiliser les communautés sur les dangers des mariages précoces ; des complications potentielles liées à l'accouchement et de l'importance de soins obstétricaux d'urgence en cas de complications ;
- Informer les femmes de la disponibilité des services de réparation de la fistule ;

- Impliquer les leaders religieux dans les campagnes de sensibilisation contre la fistule.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## **IX. REFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **1. Manena V.**

Fistule vésico-vaginale : Aspects étio-pathogéniques et thérapeutiques [Th].  
Médecine Humaine : Antananarivo ; 2004 ; 70 p. Thèse N 9370

### **2. Falandry L.**

Traitement des fistules uro-génitales post partum en Afrique, 261 cas observés en  
10 ans. Prog Urol 1992 ; 2 : 56- 9.

### **3. Dekou HA, Konan PG, Manzan K, Ouegnin GA, Djedje –Mady A, Yau Dje C.**

Le point sur les fistules urogénitales en Côte d’Ivoire à la fin du XXème siècle.  
Résultats de 70 cas. Ann Urol. 2002; 30:334–40.

### **4. Holme A, Breen M, Macarthur C.**

Obstetric fistulae: a study of women managed at the Monze Mission Hospital,  
Zambia. Br J Obstet Gynaecol. 2007; 8:1010–7.

### **5. Falandry L.**

La fistule vesico-vaginale en Afrique, 230 observations. Presse Med 1992; 6: 342-  
5.

### **6. UNFPA Madagascar.**

Lancement de campagne nationale pour lutte contre les fistules obstétricales à  
Madagascar. UNFPA. 2015. Disponible en ligne sur :  
<https://madagascar.unfpa.org> >

### **7. Marisa Ros, Collado Eduardo, Bada Jaime, Carolina Martin Tirand, Aly Landouré**

Etude sur l’Incidence des fistules obstétricales en 2010 dans 4 aires de santé du  
Cercle de Diéma, région de Kayes 2013, P10

### **8. Diarra M.**

Epidémiologie de la fistule obstétricale au Mali, thèse en Méd 2019. P130.These  
N 19M277.

**9. Tunçap O, Tripathi V, Landry E, Stanton CK, Ahmed S.**

Measuring the incidence and prevalence of obstetric fistula: approaches, needs and recommendations. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015 ; 93 : 60-2.

**10. Henri M, Jean Baptiste B.**

Traité des fistules urogénitales de la femme. *Prog Urol* 1870 ; 31 : 823-58.

**11. Falandry L.**

La fistule vésico-vaginale en Afrique, pour une solution, *Med Afr Noire* 1991 ; 38 : 342-346.

**12. Neeraj K, MBA MD, John R M MD:**

Fistule vésico-vaginale de Gestion. *CSEF.USA* 2003.

**13. Moir C. J.**

Marion Sims and the Vesico-vaginal Fistula: Then and Now. *Br Med J*. 7 déc 1940;2(4170):773-8.

**14. Adler AJ, Ronsmans C, Calvert C, et al.**

Estimating the prevalence of obstetric fistula: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:246.

**15. Cowgill KD, Bishop J, Norgaard AK, et al.**

Obstetric fistula in low-resource countries: an under-valued and under-studied problem--systematic review of its incidence, prevalence, and association with stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:193.

**16. Goodwin WE, Scardino PT.**

Vesicovaginal and ureterovaginal fistulas: a summary of 25 years of experience. *J Urol*. 1980;123(3):370-4.

**17. Langkilde NC, Pless TK, Lundbeck F, et al.**

Surgical repair of vesicovaginal fistulae--a ten-year retrospective study. *Scand J Urol Nephrol*. 1999;33(2):100-3.

**18.Wall LL.**

Preventing obstetric fistulas in low-resource countries: insights from a Haddon matrix. *Obstet Gynecol Surv.* 2012;67(2):111-21.

**19.Vangeenderhuysen C, Prual A, Ould el Joud D.**

Obstetric fistulae: incidence estimates for sub-Saharan Africa. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;73(1):65-6.

**20.Wall LL.**

Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *Lancet.* 2006;368:1201 - 09.

**21.Maillot C.**

Anatomie de la vessie. *Medecine et santé.* 2003. <http://www.Incontinence-urinaire.Ch/bs/fr/home/blase> vessie. htm. Consulté le 18 mars 2016.

**22.Rouvière.**

Anatomie humaine: descriptive et topographique. Masson 1970 ; II.

**23.Merger R, Levy J, Melchior J.**

Précis d'obstétrique. 6è édition. Masson ; 1995.

**24.Camey M.**

Les fistules obstétricales. *Prog Urol.* 1998 ; 325 p.

**25.Sablon ML.**

Fistules vésico-vaginales. Centre hospitalier de Mantes la jolie : Développement et santé ; 1990 ; 86 : 76-9.

**26.Kane AF.**

Les fistules vesico-vaginales : situation actuelle au Sénégal à propos de 307 cas [Th]. Méd : Dakar ;2003. 98p.

**27.Mensah A, Diagne BA.**

Les fistules vesico-vaginales : aspects étiopathogéniques et thérapeutiques au Sénégal. *J Urol* 1992 ; 12 :148-51.

**28. Couvelaire R.**

Reflexion à propos d'une statistique personnelle de 136 fistules vésico-vaginales.  
J Urol 1953 ; 59 : 150- 60.

**29. Gueye SM, Diagne BA.**

Aspects épidémiologiques, étiopathogéniques, anatomopathologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la FVV. CHU Hassan II. Mars 2007.

**30. Jean F, Jean R.L**

Les secteurs de l'activité économique. The quarterly Journal of economic 2016 ; 5 : 166-68.

**31. Komanda Likwekwe E, Lupay A, Maindo Alongo M-A, Okenge I.**

Fistules urogénitales : étude épidémiologique et clinique dans deux hôpitaux généraux du district de la Tshopo, Kisangani-RDC, KisMed Décembre 2014, Vol 5(2) :77-81

**32. Moulaye L**

Etude des fistules vesico-vaginales obstetricales à l'hôpital nianankoro fomba de segou , Thèse médecine FMOS-2006, 06M115 : P97

**33. Diakité M**

Etude des aspects gynécologiques des fistules vésico-vaginales obstétricales dans le service d'urologie du CHU point G, Thèse de médecine FMOS-2008, 08M225 : P97

**34. Rakotoravo R**

Aspects épidémiologiques des fistules vesico-vaginales au centre hospitalier universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona 2019. Thèse médecine N°9370 P103.

**35. Diallo AB et col.**

Fistule vésico-vaginale obstétricale au Guinée : analyse des données de 3 sites de prises en charge de l'ONG Engender Health. Prog Urol 2016 ; 26 : 145-151.

**36. Palluku JL et col.**

Obstetric vesicovaginal fistulae seen in the Nothan RDC. Afr Health Sci 2015; 15: 1104- 11.

**37. Joseph B et col.**

Fistules obstétricales dans la province du Haut-Kantanga, RDC : à propos de 242 cas. Pan Afr Med J 2018. 29 : 34-52.

**38. Tembély A, Diakité ML, Berthé HJG, Sangaré D, Diallo MS, Diakité AS, Ouattara Z, Cissé MC, Ouattara-K**

Etude des facteurs influençant les résultats cliniques de la chirurgie de la fistule uro-génitale obstétricale au CHU du Point G Bamako Mali. Medical 2015 : 42-45.

**39. Steg A.; P. Vialatte; C. Olivier**

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



# **ANNEXES**

**ANNEXES  
FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom :** SECK

**Prénom :** Oumar Cheick

**Tel :** 00223-76 53 80 40

**Titre de thèse :** Aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique des fistules vesico-vaginales au CHU Gabriel Toure

**Année universitaire :** 2022-2023

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine, et d'odontostomatologie de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

**Secteur d'intérêt :** Urologie, Santé publique.

**Résumé**

**Objectif :** Evaluer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des fistules vésico-vaginales

**Matériel et méthode :**

Notre étude a été réalisée dans le dans le service d'Urologie du CHU Gabriel Touré.

Nous avons effectué une étude rétrospective des données qui s'est déroulé sur une période de 5 ans du 1<sup>er</sup> Janvier 2016 au 31 Décembre 2021. La population d'étude était constitué par les femmes porteuses de fistule vésico-vaginales admises et traités durant la période d'étude.

**Résultats :**

La tranche d'âge de 21 à 30 ans était la plus représenté avec 57% des cas. L'âge moyen de notre étude est de 27,30±8,378 ans, avec des extrêmes de 10 et 50 ans. Les ménagères ont représenté 86% de notre échantillon. Environ 29% de nos patientes avaient effectué 2 cures de fistules. Par contre 23% n'avaient pas renseigné sur le nombre de cure. Environ 61% de nos patientes affirmaient que la perte d'urine était permanente. Environ 19% de nos patientes avaient une fistule depuis près de 03 ans. Près de 33% de nos patientes étaient primipares.

La quasi-totalité de nos patientes avaient accouchée dans une maternité contre 5% qui avaient fait des accouchements à domicile. Plus de la moitié de nos patientes avaient accouché par voie naturelle. Environ 59% des enfants étaient mort-nés. Chez 39% de nos patientes, le travail avait duré 01 jours. Environ 62% de nos patientes avaient des fistules obstétricales. Dans 54% des cas, nous avons une FVV sur Vagin souple. Le type III était le plus représenté retrouvé dans 21% des cas.

La Fistulographie, néouretoire était utilisé dans 50% des cas. La voie basse a représenté 91% des cas de notre échantillon. Environ 47% de nos patientes avaient fui au terme du traitement.

**Mots clés : Fistule vésico-vaginales, Epidémio-clinique, thérapeutique.**

DATA SHEET

**Name:** SECK

**First name:** Oumar Cheick

**Phone:** 00223-76 53 80 40

**Thesis title:** Epidemiological, clinical and therapeutic aspect of vesico-vaginal fistulas at the CHU Gabriel Toure

**Academic year:** 2022-2023

**Defense city:** Bamako

**Country of origin:** Mali

**Place of deposit:** Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology of the University of Sciences, Techniques and Technologies of Bamako.

**Sector of interest:** Urology, Public health.

**Summary**

**Objective:** To evaluate the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of vesicovaginal fistulas

**Material and method:**

Our study was carried out in the Urology department of the CHU Gabriel Touré.

We carried out a retrospective study of the data which took place over a period of 5 years from January 1, 2016 to December 31, 2021. The study population consisted of women with vesicovaginal fistula admitted and treated during the period of 'study.

**Results:**

The age group of 21 to 30 years was the most represented with 57% of cases. The average age of our study is  $27.30 \pm 8.378$  years, with extremes of 10 and 50 years.

Housewives represented 86% of our sample. About 29% of our patients had undergone 2 fistula cures. On the other hand, 23% had not provided information on the number of cures. About 61% of our patients claimed that the loss of urine was permanent. About 19% of our patients had a fistula for almost 03 years. Nearly 33% of our patients were primiparous.

Almost all of our patients had given birth in a maternity ward against 5% who had given birth at home. More than half of our patients had given birth naturally. About 59% of children were stillborn.

In 39% of our patients, labor lasted 01 days. About 62% of our patients had obstetric fistulas. In 54% of cases, we have VVF on Soft Vagina. Type III was the most represented found in 21% of cases.

Fistulography, new uretours were used in 50% of cases. The low route represented 91% of the cases in our sample. About 47% of our patients had leaked at the end of the treatment.

**Keywords:** Vesico-vaginal fistula, Epidemio-clinical, therapeutic.

**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 audessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

**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.

**Respectueux** et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

**Que** je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**JE LE JURE !**