

Ministère de l'Éducation Nationale

Université de Bamako

Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odontostomatologie

République du Mali

Un Peuple- Un But- Une Foi

Thèse N° _____/

Année Universitaire 2005-2006

TITRE

Actualités de la prise en charge de la Fistule Vésico-Vaginale au Mali et résultats à propos de 300 cas traités au service d'urologie du CHU du Point G



Jury :

Président : Pr. MAMADOU LAMINE TRAORE

Membre : Dr TOURE SAMBA

Codirecteur : Dr TEMBELY ALY

Directeur : Pr. KALILOU OUATTARA

DEDICACES

Je dédie cette thèse à :

-A **Allah** le tout puissant qui m'a accordé cette vie et m'a permis de réaliser mon rêve.

-A toutes les **femmes du monde atteintes de fistules obstétricales**, en particulier celles du **centre OASIS**. Juste pour vous dire que je ne regretterai jamais le jour où j'ai décidé d'élire domicile chez vous. Nous sommes à la fin des beaux moments vécus ensemble et vous m'avez appris à me battre et me rappeler que tous les jours ne sont pas roses. Mon seul rêve est de voir ce centre fermé car je suis optimiste que la fistule disparaîtra un jour. Ce travail est le votre, soyez en remerciées.

-A mon père **Dieng Diombar** qui a voulu faire de moi un toubib : La réussite scolaire de tes enfants a toujours été une priorité pour toi. Ton sens du devoir, ta rigueur et ton humilité ont été les meilleures leçons pour nous. Juste pour te dire merci papa.

-A ma mère **Raby Coumba Diallo** : quelle chance de t'avoir comme mère, ton amour ne nous a jamais fait défaut. Notre bonheur t'a toujours suffi. Ton courage et ta combativité sont admirables. Seulement pour te dire : je t'aime maman.

-A ma marâtre **Habibatou Bâ** : je ne serai jamais là si tu ne m'avait pas inscrits à l'école, la réalisation de ce rêve je te le devrai toute ma vie. Merci Haby Tillé Aly.

-A ma tante **Fatimata Diallo** et mon oncle **le Colonel Dieng Oumar Harouna** pour l'amour et les moyens inestimables consentis pour notre réussite et cela à tous les moments de notre cursus scolaire. Néné Fatimata, je ne trouverai jamais les mots justes pour te dire merci, mais sache que je te dois tout. Merci tanti.

-A mon tuteur **Mohamadoune Touré** et son épouse ma tante **Peinda Sall** : tonton votre soutien moral et matériel et vos conseils précieux ne m'ont jamais fait défaut.

Vous aviez su rendre mes jours difficiles en moments heureux. Mes mots ne suffiront jamais pour l'exprimer. Je ferai tout pour ne pas vous décevoir.

Recevez en ce travail l'expression de ma gratitude. Merci

- A ma grand mère feu **Coumba Hapsa Thiam** : tu n'a pas eu le temps de savoir quelle carrière allons nous embrassé et si le destin t'a arraché à notre affection, en ce grand jour, ta présence restera à jamais parmi nous.

Dors en paix Mame Coumba.

- A mes frères et sœurs : **Hawo, Mamoudou, Ousmane, Amadou, Seydi, Raby, Maimouna, Démé Dieng**, soyons fidèles à l'esprit de nos parents.

REMERCIEMENTS :

- Au **MALI**, pays des grands hommes, tu m'as accueilli à bras ouverts et cela depuis mes premiers pas en ton sein. Ton souvenir restera à jamais gravé au plus profond de moi. Malien, je répondrai toujours présent car l'homme est de la où il a passé les meilleures moments de sa vie.

Merci d'avoir réalisé mon rêve, celui de devenir médecin. « Allah ki sara »

- A mon pays la **Mauritanie**, c'est l'occasion de te remercier pour avoir financé tout mon cursus scolaire .Mon désir est de te servir en retour de tout mon cœur et de toute ma force.

- Spécialement à mon homonyme **Youba Sambou** et son épouse **Mariata Sarr** et à toute sa famille : Tokara, tu as toujours été un parrain, un père pour moi. Merci de tout cœur.

-A mes grands parents **Mika Djiby Samba ; Hawa Coumba Dieng et feu Seydi Démé Dieng** que j'ai pas eu la chance de connaître.

-A mes amis de tous les jours **Aboubacar sidiki N'diaye et Sall Bâ djibril**, juste pour vous dire que je ne regretterai jamais les moments que nous avons passé ensemble. Vous avez été mes compagnons de jour et de nuit .En souvenir des émotions, des joies et des peines si bien partagées. Je ne vous oublierai jamais.

-Au Docteur **Zanafon Ouattara** : cher Maître, merci pour votre encadrement et les mots me manqueront toujours pour vous dire combien vous avez marqué à ma vie. Votre "petit con". Je ferai tout pour être à la hauteur de vos attentes.

- Au Docteur **Cherif Cissé** merci pour votre enseignement et vos conseils si précieux.

- Au Docteur **Claude Dumurgier** vous avez accepté corriger ce travail sans contrepartie et ceci témoigne de votre attachement aux valeurs humaines. Merci pour vos encouragements et votre soutien.

- Au docteur **Traoré Mamadou Soungalo** pour la confiance et les encouragements. Merci à vous et toute votre Famille.

- A mon oncle **Samba Seydi Dieng** merci tokara.

- Au Docteur **Geneviève Diakité** : merci pour tout le soutien car vous avez tout mis en œuvre pour ma thèse. En témoignage des joies et des peines pour la gestion du centre, je te dis merci tant.

- A ma cousine **Feu Coumba Oumar Dieng** :

Tu as été un symbole d'amour et de stabilité. Je me rappellerai avec émoi ton sourire et ton âme innocente. Nous ne t'oublierons jamais. Dors en paix "Coumba Nénam".

- A mes sœurs « jumelles » je nommerai **Awa Touré** et **Adam Touré** vous m'avez supporté tout ce si beau temps passé ensemble. En témoignage de ce jour, je vous dit merci.
- A **Abdarahmane Coulibaly Dit Saint Claire** merci pour tous.
- A **Massa Sidibé** ainsi qu'à toute sa famille. Merci Koro pour tout ce que vous avez fait pour moi je ne l'oublierai jamais.
- A mes petits frères : **Djibril, Fatimata, Habibata, Tacko, Mariata, Hamedine, Oumar, Moussa, Harouna, Abdarahmane Dieng.** Pour votre sympathie.
- A **Fatoumata Sacko (Coucou)** et à **Aminata Sacko.**
- A mes tantes **Khady Diallo, Oumou Diallo, Hapsa Diallo, Diouldé et Démé Seydi** : merci de tout cœur.
- A **Binta Dembélé** merci.
- A mes instituteurs de l'école primaire, je nommerai **Mme Wane Naissé Bâ ; Sidahmed Ould saleck et Bâ Soulé Bocar** merci pour la lecture et l'écriture. Vos « coups de bâtons m'ont servi » chers maîtres.
- A **Mr Saleck Mohamed**, vous m'aviez accueilli dans votre famille sans contrepartie, votre gentillesse sans faille et votre sens de responsabilité font de vous un homme respectable. Merci Saleck.
- A tanti **Fadima Sylla** : Tanti Dédé tu a toujours été une mère pour nous. Ce travail est le votre.
- A mes amis d'enfance, **Sy thierno Hamet Baba ; Wane Ismaila Sada ; Hassane Sy ; Thierno Ngaidé ; Gaya Diop ; Guéye Amadou Tijane ; Diop Ibrahima El Hadj, Ibrahima Sy di David.**
- A tanti **Oumou Sall et Coumba Sall** merci pour votre soutien.
- A tonton **petit Bâ** et à toute sa famille et à la famille de tonton **Ngaidé Mamadou Lamine.**
- A mes oncles : **feu Djiby Diallo (Kaw Vieux) dors en paix ; Maître Demba Diallo ; Nourou ; Hamidou Barry ; Moctar ; Barry Moussa**
- A mes petits amis : **Djeynaba Touré dite Yaye, Ousmane Touré dit Koko et surtout à Lobo Touré** merci pour l'enseignement du bambara.
- Aux familles de : **feu Ousmane Touré de Médina Coura ; Djibril Souleymane Ndiaye, Bâ Diariatou ; Issa Sangaré ; Souleymane N'diaye ; Samba Sall. Sylla Mohamed ; Feu Kalifa Diarra mon ami. Dolo surtout Aba mon cher ami.**
- A ma cousine **Mme Niang Rougui Dieng** et son époux **Mr Niang Amadou Ibra** ainsi que toute leur famille.
- A mes tantes, **Démé Seydi, Diouldé Seydi** ainsi qu'à tous mes cousins.
- A **Mr Modibo Fomba**, Koro plus qu'un ami, tu a été un frère pour moi. Merci à toi et à toute ta famille.
- A Madame **Diaw Maréme Doliman** merci Tata pour votre soutien et vos encouragements.
- A mes cousins et cousines.

- A tout le personnel du service d'urologie : mes amis **Oumar Keita, Adama A Diarra, Fernando, Adama Z Ouattara et au Major Mme Mariko.**
- Aux docteurs :
 - * **Sangaré B Djimé** et son épouse et à toute la clinique Blum & Meyer merci pour votre confiance.
 - * **Sima Seiba** pour vos services rendus à la femme en général et celles atteintes de Fistules uro-génitales en particulier.
 - * **Sarah Raza Skhan ; Dr Généreux Savy (UNFPA- Mauritanie) ; Dr Diallo** pour votre attachement à l'éradication de la fistule obstétricale en Mauritanie.
- A **Dany Moyo Flora** : tu m'a prêté une main forte aux bons moments.
- Au **Dr Aida Ait Mansour** : merci pour les beaux moments passés ensemble.
- A la famille **Anne Amadou Babaly : Cherif, Yaya, Zoanne, Ketiel, Hawa, Pape Ly, Abdoul et Demba Rapide.**
- Au docteur **Jérôme Dakouo** juste pour te dire que tu a un cœur sans frontière, merci cous.
- A **Souleymane Samaké** et à tout le personnel du Centre Hospitalier Universitaire du Point G
- A feu **Dieng Ousmane** vous avez laissé mon père orphelin, dors en paix **Hamady Binta Mariata.**
- A **Fanta Ladji Dramé** nous ne vous oublierons jamais, dormez en paix.
 - A mes amis de tout le temps : **Salimata Dagnoko et Coumba Diallo** "ma grand mère" ; **Fanta Diallo, Ingré Keita, Yolande, Emamuella et Josepha Batakao, et Kadidia Coulibaly, Fatim AS Maïga, Fatoumata Ndiaye, Amadou Diallo dit Doudou ; Diouf ; Alfa Gaye** merci de tout cœur.
- A mes amis de promotion : **Kadidia Ouattara ; Aissata Maïga dite Lachou ; Souleymane Maïga ; Ousmane Konaré ; Zahra Kalla ; Jiles Fotso ; Ramatoulaye ; Amadou Tamboura ; Sidahmed Soufiane ; Bouh O/ sedigh ; Youba ; Valère Dzomo, Hilaire Thabet et Moussa Sarr** vous avez été mon premier contact au Mali et je vous assure en aucun moment j'ai été déçu. En souvenir des moments de galères et de bonheur. Merci les amis
- A **Cheikh Diouf** " Ngor Sarr" en souvenir de la galère, merci de ton soutien.
- A mes soeurs de la communauté mauritanienne, **Aïssé Sidibé, Kardo Seck, Aliya Monique Julien, Sokhna Camara.**
- A ma cousine **Habibatou Touré Dite Biba**
- A **Adiaratou Sidibé, HABibata Ndaw, Awa Sangaré ; Fanta Sow, Michel Tchoupa.**
- A **Laure Fotso, Sandrine Awala, Péguy ; Audrey ; Palma**
- A Mes petites sœurs **Bana Cissé, Henriette Traoré, Aya Wane, Diakité Aissata ; kiya ; Julie ; Rokiatiou Thiéro (Rosita) ; Sira Niambélé ; Binta Diallo et Maimouna Diallo .**
- A toutes les communautés non maliennes de la FMPOS

- **A Aida Diallo, Ouo Mireille Coulibaly, Coumbo, Sané Ndiaye, Bassan Traoré, Niaboula Koné.**
 - **A mes amis : Aziz, Dra, Demba Ndiaye, Koro Seyba, Karamoko.**
 - **A mes cadets et jeunes frères de la fac, je nommerai Hassane Traoré, Salah Dine o/ Deida ; Moulaye ; Ahmedou ; Abdoulaye Diallo dit Allaye ; Maad Nasser ; Sory Tégouété et Sissouma ; Maimouna Keita ; Ramatoulaye Yattara ; Jamila Ndiaye ; Pif ; Fousseiny.**
 - **A feu Dr Gouleïd Housseïn : la mort t'a très tôt arraché à notre affection. Nous n'oublierons jamais les moments passés ensemble. Dors en paix Gouleïd.**
 - **A l'ONG Imaneh Suisse et spécialement à madame Dolo Oumou Diombélé pour vos efforts déployés pour la réalisation de ce travail.**
 - **A Sidi Doucouré et à son épouse : merci fils pour ton soutien inlassable.**
 - **A Mariam Konaté dite Mayama pour ton soucis du culte de la personnalité.**
 - **A mes frères du service d'urologie : Samassekou, Coulibaly, Diallo, Cissé, Ongoïba, Mari Diakité, Doukansi, Diamouténé et tous les autres. Mes encouragements et je suis sûr que la relève est assurée.**
 - **Au Réseau des Etudiants en Médecine d'Afrique de l'Ouest (REMAO) : Mhawa Sangaré et Ami Blaise Condé de la Guinée.**
 - **A toutes les associations estudiantines de la FMPOS**
 - **A Sékou Karambé, merci pour ton soutien.**
- A tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce travail et que j'ai involontairement oublié de citer merci pour tout.*

AUX MEMBRES DU JURY

***A notre maître et président du jury
Professeur Mamadou Lamine Traoré
Agrégé en chirurgie générale
Ancien chef de service de chirurgie générale à l'hôpital national du Point G
Ancien chef de DER de chirurgie et spécialités chirurgicales à la FMPOS
Professeur honoraire à la FMPOS
Chevalier de l'Ordre National du Mali***

Vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations, nous vous sommes très reconnaissant.

Ce choix n'est pas un hasard, car vous êtes parmi les premiers à poser les jalons pour l'épanouissement de la femme en général et celle atteinte de fistules en particulier.

Homme de sciences, votre vaste culture et votre talent à transmettre le savoir à vos étudiants ont fait de vous un maître distingué.

Vous nous enseigniez que l'on est médecin par tout son être et condamniez avec toute la rigueur de vos convictions tout ce qui peut entacher la noblesse du métier.

Trouvez ici cher Maître, dans ce travail, l'expression de notre profond respect.

***A notre maître et juge
Docteur Samba Touré
Gynécologue obstétricien
Chef de service adjoint en gynécologie obstétrique au CHU du POINT G.***

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail.

Votre humanisme, votre disponibilité, et votre simplicité ont été toujours à la disposition de la jeune génération pour le bien être de la santé.

Nous n'avons pas eu au cours de notre cycle la chance de bénéficier des vos enseignements.

Ceux qui vous ont connu vous dépeignent comme un homme d'une simplicité surprenante, passionnément attaché à ses fonctions, animé d'une foi profonde en la valeur de l'homme en général.

Cher maître, en acceptant ce travail vous nous faites honneur, trouvez en lui l'expression de notre profond respect.

A notre maître co-directeur de thèse

Docteur Aly Tembely

Chirurgien urologue à l'hôpital National du Point "G"

Assistant chef de clinique à la FMPOS

Chargé des cours d'urologie à la FMPOS

Au cours de notre séjour au service d'urologie, votre amour du métier ne nous a pas échappé.

Votre talent de transmettre le savoir, la connaissance font de vous un maître distingué.

A l'hôpital, nous avons trouvé le médecin exigeant de lui même et de ses disciples, l'exercice de la médecine dans le respect des règles de l'art.

Cher Maître, pour tout ce que vous faites pour les femmes atteintes de fistules ce travail est le votre. Trouvez en lui l'expression de mon estime et de ma profonde reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Kalilou Ouattara

Docteur PH.D de l'institut d'urologie de Kiev,

Chef de service d'urologie,

Chargé des cours d'urologie à la FMPOS

Président de la Commission Médicale d'établissement de l'hôpital du Point "G"

Vous avez fait l'honneur de nous accepter dans votre service et bénéficier de vos enseignements.

Vous avez guidé et suivi ce travail avec la plus grande attention malgré vos multiples occupations.

La franchise de vos propos, votre abord facile et votre rigueur dans le travail sont reconnues.

Cher Maître vous avez été un père pour nous.

Votre attachement incontestable pour la cause des femmes atteintes de fistules obstétricales et pour l'amélioration de leurs conditions de vie est admirable. Vous avez su rehausser le nom du Mali dans tous les horizons du monde. Cher Maître ce travail est le votre, trouvez ici l'expression de toute notre profonde reconnaissance.

AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Mamadou Lamine Traoré

Agrégé en chirurgie générale

Ancien chef de service de chirurgie générale à l'hôpital national du Point G

Ancien chef de DER de chirurgie et spécialités chirurgicales à la FMPOS

Professeur honoraire à la FMPOS

Chevalier de l'Ordre National du Mali

Vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations, nous vous sommes très reconnaissant.

Ce choix n'est pas un hasard, car vous êtes parmi les premiers à poser les jalons pour l'épanouissement de la femme en général et celle atteinte de fistules en particulier.

Homme de sciences, votre vaste culture et votre talent à transmettre le savoir à vos étudiants ont fait de vous un maître distingué.

Vous nous enseigniez que l'on est médecin par tout son être et condamniez avec toute la rigueur de vos convictions tout ce qui peut entacher la noblesse du métier.

Trouvez ici cher Maître, dans ce travail, l'expression de notre profond respect.

A notre maître et juge

Docteur Samba Touré

Gynécologue obstétricien

Chef de service adjoint en gynécologie obstétrique au CHU du POINT G.

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail.

Votre humanisme, votre disponibilité, et votre simplicité ont été toujours à la disposition de la jeune génération pour le bien être de la santé.

Nous n'avons pas eu au cours de notre cycle la chance de bénéficier des vos enseignements.

Ceux qui vous ont connu vous dépeignent comme un homme d'une simplicité surprenante, passionnément attaché à ses fonctions, animé d'une foi profonde en la valeur de l'homme en général.

Cher maître, en acceptant ce travail vous nous faites honneur, trouvez en lui l'expression de notre profond respect.

A notre maître co-directeur de thèse

Docteur Aly Tembely

Chirurgien urologue à l'hôpital National du Point "G"

Assistant chef de clinique à la FMPOS

Chargé des cours d'urologie à la FMPOS

Au cours de notre séjour au service d'urologie, votre amour du métier ne nous a pas échappé.

Votre talent de transmettre le savoir, la connaissance font de vous un maître distingué.

A l'hôpital, nous avons trouvé le médecin exigeant de lui même et de ses disciples, l'exercice de la médecine dans le respect des règles de l'art.

Cher Maître, pour tout ce que vous faites pour les femmes atteintes de fistules ce travail est le votre. Trouvez en lui l'expression de mon estime et de ma profonde reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Kalilou Ouattara

Docteur PH.D de l'institut d'urologie de Kiev,

Chef de service d'urologie,

Chargé des cours d'urologie à la FMPOS

Président de la Commission Médicale d'établissement de l'hôpital du Point "G"

Vous avez fait l'honneur de nous accepter dans votre service et bénéficier de vos enseignements.

Vous avez guidé et suivi ce travail avec la plus grande attention malgré vos multiples occupations.

La franchise de vos propos, votre abord facile et votre rigueur dans le travail sont reconnues.

Cher Maître vous avez été un père pour nous.

Votre attachement incontestable pour la cause des femmes atteintes de fistules obstétricales et pour l'amélioration de leurs conditions de vie est admirable.

Vous avez su rehausser le nom du Mali dans tous les horizons du monde.

Cher Maître ce travail est le votre, trouvez ici l'expression de toute notre profonde reconnaissance.

SOMMAIRE :

	Pages
INTRODUCTION	4
GENERALITES.....	6
Chapitre I : DEFINITION.....	6
Chapitre II : RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES EN RAPPORT AVEC LA FISTULE OBSTETRICALE	6
I. Rappels anatomiques	
A. Bassin de la femme.....	6
1. Rappels ostéologiques	
2. Morphologie	
3. Dimensions	
B. Organes pelviens de la femme.....	10
1. La vessie	
2. L'urètre pelvien de la femme.....	13
II) L'accouchement et la cinétique vésicale :.....	15
A) Accouchement normal :.....	15
B) Modifications anatomiques et physiologiques de la vessie chez la femme en gestation :.....	16
Chapitre III : LA FISTULE VESICO-VAGINALE OBSTETRICALE AFRICAINE.....	17
I. HISTORIQUE	
II. FACTEURS FAVORISANTS	
1. Médicaux	
2. Sociaux	
3. Economiques	
Chapitre IV : PHYSIOPATHOLOGIE : Genèse de la fistule obstétricale.....	22
Chapitre V : ANATOMIE-PATHOLOGIE.....	24
Chapitre VI : CLASSIFICATION DES FISTULES URO-GENITALES.....	29
A) La fistule vésico-vaginale	
B) La fistule recto-vaginale	
Chapitre VII DIAGNOSTIC.....	35
I) La fistule vésico-vaginale	35
A- Diagnostic positif :	
1. Interrogatoire	
2. Examen physique	
3. Examens complémentaires	
4. Bilan lésionnel	
5. Evolution et pronostic	
B- Diagnostic différentiel :	

II) La fistule recto-vaginale	38
A- Symptômes et examen clinique	
B- Diagnostic	
Chapitre VIII : TRAITEMENT	39
I) Les fistules vésico-vaginales.....	39
1- L'avivement suture de Marion Sims ou technique américaine	
2- L'opération de GERDY : le procédé de la collerette	
3- Le dédoublement suture ou méthode française	
A. But du traitement	
B. Méthodes	
a) Principes généraux	
1) Préparation de la malade	
2) Anesthésie	
3) Installation et voies d'abord	
4) Pansements et suites immédiates	
b) Traitement des fistules simples : technique de CHASSAR-MOIR	
c) Traitement des fistules complexes :	
1) Les problèmes chirurgicaux rencontrés	
2) Pour le traitement	
1-Les épisiotomies	
2-Les interpositions basses	
a) Exemple d'interposition : La greffe de Martius :	
autoplastie de la grande lèvre	
b) Autres interpositions	
d) Traitement des lésions urétrales	
II) Traitement des fistules recto-vaginales.....	50
✓ Technique de Musset :	
✓ La fistule recto-vésico-vaginale	
III) Les dérivations	
urinaires	
54	
IV) Les suites et complications	54
1- Les complications précoces	
2- Les complications tardives	
Notre étude	56
Chapitre I : Résultats	56
I- Les acteurs de la prise des fistules obstétricales et leurs contributions: 56	
A-L'UNFPA : La campagne pour éliminer les fistules : « TO END FISTULA »	
B- L'ONG IAMANEH SUISSE	
C- LE SERVICE SOCIAL DE L'HOPITAL DU POINT G	
D- LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU DU POINT G	

E- L' ONG MEDECINS DU MONDE :	
F- Les nouvelles perspectives :	
- L'ONG Equilibre et Population avec l'Association Française d'Urologie	
- L'USAID	
II- Projet national de réduction et de traitement de la fistule obstétricale au Mali.....	60
III- L'Unité de formation et de traitement de la FVV :.....	61
Chapitre II : Etude clinique.....	62
I) Méthodologie.....	62
A- CADRE DE VIE	
B- METHODES	
1) Type d'étude :	
2) Critères d'inclusion :	
3) Critères d'exclusion :	
4) Source des données	
a) l'interrogatoire :	
b) l'examen physique	
II) RESULTATS.....	64
1-Résultats descriptifs	
2-Résultats analytiques	
Chapitre III : Commentaires et discussions	81
Chapitre IV : Conclusion et recommandations.....	88
FICHE TECHNIQUE ET RESUME DE LA THESE.....	91
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :.....	93
ANNEXES.....	97
SERMENT D'HIPPOCRATE	

Introduction :

Dans de très nombreux pays en voie de développement, particulièrement en Afrique un très grand nombre de femmes accouchent dans des conditions extrêmement primitives, loin de toute structure médicalisée et avec pour toute assistance celle des accoucheuses traditionnelles, qui ignorent en général tout de l'obstétrique et bien sûr des dystocies.

L'accouchement médicalisé ne représente que 7% au Mali (17 et 18). Dans ces conditions, il n'est pas rare que l'accouchement dystocique aboutisse purement et simplement à la mort de la parturiente.

Selon l'OMS, la mortalité maternelle est de 580 pour 100000 naissances vivantes au Mali. Si la parturiente échappe à la mort, ce sont de graves complications principalement d'ordre urinaire qui vont s'installer. Leur expression majeure est la fistule vésico-vaginale, une communication acquise entre la vessie et le vagin. Cependant la notion de fistule vésico-vaginale africaine ne s'arrête pas là, elle englobe toute une variété de lésions qui ont en commun la perte continue des urines parfois même de selles par le vagin puisqu'une fistule recto-vaginale peut être associée.

Cette situation dramatique va priver la malade ce qu'il y'a de plus cher : la possibilité de mener une vie sexuelle, de procréer et de vivre en société.

Cela conduira inexorablement à l'exclusion sociale et économique.

Cela dit, vous n'êtes pas sans savoir que depuis quelques années, une campagne mondiale d'éradication de ce fléau est diligentée par l'UNFPA connue sous le nom de « to end Fistula ». Plusieurs réunions consacrées à la question ont été organisés par l'UNFPA à Niamey (NIGER) ; Accra (Ghana) et Johannesburg (Afrique du Sud) en 2005.

De nos jours, l'état des lieux en matière de FVV est connu, des projets nationaux de prévention et de prise en charge des malades sont élaborés; les compétences et les infrastructures en la matière de sont évaluées, une stratégie sous régionale de prévention, de traitement et réinsertion des malades va bientôt voir le jour.

Une mobilisation générale incluant travailleurs sociaux ; gouvernement ; partenaires au développement, société civile et ONG est partout entreprise.

L'UNFPA et l'OMS estiment la prévalence de femmes souffrant de ce mal à 2 millions de part le monde, une bonne partie au Sud du Sahara où l'incidence (nouveaux cas) actuelle semble de 50 000 à 100 000 par ans (27).

La problématique de la FVV ressort comme une porte d'entrée à l'amélioration des SOU d'une manière très générale.

Le Mali à travers le service d'urologie du CHU du Point G jouit d'une longue tradition de prise en charge de cette catégorie de malade. Trois femmes sur cinq

(3/5) qui consultent en urologie souffrent de FVV et le traitement de la FVV représente environ 12-15% de l'activité chirurgicale du service.

Plusieurs travaux ont déjà été effectués dans ce domaine. Cependant il y'a lieu de réactualiser les données dans l'optique de la campagne mondiale " To end Fistula " de l'UNFPA.

L'objectif général de ce travail est de revoir la problématique des FVV au service d'urologie du CHU du Point "G".

En terme d'objectifs spécifiques nous allons :

- Répertorier les acteurs et intervenants dans la prise en charge de la FVV et leur action.
- Présenter le projet national de prévention et de réduction de la FVV.
- Décrire l'unité de prise en charge des malades de la FVV au service d'urologie du CHU du Point G.
- Donner les statistiques du traitement chirurgical au cours des 5 dernières années du service d'urologie.
- Evaluer les résultats du traitement à propos de 300 cas.

Généralités

Chapitre I : Définition

La fistule en terme général définit toute communication acquise ou congénitale s'effectuant entre deux organes creux ou un organe creux et l'extérieur.

Dans le cadre des fistules urogénitales, cette communication s'établit entre un élément du système urinaire (vessie – uretères – col vésical – urètre) et un élément du système génital (utérus – vagin). La communication peut s'établir entre le vagin et le rectum on parlera de fistule recto-vésico-vaginale.

Chapitre III : RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES EN RAPPORT AVEC LA FISTULE OBSTETRICALE:

I) RAPPELS ANATOMIQUES (10)

A) LE BASSIN FEMININ :

Le bassin est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale qu'il soutient et les membres inférieurs sur lesquels il s'appuie.

Il a été modelé dans les premières années de la vie par la pression du poids de la partie supérieure du corps transmise par le rachis et la contre-pression venue du sol transmise par le fémur.

1) **Ostéologie : le bassin osseux de la femme** (voir schéma 1)

Le bassin est un cadre formé par la réunion de quatre os :

- en avant et latéralement, les deux os iliaques
- En arrière, le sacrum et le coccyx.

Ces os sont unis entre eux par quatre articulations dont trois sont des symphyses :

- La symphyse pubienne en avant ;
- les symphyses sacro-iliaques en arrière et latéralement ;
- L'articulation sacro coccygienne en arrière et en bas.

2) **Morphologie**

Il a la forme d'un cône tronqué à base supérieure et à sommet inférieur.

On lui décrit une surface endo-pelvienne, une surface exo-pelvienne, une circonférence supérieure et une inférieure.

A la surface endo-pelvienne, on lui décrit deux étages séparés par les lignes innominées :

- . En haut, le grand bassin constitué par l'évasement des ailes iliaques, la face antérieure de la colonne lombaire et la face supérieure des ailerons sacrés.
- . En bas, le petit bassin ou pelvis, canal osseux auquel on décrit deux orifices :
 - L'orifice supérieur ou détroit supérieur, plan d'engagement de la présentation lors de l'accouchement.
 - L'orifice inférieur ou détroit inférieur, plan d'engagement de la présentation.

Et une excavation, plan de descente et de rotation de la présentation.

3) Dimensions

Elles sont déterminées par la radiopelvimétrie (fiche radiopelvimétrique de MAGNIN) et par exploration endo-pelvienne (exploration vaginale).

Ces mensurations conditionnent la progression du mobile fœtal à travers la filière pelvi-génitale, par conséquent les différents temps de l'accouchement et permettent de reconnaître les anomalies du bassin prévenant du coup nombre d'accouchements dystociques.

Le détroit supérieur :

Les diamètres du détroit supérieur :

- les diamètres antéro-postérieurs :
 - . Promonto-suspubien : 11cm
 - . Promonto-retropubien : 10,5cm
 - . Promonto-sous-pubien : 12cm
- les diamètres obliques : ils vont de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12cm. Ils sont très importants dans les bassins asymétriques.
- Les diamètres transversaux :
 - . Le transverse médian : il est situé à égale distance entre le pubis et le promontoire. Il est le seul utilisable par le fœtus et mesure 13cm.
 - . Les sacro-cotyloïdiens : vont du promontoire à la région acétabulaire. Ils mesurent 9cm et sont importants dans les bassins asymétriques.

L'excavation pelvienne :

Elle a la forme d'un tore dont le grand axe de l'orifice supérieur est transversal et celui de l'orifice inférieur antéro-postérieur. Elle est limitée :

- en avant par la face postérieure de la symphyse pubienne et les corps du pubis ;
- en arrière par la face antérieure du sacrum et du coccyx ;
- latéralement : par la face quadrilatère des os iliaques.

L'orifice inférieur : détroit inférieur, il constitue le plan d'engagement du fœtus et est limité par :

- en avant : le bord inférieur de la symphyse pubienne ;
- en arrière : le coccyx ;

- latéralement, d'avant en arrière : le bord inférieur des branches ischio-pubiennes et celui des tubérosités ischiatiques ; le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques.

Les diamètres du détroit inférieur :

. Le diamètre sous-coccy-sous pubien est de 9,5 cm, mais peut atteindre 11 à 12 cm en retropulsion.

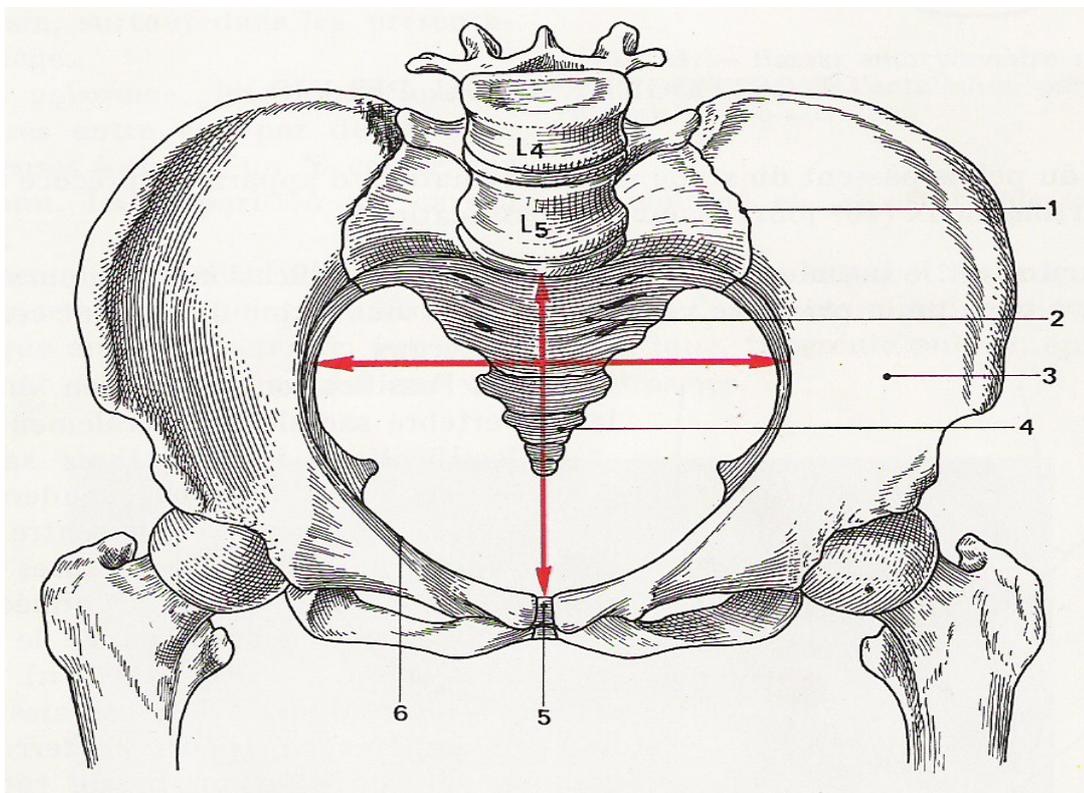
. Le diamètre sous sacro-sous pubien va de la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis et mesure 11cm.

Ces diamètres sont ceux d'un bassin obstétrical normal, et que leur modification et surtout de leur diminution isolée ou prononcée ou globale, surtout ceux du détroit supérieur , constituent des obstacles sérieux à la progression du mobile fœtal prenant ainsi le nom de dystocie osseuse ou mécanique. Le diagnostic de dystocie doit être posé avant le travail et permet de classer les femmes en trois catégories :

- ✓ **Le bassin normal** : où tous les diamètres du détroit supérieurs sont normaux, l'accouchement par voie basse est autorisé.
- ✓ **Le bassin limite** : où on note une diminution isolée du diamètre promonto-retropoubien (< 10,5 cm), il faut ici l'épreuve du travail.
- ✓ **Le bassin généralement rétréci (BGR)** : ici l'ensemble des diamètres est diminué de façon proportionnelle et la morphologie générale du bassin est préservée. La césarienne est d'emblée indiquée.

Le bassin des adolescentes est souvent de dimensions insuffisantes à cause de son immaturité et correspond au BGR.

Schéma1 : Bassin osseux féminin : vue antéro-supérieure (d'après FARABEUF) (21)



1- articulation sacro-iliaque

2- Sacrum

3- Os iliaque

4- Coccyx

5- Symphyse pubienne

6- Ligne terminale

Les diamètres du détroit supérieur sont indiqués par les flèches.

B) les organes pelviens de la femme : (voir schéma 2)

1) la vessie

La vessie est un réservoir musculo-membraneux dans lequel les urines s'écoulent des uretères, s'accumulent et séjournent dans l'intervalle des mictions.

a) situation anatomique :

Elle est située dans la partie antérieure de la zone moyenne viscérale, de la région sous péritonéale du pelvis, entre :

- en avant : la symphyse pubienne et le pubis
- en arrière : l'appareil génital et le rectum
- en bas le plancher pelvien
- latéralement : l'espace pelvi-rectal supérieur.

Cette situation varie avec :

- l'âge : chez le nouveau-né, la vessie piriforme est entièrement abdominale.
- l'état de réplétion : vide, elle est uniquement pelvienne ; pleine, elle dépasse le détroit supérieur et devient abdomino-pelvienne.

b) Forme : elle dépend de l'état de réplétion :

La vessie vide présente à la coupe une forme grossièrement en bas triangulaire, aplatie de haut en bas et d'avant en arrière, on lui décrit :

* trois faces :

- une face supérieure : concave, triangulaire, à sommet antérieur.
- une face antéro-inférieure : convexe, oblique en bas et en arrière.
- une face postéro inférieure : appelée base. Celle ci présente deux versants : l'un oblique de bas en haut et d'avant en arrière, l'autre situé plus en arrière est plus vertical et répond au vagin et à l'utérus.

* trois bords :

- un bord postérieur entre les faces supérieure et postéro- inférieure.
- deux bords latéraux

* trois angles :

- un angle antérieur : qui se continue en haut avec l'ouraque
- deux angles latéraux : droit et gauche.

La vessie pleine devient globuleuse et forme un ovoïde à grosse extrémité postéro inférieure. Les bords latéraux s'effacent et deviennent des faces. Cette distension se fait surtout aux dépens de sa face supérieure. La base quant à elle reste fixe.

On peut distinguer du point de vue chirurgical deux régions distinctes :

- les faces antéro-inférieure et supérieure qui sont mobiles et abordables par voie hypogastrique.
- La partie antérieure de la base avec orifices urétral et urétéraux qui sont fixes et d'abord difficile.

c) Capacité : Pour un diamètre moyen de 6 à 8 cm, la capacité physiologique moyenne de la vessie est d'environ 350 CC, correspondant à un besoin pressant d'uriner. Au-dessus de 200 CC, la sensation de réplétion vésicale est réelle et entraîne un besoin moins pressant. Au-dessus de 500 CC, il est alors franchement douloureux.

La capacité maximale de la vessie peut dans certains états pathologiques dépasser 3,00 litres.

d) structure :

La vessie a des parois de 8-15 mm d'épaisseur lorsqu'elle est vide. Elles sont formées de 3 tuniques :

- **Une tunique externe**, conjonctive ou adventice, se confondant avec la gaine conjonctive péri- vésicale sous séreuse (gaine allantoïdienne de **Paul Delbet**).
- **Une tunique moyenne**, musculaire comprenant une couche externe de fibres longitudinales, une couche moyenne de fibres circulaires et une couche interne de fibres longitudinales.
Deux faisceaux se détachent de la couche longitudinale externe au-dessus et en avant de l'orifice urétral et forment les ligaments pubo-vésicaux.
- **Une tunique interne**, muqueuse lisse et assez mince, très résistante de coloration rosée.

e) configuration interne :

On distingue sur la face interne de la vessie trois orifices : l'un antérieur et médian est l'orifice urétral encore appelé col de la vessie ; les deux autres latéraux sont les méats urétéraux.

- l'orifice urétral ou col vésical est normalement circulaire.
Chez le sujet âgé, il est très souvent en forme de transversale ou en croissant concave en arrière ; il est placé à 2-3 cm en arrière de la symphyse pubienne.
- Les orifices urétéraux étroits et elliptiques sont allongés de haut en bas et de dehors en dedans. Ils sont placés à environ 2,5 cm l'un de l'autre et à 2-3 cm en arrière et en dehors de l'orifice urétral quand la vessie est vide.

Ces trois orifices occupent les 3 angles d'un triangle appelé **trigone de Lieutaud** ou **trigone vaginal** dont la surface est à peu près toujours unie et lisse. Les bords du trigone sont limités par des bourrelets qui forment à la surface de la vessie des faisceaux musculaires qui prolongent les fibres longitudinales des urètres. Le bourrelet postérieur est plus saillant et le faisceau musculaire qui le soulève est appelé **muscle inter-urétral** ou **barre inter-urétrale**.

La partie de la face postéro inférieure qui est en arrière du bourrelet inter-urétéral est plus ou moins déprimée. Elle prend le nom de **bas-fond de la vessie** dont la profondeur augmente avec l'âge.

f) Rapports :

La vessie entre en rapport avec les organes pelviens par l'intermédiaire de la loge vésicale remplie de tissu cellulaire. Cette loge est limitée par les éléments fibro-séreux :

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

► Rapports avec l'utérus :

La face supérieure de la vessie sert de support au corps utérin lorsque la vessie est vide.

A vessie pleine le corps utérin est relevé. La base vésicale entre en contact avec l'isthme utérin par l'intermédiaire du péritoine. Celui-ci après avoir tapissé la face supérieure de la vessie, se recourbe en cul- de- sac vésico-utérin et recouvre ensuite la face antéro-inférieure du corps utérin. Sous le cul de sac péritonéal vésico-utérin se situe le septum vésico-utérin.

► Rapports avec le vagin :

La base de la vessie repose essentiellement sur la paroi vaginale antérieure. Le bas fond vésical est solidement fixé à la paroi antérieure du vagin par l'intermédiaire du septum vésico-vaginal. Du point de vue terminologique, il faut distinguer :

- Le septum vésico-vaginal, entité anatomique, formé de la lame cellulo-conjonctive interposée entre la base de la vessie et le vagin.
- Le fascia d'**Halban** : entité chirurgicale, est un tissu musculo-conjonctif formé du septum vésico-vaginal et le fascia vaginal.

Le trigone vésical répond directement au triangle de **Paulick**, formé par l'écartement de la colonne de la paroi vaginale antérieure.

g) vascularisation :

■ **Artères** : la vessie est irriguée de chaque coté :

- en bas et latéralement, par l'artère vésicale inférieure, branche de l'hypogastrique.
- en bas et en arrière, par les rameaux vésicaux des artères utérine et vaginale.
- en bas et en avant par l'artère vésicale antérieure, branche de la honteuse interne.
- en haut, par les artères vésicales supérieures qui se détachent de l'obturatrice et de la partie perméable de l'artère ombilicale.

■ **Les veines** :

Elles se jettent dans un riche réseau veineux superficiel qui déverse son contenu en avant dans la partie antérieure du plexus de **Santorini**. Latéralement, elles regagnent plus tard les veines iliaques internes. En arrière, les veines vésico-utérines rejoignent les veines iliaques internes.

■ Les lymphatiques :

Ils se rendent aux ganglions iliaques externes en particulier aux éléments des chaînes moyennes et internes. Il y en a parfois qui vont aux ganglions hypogastriques ou iliaques primitifs.

Les uns et les autres sont fréquemment interrompus par les ganglions para vésicaux.

Enfin, les ganglions nés près du col se portent en arrière et en haut et se terminent dans les ganglions du promontoire.

■ Innervation de la vessie :

Les nerfs proviennent d'une part des 3èmes et 4èmes nerfs sacrés, d'autre part et surtout du plexus hypogastrique qui apporte également des fibres sympathiques.

2) l'urètre pelvien chez la femme.

L'urètre féminin est un conduit cylindrique qui s'étend depuis le col vésical jusqu'à la vulve.

Son trajet est beaucoup plus court que chez l'homme. Il traverse d'abord la partie antéro-inférieure de la loge vésicale : c'est son segment pelvien ; puis les plans du périnée où il se termine au niveau du méat urétral.

Dans son ensemble, l'urètre féminin est souple et élastique, très dilatable de 7-8 mm de diamètre pour une longueur de 3-4 cm dont 2-3 cm pour le segment pelvien et 1 cm pour le segment périnéal. Sa direction est sensiblement verticale.

La surface intérieure de l'urètre est de couleur rougeâtre, sa muqueuse présente toute une série de plis longitudinaux qui s'effacent lors de la distension. Le plus important d'entre eux est situé sur la face postérieure, constitue la crête urétrale.

D'une épaisseur de 5-6mm, la paroi de l'urètre comprend 3 tuniques :

- Une musculuse
- Une sous muqueuse
- Une séreuse

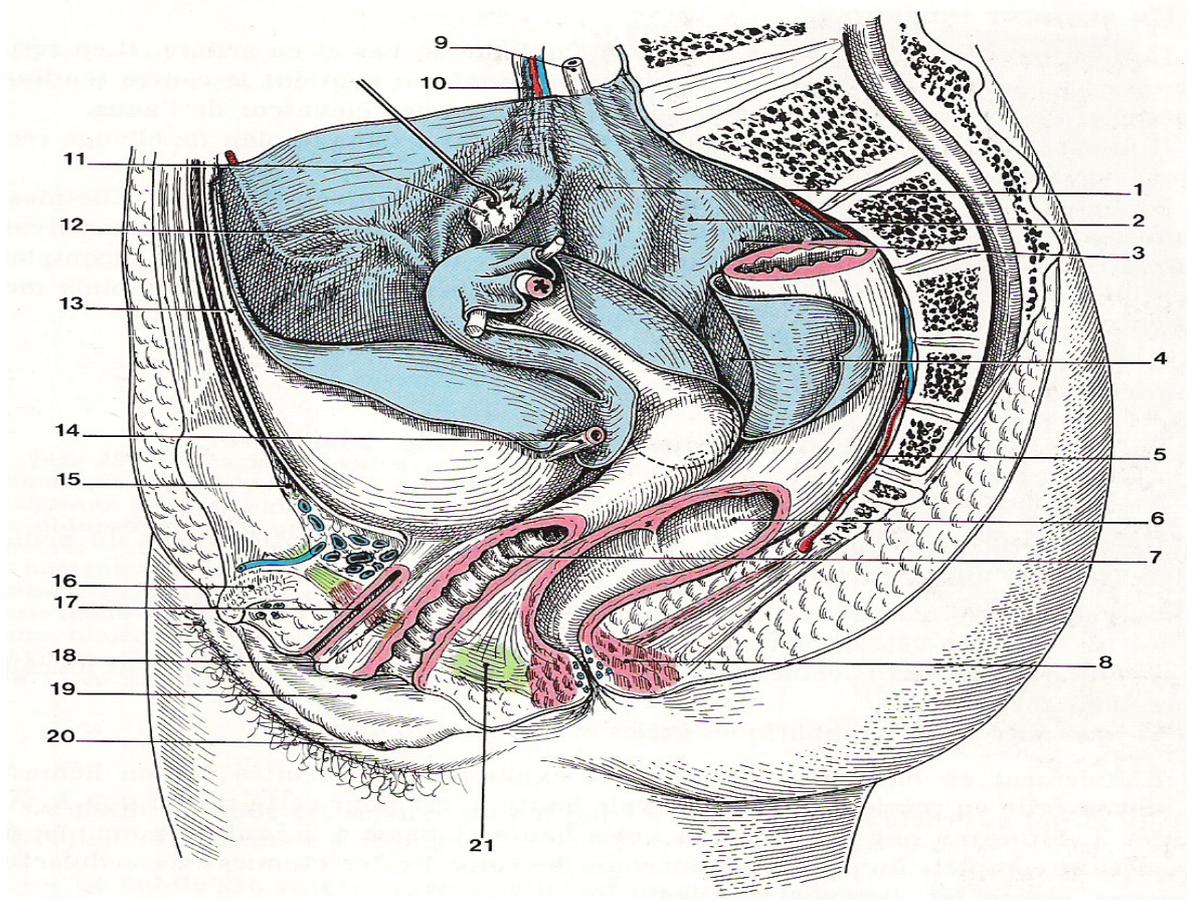
Semblant en fait continuer directement avec le col de la vessie, l'urètre pelvien de la femme répond :

En avant, à l'espace retro-symphysaire limité en avant par la face postérieure de la vessie, latéralement par les ligaments pubo-vésicaux. Cet espace contient en outre un tissu cellulo-graisseux lâche et facilement clivable ; de volumineux éléments veineux constituant le plexus veineux de Santorini qui reçoivent sur la ligne médiane les veines dorsales du clitoris.

Latéralement, l'urètre répond aux deux muscles releveurs de l'anus qui s'unissent entre eux sur la ligne médiane.

En arrière, c'est la paroi antérieure du vagin dont il est clivable à sa partie supérieure mais à laquelle il adhère de plus en plus fortement vers le bas.

Schéma 2: coupe sagittale paramédiane du bassin de la femme (d'après KAMINA) (10)



- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| 1- fossette ovarique | 11- Ovaire | 21- centre tendineux du pectiné |
| 2- fossette ifra-ovarique | 12- Ligament rond | |
| 3- Pli recto-utérin | 13- Ouraque | |
| 4- Cul de sac recto-utérin | 14- Uretère gauche | |
| 5- a .sacrale médiane | 15- Espace pré-vésical | |
| 6- Rectum | 16- Clitoris | |
| 7- Vagin | 17- Urètre | |
| 8- m. du sphincter externe de l'anus | 18- m. sphincter externe de l'urètre | |
| 9- Uretère droit | 19- Petite lèvre | |
| 10- ligament suspenseur de l'ovaire | 20- Grande lèvre | |

II) L'accouchement et la cinétique vésicale :

A) 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, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme situé entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée.

Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, ceux de la tête fœtale en particulier, à celle du bassin maternel et des parties molles. Couplés aux contractions utérines ils permettent au fœtus de traverser la filière génitale.

Le déroulement de l'accouchement comprend 3 phases :

- l'effacement et dilatation du col utérin,
- l'expulsion ou la sortie du fœtus hors des voies génitales,
- la sortie du placenta (la délivrance).

La première période est marquée par l'apparition des contractions utérines (début de travail) et ses conséquences sont sur :

- L'utérus lui-même avec formation et apparition du segment inférieur, effacement et dilatation du col,
- le pôle inférieur de l'œuf entraînant la rupture et le clivage des membranes (amnios et chorion),
- Le mobile fœtal : les contractions poussent le fœtus vers le bas pour lui faire franchir les différents étages de la filière pelvi-génitale en trois temps :
 - L'engagement qui correspond au franchissement du détroit supérieur avec orientation et amoindrissement de la présentation,
 - La descente et la rotation.
 - Le dégagement correspond au franchissement du détroit inférieur. L'ensemble de cette progression porte le nom de **phénomènes mécaniques de l'accouchement**. Cette première phase est la plus longue de l'accouchement, elle dure en moyenne 7-10 heures chez la primipare et 3-6 heures chez la multipare.

La deuxième période comprend 2 phases :

- L'achèvement de la descente et de la rotation de la présentation,
- L'expulsion proprement dite avec une somme de phénomènes mécaniques (dégagement) comportant le franchissement du détroit inférieur ostéomalacique et franchissement du plancher pelvi-périnéal.

La durée de cette période est de 1-2 heures en moyenne chez la primipare.

L'excès de la longueur du travail au delà de 18 heures est nuisible à la mère et plus encore à l'enfant d'où l'importance d'une surveillance du travail.

L'ensemble des anomalies pouvant entraver la marche normale de l'accouchement s'appelle une dystocie. Il peut s'agir soit d'anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col : on parle de **dystocie dynamique** ou d'une mauvaise accommodation du fœtus au bassin maternel : on parle de **dystocie mécanique**.

Il existe parfois un lien entre ces deux anomalies, la dystocie dynamique survenant sur une dystocie mécanique sous jacente.

B) Modifications anatomiques et physiologiques de la vessie chez la femme en gestation :

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 1-3cm,
- 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 retrosymphysaires 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.

Chapitre III : La fistule vésico-vaginale obstétricale africaine :

I. HISTORIQUE

La notion de cette infirmité remonte à la nuit des temps « Si une femme a l'urine qui coule en permanence, elle les perdra toute sa vie » a dit **Papyrus Ebert** 2000 ans avant Jésus Christ cité par L. Falandry et l'on sait qu'une fistule Vésico-vaginale associée à une déchirure du périnée a été retrouvée sur la momie de Heinheit 2050 avant Jésus Christ [22-111]

Selon Maurice Camey (3)

-**Avicenne** (1037), semble le premier à avoir signalé l'existence d'une déchirure définitive de la vessie chez des femmes mariées trop jeunes et **Louis Mercado** (1957), le premier à avoir parlé de fistule.

- **H-Van Roonhuyze** (1663) décrit l'installation de la malade en position périnéale, l'avivement autour de fistule.

-**Christophe Walter** (1679), puis **J.Fatios** (1752) signalent déjà l'intérêt du cathétérisme vésical pendant le travail comme un élément important de prévention de la FVV pour beaucoup d'auteurs modernes (Emmet, Hamlin, Zacharie, Monsieur etc.).

- C'est à **Levret** (1766) que l'on doit la première description de la position genu pectorale dans la chirurgie de la fistule vésico- vaginale.

- Avec **J. SIMS** (1813-1883), créateur d'un premier, puis d'un second hôpital aux USA, la chirurgie des fistules va connaître un nouvel essor.

- **Becker Brown** (1859) prépare le vagin scléreux par épisiotomies, section des brides et méchage type Mickulicz jusqu'à cicatrisation en vagin large.

- Alors que les auteurs précédents excisaient en bloc la fistule et la suturaient en un plan, **Maurice Collins** (1861) puis **Duboué de Pau** (1864) décrivent la dissection inter-vésico-vaginale (dédoublement vésico-vaginal).

- **Pawlik** a semble t-il le premier proposé le cathétérisme des uretères en (1882)

- **Ch. Noble** (1901) emploie avec succès la mobilisation de la petite lèvre pour reconstituer l'urètre.

- Les premiers abords par voie haute semblent revenir à **Trendelenburg** (1884), qui après avoir constaté une lithiase sur un fil de soie, proposa le l'utilisation de catgut pour la suture vésicale.

- La première voie mixte (dissection par en haut, suture par en bas) reviendrait à **Fran** (1894).

- L. Forgue en (1904) [67] puis C. Legueu en 1914 proposent la voie transpéritonéale. Celle ci contrairement à la voie vaginale comportait à l'époque un risque de péritonite, donc de mortalité non négligeable que ne connaissait la voie vaginale.
- **Martius H.** (1928) [114-115] mobilise les muscles bulbo et ischio- caverneux pour remplacer la perte de substance connue sous le nom de **greffe de Martius**.
- **J Monsieur** en 1976 utilise les racines du clitoris pour reconstituer l'urètre et décrit en 1980 le remplacement du vagin par un greffon sigmoïdien [123].
- En 1978 **Abdel Latif Benchekroun** (2) décrit la dérivation continente iléo-cæcale avec une valve hydraulique qui porte son nom.

Au Mali :

La prise en charge chirurgicale de la FVV était assurée par les chirurgiens généralistes de l'hôpital du point G. A noter le dévouement du professeur **Mamadou Lamine Traoré** pour la cause des femmes souffrant de cette infirmité.

Depuis, beaucoup d'évènements ont marqué cette activité. Nous pourrions citer:

- 19 septembre 1983 le décret N° 234 / PRGM reconnaissant la fistule urogénitale comme **une maladie sociale**.
 - Novembre 1993 **feu J.A. Robein** créait dans le cadre des activités de l'ONG « **Médecins du monde** » la mission « **fistules vésico-vaginales au Mali** » en collaboration avec le professeur **K.Ouattara** chef de service d'Urologie de l'hôpital du Point G.
- Dans la région de Mopti, en 5ans et demi, 400 fistules ont été prises en charge.
- La construction de la maison de la fistuleuse le 07 novembre 2000 « **Centre Oasis** » par la première dame, **Mme Konaré Adam Bâ** Présidente de la fondation partage pour l'hébergement, le conditionnement et la prise en charge psychosociale de ces malades durant la période préopératoire et la période de convalescence. (Voir photo 1)
 - En 2004 la création d'une salle d'opération autonome pour la chirurgie de la FVV : **la salle UNFPA** (photos 2) à l'hôpital du point G, une salle qui a joué un rôle décisif dans la prise en charge des fistules obstétricales au Mali et dans la sous région.
 - le 23 juin 2005 : décret portant institution de **la prise en charge gratuite de la césarienne** dans les établissements publics et hospitaliers, les centres de références des communes du district de Bamako et les établissements du Service de Santé des Armées.



Photo 1 : Centre Oasis du CHU du Point "G"



Photo 2 : Salle UNFPA pour le traitement des fistules Obstétricales. CHU du Point "G"

II. FACTEURS FAVORISANTS :

Plusieurs facteurs collatéraux favorisent la survenue de la FVV au Mali. Ils sont de trois ordres :

1. Médicaux : c'est la faible couverture obstétricale : elle concerne : (17)

✓ **La disponibilité des SOU (Soins Obstétricaux d'Urgence):**

26 structures de SOUC (Soins Obstétricaux d'Urgences Complets) sur 22 souhaitées soit 1,2 pour 500000 habitants.

15 structures de SOUB (Soins Obstétricaux d'Urgences de Base) sur 86 souhaitées soit 0,7 pour 500000 habitants.

Ceci dénote un déficit important en structures SOUB. Ces structures sont inégalement réparties sur l'ensemble du territoire national.

Par rapport à l'utilisation des SOU :

- la proportion des accouchements assistés est faible : 7,8%
- les besoins satisfaits en urgence obstétricale sont de 7,7%, la norme souhaitée étant de 100%
- la proportion des césariennes réalisées dans ces structures SOU est de 0,8% sur les naissances attendues (Norme 5%).
- ✓ **Les ressources humaines :** Le manque de personnel adéquat et qualifié et sa mauvaise répartition sur le territoire national, fait que bon nombre de nos femmes accouchent dans des conditions extrêmement primitives. Les statistiques en la matière sont les suivantes :
 - 48 gynécologues accoucheurs
 - 65 chirurgiens
 - 6 urologues
 - 378 sages femmes
 - 1 médecin pour 40 000 habitants
 - 1 médecin spécialiste pour 200- 300 000 habitants

Cela dénote également les insuffisances de compétences dans la prise en charge dans les formations sanitaires.

2. socio-économiques :

- ✓ **Le manque d'infrastructures routières** en zone rurale fait que le voyage devient long et périlleux.

Arrivée à destination, la parturiente ne trouvera toujours pas l'équipe obstétricale capable d'assurer sa délivrance avec efficacité et sécurité et le long travail infructueux va se prolonger pendant des jours.

- ✓ ***Le poids de certaines pratiques coutumières*** comme le mariage précoce et les mutilations génitales monnaie courante dans notre contexte, font que les bassins encore immatures et les vagins étroits vont constituer une source de dystocie très fréquente et tout cela sur un fond de pauvreté et d'illettrisme généralisé. En ce sens, 64 % de la population totale vivent dans la pauvreté et 35% dans l'extrême pauvreté (16) et le taux d'alphabétisation des adultes est de 48% pour les hommes contre 12% pour les femmes et celui des enfants de 47% pour les garçons contre 33% pour les filles en 1999.

Chapitre IV : PHYSIOPATHOLOGIE : Genèse de la fistule obstétricale

La principale cause de la fistule vésico-vaginale demeure dans notre contexte l'accouchement dystocique, contrairement aux pays développés dont la cause ou les étiologies sont post-chirurgicales ou néoplasiques.

La fistule obstétricale africaine a la particularité d'associer plusieurs lésions. Il peut s'agir de délabrements urogénitaux, de fistules recto-vaginale et/ou des destructions sphinctériennes.

La genèse des lésions vésicales s'explique par la nécrose ischémique des organes pelviens dont le mécanisme lésionnel n'est autre que la compression prolongée et contondante d'un pilon arrondi sur une arcade fœtale; le pilon étant la tête du mobile fœtal enclavé à la face interne de l'arcade ischio-pubienne.

Pour **Jean MONSEUR** (4) la vessie distendue (par les urines) est un élément déterminant de la nécrose. La paroi vésicale est en effet soumise entre deux forces opposées : la pression de la présentation bloquée et la pression hydrostatique de l'urine en rétention.

Lors de l'accouchement normal, la vessie ne souffre pas, car elle échappe à la tête fœtale en fuyant vers le haut derrière la symphyse pubienne.

L'escharrification se manifeste vers le 4^e - 5^e jour et la fistule apparaît.

Le rôle joué par la vessie pleine, souvent aggravé par les accoucheuses traditionnelles, qui abreuvent volontiers abondamment les parturientes, a été clairement mis en évidence. (Voir Figure 1).

A coté de ces fistules, il existe :

- **la fistule urogénitale post chirurgicale** : la fistule urogénitale consécutive à la chirurgie gynécologique : après hystérectomie pour rupture utérine ; chirurgie de volumineux myomes utérins ou une pelvipéritonite secondaire à des manœuvres abortives ; la césarienne et le forceps utilisé dans des conditions précaires.
- **La fistule urogénitale post néoplasique** : Elle constitue la suite logique de certaines tumeurs pelviennes entre autre le cancer du col de l'utérus.
- **Autres étiologies** :
 - La fistule urogénitale post radique (après radiothérapie).
 - Post traumatiques au cours des traumatismes du bassin.

- Les violences sexuelles chez la jeune fille.
- Corps étrangers intra-vésicaux sur infectés.
- Certaines parasitoses (ex : bilharziose à *S.hematobium*).

Toutes ces fistules ont en commun la perte incontrôlée des urines aux répercussions dramatiques sur la vie de la patiente.



Figure 1 : la présentation bloquée entre la vessie, la face postérieure du pubis en avant et le rectum et le coccyx en arrière.

Chapitre V : ANATOMIE-PATHOLOGIE :

Sur le plan anatomopathologique, on distingue :

a) La Fistule vésico-vaginale (FVV) : cette forme est la plus fréquemment décrite ; cette communication s'établissant entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure du vagin.

Dans ce groupe, il faut distinguer les FVV :

- trigonales et
- supra trigonales

b) La fistule vésico-utérine : Cette communication se fait entre la cavité utérine et la vessie. Son diagnostic n'est pas toujours facile. (Figure 2)

L'association de : - Hématurie cyclique
- Aménorrhée
- Fuite permanente d'urines

Constitue la triade de Youssef. Cette association permet de soupçonner cette entité.

c) La fistule cervico-vaginale : La fistule existe entre le col vésical et le vagin.

d) La fistule uréthro-vaginale : L'urètre féminin malgré sa brièveté en l'absence de grossesse peut être le siège d'une fistule s'établissant entre le vagin et lui. Son expression clinique est permictionnelle, les urines s'écoulant lors de la miction par le vagin.

e) La fistule urétéro-vaginale : La communication se fait entre le vagin et urètre. Il s'agit le plus souvent d'une conséquence d'un acte chirurgical (exemple : hystérectomie).

f) La fistule recto-vésico-vaginale (FRVV) « FVV africaine » (Figure 3)

Il s'agit là de destruction ou de délabrement des cloisons vésico-vaginale et recto-vaginale.

La réussite de la cure chirurgicale des FVV est liée aux facteurs suivants :

- le siège de la fistule
- l'état trophique des parois vésicale et vaginale
- les lésions associées

1) **selon le siège :** les FVV se classent en quatre grands groupes : (11)

- les FVV retrotrigonales : elles font communiquer la face postérieure de la vessie avec le moignon vaginal et siègent à distance des méats urétéraux.
- Les FVV trigonales : elles siègent à proximité des méats urétéraux, dont l'un peut être même concerné au cours de la réparation.
- Les FVV cervicales : Dans ce cas il faut noter l'atteinte du col et de sphincter vésical.

- Les FVV cervico-urétrales : La particularité de ces fistules découle du fait que l'atteinte de l'urètre et du sphincter vésical rend la réparation vésicale très difficile et compromet sérieusement la restauration de la continence.

2) Selon l'état des tissus :

La description anatomique de la fistule ne permet pas de juger de sa gravité. Comme le souligne **HAMLIN et NICHOLSON**, il faut y ajouter certains détails très importants que sont la trophicité et la fibrose.

- la trophicité : elle s'apprécie par la qualité et la vitalité des tissus, leur souplesse et leur épaisseur, la vascularisation et la facilité avec laquelle l'épithélium sépare des tissus sains avoisinants, surtout le périoste pubien.

On notera alors :

Une bonne trophicité, avec des tissus souples, épais, bien vascularisés et non adhérents.

Une trophicité moyenne, avec des tissus amincis, macroscopiquement normaux, paraissant clivables.

Une mauvaise trophicité : avec des tissus rigides, amincis et intimement adhérents au périoste pubien.

- La fibrose : elle a pour conséquence le rétrécissement du vagin barrant ainsi l'accès aux lésions et contraignant à des débridements ; à des résections plus importantes ou souvent à des épisiotomies larges. la fibrose peut être :

. Absente : vagin perméable

. Moyenne : dans ce cas, elle nécessite un simple débridement

. Importante : auquel cas son excision va laisser des pertes de substances importantes à combler.

Les lésions associées à la fistule : le fascia vésico-vaginal a disparu, remplacé par une lame cartonnée et rigide. Le dôme et les faces latérales de la vessie peuvent être libres de sclérose en dehors d'une césarienne ou d'une cure par voie haute.

La vessie est permanemment ouverte dans le vagin (Photo 3) ; rétractée par la sclérose, sa capacité considérablement réduite. Il faut noter les lésions bilharziennes et une surinfection de la paroi vésicale.

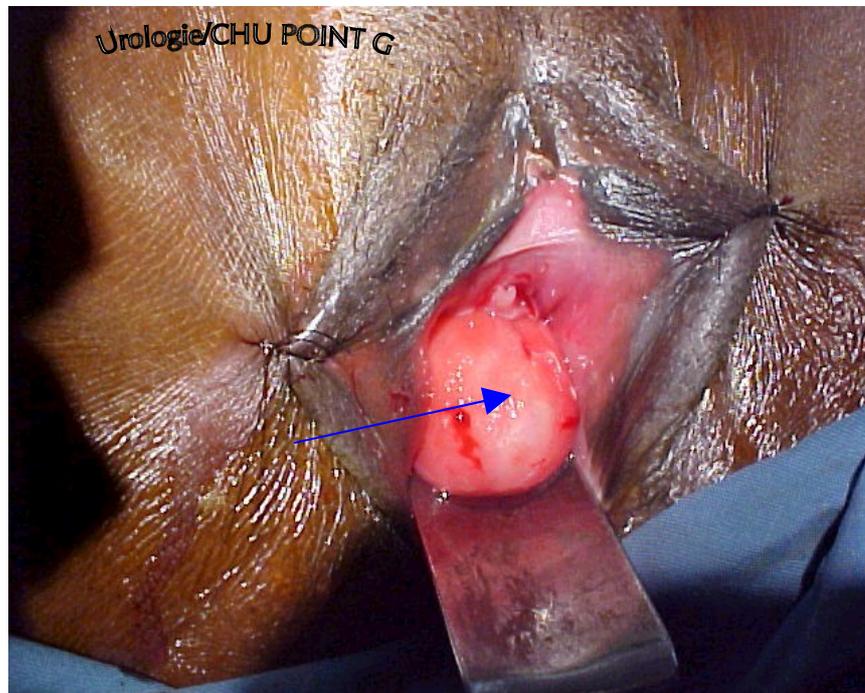


Photo 3 : Large fistule avec protrusion de la muqueuse vésicale (Fistule complexe)

b) les lésions gynécologiques :

- l'utérus : il est de taille normale et immobilisé du fait de l'extension de la fibrose au ligament de Mackenrodt. Ceci rend l'exposition de la paroi vaginale antérieure difficile, et par conséquent celle de la fistule.

Le col utérin peut être sain ; court ; il est enfoui dans la masse de sclérose ou déchiqueté avec disparition des culs de sac. Il peut être sténosé ou remanié et déformé au niveau de la lèvres antérieure.

L'utérus est souvent retroversé et fixé.

L'écoulement d'urines au niveau de la zone cicatricielle témoigne de l'existence d'une fistule vésico utérine ; la fistule en question est au contact du col utérin déchiré et expose aux infections (endométrites ; salpingites chroniques) ; à la stérilité tubaire ; à l'aménorrhée et des dysovulations.

- le vagin : il est atrésique (photo (4)) (du fait de son envahissement par une fibrose rigide) ne laissant passer qu'un seul doigt. Cet état, rend impossible l'examen de la patiente même sous anesthésie générale et aussi les rapports sexuels. Il existe souvent une bride frontale arciforme, semi lunaire au niveau de la face postérieure amarrant la lèvres postérieure du col utérin et effaçant le fornix.

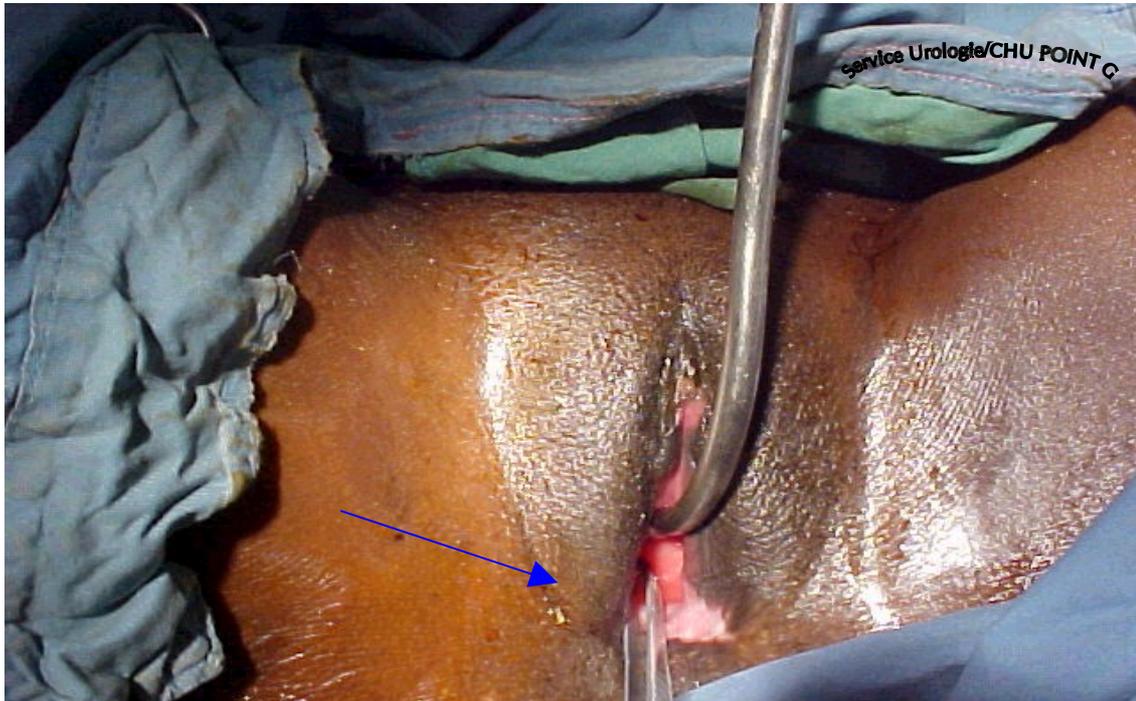


Photo 4: l'atrésie vaginale liée à la fistule vésico-vaginale

L'examen à la valve est impossible. Le col enfoui dans la masse scléreuse du vagin s'oppose à l'écoulement des menstrues (hématocolpos).

- la vulve : elle est en général le siège des macérations importantes, de condylomes, des végétations éxsulcérées et surinfectées.

b) Les lésions digestives (rectales) :

elles sont traumatiques, liées à l'ischémie par la compression prolongée. Elles aboutissent à l'ouverture secondaire par chute d'escarre, créant la fistule recto-vésico-vaginale (FRVV) (Figure 3). Elle peut être haute, punctiforme pouvant être méconnu au sein du vagin atrésique, ne laissant sourdre que du gaz et quelques selles.

Par ailleurs elle peut être haute et géante atteignant plusieurs centimètres de diamètre réalisant une véritable « colostomie ».

Il peut y avoir des lésions du sphincter et de la cloison recto-vaginale plus ou moins hautes. Des brides de la paroi postérieure du vagin peuvent masquer les lésions. La réparation de ces lésions est condition sine qua non de cure chirurgicale de la FVV.

d) les lésions périnéales :

Elles sont de diagnostic aisé et sont le plus souvent des séquelles de déchirure complète avec rupture de l'anneau du sphincter anal ou de déchirure compliquée avec ouverture étendue du canal anal et de la cloison recto-

vaginale. On est donc devant un véritable délabrement recto-vaginal avec rupture compliquée ou complète du périnée.
NB / la réparation de ces les lésions est difficile à cause du mauvais état trophique des tissus.

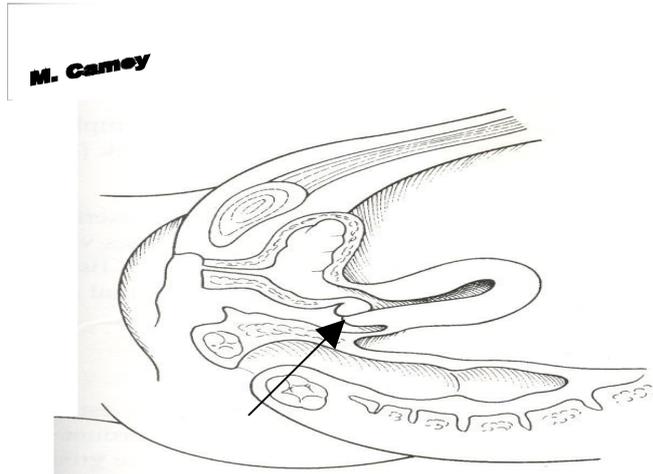


Figure 2 : la fistule vésico-utérine post césarienne.

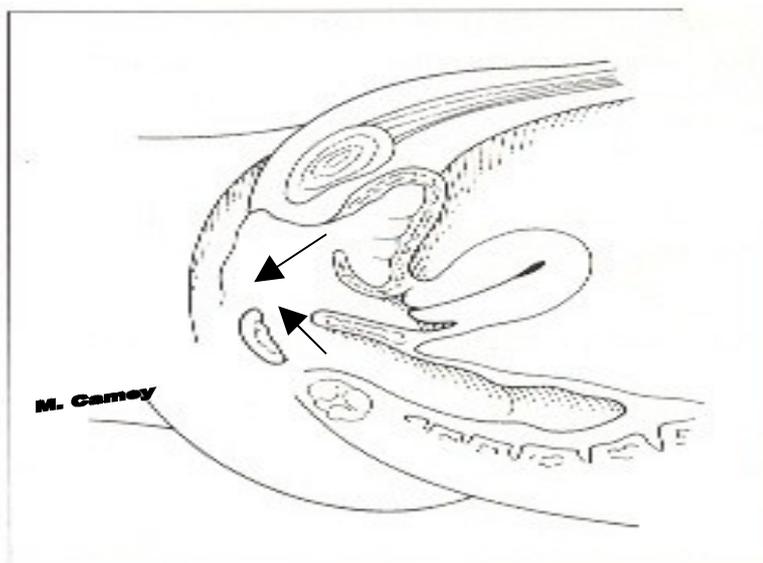


Figure 3 : Fistule recto-vésico-vaginale (la F.V.V "africaine")

Chapitre VI: CLASSIFICATION DES FISTULES UROGENITALES :

A- les fistules vésico-vaginales :

Les différentes classifications proposées par les chirurgiens dans l'étude des fistules uro-génitales sont presque toutes inspirées :

- du siège anatomopathologique de la lésion
- l'état général,
- le degré de perte de substance vésicale,
- L'état anatomopathologique des tissus : Tissus souples de bonne trophicité, sclérose ; ou brides vaginales,
- Le degrés de destruction cervicale et / ou urétrale.

C'est ainsi que **L. Falandry** ajoute à propos de destructions urétrales, des degrés ou niveaux (6) :

Degrés I de destruction : une partie seulement du col et de l'urètre est concernée. La pression urétrale est estimée à 15 cm d'eau.

Degrés II de destruction : l'urètre proximal et la partie postérieure du col vésical sont presque totalement détruits. La pression urétrale est de 8,5 cm d'eau.

Degrés III de destruction : destruction totale de l'urètre et subtotale du col vésical.

Degrés IV de destruction : destruction totale de l'urètre, du col et du bas- fond vésical, réalisant une véritable extrophie « vésico-vaginale » ou cloaque vésical. (Photo 3)

-La désinsertion vésico-urétrale : rencontrée lors de l'accouchement dystocique ou plus souvent dans les traumatismes du bassin avec ou sans urètre borgne.

A. Mensah et col. (14) ont adopté une classification simple intégrant à la fois la topographie de la fistule, l'état des tissus péri- fistuleux et du vagin, permettant une étude parallèle des indications thérapeutiques :

a) les fistules simples : photo A

Elles s'ouvrent loin des orifices urétéraux. L'urètre est indemne et il n'y a pas de sclérose péri- fistuleuse. La cure par voie basse aboutit presque toujours à une guérison dès la première intervention.

b) les fistules complexes : Photo C

Le col vésical est détruit, avec une atteinte partielle ou totale de l'urètre. La sclérose péri-fistuleuse est limitée et leur cure par voie basse est encore possible au prix d'une incontinence urinaire quasi systématique.

c) Les fistules compliquées ou FVV « africaines » :

Elles réalisent de véritables délabrements périnéaux. Ce sont les classiques « Fistules vésico-vaginales africaines ».

Le col vésical est détruit de même que l'urètre. La sclérose péri-fistuleuse est très étendue, pouvant obstruer l'un ou les méats urétéraux.



Photo A- Fistule Simple

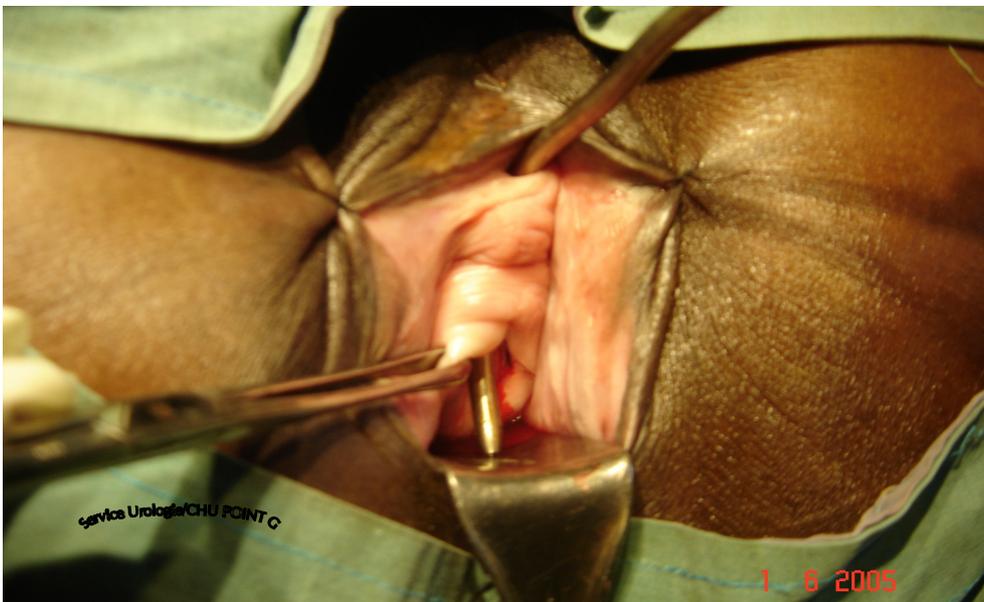


Photo B- Fistule Grave



Photo C : Fistule complexe

Une fistule recto-vaginale y est fréquemment associée avec ou sans lésion du sphincter anal.

La cure de la fistule est rendue difficile par le caractère septique de cette association et par la rétraction scléreuse des tissus péri-fistuleux. Les tentatives de cure sont souvent vouées à l'échec ; chaque échec rend plus difficile les reprises ultérieures.

R. Couvelaire : simplifie encore plus en répartissant les fistules vésico-vaginales en deux groupes (5).

Groupe I : FVV simples.

Elles désignent un trou petit ou grand, faisant une communication entre vessie et vagin. Ce sont essentiellement les fistules retrotrigonales. La base de leur traitement est le dédoublement- fermeture.

Simple (Chassar- Moir) ou renforcée par une myoplastie (A.Le Guyader).

Groupe II : FVV complexes

Elles désignent des lésions dans lesquelles il y a deux ou plusieurs éléments suivants.

- le trou jouxte l'orifice urétral,
- le col vésical est perforé,
- la capacité du réservoir vésical est réduite ou alors la trophicité du détrusor est anormale,
- il y a une perte de tout ou une partie de l'urètre,
- Une sclérose importante accompagne la FVV,
- Une fistule recto-vaginale accompagne la FVV,
- La présence d'une lésion du périnée et du pelvis.

Classification de Hamlin et Nicholson :

Elle répartit les fistules en 6 groupes selon le siège anatomo-clinique :

- les FVV simples,
- les FRV simples,
- les fistules uréthro-vaginales simples,
- les FRV hautes,
- les fistules vésico-utérines,
- les fistules urinaires complexes, associant des lésions vésico-uréthro-cervicales.

Classification de Lugane P. M, Léo J.P

- Les FVV retrotrigonales,
- les FVV trigonales,
- Les fistules cervico-vaginales avec atteinte du détrusor,
- Les fistules cervico-urétrales avec atteinte de l'urètre et du sphincter vésical.

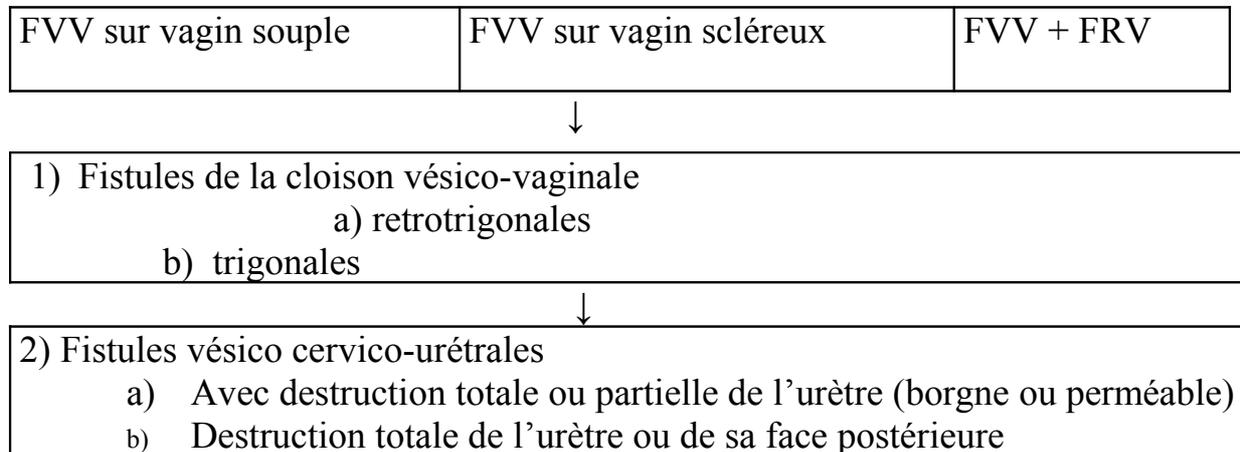
Classification de Benchekroun :

- Type I avec transections trigono-cervico-urétrale,
- Type II avec destruction cervico-urétrales,
- Type III correspond aux fistules cervico-urétrales simples.

Classification de K. Ouattara et col. (18)

Cette classification est celle adoptée dans ce travail, elle décrit le type anatomo-topographique de la fistule ; ses particularités cliniques ; son environnement (présence ou non de sclérose du vagin ; l'association à une fistule rectale ; l'atteinte du segment vésico-urétral). Facteurs dont l'influence est notoire sur le résultat du traitement chirurgical. Le résultat du

traitement chirurgical dépend très souvent de l'environnement de la fistule (la possibilité de l'exposer).



La classification de l'AFOA (Association de traitement des fistules obstétricales africaines), dérivée de la classification de Maurice CAMEY et L.Falandry (4).

Les FVV sont classées en 3 grands groupes.

A] Les FVV simples : siégeant à la face postérieure de la vessie, à distance du col, en tissu sain et souple, de taille inférieure à 3cm.

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

- .Hautes ; près du col utérin,
- .Basses ; près du col vésical,
- .moyennes ; en pleine cloison vésico-vaginale.

En fonction de la taille de la brèche, on distingue :

- . FVV punctiformes, difficile à visualiser,
- . La destruction de la cloison vésico-vaginale admettant au moins deux ou trois doigts, permettant alors le toucher intravesical, ici il n'y a pas de sclérose des tissus sains.

B] Les FVV complexes : qui regroupent :

- . Les FVV intéressant la région trigono-cervico-urétrale en respectant la continuité de la paroi antérieure de la vessie avec la paroi antérieure du col et de l'urètre.
- . Les FVV n'intéressant ni col vésical, ni urètre mais déjà opérées (fistules de seconde main ou après plusieurs tentatives de cure).

C] Les FVV graves :

Il faut noter ici la destruction partielle ou totale de l'urètre, du col vésical avec sclérose modérée, un urètre obstrué (borgne).

A noter que la sclérose peut être importante (vagin cartonné), conséquence de l'envahissement du tractus urogénital par un processus scléro-infectieux, rendant l'exposition très difficile.

B- Les fistules recto- vaginales :

Selon Zacharin elles se classent en : Figures 4

- fistule haute (moitié supérieure) Figure 4-1
- fistules basses (moitié inférieure) Figure 4-2
- les déchirures périnéales complètes du 3^{ème} degré c'est-à-dire intéressant tout l'appareil sphinctérien et le canal anal. Figure 4-3

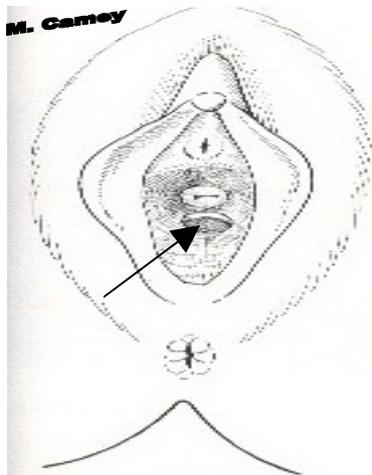


Figure 4-1 :
Fistule rectale basse.

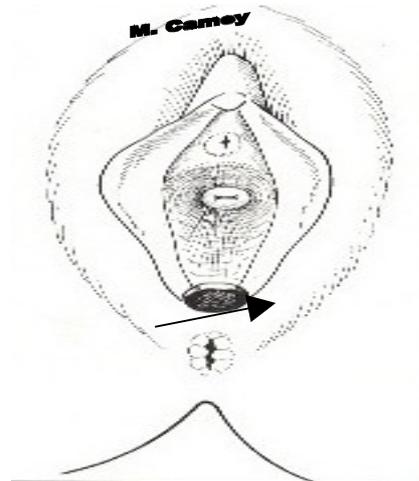


Figure 4-2
Fistule rectale basse intéressant le sphincter anal.

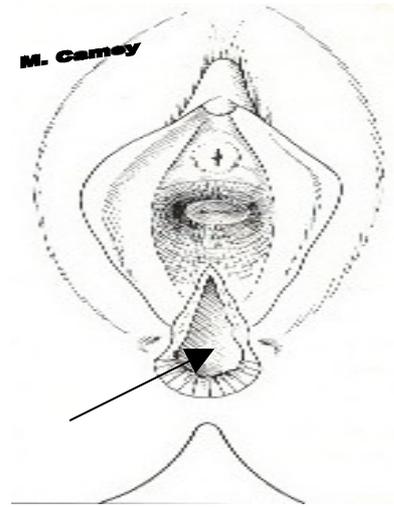


Figure 4-3
Déchirure du périnée du 3^{ème} degré.

Chapitre VII : DIAGNOSTIC :

I- les fistules vésico-vaginales :

Le diagnostic de fistule urogénitale repose d'abord surtout sur les données de l'interrogatoire et de l'examen physique.

A) Diagnostic positif :

1) Interrogatoire :

Il renseigne sur les circonstances d'apparition.

La patiente se plaint d'**incontinence urinaire** dans les suites immédiates d'un accouchement dystocique, d'une hystérectomie ou d'une intervention gynécologique. Cette incontinence qui peut être :

- Partielle : la femme conserve encore des mictions.

C'est le cas de certaines patientes atteintes de fistule urétéro-vaginale ou de petites fistules vésico-vaginales (fistulette)

- Intermittente : l'incontinence est plus marquée en position

Debout (fistule basse) ou couchée (fistule haute).

Dans le cas particulier des fistules vésico-utérines, la perte d'urines associée à une hématurie cyclique (« menourie ») confirme le diagnostic : c'est le syndrome de Youssef.

Les deux éléments peuvent exister isolément.

Dans le cas des fistules uréthro-vaginales, la fuite d'urine est d'expression permictionnelle.

L'analyse des données de l'interrogatoire doit tenir compte du fait que l'association des différents types de fistules est possible.

En consultation urologique, ces patientes arrivent avec un faciès mélancolique, toujours debout, refusant le siège qu'on leur offre par peur de le mouiller. Ceci est un élément important et doit faire penser à la fistule urogénitale.

Cet interrogatoire nous renseignera sur les aspects sociaux dramatiques à type d'exclusion souvent difficile à raconter.

2) L'examen physique :

Se pratique chez une patiente en position gynécologique, dans une salle spacieuse bien éclairée.

Il peut se faire parfois avec l'aide d'un anesthésiste.

a) **inspection** : les ulcérations de la vulve, du périnée et de la face interne des cuisses dues à l'effet corrosif des urines et des garnitures qu'elles portent en attirent l'attention général (Photo 5).

La mise en place d'une valve vaginale, permet bien souvent de remarquer une inflammation de la face antérieure du vagin, de repérer l'orifice fistuleux soit directement, soit par l'écoulement d'urines.



Photo 5 : lésions vulvaires de macération provoquées par l'acidité des urines.

Dans le cas de petites fistules (fistulette) se cachant derrière des replis de la muqueuse vaginale, l'instillation de colorants dans la vessie (exemple : Bleu de méthylène) permet de repérer le siège.

Une fuite de colorant par le col utérin signe une fistule vésico-utérine.

Cette épreuve peut être négative mais attention à :

- une petite fistule cervicale peut être obturée par le ballonnet de la sonde (mobiliser celui-ci)
- une fistule haute vésico-utérine, la traction par le col utérin peut alors mettre en évidence la fuite.

- une fistule urétéro-vaginale, si l'écoulement d'urines non teintées persiste et particulièrement en cas d'antécédents chirurgicaux. L'U.I.V. devient alors indispensable.

- une incontinence par incompétence sphinctérienne, en particulier chez une malade déjà opérée pour fistule. Laissant la vessie pleine de bleu en retirant la sonde, on observe alors la perte d'urines par le méat spontanément ou à la toux.

b) le toucher vaginal permet souvent de poser le diagnostic ; le doigt qui touche pouvant accéder à la cavité vésicale dans le cas d'une grande perte de substance.

3) Examens complémentaires :

a) la cystoscopie :

Elle est d'un grand apport car pouvant repérer l'orifice fistuleux et déterminer ses rapports avec le col vésical et les orifices urétéraux.

L'injection d'indigo carmin par voie intraveineuse permet dans le même temps de montrer l'absence de lésions sur les uretères. La mutité d'un méat urétéral suspecte une lésion sur l'uretère correspondant.

Elle permet en plus de cathétériser les uretères en préopératoire.

Elle n'est pas réalisable dans les grands délabrements.

b) L'urographie intraveineuse (U.I.V) avec cliché de cystographie :

Elle est essentielle car permettant d'apprécier le haut appareil urinaire, de montrer une éventuelle lésion urétérale. Le cliché de 3 /4 en cystographie permet de visualiser le plus souvent la communication vésico-vaginale avec opacification du vagin.

Le même cliché peut mettre en évidence une communication vésico-utérine si elle existe.

c) L'urétéro-cystographie rétrograde : (UCR)

Elle doit être réalisée lorsque le cliché de cystographie n'est pas satisfaisant à l'U.I.V pour identifier le trajet de petites fistules.

d) L'échographie:

Permet d'apprécier le retentissement des lésions sur le haut appareil urinaire.

4) Le bilan lésionnel : il va préciser :

La taille et le siège de la ou les fistules dans le vagin.

Son rapport avec le col vésical, l'urètre, qu'un biniquet explore au mieux

(Photo 6) et dont l'extrémité va apparaître par la fistule, sauf dans les cas de transection ou le moignon d'urètre restant est ici obstrué en arrière.

Les orifices urétéraux sont parfois visibles (photo8-2) sur ou près du bord de la fistule. La cystoscopie peut montrer les orifices urétéraux ou l'orifice vésical d'une fistulette, en particulier les fistules résiduelles ou l'orifice vésical peut ne pas correspondre directement à l'orifice vaginal.

Par la vue, et avec les touchers vaginaux et rectaux, on précise l'importance de la sclérose, les adhérences et surtout l'étendue de la perte de substance tant au niveau de la vessie, que du vagin ou du rectum.

NB / il faut faire attention aux lithiases qui doivent être enlevées avant de traiter la fistule.



Photo 6 : un béniquet explore la fistule.

5) Evolution et pronostic :

La FVV laissée à elle seule n'a pas une tendance à la guérison spontanée qui reste cas même possible sauf dans le cas de petite fistule au début traitée par une sonde à demeure pendant 3 semaines.

Sans traitement, l'évolution va en général vers les complications : infectieuses et anatomiques (la macération, la sclérose et rétrécissement du vagin) aux répercussions sociales dramatiques : elles sont traumatisées, culpabilisées jusqu'à s'autoculpabiliser, rejetées, souvent renvoyées. Cette situation les transforme en véritables parias. Ces pauvres victimes de ce fléau échouent sur des « îles de santé » que sont les structures hospitalières, cas de notre hôpital ou fonder des villages aux environs (Nianankorobougou : village du Point G) avec l'ultime espoir pour elles de se remettre de ce cauchemar, pour que renaisse en elles la femme, munie de son quitus de retour à la maison pour faire valoir son droit à la dignité et à la tendresse.

B) Diagnostic différentiel : il se pose devant :

- Toute incontinence urinaire d'une autre étiologie.
- L'énurésie qui est la perte d'urine surtout la nuit à cause d'une immaturité des centres de la miction.
- L'abouchement ectopique des uretères dû à une malformation congénitale.

II- les fistules recto-vaginales :

: A- Symptômes et examen clinique

C'est l'incontinence des gaz et /ou des selles souillant le vagin qui constitue le maître symptôme majeur. Les symptômes sont accentués lors des épisodes de diarrhée. Dans quelques cas, la malade se plaint au contraire de difficultés pour aller à la selle, il existe alors au dessus de la fistule une bague de sclérose qui rétréci le rectum.

B- Le diagnostic ne pose pas de problèmes lorsque la fistule est importante. Il faudra néanmoins après les toilettes vaginales, par la vue et les touchers combinés, faire un bilan lésionnel précis : taille et niveau de la fistule, la sclérose de la cloison recto-vaginale et peri-rectale éventuelle, l'état du sphincter anal. La palpation entre l'index rectal et le pouce vaginal permet de bien sentir le trou et la sclérose qui l'entoure.

Chapitre VIII : TRAITEMENT

I- Traitement des fistules vésico-vaginales :

Le traitement des fistules vésico-vaginales est essentiellement chirurgical.

Le choix de la technique dépend surtout de la nature de la lésion.

Historiquement trois techniques ont été préconisées :

1- L'avivement suture de Marion Sims ou technique américaine :

Elle consiste à tailler aux ciseaux ou au bistouri électrique une zone d'avivement large, mais oblique en cuvette.

Cet avivement ne touche en principe que le vagin sans mordre sur la paroi vésicale. On fait une suture soignée et isolée du vagin. La vessie est simplement refoulée.

Avantages : elle permet d'éviter la formation de petits calculs au contact de la suture et réintégrer les uretères dans la vessie sans risque de les prendre dans la suture.

2- Le dédoublement suture ou méthode française :

(CHEWARD 1883 ; DIFFENBACH 1836 ; DUBARI 1864 ; RICARD.)

L'incision est faite entre la vessie et le vagin et sépare les deux parois vésicale et vaginale sur plusieurs centimètres. Puis on suture les tranches vésicales entre elles au fil résorbable. Les tranches vaginales sont suturées par dessus au fil non résorbable.

3- L'opération de GERDY : le procédé de la collerette :

(FERGUSSON, 1895 ; BRACQUEHAYE, 1899)

Elle consiste à tailler une collerette vaginale péristylaire et à la retourner, à l'enfourer dans la vessie. Une suture étagée est faite sur la vessie par des points non perforants au fil résorbable. Quelques points sont placés sur la muqueuse vaginale assez espacés pour permettre l'évacuation d'un hématome qui se formerait éventuellement entre les deux plans vésical et vaginal. Le lambeau vaginal est attiré en rideau au dessus de la suture vésicale accroît la sécurité des tissus.

A) BUT DU TRAITEMENT (4)

L'objectif premier du traitement est de rétablir l'étanchéité vésicale, il devra néanmoins permettre à la femme de retrouver sa vie sexuelle normale et la capacité de procréer.

B) METHODES :

a) Quelques principes généraux : Ils ont été bien énoncés par R. Couvelaire en 1953(5) : «Bien voir, bien dédoubler, bien affronter les surfaces, bien drainer les urines ». Il est demandé à tout chirurgien de tout mettre en œuvre pour réussir au premier coup, car si la fistule résiduelle est souvent plus petite que la fistule d'origine, chaque intervention comporte un risque de supplémentaire de dévascularisation et de sclérose vaginale responsable de l'échec des cures ultérieures.

1) la préparation du malade :

Le délai d'opération de la FVV obstétricale pour la quasi-totalité des auteurs ne doit pas être inférieur à 3 mois ; Quoique certains auteurs (25) préconisent une prise en charge précoce (dès le premier jour).

Le traitement des infections se fera par désinfection locale des lésions, par irrigation d'antiseptique, antibiothérapie par voie générale et application locale. La présence d'une FRV peut nécessiter une colostomie de décharge.

2) L'anesthésie :

Comme la majorité des interventions en chirurgie urologique, notre préférence va à l'anesthésie locorégionale en l'absence de contre indications.

3) Installation du malade et voies d'abord :

La voie basse (abord intra-vaginal) qui à notre préférence, représente la meilleure voie d'accès aux FVV pour certaines raisons :

- Elle permet mieux que toute autre (de fermer la vessie avec la vessie), condition la plus sûre du succès, de contrôler le col vésical ou de reconstituer l'urètre.

- Elle permet d'éviter une laparotomie itérative parfois difficile et souvent douloureuse avec de meilleures suites opératoires, courtes et plus confortables.

Le malade est installé en position de la taille, les fesses débordant légèrement la table.

Une épisiotomie unilatérale ou bilatérale peut être nécessaire pour mieux exposer les lésions.

Les petites lèvres sont fixées à la face interne des cuisses et une valve à poids est mise en place.

Par la même voie d'abord, certains auteurs préconisent la position ventrale dite du « Jockey » il semble que cette dernière offre une meilleure exposition des lésions.

Dans la voie transvésicale (Photo 7) ou transpéritonéo-vésicale la malade est installée en décubitus dorsal.

Quelle que soit la voie d'abord, les conditions du succès selon R. Couvelaire sont les mêmes :

- Séparer largement la vessie et le vagin.
- Exciser sans égard à l'importance de la brèche les tissus fibreux ou inflammatoires ischémiés, jusqu'à obtenir l'affrontement de tranches souples et bien vascularisées.
- Drainer correctement la vessie.

4) Pansements et suites immédiates :

Le vagin est ensuite rempli doucement mais complètement par des compresses imbibées de Polyvidone iodée diluée. Elles vont pendant 48h contribuer à l'effacement des espaces morts et à l'adhérence des tissus.

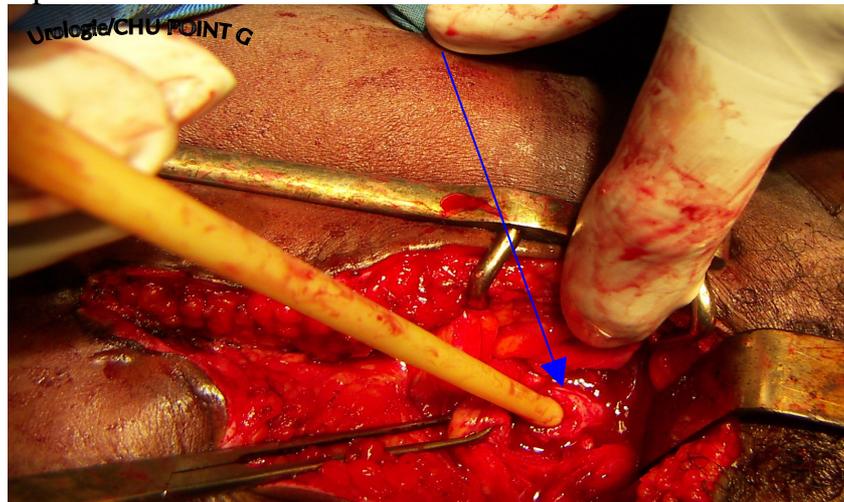


Photo 7 : Abord par voie haute (transvésicale) d'une fistule retrotrigonale : une sonde de Folley gonflée dans l'orifice fistuleux.

b) Traitement des fistules simples : Technique de Chassar Moir : (23)

Il s'agit en fait d'un perfectionnement de la technique originale décrite en 1852 par Marions SIMS.

♠ Technique : Figures 5

La malade est installée en position de la taille décrite ci-dessus. Une sonde est mise en place dans la vessie. Quatre pinces d'Allis, placées en losange autour de la fistule saisissent le vagin et l'abaisse à la vulve (Fig5-1). On peut aussi bien placer une sonde aussi à ballonnet dans la vessie à travers l'orifice fistuleux. Une traction sur la sonde produirait le même effet.

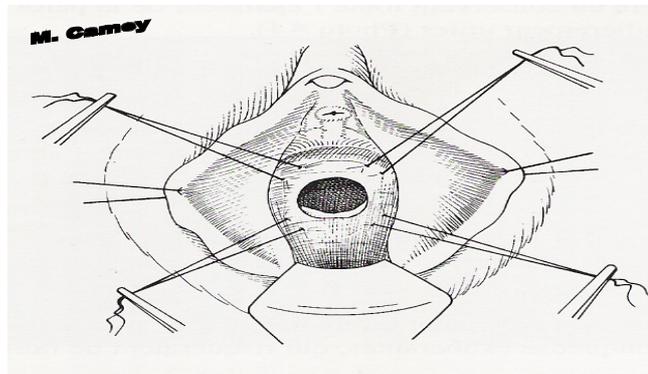


Fig5-1

Les différents temps opératoires sont :

1) Incision verticale du vagin (fig5-2).

L'incision commence à 1cm au-dessus de l'orifice fistuleux, contourne l'orifice et se termine à 1cm au-dessous de lui.

Les lèvres de la fistule sont avivées de façon économique.

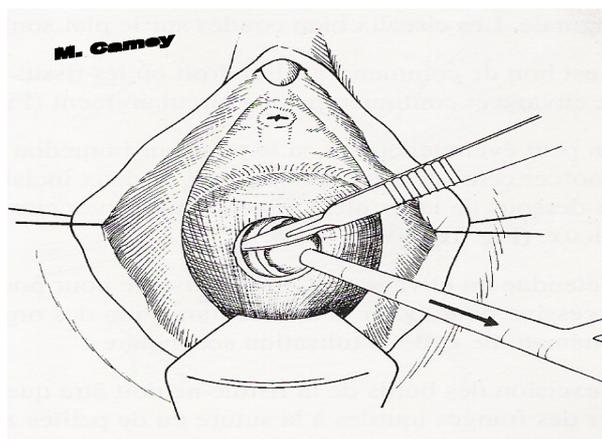


Fig5-2

2) Décollement vésico-vaginal (Fig5-3) :

Il est peu poussé, l'objectif étant d'éviter tout espace mort inter vésico-vaginal. Un décollement de 10 à 15 cm au pourtour de fistule est en général suffisant et permettra un bon affrontement de la paroi vaginale.

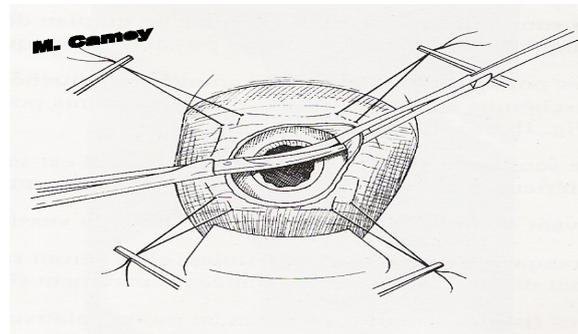


Fig5-3

3) Fermeture de l'orifice vésical (fig5-4)

Elle est réalisée en un seul plan ou deux, de préférence extra muqueux en points séparés au vicryl 3 /0.

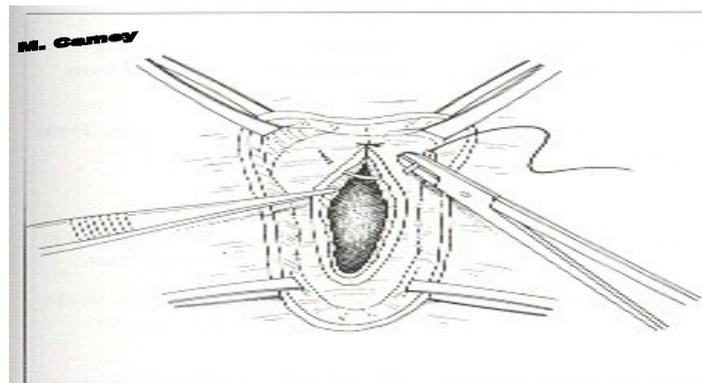


Fig5-4

4) Vérification de l'étanchéité vésicale

A partir d'une sonde de Folley, elle se fait par injection sans pression d'environ 150 cm³ d'eau distillée colorée de bleu méthylène. Si la moindre fuite apparaît, on complète la suture.

Cette vérification permet aussi de s'assurer qu'il n'existe pas un deuxième orifice fistuleux dont la méconnaissance compromettrait l'intervention.

4) La suture vaginale (fig. 5-5) :

Les points sont passés en Blair-Donati au vicryl 3-0, pour affronter les lèvres vaginales jusqu'aux limites du décollement de sorte qu'on élimine tout espace mort entre vessie et vagin.

Les fils sont noués lorsqu'ils sont tous été passés.

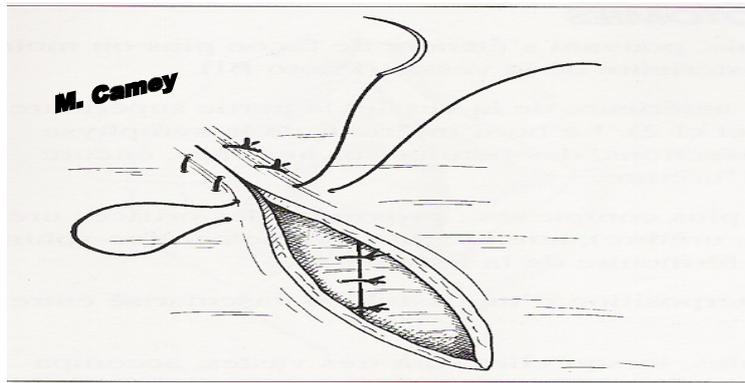


Fig. 5-5

c) Traitement des fistules complexes :

Elles intéressent la région trigono-cervicale :

1) Les problèmes chirurgicaux qu'elles posent sont beaucoup plus complexes ce sont :

- la proximité des méats urétéraux.
- La perte de tissus des régions peu fournies
- L'atteinte du système vésico-sphinctérien avec son risque d'incontinence persistante malgré la fermeture de la fistule
- La présence dans ce type de rétrécissement de la vulve, de l'étranglement et la sclérose vaginale. Pour pouvoir introduire correctement la valve à poids et que celle-ci expose bien les lésions, recourir aux épisiotomies et en cas de grandes pertes de substances aux interpositions basses pour la fermeture de la fistule.

2) Pour le traitement : Photos 8

- * Exposition de la fistule Photo 8-1
- * Repérage des orifices urétéraux qui peuvent être cathétérisés (photo8-2)
- * Incision et clivage entre vessie et vagin
- * Suture de la vessie puis du vagin (photos 8-4 et 8-5)

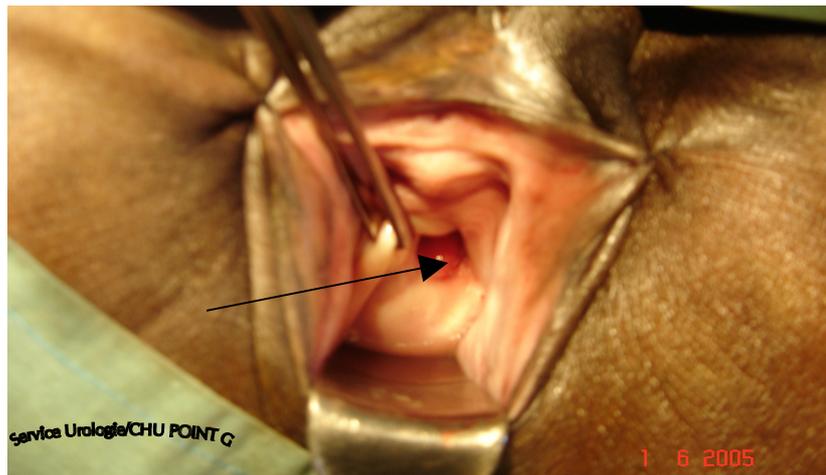


Photo 8 : *large fistule de cloison vésico-vaginale (fistule complexe)*



Photo 8-1 : *un biquet explore la fistule*

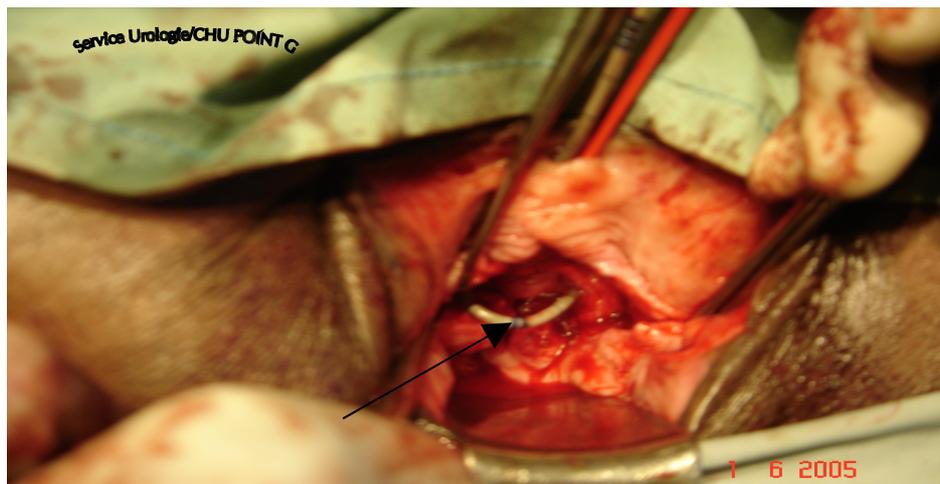


Photo 8-2: intubation des méats urétéraux.

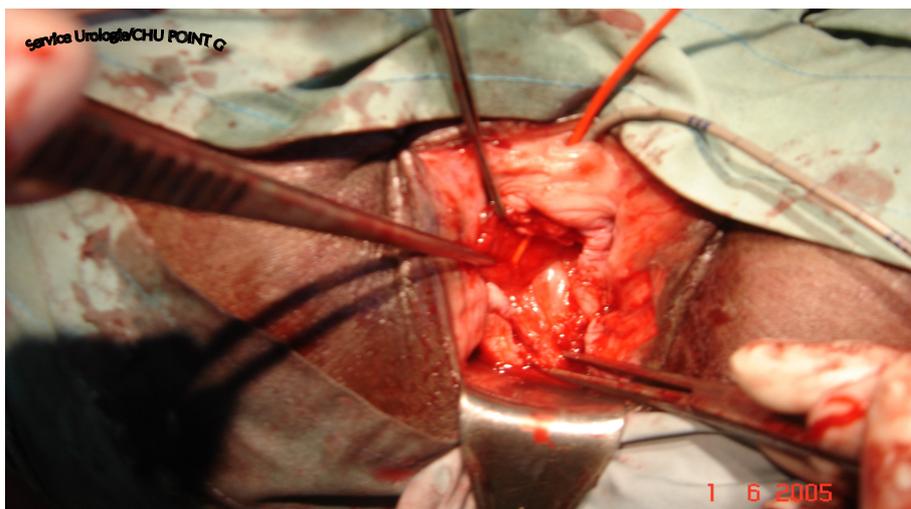


Photo 8-3 : fermeture du plan vésical.

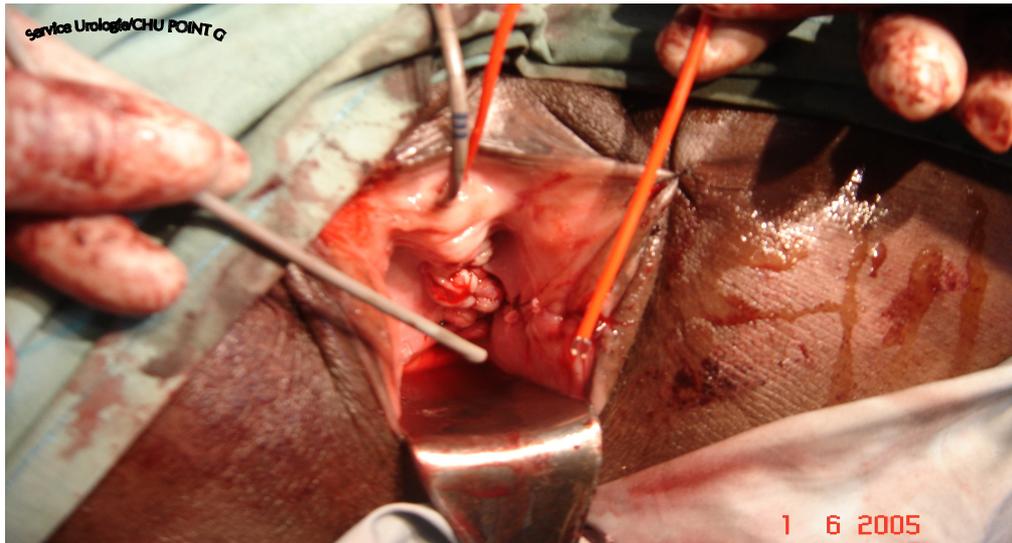


Photo 8-4: suture du plan vaginal.

1- Les épisiotomies :

Elles sectionnent en règle très largement toute l'épaisseur de la petite lèvre et même au-delà.

Selon OUATTARA. K cité par Maurice Camey (4) :

L'opération est toujours possible par voie basse. Les artifices utilisés pour bien exposer la fistule sont :

1- l'épisiotomie uni ou bilatérale ouvrant la fosse ischio-rectale avant de sectionner en avant la bride transversale rétractant vers le haut la fistule vésicale surtout en cas d'association de fistule rectale à une fistule vésicale.

2-L'ouverture large de l'hiatus vésico-utérin permet de mieux mobiliser la vessie à travers la brèche de la paroi vaginale, de mieux cerner et de repousser plus bas le col utérin.

Lorsque la fistule est haute et le vagin très étroit, l'épisiotomie peut être élargie (Schuchard).

2- Les interpositions basses :(4)

Elles sont indispensables pour les fistules graves et complexes pour :

- Combler l'espace mort éventuel entre vessie et vagin source possible d'hématome et de fistulisation secondaire

- Séparer les sutures urinaire et vaginale qui vont cicatriser à distance sans risque de communication.

- Apporter un tissu bien vascularisé entre des tissus qui ont été initialement fortement ischémiés.
- Interposer un tissu souple, en particulier dans la région du col pour : soutenir la région cervico-urétrale ; recréer son angulation, la remettre dans la zone de pression pelvienne et enfin éviter l'adhérence à un vagin atrophique et scléreux figeant le col vésical vers le bas, source d'incontinence post-opératoire.
- Si une intervention secondaire pour incontinence s'avère ultérieurement nécessaire, la présence de tissu graisseux interposé facilitera l'intervention en diminuant le risque de fistule.
- En cas de grossesse ultérieure et en l'absence de dystocie osseuse, l'interposition jouera le rôle d'un coussinet et contribuera à éviter une déchirure et la survenu d'une nouvelle fistule.

a) Exemple d'interposition : La greffe de Martius : autoplastie de la grande lèvre : Alors que Martius avait décrit dans un premier temps l'utilisation du bulbo-caverneux et de l'ischio-caverneux pour assurer la continence après réfection de l'urètre, c'est son second procédé qu'il a décrit comme le lambeau graisseux bulbo caverneux (4) qui est universellement utilisé.

* **Définition :** C'est le contenu graisseux de la grande lèvre et le bulbo-caverneux en dedans circulairement libéré, pédiculisé à son extrémité inférieure et postérieure, où arrive sa vascularisation par des rameaux de la honteuse interne.

* **Technique : Figures 6**

1- Incision cutanée et dissection (Figure 6-1 et 6-2)

Sur le bord de la grande lèvre présentée par quatre pinces d'Allis

Incision cutanée longitudinale avec la petite couche graisseuse propre.

Libération sur toutes les faces du contenu de la grande lèvre (Prudence pour ne pas léser l'apport vasculaire venu des branches de la honteuse interne).

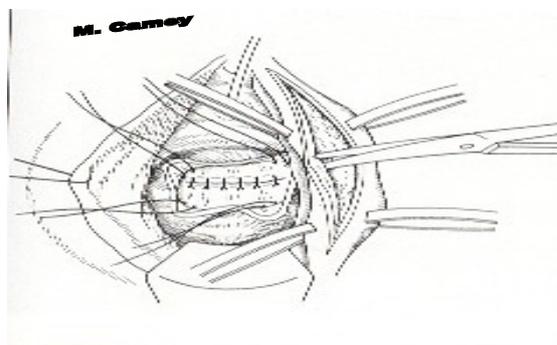


Figure 6-1

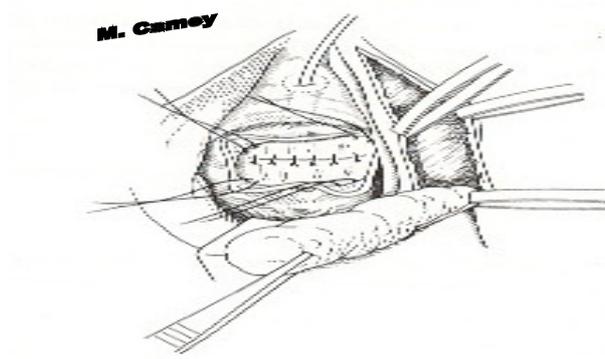


Figure 6-2

2- Création d'un trajet sous vaginal vers la vessie. (Figure 6-3)

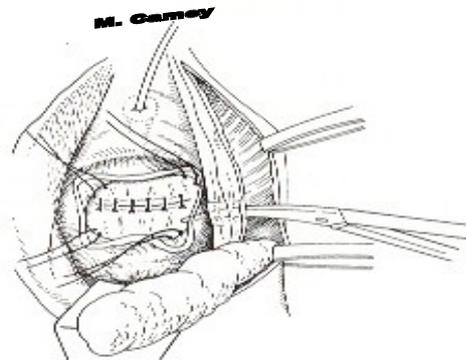


Figure 6-3

3- Passage du greffon (Figure 6-4)

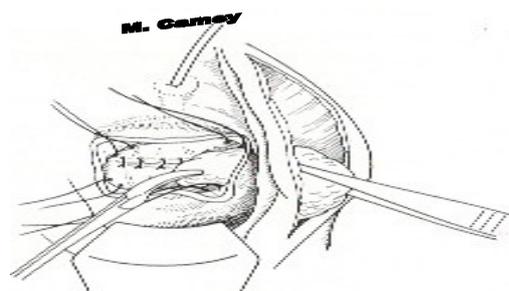


Figure 6-4

4- Fixation du greffon (Figure 6-5)

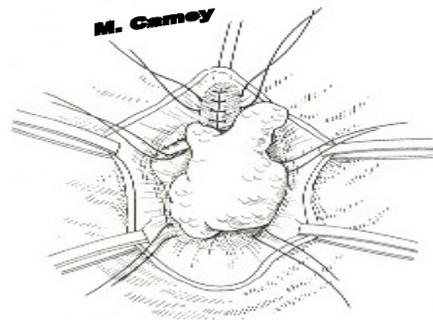


Figure 6-5

5- Fermeture vaginale par-dessus du greffon de Martius (Figure 6-6)



Figure 6-6

b) Autres interpositions :

- Autoplastie cutanée de la grande lèvre (Artifice du lambeau labial pédiculé)
- Martius avec peau de la cuisse
- Le muscle droit interne gracilis
- le droit interne avec la peau de la cuisse
- le lambeau labial de recouvrement de L. Falandry
- les plasties labiales de comblement vaginal : avec les petites lèvres et des grandes lèvres.

D) Traitement des lésions urétrales :

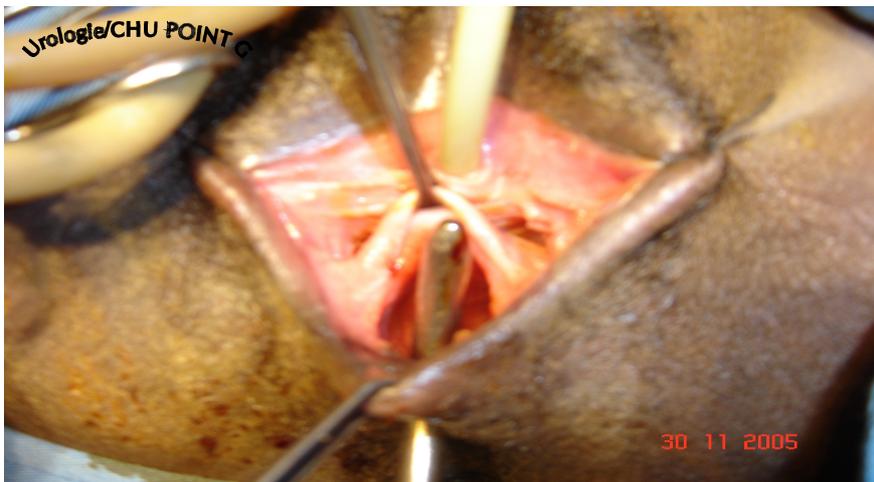
Il s'agit des plasties urétrales :

- Urétroplastie en vagin
- Urétroplastie en vessie
- Association urètre en vessie plus urètre en vagin

II) Traitement des fistules recto-vaginales : elle se fait par voie basse et haute

- la voie basse : Photos 9

1. Incision circulaire à la limite des 2 muqueuses, aidées par le ballonnet de la sonde de Folley ou un béniquet (Photos 9-1 et 9-2)

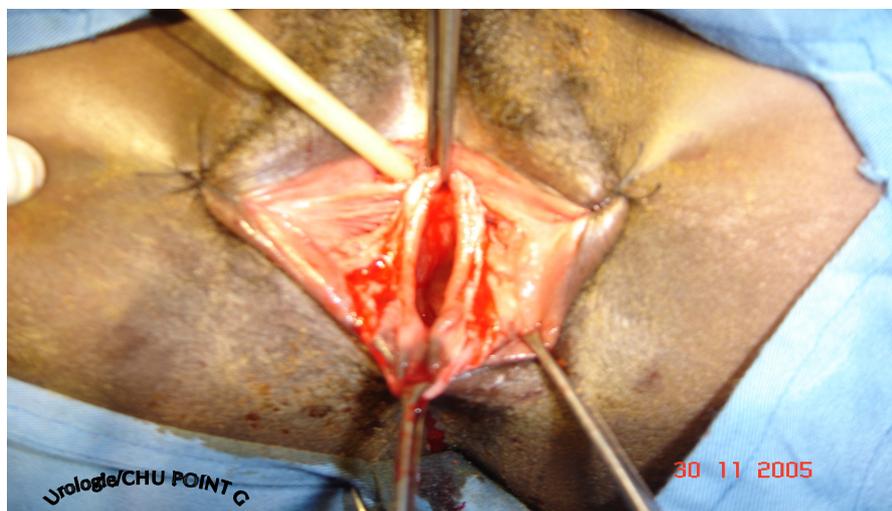


Photos 9-1



Photo 9-2

2. Clivage modéré entre les 2 organes (Photo 9-3)



Photos 9-3

3. Suture rectale prenant muscle et sous muqueuse (Photo 9-4)

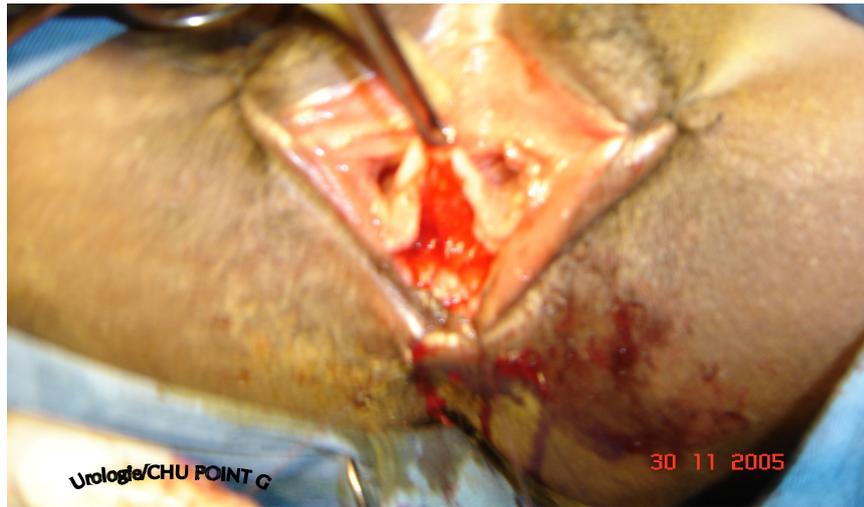
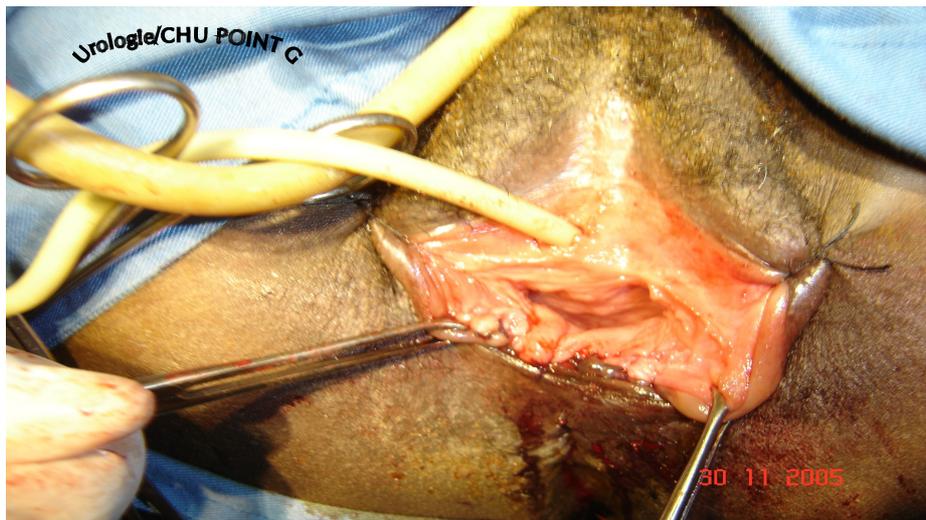


Photo 9-4

4. Suture du vagin effaçant l'espace mort aux points de Blair (Photo 9-5)



Photos 9-5

- La voie haute :

Elle est précédée par une dérivation colique préalable par un anus transverse gauche.

✓ **Technique de Musset :**

Elle consiste à sectionner d'abord tous les tissus situés entre la fistule et l'anus, le sphincter y compris. A l'origine Musset se contenait volontier de ce geste comme 1er temps opératoire et 6 semaines plus tard après nettoyage des lésions

et souvent la descente spontanée du bord supérieur de la fistule, traitait la lésion comme un déchirure ancienne étendue du périnée.

Dans le cas des fistules obstétricales, il est le plus souvent possible d'opérer en un seul temps.

✓ **La fistule recto-vésico-vaginale :**

Cette association existe de fréquence variable. Il peut s'agir de deux fistules sus sphinctériennes sur la vessie comme sur le rectum.

Il peut s'agir au contraire de deux fistules intéressant le sphincter anal et vésical. La fermeture de la fistule vésicale est indispensable pour permettre la fermeture de la fistule rectale au sec. Il faut donc commencer par le traitement de la fistule vésicale car celui-ci comporte un risque d'échec. Le traitement de la fistule rectale sera remis à plus tard.

En outre la fermeture rectale risque de rétrécir le vagin et rendre ainsi l'abord de la fistule vésicale plus difficile.

III) Les dérivations urinaires :

Lorsque toutes les tentatives de fermeture de la fistule ont échouées malgré la patience de la malade et celle du chirurgien, qui ne doit pas oublier que Marion Sims ne fermera sa première fistule qu'à la 33ème tentative, ou lorsqu'en dépit de la fermeture de la fistule l'incontinence résiduelle est telle qu'elle constitue un handicap majeur pour cette femme, une dérivation doit être envisagée.

Plusieurs techniques ont été proposées :

- Dérivations non continentales : il s'agit de :

L'urétérostomie bilatérale ;

L'urétérostomie trans-iléale type Briker ;

L'urétéro-sigmoidostomie trans-iléale

- Dérivations urinaires avec poche continente : dans les cas de fistules récidivantes :

La poche continente Benckroun

La poche de Kock.

G) Traitement des fistules urétéro-vaginales :

La réimplantation urétéro-vésicale avec confection de la trompe d'éléphant est utilisée dans la cure des fistules urétéro-vaginales.

IV) Les suites et complications :(4)

Dans les suites opératoires, la surveillance de la sonde est fondamentale.

Avant que la patiente ne puisse boire abondamment, les perfusions et le furosémide assureront une bonne diurèse, qui est à surveiller toutes les heures.

La patiente doit faire attention à :

Ne pas arracher la sonde.

Eviter de fixer l'anse de son tuyau de sac au dessus du niveau de la vessie, afin d'éviter la stagnation, voir une surpression à ce niveau. Si la sonde s'arrête de fonctionner et qu'un lavage ne rétabli pas correctement la situation, elle doit être changée.

La qualité des soins postopératoires avec la suture sans tension des tissus, est la clef du succès.

La sonde sera laissée en place pendant deux semaines. Les rapports sexuels seront exclus pendant 1-2 mois après le retour au foyer.

Les complications peuvent être précoces et tardives:

1- Les complications précoces : Elles concernent le drainage des urines : elle nécessite une surveillance stricte de la diurèse surtout le premier jour. Plusieurs situations peuvent être rencontrée :

- ✓ la persistance des fuites d'urines le premier malgré plusieurs lavages de la sonde et son changement ceci est un signe révélateur de l'échec de la cure.
- ✓ Une anurie qui peut être liée à un caillot qui bouche la sonde ici un lavage vésical doit être exécuté avec une grosse seringue remplie de 20 à 30cc du sérum physiologique et sans mettre la vessie en pression. Elle peut être aussi liée aussi à l'obstruction des méats urétéraux au cours de la cure. Dans ce cas il faut laisser la suture en place et réimplanter les uretères pour ne pas aggraver la dévascularisation des tissus ou le plus souvent cette obstruction est liée à l'œdème post-opératoire qui peut être levé en quelques heures par une injection de corticoïdes en intraveineuse.

2- Les complications tardives : elles sont de deux ordres urinaires et gynécologiques :

- ✓ Les complications urinaires :
 - La fistule résiduelle : elle nécessitera une reprise de la cure de la fistule.
 - L'incontinence d'urines par l'urètre en générale suite logique des fistules complexes ici plusieurs techniques existent exemple l'urétro-cervico-suspension par fronde vaginale ; la suspension par bandelettes (TVT)
- ✓ Les complications gynéco-obstétricaux : Les problèmes gynécologiques sur fistule fermée concernent trois points essentiels :
 - Avoir des rapports sexuels
 - Avoir des règles
 - Avoir des enfants

Il peut s'agir de dyspareunie ; d'aménorrhée ; de stérilité secondaire et en cas de grossesse à cause d'un risque de nouvelle fistule si une césarienne n'est pas pratiquée à temps, ou si l'accouchement possible par voie basse n'est pas strictement contrôlé.

Pour la dyspareunie : elle peut survenir au début mais peut disparaître progressivement 5-6 mois après. Elle peut être liée à une zone cicatricielle sur le vagin ou parfois un fil non éliminé qui entraîne une réaction inflammatoire ou à une atrésie vaginale qui peut être modérée et nécessite dans ce cas un simple

débridement. Cette atrésie peut être majeure dans ce cas une plastie vaginale doit être envisagée.

La stérilité secondaire nécessitera un examen gynécologique complet avec une échographie abdomino-pelvienne ; une hystérosalpingographie ; des prélèvements vaginaux et un bilan hormonal...

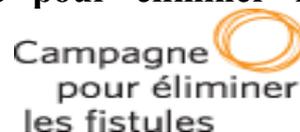
Notre étude

Chapitre I : Résultats

I- Les acteurs de la prise en charge des fistules obstétricales et leurs contributions :

A- L'UNFPA : La campagne pour éliminer les fistules : « TO END

FISTULA »



En 2003, l'UNFPA et ses partenaires ont lancé la première campagne mondiale pour éliminer les fistules, qui comprend des interventions :

- Pour prévenir la fistule obstétricale
- Pour traiter les femmes qui en sont porteuses.
- Pour fournir un soutien après le traitement chirurgical.

La campagne couvre aujourd'hui plus de 30 pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie du Sud et de la région des états arabes. Dans chaque pays, elle se déroule en 3 phases :

- ✓ Dans un premier temps, on détermine l'ampleur du problème et les ressources disponibles pour traiter la fistule.
- ✓ Dans un second temps, chaque pays élabore une stratégie nationale et forge des partenariats pour s'attaquer au problème.

- ✓ Dans un troisième temps, les activités de prévention assorties d'efforts visant à la réinsertion des femmes dans leur communauté une fois qu'elles en sont guéries.

Depuis 2003, la campagne a reçu des appuis financiers substantiels de la part d'instances gouvernementales, des fondations, d'entreprises et des particuliers à aider des milliers de femmes à recevoir des soins dont elles ont besoin.(28)

B- L'ONG IAMANEH SUISSE est une ONG pour la promotion de la santé de la mère et de l'enfant. Depuis 1999, l'ONG travaille dans le recrutement et la prise en charge psychosociale et la réinsertion sociale des femmes victimes de la fistule par une approche globale. Le mérite revient à cette ONG d'avoir réuni les femmes atteintes de FVV en association.

C- LE SERVICE SOCIAL DE L'HOPITAL DU POINT G : il représente le ministère du développement social au sein de l'hôpital du Point G et intervient dans la prise en charge des malades munies d'un certificat d'indigence. Cette prise en charge concerne d'abord l'aspect psychosocial puis l'intervention chirurgicale (le bilan préopératoire ; Kit opératoire ; l'acte opératoire et l'alimentation de la patiente).

Elle intervient aussi dans la gestion des dons offerts par les bonnes volontés aux femmes atteintes de fistule.

D- LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU DU POINT G : Le traitement de la FVV a été intégré dans son programme depuis l'aube de sa création, bien que ses capacités d'hospitalisation ne permettait pas sa prise en charge (6 lits de femmes). En dépit des faibles capacités d'hospitalisation, les résultats en 5 années sont les suivants :

Situation des fistules obstétricales dans les cinq dernières années au Service d'urologie du CHU du Point G

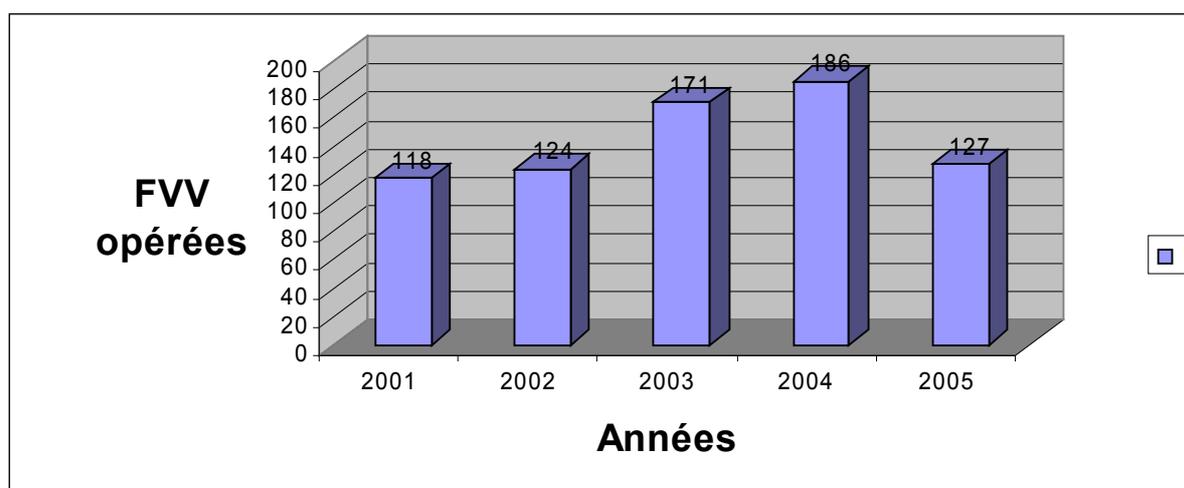


Figure 1: Répartition des patientes opérées de FVV en années

Nous avons enregistré en 2004 : **25.61%** soit 106 sur 725 des fistules vésico-vaginales opérées.

Tableau 1: Répartition des patientes opérées en fonction de la pathologie

<i>Année</i>	<i>Total de femmes opérées (TFO)</i>	<i>Femmes opérées de FVV</i>		<i>Femmes opérées d'autres pathologies</i>
		Effectif	%FVV/TFO	
2001	221	118	53.39%	103
2002	230	124	51.66%	116
2003	297	171	57.57%	126
2004	352	186	52.84%	165
2005	201	127	63.18%	74
Total	1299	726	56.61%	585

La cure de fistule vésico-vaginale représente plus de 50% de la chirurgie de la femme.

Tableau 2 : Répartition des FVV par rapport à l'activité chirurgicale en année

<i>Années</i>	<i>FVV Opérées</i>		<i>Total de patients opérés (TPO)</i>
	Effectif	%FVV /TPO	
2001	118	10.93%	1079
2002	124	11.69%	1060
2003	171	17.11%	999
2004	186	17.33%	1073
2005	127	12.48%	1021
Total	726	13.87%	5232

La chirurgie de la FVV a représenté plus de 10% de l'activité globale du service Il est en étroite collaboration avec l'UNFPA et les résultats de cette collaboration sont :

- L'élection du Mali parmi les premiers pays bénéficiaires du programme mondial d'éradication de la FVV.
- Le renforcement des capacités du Service d'Urologie (financement d'une salle d'opération autonome pour la chirurgie de la FVV (Salle UNFPA).

Cette dernière action a ouvert de nouveaux horizons au Service par

- ✓ L'augmentation de sa capacité de traitement chirurgical.
- ✓ Le lancement du volet formation: Formation de chirurgiens en chirurgie de la FVV, du personnel paramédical en soins infirmiers de la FVV, d'anesthésistes en anesthésie locorégionale, Rachianesthésie, péridurale.

Pour la région de Ségou, trois médecins ont été formés dont un gynécologue, un chirurgien et un médecin généraliste. Cette action a donné naissance à l'unité de prise en charge et de traitement de la FVV dans la région. Cette formation et l'unité ont été financées par IAMANEH-SUISSE.

Pour la région de Tombouctou : un chirurgien et un gynécologue ont été formés.

Région de Gao : un gynécologue a été formé.

Région de Mopti : un gynécologue et un chirurgien ont été formés.

C'est la décentralisation du traitement. Pour ces trois dernières régions, la formation a été financée par l'ONG **Médecins Sans Frontière** (MSF) et bientôt une unité de prise en charge verra le jour dans le nord du Mali. Le service d'Urologie de l'Hôpital du Point G est devenu la plaque tournante de la problématique de la FVV au Mali.

E- L'ONG MEDECINS DU MONDE : dans la région de Mopti est une ONG qui depuis 1993 s'occupe exclusivement traitement de la FVV.

F- Les nouvelles perspectives :

- L'ONG Equilibre et Population avec l'Association Française d'Urologie (AFU)

Représentée par le **Pr. Claude Dumurgier** a évalué les infrastructures dans le but de renforcer le service d'urologie du CHU du Point G pour la formation des chirurgiens francophones qui à cause de la barrière linguistique (Anglais) ne peuvent pas se former à l'Hôpital Hamlin et Nicholson d'Addis Abeba en Ethiopie qui est une référence dans la formation de la chirurgie de la FVV. Ceci permettra d'ouvrir de nouveaux horizons à l'urologie classique.

- L'USAID (United States Aid International Development) : il s'agit de promesses pour la création et l'appui du centre de formation et de traitement des fistules obstétricales.

II- Projet national de réduction et de traitement de la fistule obstétricale au Mali

A- Objectifs :

- Améliorer la disponibilité et la qualité des soins pour la prise en charge chirurgicale des fistules obstétricales.
- Organiser le système de référence par évacuation dans les centres de santé de référence.
- Augmenter à 80% le taux de CPN au niveau des structures de santé et d'amener à 50% de la population à reconnaître les signes de danger des complications obstétricales.
- Amener la population à un changement de comportement favorable dans la gestion de la fistule.
- Effectuer au moins 15% des accouchements assistés dans les SOU.

B- Stratégies :

Elles sont au nombre de 5. Leur mise en œuvre permettra de prendre en compte toutes les dimensions d'éradication de fistule obstétricale.

- 1- Le développement d'un partenariat multisectoriel entre les différents intervenants.
- 2- Le renforcement de la communication pour le changement de comportement.
- 3- Le renforcement du système national des soins pour la prévention de la fistule obstétricale.

- 4- La mise en place d'un système de prise en charge des fistules obstétricales.
- 5- La création d'un centre régional de formation et de traitement de la fistule obstétricale à l'Hôpital National du Point G.

C- Structures de mise en œuvre :

- 1- **Division de la Santé de la reproduction** : elle participera en collaboration avec les directions régionales de la santé à la prévention de la fistule et au suivi évaluation du projet.
- 2- **Service d'urologie de l'Hôpital National Du Point G** :
Il participera à la prise en charge médicale de la fistule obstétricale et à la formation d'une masse critique d'urologues, de gynécologues, chirurgiens et de médecins à tendance chirurgical. Pour atteindre ces résultats, le service sera réhabilité en vue d'augmenter la capacité d'hospitalisation, créer un deuxième bloc opératoire et améliorer les conditions de travail du personnel et renforcer leur capacité en matière de prévention de la fistule. A court terme, ce service sera érigé en centre régional de formation et de traitement de la fistule. Il sera placé sous la tutelle de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) de Bamako.
- 3- **Service de Chirurgie de l'hôpital Régional de Mopti** : il participera à la prise en charge médicale de la fistule obstétricale. Un bloc opératoire sera spécialement destiné à la réparation de la fistule vésico-vaginale.
- 4- **L'ONG IAMANEH- SUISSE** : Elle mènera dans la région de Ségou et le district de Bamako les activités de prévention de la FVV au sein de la communauté, aux activités de sensibilisation des accoucheuses traditionnelles, des matrones, des infirmiers chefs de poste.
- 5- **Delta survie** : est une ONG intervenant dans le domaine de la santé dans la région de Mopti. Elle intervient dans l'amélioration des conditions de vie des femmes au sein de l'hôpital de Mopti à travers des activités génératrices de revenu et la réalisation d'infrastructures socio-sanitaires.

C- Durée : 5ans (2003-2004- 2005- 2006-2007-2008)

III- L'Unité de formation et de traitement de la FVV du CHU du Point "G": Aujourd'hui, le rattachement du Centre Oasis avec une capacité de 40 lits au Service d'Urologie du CHU du Point G et la salle UNFPA font du service un centre complet de formation et de prise en charge de la FVV.

Chapitre II- Etude clinique :

I : Méthodologie

A- CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le service d'urologie du CHU du point G.

Le personnel est composé de :

- 1 professeur d'urologie qui est le chef de service
- 2 assistants chef de clinique
- 4 agents techniques de santé
- 4 garçons de salle

Il comporte 34 lits répartis en 10 salles d'hospitalisation dont une salle de 5lits réservés aux femmes.

Le centre Oasis est réservé pour l'accueil et l'hébergement des patientes atteintes de FVV en pré et post opératoire. Temporairement 10 lits ont été prêtés au service pour hospitaliser les malades.

B : METHODES

- 1) Type d'étude : il s'agit d'une étude prospective.
- 2) Population d'étude : elle a porté sur 300 dossiers de malades admises pour fistule uro-génitale obstétricale, opérées et recensées du 1^{er} janvier 2003 au 1^{er} mai 2005 soit une durée de 28 mois.

3) Critères d'inclusion : ont été inclus dans cette étude toutes les patientes référées dans notre service pour fistule obstétricale et dont le diagnostic a été confirmé puis opérées.

4) Critères d'exclusion :

- les fistules dont la cause n'était pas obstétricale.
- le dossier incomplet
- le diagnostic n'était pas confirmé en per-opératoire.

5) Source des données : les données ont été recueillies à partir des registres du bloc opératoire, des dossiers médicaux et des fiches techniques de suivi (voir annexes) de chaque patiente.

Le traitement des données a été fait à partir d'un logiciel spss12.0

b) l'interrogatoire :

Il avait pour objectif de préciser les circonstances de survenue de la FVV et certains facteurs déterminant dans la physiopathologie des fistules uro-génitales obstétricales. Ce sont : l'identité ; l'âge ; la résidence ; la parité ; la gésité ; le rang de la grossesse causale ; la durée du travail de l'accouchement causal ; le mode d'accouchement ; le nombre d'enfants vivants et surtout la qualité de prise en charge obstétricale de l'accouchement causal.

b) l'examen physique :

Il a porté essentiellement sur :

L'inspection : à la recherche de la fistule et de ses remaniements vulvaires caractéristiques (macérations, plaies, pustules etc.)

Le toucher vaginal : qui fait assez souvent le diagnostic (dans les grandes fistules)

L'examen au béniquet et à la valve montrant facilement la communication entre vessie et vagin.

L'épreuve au bleu de méthylène, pour les fistules de diagnostic difficile.

NB : les résultats de ces examens ont été complétés au bloc opératoire après examen sous anesthésie locorégionale (rachi ou péridurale).

c) un bilan sanguin modeste peu coûteux a été fait par chacune de nos patientes et composait : une NFS ; une VS ; TS ou TCK ; un Groupage sanguin et rhésus ; une créatinémie et une glycémie.

II : RESULTATS**1- Résultats descriptifs****Tableau I** : répartition des patients selon le type de chirurgie

<i>TYPES D'INTERVENTION</i>	<i>FREQUENCE</i>	<i>POURCENTAGE %</i>
CURE DE FISTULES UROGENITALES	300	10,97
AUTRES CHIRURGIES	2434	89,03
TOTAL	2734	100

La cure des fistules uro-génitales a représenté 10,97% par rapport au total des interventions en urologie.

Tableau II : répartition des patientes selon le lieu de résidence

<i>RESIDENCE</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages %</i>
BAMAKO	37	12,3
COTE D'IVOIRE	18	6,0
GAO	1	0,3
GUINEE	7	2,3
KAYES	28	9,3

KOULIKORO	65	21,7
MAURITANIE	1	0,3
MOPTI	16	5,3
SEGOU	73	24,3
SIKASSO	41	13,7
TOUMBOUCTOU	13	4,3
Total	300	100,0

Toutes les régions, ainsi que les pays limitrophes du Mali sont bien représentés. **24,3%** de nos patientes étaient originaires de la région de Ségou suivi de Koulikoro **21,7%** puis de Sikasso **13,7%** de nos patientes.

Tableau III : répartition des patientes selon la tranche d'age

<i>TRANCHES D'AGE</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages %</i>
< a 15ans	3	1,0
16 a 20ans	80	26,7
21 a 25ans	58	19,3
26 a 30ans	62	20,7
31 a 35ans	38	12,7
36 a 40ans	35	11,7
41 a 45ans	5	1,7
46 a 50ans	13	4,3
51 a 55ans	1	0,3
56 a 60ans	3	1,0
> a 60ans	2	0,7
Total	300	100,0

26,7% de nos patientes ont fait leur fistule entre **16-20ans**

Tableau IV : répartition des patients selon leur taille

<i>TAILLE</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages %</i>
<A 1m50	209	69,7
>A 1m50	91	30,3

Total	300	100,0
--------------	-----	-------

La petite taille inférieure à 1m50 a été retrouvée chez 69,7% de nos patientes

Tableau V : répartition des patients selon le nombre de grossesse

<i>NOMBRE DE GROSSESSES</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages %</i>
1	128	42,7
2	39	13,0
3	30	10,0
4	18	6,0
5	19	6,3
6	15	5,0
7	20	6,7
8	7	2,3
9	10	3,3
10	14	4,7
Total	300	100,0

Sur nos 300 patientes, 42,7% n'ont fait qu'une seule grossesse et risquent de ne plus en faire.

Tableau VI : répartition des patients selon la parité

Parité		Effectif	Pourcentage%
Primipare	1	134	44,7
Multipares	2	38	1,27
	3	30	10,0
Grandes multipares	4	16	5,3
	5	21	7,0
	6	14	4,7
	7	18	6,0
	8	5	1,7
	9	11	3,7
	10	13	4,3
	Total		300

44,7% de nos patientes ont contracté la fistule à l'occasion de leur premier accouchement.

Tableau VII : répartition des patients selon la grossesse causale

GROSSESSE CAUSALE	Effectifs	Pourcentages %
1	155	51,7
2	34	11,3
3	17	5,7
4	16	5,3
5	20	6,7
6	12	4,0
7	23	7,7
8	6	2,0
9	7	2,3
10	10	3,3
Total	300	100,0

51,7% de nos patientes ont contracté la fistule à leur première grossesse.

Tableau VIII : répartition des patientes selon la durée du travail de l'accouchement causal.

DUREE DU TRAVAIL	Effectifs	Pourcentages %
INF A 24H	16	5,3
24 A 48H	158	52,7
49 A 72H	75	25,0
73 A 96H	29	9,7
97 A 120H	11	3,7
121 A 144H	3	1,0
145 A 168H	8	2,7
Total	300	100,0

Ce tableau montre que 52,7% de nos patientes ont accouché entre 24-48 heures et 5,3% avant 24 heures.

Tableau IX : répartition des patientes selon le lieu de l'accouchement causal

<i>LIEU D'ACCOUCHEMENT</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages %</i>
MATERNITE	224	74,7
DOMICILE	76	25,3
Total	300	100,0

74,7% des patientes ont accouché dans une structure médicalisée contre 25,3% d'accouchement à domicile.

Tableau X : répartition des patientes selon le mode de l'accouchement causal

<i>MODE D'ACCOUCHEMENT</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages %</i>
NATUREL	171	57,0
INSTRUMENTAL	50	16,7
CESARIENNE	79	26,3
Total	300	100,0

57% ont accouché par voie basse (voie naturelle) contre 26,3% par césarienne.

Tableau XI: répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants

<i>NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages %</i>
0	148	49,3
1	62	20,7
2	14	4,7
3	23	7,7
4	18	6,0
5	13	4,3
6	18	6,0
7	1	,3
8	1	,3
10	2	,7

Total	300	100,0
--------------	------------	--------------

148 de nos patientes soit 49,3% n'ont pas eu la chance d'avoir un enfant qui constitue dans nos sociétés le lien le plus solide du couple.

Tableau XII : répartition des patientes selon la prise en charge

<i>PRISE EN CHARGE</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages %</i>
SERVICE SOCIAL	141	47,0
FAMILLE	76	25,3
BENKADI	52	17,3
PERSONNELLE	9	3,0
MARI	15	5,0
AUTRES	7	2,3
Total	300	100,0

141 soit 47% des patientes ont été pris en charge par le service social du CHU du Point G.

Tableau XIII : répartition des patientes selon l'âge de la fistule

<i>AGE DE LA FISTULE</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages %</i>
< A 1AN	101	33,7
1 A 2ANS	58	19,3
3 A 4 ANS	31	10,3
4 A 5 ANS	24	8,0
6 A 7 ANS	20	6,7
8 A 9ANS	8	2,7
9 A 10ANS	20	6,7
> A 10ANS	38	12,7
Total	300	100,0

33,7% de nos patientes avaient un délai d'intervention inférieur à un an

Tableau XIV : répartition des patientes selon le nombre de tentatives

<i>NOMBRE DE TENTATIVES</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages %</i>
1	170	56,7
2	43	14,3
3	45	15,0
4	19	6,3
5	9	3,0
6	6	2,0
8	4	1,3
9	1	,3
10	3	1,0
Total	300	100,0

170/300 soit 56,7% de nos patientes étaient à leur premières tentative de cure : fistule de première main.

Tableau XV : Répartition des patientes selon le siège de la fistule

<i>SIEGE DE LA FISTULE</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
DESINSERTION CERVICO-URETRALE	55	18.3
DESTRUCTION TOTALE DE L'URETRE	22	7.3
RETROTRIGONALE	83	27.7
TRIGONALE	119	39.7
URETERO-VAGINALE	11	3.66
VESICO-UTERINE	10	3.3
TOTAL	300	100,0

La fistule trigonale a représenté 39.7% de notre échantillon.

Tableau XVI : répartition des patientes selon la qualité du vagin

<i>QUALITE DU VAGIN</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages %</i>
VAGIN SOUPLE	275	91,7
VAGIN SCLEREUX	25	8,3
Total	300	100,0

91,7% des fistules étaient sur vagin souple.

Tableau XVII : répartition des patientes selon la voie d'abord

<i>VOIE D'ABORD</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages %</i>
BASSE	276	92,0
HAUTE	23	7,7
MIXTE	1	,3
Total	300	100,0

La voie basse a été la plus utilisée soit 92% des cas.

Tableau XIII: répartition des patientes selon type d'anesthésie

<i>TYPE D'ANESTHÉSIE</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages %</i>
RACHIANESTHÉSIE	278	92,7
PERIDURALE	18	6,0
ANESTHÉSIE GENERALE	4	1,3
Total	300	100,0

La rachianesthésie a été l'anesthésie de choix au cours de nos interventions 278/300 soit 92,7%

Tableau XIX : répartition des patientes en fonction du type de traitement

<i>TYPE DE TRAITEMENT</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
ANASTOMOSE CERVICO- URETRALE	53	17,7
FISTULORRAPHIE EN 2 PLANS	220	73,3
REIMPLANTATION URETERO- VESICALE	11	3,7
URETROPLASTIE	16	5,3
Total	300	100,0

La fistulorrhaphie en deux plans selon la technique de CHASSAR- MOIR a représentée 73,3% de notre traitement.

Tableau XX : répartition des patientes selon la salle opératoire

<i>SALLE OPERATOIRE</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages %</i>
UROLOGIE	115	38,3
UNFPA	185	61,7
Total	300	100,0

Sur 300 de nos patientes, 185 ont été opérés dans le bloc UNFPA, soit 61,7%.

Tableau XXI : répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

<i>DUREE</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages %</i>
<i>Actualités de la prise en charge de la Fistule Vésico-Vaginale au Mali et résultats à propos de 300 cas traités au service d'urologie du CHU du Point G</i>		

D'HOSPITALISATION

< A J 15	283	94,3
> A J 15	17	5,7
Total	300	100,0

283/300 soit 94,3% de nos patientes avaient une durée d'hospitalisation inférieure à 15jours.

Tableau XXII: répartition des patientes selon le degré de guérison

DEGRE DE GUERISON	Effectif	Pourcentage
1^{er} DEGRE	229	76,33
2ème DEGRE	29	9,66
3ème DEGRE	42	14
Total	300	100,0

Le 1^{er} degré de guérison a représenté 76,33%.

Tableau XXIII : répartition des patientes en fonction du résultat du traitement

RESULTAT DU TRAITEMENT	Effectif	Pourcentage
Guérison	229	76,33
Non guérie	71	23,7
Total	300	100,0

76,33% des patientes ont vu leur fistule totalement guérir.

2- Résultats analytiques

Tableau XXIV : répartition des patientes selon le type anatomo- clinique de la fistule et le siège de la fistule

TYPE ANATOMIQUE DE LA FISTULE			Effectif	Pourcentage
FVV 279 (93%)	Cloison vésico-vaginale	Trigonale	113	37,66%
		Retrotrigonale	78	26%
	Cervico-urétrale	Désinsertion cervico-urétrale	52	17,33%
		Destruction totale de l'urètre	22	7,33%
FVV + FRV			14	4,66%
Fistule urétéro-vaginale			11	3,66%
Fistule vésico-utérine			10	3,33%
TOTAL			300	100%

Les FVV obstétricales ont été les plus rencontrées soit 93

Tableau XXV: Répartition des patientes en fonction du résultat ; le siège de la fistule et la qualité du vagin

TYPE DE FISTULE	Qualité du vagin		Total
	Vagin souple	Vagin scléreux	
Cloison vésico-vaginale	173	18	191
Cervico-urétrale	67	7	74
FVV+FRV	14	0	14
Fistule urétéro-vaginale	11	0	11
Fistule vésico-utérine	10	0	10
Total	275	25	300

Tableau XXVI : répartition des patientes en fonction de la durée d'hospitalisation selon et voie d'abord

DUREE D'HOSPITALISATION	VOIE D'ABORD			TOTAL
	BASSE	HAUTE	MIXTE	
INF A J15	271	10	0	281
SUP A J15	0	18	1	19
TOTAL	271	28	1	300

Tableau XXVII : répartition des patientes en fonction de l'âge de la fistule et du degré de guérison

AGE DE LA FISTULE	1er DEGRE	2eme DEGRE	3eme DEGRE	Total
INF A 1AN	88	7	6	101
1 A 2ANS	43	5	10	58
3 A 4 ANS	29	2	7	38
4 A 5 ANS	23	6	2	31
6 A 7 ANS	14	1	5	20
8 A 9ANS	3	0	5	8
9 A 10ANS	11	4	5	20
SUP A 10ANS	18	3	3	24
Total	229	29	42	300

La guérison totale (1^{er} degré) est plus élevée dans les fistules d'âge inférieur à un an soit 88/101 cas

Tableau XXIII : répartition des patientes selon le nombre de tentatives et le degré de guérison

NOMBRE DE TENTATIVES	1er DEGRE	2eme DEGRE	3eme DEGRE	Total
1	147	10	13	170
2	32	4	8	43
3	31	7	6	45
4	8	2	9	19
5	5	3	1	9
6	4	2	0	6
8	0	0	4	4
9	0	1	0	1
10	2	0	1	3
Total	229	29	42	300

Sur 170 fistules de première main 147 sont totalement guéries.

Tableau XXIX : répartition des patientes selon le type de traitement et le degré de guérison

TYPE DE TRAITEMENT	DEGRES DE GUERISON			TOTAL
	1^{ER} DEGRE	2^{ème} DEGRE	3^{ème} DEGRE	
FISTULORRAPHIE EN DEUX PLANS	177	10	33	220
REIMPLANTATION URETERO-VESICALE	11	0	0	11
ANASTOMOSE CERVICO-URETRALE	32	11	7	53
URETROPLASTIE	6	7	3	16
TOTAL	229	29	42	300

Tableau XXX : répartition des patientes en fonction de la résidence et le résultat du traitement

RESIDENCE	RESULTATS		TOTAL
	GUERISON	NON GUERIES	
BAMAKO	28	9	37
COTE D'IVOIRE	12	6	18
GAO	0	1	1
GUINEE	5	2	7
KAYES	20	8	28
KOULIKORO	55	10	65
MAURITANIE	1	1	1
MOPTI	11	11	16
SEGOU	57	16	73
SIKASSO	31	31	41
TOUMBOUCTOU	9	9	13
TOTAL	229	71	300

Tableau XXXI : Répartition des patientes en fonction du résultat du traitement ; le siège de la fistule et la qualité du vagin

Résultats du Traitement	Type de fistule	Qualité du vagin		Total
		Vagin souple	Vagin scléreux	
Guérison	Cloison vésico-vaginale	143	14	157
	Cervico-urétrale	41	3	44
	FVV+FRV	7	0	7
	Fistule urétéro-vaginale	11	0	11
	Fistule vésico-utérine	10	0	10
	Total	212	17	229

Non guérie	Cloison vésico-vaginale	30	4	34
	Cervico-urétrale	26	4	30
	FVV+FRV	7	0	7
	TOTAL	63	8	74

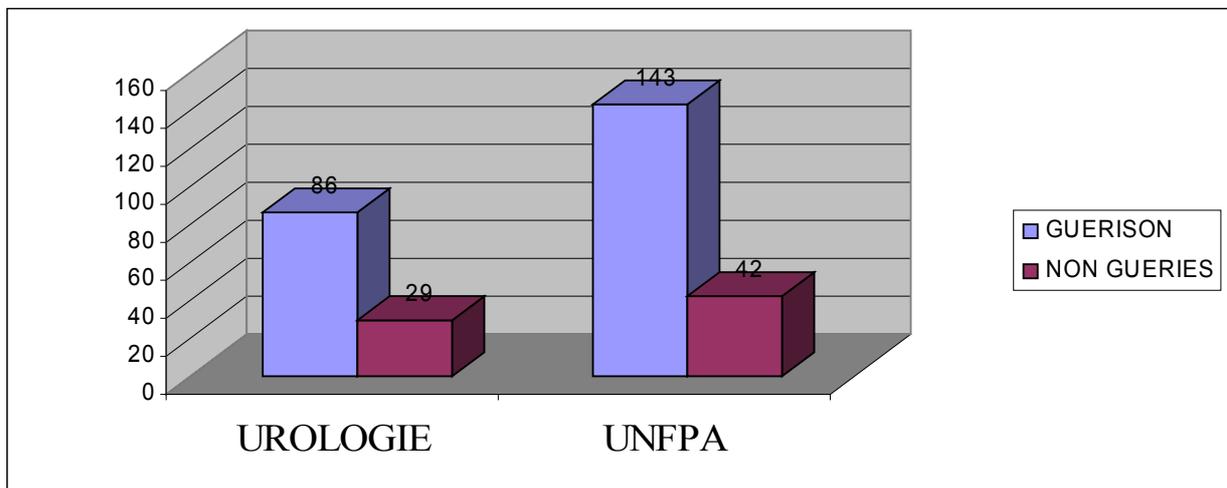


Figure1 : Répartition des résultats selon la salle d'opération.

Chapitre III : Commentaires et discussions :

La situation de la fistule obstétricale au Mali a connu de nos jours de nombreux acteurs notamment l'UNFPA dans le cadre de sa campagne mondiale d'éradication de la fistule obstétricale (TO END FISTULA); le service d'urologie du CHU du Point G et le service social ; l'ONG IAMANEH Suisse ; l'ONG Médecins du Monde et Delta Survie.

Le projet national a intégré ces acteurs qui ont déjà prouvé leurs compétences dans ce domaine et ceci mérite d'être élucidé.

Le service d'urologie du CHU du Point G a reçu 726 malades opérés en 5 années d'activité à coté de l'urologie classique qui est sa mission. Elle a formé 8 chirurgiens et gynécologues de l'intérieur pour la prise en charge de cette pathologie et a permis la création de l'unité de prise en charge de Ségou.

Le renforcement de ses capacités de prise en charge fait de lui un centre à part entière de formation et de prise en charge de la FVV.

L'analyse annuelle de la situation thérapeutique a montré que :

- ✓ En 2003 un pourcentage de 23.55% par rapport aux autres années : ceci est le fait que les kits chirurgicaux étaient disponibles avec une forte implication des autorités et ONG.
- ✓ Ce pourcentage en 2004 était de 25.61% : c'est l'année de l'équipement de salle UNFPA qui a permis d'individualiser cette chirurgie. Un jour dans la semaine (le mercredi) a été spécialement programmé pour la FVV et les médicaments étaient disponibles.
- ✓ L'année 2005 a enregistré un pourcentage 17.49% au cours de cette année, la disponibilité des médicaments a fait défaut et la plupart des malades repartaient car ne pouvant pas financer leur intervention. Aussi la création de l'unité de prise en charge de Ségou a fait que bon nombre de femmes y sont orientées.
- ✓ La chirurgie de la FVV a représenté plus de 50% de la Chirurgie de la femme et ceci fait que la FVV constitue le premier motif de consultation chez la femme dans le service.
- ✓ Elle a constitué plus de 10% de l'activité chirurgicale globale du service.

Sur le plan clinique 300 cas ont été collégiés :

Place des cures de FUG dans l'activité opératoire du service :

Tableau I : sur 2734 interventions réalisées, 300 étaient des cures de fistules urogénitales obstétricales.

Sur le plan sociodémographique :

1- Selon la provenance (Tableau II):

Toutes les régions du Mali étaient représentées que ça soit les zones urbaines et périurbaine : avec d'abord Ségou **24,3%** qui est sûrement due à la présence de l'ONG IAMANEH- SUISSE à BLA suivi de Koulikoro **21,7%** puis de Sikasso **13,7%** et les pays limitrophes (Côte d'Ivoire ; Guinée ; Mauritanie) avec un pourcentage total de **8,66%**.

Selon A. Marianne (1), 38,15% des patientes venaient de la région de Ségou suivi de Bamako avec 14,81% et 16,7% de Kayes.

Pour Mariko S. (20) 32% venaient de Sikasso, suivi de 12,5% de Kayes

Touré. H (22) sur une étude de 220 FVV, a trouvé que 43,11% venaient de Koulikoro et 22,01% de Kayes.

2- Selon les tranches d'âges de nos patientes (Tableau III) : Toutes les tranches d'âges sont concernées par la fistule.

80 de nos malades soit **26,7%** avaient un âge compris entre **16 et 20 ans** : moment très propice à la procréation. Leur avenir obstétrical est compromis car elles risquent de ne plus faire de grossesse.

3- Selon la taille des patientes (Tableau IV) : les bassins jeunes et ostéomalaciques ont représentés **69,7%** avec une taille **inférieure à 1m50**

Chez A. Marianne (1) ce taux est de 18,81%. Selon Letac et Barroux (14) le facteur incriminé dans leur genèse est l'accouchement dystocique chez les parturientes jeunes au bassin étroit.

Mensah A. (14) pense que ce facteur ne joue pas un rôle prépondérant dans la mesure où 70% de ses malades ont dépassées 20 ans et 50% sont des multipares. Il incrimine plutôt le manque de surveillance des grossesses et des accouchements dû à la sous médicalisation du monde rural.

4-selon le délai d'intervention (l'âge de la fistule) (Tableau XIII) :

Chez **33,7%** de nos patientes l'âge de la fistule était inférieur à un an et **12,7%** parmi elles ont vécu plus de 10ans dans le cauchemar de l'humidité et l'odeur âcre des urines.

5- selon la prise en charge de la patiente (Tableau XII) :

47% étaient prises en charge par le service social de notre hôpital ; **25,3%** par la famille ; **17,3%** par l'ONG IAMANEH-SUISSE et **11%** par le mari.

✓ **les facteurs obstétricaux :**

1- Selon le nombre de grossesses : (Tableau V): **42,7%** de nos patientes étaient des primigestes. Ce taux est de 44,44% chez A. Marianne (1) ; 62,5% pour BERTHE. H (3) et pour Harouna YD et col (8) 67,3%. Au Cameroun, Zoung et Kanyi (24) ont trouvés 86,5% de primigestes.

2- Selon la parité : (Tableau VI) : **44,7%** de nos patientes étaient des primipares contre **55,3%** de multipares. Si les primipares et les grandes multipares sont exposées à la fistule au même titre, les causes en sont différentes :

Pour les primipares c'est généralement l'immaturation gynéco obstétricale qui en est la cause, par contre chez les grandes multipares, la cause est généralement dynamique : l'utérus ayant trop souvent été sollicité, se fatigue et on observe dans ce cas assez souvent un arrêt du travail.

3- Selon la grossesse causale : (Tableau VII) : **51,7%** de nos patientes ont contracté leur fistule à leur première grossesse, leur avenir obstétricale est compromis et associé à la perte de leur unique enfant, c'est le début d'un long

cauchemar qui ne prendra fin pour certaines d'entre elle le jour où elles rendront leur dernier souffle.

4- Selon la durée du travail de l'accouchement causal : (Tableau VIII) : **52,7%** de nos patientes ont été prise en charge entre 24-48 heures. Le travail au long court fait que la quasi-totalité des fœtus à l'expulsion sont au mieux tout simplement morts, sinon totalement macérés avec toute la suite de complications du post-partum pour la mère.

Le long travail n'explique pas la survenue de la fistule, ainsi 5,3 % ont accouché avant 24h. Ce taux est de 46,22 pour A.Marianne (1) ; 75% pour Berthé.H (3) et 93,94% pour Koita A.K (12).

5- Selon le lieu d'accouchement de la grossesse causale : (Tableau IX) : **74,7%** ont accouchés dans une structure médicalisée contre **25,3%** d'accouchements à domicile sans aucune assistance médicalisée si ce n'est pas celle d'une accoucheuse traditionnelle qui ne connaît rien de l'obstétrique.

6- Selon le mode d'accouchement de la grossesse causale: (Tableau X) : **57%** des patientes ont accouchées par voie basse et cela sans aucune aide adéquate après plusieurs heures de travail, contre **26,3%** par césarienne. La césarienne n'explique pas la survenu de certaines fistules (exemple : fistule cervico-urétrale ...)

Le fait qu'on retrouve une fistule basse chez certaines patientes qui ont subis une césarienne, montre que la césarienne n'est pas la cause de ces fistules basses. De même que la FUV chez une patiente qui a accouché par voie basse. Il s'agit surtout de patientes qui ont longtemps gardé la présentation bloquée, la nécrose vésicale, et la chute d'escarres se produisant juste après l'acte chirurgical.

7- Selon le nombre d'enfants vivants : (Tableau XI)

148 de nos patientes soit **49,3%** n'ont pas eu la chance d'avoir un enfant qui constitue dans nos sociétés le lien le plus solide du couple.

✓ **Facteurs liés à la fistule:**

1- selon le siège anatomo-clinique de la fistule : Tableau (XIV)

Sur 300 fistules urogénitales obstétricales, la FVV a représenté **93%** suivi de la de la fistule urétéro-vaginale **3,7%** des cas et la fistule vésico-utérine **3,3%**. Concernant :

- **la fistule vésico-vaginale** : nous avons utilisé la classification de notre service qui tient compte du siège anatomo-clinique de la fistule, la qualité du vagin et l'association d'une FRV, ainsi :

Les fistules de la cloison vésico-vaginale ont représenté **63,66%** : constituées par des fistules trigonales **37,66%** et retrorigonales **26%**.

Les fistules cervico-urétrales **24,66%** : constituées par la désinsertion cervico-urétrale avec urètre borgne ou perméable **17,33%** et la destruction totale de l'urètre ou de sa face postérieure **7,33%**.

La fistule recto- vésico-vaginale (FRVV) avec **4,66%** des FVV.

- **Les fistules urétéro-vaginales** : 10 parmi elles soit **90,99%** avaient des antécédents d'hystérectomie. Selon L. Falandry (7), cette dernière est responsable dans 82,3% des cas.

- **fistule vésico-utérine** : il s'agit d'un accident lié à la césarienne. L'orifice en général était isthmique. Dans la littérature, Luguane (13) trouve que l'orifice est le plus souvent isthmique que corporéale et l'orifice vésical est situé à la face postérieure de la vessie. Ces deux types de fistules sont des fistules post chirurgicales.

2- selon le traitement :

La voie d'abord (Tableau XVI) : la voie basse a été la voie la plus utilisée soit **90,33%** suivi de voie haute **9,33%** et enfin la voie mixte **0,33%**.

Les patientes opérées par voie basse, avaient une durée d'hospitalisation inférieure à 15jours et celles opérées par voie haute (9,33%), une durée supérieure à 15jours jusqu'à la cicatrisation totale de la plaie opératoire.

Selon le type d'anesthésie (Tableau XIII) : la rachianesthésie a été l'anesthésie de choix au cours de nos interventions soit **92,7%**. Le produit utilisé est la bupivacaine 5% avec 12mg associé au sulfate d'atropine pour atténuer les effets secondaires liés à la rachianesthésie (hypersialorrhée ; vomissement ; hypersudation etc.).

La technique opératoire (type de traitement) : (Tableau XIX)

La fistulorrhaphie en deux plans selon la technique de Chassar-Moir a été utilisée dans les cas de FVV soit **73,3%** des cas.

L'anastomose cervico-urétrale soit **17,3%** dans le traitement de la désinsertion cervico-urétrale.

L'urétroplastie qui a représenté **5,3%**, dans les destructions totales de l'urètre. Nous avons confectionné un néo-urètre avec abouchement ectopique pubien droit du méat. La courbure sous pubienne du méat ainsi obtenu et la position verticale du méat du néo-urètre ont permis d'améliorer la continence des urines.

La réimplantation urétéro-vésicale, **3,7%** dans les fistules urétéro-vaginales.

Nous n'avons aucune expérience de greffes, certaines fistules résiduelles après greffe de Martius ont été reprises dans notre échantillon et les remaniements du vagin (vagin pileux), ne permettent pas à la femme d'être acceptée dans notre société ; elle risquera d'être accusée par son partenaire de tous les maux de la société (de sorcière par exemple).

Quelle que soit la largeur de la fistule nous avons pu avec les artifices décrites combler la perte de substance en rapprochant les deux bords de la fistule.

La greffe de Martius permet d'accroître considérablement les chances de succès dans la cure des FVV par voie basse. Steg (21) parvient à guérir 12/14 malades traitées selon cette technique.

Dans les grandes pertes de substance, où la greffe de Martius a peu de chances de réussir, L. Falandry (6) parvient à fermer 72% des fistules complexes.

3) Résultats : (Tableaux XXII et XXIII)

Sur 300 fistules 261 soit **87%** ont été fermées, mais une fistule fermée ne veut pas dire que la patiente est guérie.

Nous avons retenu trois degrés de guérison :

- 1^{er} degré : la fistule est totalement fermée, sans troubles sphinctériens. Ici la miction est normale. Pas de fuite d'urine.
- 2^{ème} degré : la fistule est fermée. Une insuffisance sphinctérienne persiste avec fuite périodique ou constante des urines.
- 3^{ème} degré : la fistule n'est pas fermée. Même si la fuite d'urine a considérablement diminuée avec des mictions conservée ou non : c'est l'échec de la cure de fistule.

Ces résultats sont réparties comme suit :

1^{er} degré : **76,33%**

2^{ème} degré : **9,66%**

3^{ème} degré : **14%** des fistules n'ont pas été fermées.

Ceci fait que le taux d'échec est de **23,6%**

Ce résultat est de 68,75% pour Berthé H. (3) et 85% pour Ouattara K. (16).

Certains facteurs ont notamment influencés nos résultats :

- **la résidence** (Tableau XXX) : Chez les patientes venant de la région de Ségou, nous avons obtenu 57/73 cas de guérison contre 16 /73 d'échec. C'est le taux d'échec le plus élevé par rapport aux autres régions : ceci pourrait s'expliquer par la zone d'endémie bilharzienne qu'elle constitue et que l'agriculture constitue la principale activité de ces patientes.

- **l'âge de la fistule** (tableau XXVII) : les fistules opérées avant un an ont représentées 101 cas avec 88 cas de guérison, celles qui ont un âge compris entre 6 et 7ans ont une guérison de 14/20. Les fistules d'âge supérieur à 10, ce taux est de 18/24. Ceci dit, nous remarquons la réduction de nos chances de guérison au fur et à mesure que l'âge de la fistule augmente. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que la fistule a longtemps entraînée une atonie vésicale qui est responsable d'une instabilité après la cure et c'est l'échec. Ceci constitue la variante neurologique de l'échec de la cure énoncée par Mensah. A (14) : la fistule n'est que la manifestation apparente des dégâts neuro-vésicaux qui reste déterminante dans le pronostic. Ils expliquent pour une bonne part la grande fréquence des échecs thérapeutiques.

Pour palier a ce problème, dès le jour 1^{er} de l'opération nous associons dans certains cas l'oxybutynine à la dose de 5mg à une posologie de 2comprimés par jour pendant 15jours.

- **le siège de la fistule et la qualité du vagin** (tableau XXXI) :

Les fistules sur vagin souple ont représentées 275 avec une guérison de 212 cas.
Les fistules sur vagin scléreux : sur 25 cas, 17 sont guéries.

La sclérose vaginale rend difficile l'exposition de la fistule et aussi que la muqueuse vaginale qui doit compléter l'étanchéité de la suture vésicale au cours de la cure ne peut plus jouer son rôle.

La fistule recto-vésico-vaginale (FRVV) : sur 14 cas, 7 sont guéries. Son traitement est difficile à cause du caractère septique de cette association, ce qui explique notre résultat.

La fistule urétéro-vaginale : 11 fistules opérés, la guérison a été de 100%, la réimplantation urétéro-vésicale avec confection de « la trompe d'éléphant » était notre traitement de choix.

La fistule vésico-utérine : sur les 10 cas, nous n'avons pas eu d'échec.

- le nombre de tentatives (Tableau XXIX) : pour les fistules qui n'ont jamais été opérées (première main) : la guérison est de 147/170 soit **86,47%**.

Les fistules de 2^{ème} main (2ème tentative) : elle de 32/43 de réussite soit **74,41%**.

Les fistules de 3^{ème} main : 31/45 de réussite soit **68,88%**.

Ceci montre l'influence néfaste de l'échec de la première cure, qui a été bien énoncé par : Couvelaire « Mettre tout en œuvre pour réussir au premier coup, car si la fistule résiduelle est souvent plus petite que la fistule d'origine, chaque intervention comporte un risque supplémentaire de dévascularisation et de sclérose vaginale responsable de l'échec des prochaines cures.

- le type de traitement (Tableau XXX) :

La fistulorrhaphie en deux plans selon Chassar Moir a été la plus utilisée **73,33%** des cas. Avec cette technique, le taux de guérison est de est de 177 /220 soit **80,45%**

L'anastomose cervico-urétrale **17,7%** dans les désinsertions cervico-urétrales (DCU), a permis d'obtenir le résultat obtenu est de 35 /53 soit **66,03%**.

L'urétroplastie dans les destructions totales de l'urètre (DTU) soit 5,3%, elle a permis d'obtenir une guérison de 6/16 soit **37,5 %**.

Ces deux dernières sont pourvoyeuses d'échec surtout pour la DTU ou nous avons confectionné des néo-urètres, la grande difficulté est de confectionner un sphincter artificiel. Quant à la DCU c'est surtout l'atteinte du sphincter vésical au cours de la cure.

La salle opératoire (Figure 1) : au début de notre étude, les fistules urogénitales étaient traitées avec les autres pathologies dans la salle opératoire de l'urologie et cela en fin de programme opératoire, une salle a été spécialement équipé pour le traitement de cet affection, c'est la salle UNFPA. Bien qu'elle ait

été improvisée, elle a permis d'individualiser cette chirurgie et un jour par semaine du programme opératoire a été réservé. Nos résultats sont les suivants à deux périodes égales:

Salle d'urologie : 115 sur 300 soit **38,33%** de patientes opérées avec un taux de réussite de **31,33%**.

Salle UNFPA : 185 sur 300 opérées avec une réussite de **61,66%**.

Chapitre IV : Conclusion et recommandations

La lutte pour l'éradication de la fistule obstétricale est devenu de nos jours une réalité au Mali. Elle doit être le point de départ vers une maternité sans risque par l'amélioration des soins obstétricaux d'urgences et de bases (SOU et SOUB).

Seul le traitement chirurgical peut sauver ces femmes pour ce faire il faut casser « le mythe de l'échec » par l'obtention de résultats de qualités qui constituent le meilleur moyen pour une bonne réinsertion sociale. De ce fait les efforts doivent être concentrés sur le programme to end fistula de l'UNFPA. Même si beaucoup a été fait la pauvreté et l'exclusion font ravage.

Dans notre étude clinique, il ressort que la chirurgie de la fistule uro-génitale occupe une place importante dans l'activité opératoire du service d'urologie. Elle a représentée **10,97%**. Nos patientes venaient de toutes les régions du Mali et des pays limitrophes. Toutes les générations de patientes étaient rencontrées et la tranche d'âge de **16-20ans** était la plus concernée.

La taille inférieure à 1m50 est un facteur prédictif dans la mesure que **69,7%** avaient cette taille.

Sur le plan obstétricale, **42,7%** étaient des primigestes et **44,7** des primipares et **51,7%** ont contracté leur maladie à leur première grossesse, ceci constitue un véritable problème de santé de la reproduction dans la mesure que ces femmes risquent de ne plus en faire.

25,3% de ces patientes ont accouchées à domicile sans aucune assistance adéquate et les **74,7%** dans une structure médicalisée mais n'ont pas été prises en charge avant 24 heures. Certaines patientes ont avoué avoir eu une durée de travail de 96 heures et plus mais ceci correspond au temps écoulé pour arrivé au centre de santé le plus proche.

Les femmes atteintes de fistules ne sont que des rescapées de la dystocie et dans le cas contraire elles vont mourir, donc la fistule n'est que la partie visible de l'iceberg.

Les FVV obstétricales ont été les plus rencontrées soit **93%** des cas. Les fistules post-chirurgicales (fistule vésico-utérine et la fistule urétéro-vaginale) ont occupé une place non négligeable avec un taux de **7%**.

Leur fréquence restera encore élevé compte tenu de la faible couverture sanitaire de nos pays sous médicalisés. Cependant leur seule particularité est qu'elles sont **évitables**.

Le diagnostic de la maladie est en général facile.

Sur le plan thérapeutique, l'importance des lésions uro-génitales (l'âge de la fistule ; les lésions bilharziennes ; la sclérose vaginale ; la fistule urétrale et la désinsertion cervico-urétrale) et l'insuffisance d'instruments adéquats ont réduit sérieusement nos chances de guérir les fistules. En ce sens, notre taux de réussite est de 76,33%.

Pour les FVV obstétricales, ce taux est de 74,55% et celui des fistules post-chirurgicales 100%. Ce résultat a été amélioré en partie par la salle d'opération UNFPA pour les FVV.

Si le traitement des FUG post-césariennes est aisé, celui des FVV obstétricales constitue un des anciens problèmes auxquels ont été confronté les urologues.

Ce résultat est modeste, car la bataille n'est pas gagnée, si nous pensons à certaines de ces femmes multi-opérées, qui ne peuvent vivre qu'à l'hôpital attendre avec impatience le quitus de retours à leurs foyers respectifs, la « **DELIVRANCE** ». Au-delà du courant de sympathie immédiat que peut susciter ce drame... il nous convient de le combattre de toutes les forces du cœur et de la raison.

Il nous reste à aller au bout de notre combat. « *MIEUX VAUT **PREVENIR LA FISTULE QUE DE LA TRAITER*** »

Devant ce drame nous ferons des recommandations :

RECOMMADATIONS :

A la population générale : la solution passe par l'amélioration de la condition de la femme c'est-à-dire :

- Mieux considérée
- Mieux nourrie
- Mieux instruite

Aux techniciens socio-sanitaires :

- Le respect de certaines règles obstétricales simples : (évacuation vésicale en salle de travail, épisiotomie au moindre doute) devrait permettre d'éviter un certain nombre de cas de FVV obstétricales ; une parturiente une sonde vésicale peut être une stratégie.
- La fistule obstétricale doit être considérée comme une urgence donc référer tout cas juste après le diagnostic.

Aux chirurgiens gynécologues :

Se rappeler de la survenu d'une fistule uro-génitale au cours des gestes tels que la césarienne, l'hystérectomie et alors leur accorder une attention particulière.

Aux obstétriciens :

Formation du personnel surtout les matrones ou accoucheuses traditionnelles et des infirmiers de brousse dans le dépistage des dystocies et le diagnostic de la FVV pour les référer.

Aux Sages femmes : l'utilisation du partogramme pour pouvoir mettre tout en œuvre pour évacuer les parturientes en difficultés.

Aux chirurgiens urologues : une étroite collaboration avec les services de gynécologie pour la réussite du traitement.

Aux autorités politiques et sanitaires:

Renforcer le secours obstétrical dans le pays en général et particulièrement dans la région de Ségou où la bilharziose constitue un facteur d'échec de la cure de la FVV.

Rapprocher les populations des centres de santé en renforçant les infrastructures routières.

Permettre à toute femme rurale d'avoir accès aux soins obstétricaux de base.

Financer les campagnes de dépistage de grossesses en zone rurale accompagné de celui des FUG.

Financer la gratuité de l'accouchement à l'instar de la césarienne.

La création du centre régional de recherche, de formation et traitement des fistules obstétricales.

Sensibiliser les populations sur la maladie par des campagnes d'information.

Former le personnel de santé et mettre tout en œuvre pour leur permettre de s'installer en zone rurale.

Former le personnel médical pour la surveillance et le suivi des malades opérés de FVV.

FICHE TECHNIQUE ET RESUME DE LA THESE

Nom : Dieng

Prénom : Abdellahi dit Youba

Titre de thèse : *Actualités de la prise en charge de la Fistule Vésico-Vaginale au Mali et résultats à propos de 300 cas traités au service d'urologie du CHU du Point G.*

Année universitaire : 2005-2006

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : République Islamique de Mauritanie

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologies.

Secteur d'intérêt : Urologie du CHU du Point "G"

Résumé : la problématique de la fistule obstétricale a connu beaucoup d'acteurs notamment le FNUAP à travers son programme global d'élimination de la fistule obstétricale dans le monde (to end Fistula) ; le service d'urologie qui est devenu de nos jours le centre de formation et de prise en charge de la FVV.

Notre étude prospective a porté sur 300 cas de fistules uro-génitales obstétricales au service d'urologie du CHU du Point "G". Elles demeurent encore un grand problème de santé publique au Mali. L'étude a duré 28 mois et a eu comme population cible les femmes souffrant de fistules uro-génitales obstétricales, opérées. Elles sont dues à la faible couverture sanitaire dans nos pays. Au terme de notre étude, il ressort les constats suivants :

10,97% des interventions du service ont été des cures de fistules uro-génitales obstétricales.

Sur le plan socio-démographique :

Toutes les régions du Mali étaient concernées et aussi les pays limitrophes : Mauritanie ; Guinée Conakry, Côte d'Ivoire.

26.7% des patientes avaient un âge compris entre 16 et 20 ans.

93% des patientes souffraient de FVV obstétricales contre 7% de fistules post-chirurgicales (vésico-utérine ; urétéro-vaginale).

69.7% avaient une taille inférieure à 1m50.

Chez 33.7% des patientes l'âge de la fistule était inférieur à 1an.

47% étaient prises en charge par le service social et % par l'ONG Iamaneh Suisse

42.7% étaient des primigestes ,44.7% étaient des primipares et 51.7% ont contracté leur fistule à la 1^{ère} grossesse.

Sur le plan thérapeutique, la voie basse a été la plus utilisée : 90,33% des cas et le taux de réussite a été de 76,33%. Ce taux est pour les FVV obstétricales de 74.55% et celui des FVV post-chirurgicales de 100%.

Mots clés : fistules urogénitales- obstétrique- traitement- urologie

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1 -AMEHOUM N. MARIANE

Les fistules vésico-vaginales obstétricales : Bilan d'une année d'activité à l'hôpital du Point G.

Thèse de médecine n°204-70pp ; 32

2 -BENCHEKROUN A. ; FAIK . M; MARZOUK M .

Les dérivations continentales.

J. Urologie, 1991, 97, n° 4-5, pages 167-177.

3-BERTHE H .

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

Thèse de médecine n° 61, Bamako, 1999, 85 pages.

4-CAMEY M.

Les fistules obstétricales, Progrès en urologie 7, Bd, Flandrin- 75116 Paris, 4ème trimestre 1998, 328 pages.

5-COUVELAIRE R

Techniques chirurgicales. Tome XV. Urologie

6-FALANDRY L .

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

7- FALANDRY L.

Les fistules urétéro-vaginales: diagnostic et tactiques opératoires. A propos de 19 cas personnels.

J. Chir. (Paris), 1991,128, n03 pp. 120-126.

8-HAROUNA Y. D.; MAIKANO S. ; DJANBEIBOU J. ; SANGARE A.; BILANE SS. ABDOU HM.

La fistule de cause obstétricale : enquête auprès de 52 femmes admises au village des fistuleuses.

Médecine d'Afrique Noire, 2001, 48(2), pages 56-59

9-IBRAHIM T. ; SASIGH AU ; DANIEL SO

Characteristics of patients as seen at the specialist hospital. West African J. Med. 2000, (1), pp 53-63;

10 -KAMINA P.

Anatomie gynécologique et obstétricale ; 3ème édition remaniée, Paris, Maloine, 1979.

11- KANE A.F.

Les fistules vésico-vaginales : situation actuelle au Sénégal à propos de 307 cas. Thèse de médecine, Dakar 1993 ; no27.

12 - KOITA A.K

Quelques aspects des fistules vésico-vaginales observées à l'hôpital du Point G à Bamako. Thèse de médecine no 29, Bamako, 179 pages, 1983.

13-LUGANE P.M; LEO J.P; RICHARD F.

Fistules urogénitales

Editions techniques EMC (Paris, France). Gynécologie, 220A10, 1991

14-MENSAH A. ; DIAGNE B.A.

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

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

15- MERGER R, LEVY J.; MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique, 6ème édition, Masson, 1995

16- OUATTARA K. TRAORE M. L ; C. CISSE

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

Médecine de l'Afrique Noire 1991, 38 (12) ; pp 856- 860

17- Ministère de la santé du Mali

Enquête Démographique et Sociale III (EDSMIII); 2001, juin 2002

18- Ministère de la santé du Mali

Evaluation de l'offre des SOU au Mali 2003

19- OUATTARA Z.

La fistule vésico-vaginale : Aspects thérapeutiques à propos de 21 cas. Mémoire

20- OUATTARA S.

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

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

21- ROUVIERE

Anatomie humaine : descriptive et topographique. Tome II

Masson et Cie 1970. Bd Saint Germain- Paris- 1970

22- S. MARIKO

Les fistules uro-génitales : expérience du service d'urologie de l'hôpital du Point G à propos de 72 cas.

Thèse de médecine n°4, Bamako, 2000, 48 pages

23- 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

24 -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, 90pages

25- ZIMMERN PH. E., H. R HADLEY, S. RAZ.

La voie d'abord vaginale des fistules vésico-vaginales non irradiées.

Journal d'urologie. 1984, 90, n° 5, p.355-359

26-ZOUNG – KANYI, 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

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

28- www.unfpa.org

Fiche d'enquête

Numéro:/...../

- 1- Nom et Prénom
- 2- Age /.... /
- 3- Résidence.....
- 4- Taille (en mètre) /.... /

- 5- Age de la fistule (En année) /.... /
- 6- Rang de la grossesse causale/.... /
- 7- Durée du travail de l'accouchement causal (en heure) /.... /
- 8- Mode d'accouchement de la grossesse causale
- a) voie naturelle :
- spontané/.... /
 - instrumental/.... /
- b) césarienne : /.... /
(Hystérectomie, oui non)
- 9- Lieu d'accouchement de la grossesse causale
Domicile : /.... /
Maternité : /.... /
- 10- Nombre d'enfants vivants/.... /
- 11- Age de la fistule (délai d'intervention) (en année) /.... /
- 12- Date de la 1^{ère} consultation en urologie/...../
- 13- Date d'hospitalisation/..... /
- 14-Date de l'intervention/..... /
- 15- Nombre de tentatives :
- Fistule de 1^{ère} main : /.... /
- Fistule de seconde main : /.... /
- 16- Prise en charge :
- Service social : /.... /
- Famille: /.... /
- Iamaneh-Suisse : /.... /
- Mari : /.... /
- Autres : /.... /

17-TYPE ANATOMO-CLINIQUE DE LA FISTULE

I) Fistule vésico-vaginale

F.V.V sur vagin souple F.V.V sur sclérose vaginale F.V.V + FRV

A. fistule de la cloison vésico-vaginale

1. Trigonale

2. Retrotrigonale

B. fistule cervico-urétrale

1. Désinsertion cervico-urétrale

a) urètre perméable

b) urètre borgne

2. Destruction totale de l'urètre

II) fistule urétéro-vaginale

III) fistule vésico-utérine

18-VOIE D'ABORD: (basse, haute, mixte)

19-TYPE D'ANESTHESIE: (rachianesthésie, péridurale- anesthésie générale)

20-TYPE DE TRAITEMENT

- 1) Fistulorraphie en deux plans
 - 2) Anastomose cervico-urétrale
 - 3) Urétroplastie
 - 4) Réimplantation urétéro-vésicale

21- Résultat du traitement

1^{er} degré (guérison complète)

2^{ème} degré (troubles sphinctériens)

3^{ème} degré (échec, fistule résiduelle)

22 - Date de Sortie : /..... /

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 de l'être suprême, d'être fidèles 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'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de races, de parties ou de classes sociales 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 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'enseignement que j'ai reçu de leurs pères.

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

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

Je le jure