

Ministère des Enseignements
Secondaire Supérieur et de la
Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi

Université de Bamako



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie

Année universitaire 2008-2009 N°.....

Titre

Etude des fistules vésico-vaginales
Obstétricales à l'Hôpital
Nianankoro Fomba de ségou.

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le... /.../ 2009
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-stomatologie

Par : M Mamadou Coulibaly

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

Jury

Président : Pr. Filifing SISSOKO

Membre: Dr. Bréhima SAMAKE

Codirecteur : Dr. Aly TEMBELY

Directeur de thèse : Pr. Kalilou OUATTARA

DEDICACES :

BISMILAH, RAHMANI, RAHIM

Au nom d'allah le très miséricordieux, le tout miséricordieux.

<< Gloire à dieu. Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi l'omniscient, le sage >>.

Louange et gloire à allah le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

Après avoir rendu grâce à dieu, je dédie ce travail à :

- **Toutes les patientes souffrant de cette maladie.**
- **A tous ceux qui de loin ou de près m'ont aidé pour la réussite de ce travail.**

- A mon père feu **OUMAR COULIBALY** : J'aurai voulu que vous soyez parmi nous en ce jour solennel mais hélas le destin a jugé autrement. Dormez en paix. Que le messager d'allah vous apporte la bonne nouvelle.

A mon logeur **OUSMANE BAH** : Ce travail est le fruit de votre bénédiction. Trouvez ici, l'expression de ma profonde gratitude.

A ma mère Bintou Traoré :

Femme de religion, tu es d'une qualité exceptionnelle. Tu as su garder l'entente et la cohésion familiale.

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. C'est le lieu de te manifester toute ma sympathie et ma profonde gratitude. Mère, je suis fière d'être ton fils et nous t'aimons tous. Nous nous souviendrons toujours de tes sages conseils et tu pourras toujours compter sur nous. Puisse allah le Tout puissant te garder encore longtemps près de nous et nous montrer le jour de ton pèlerinage à la mecque. Merci et merci mère.

A mes frères BREHIMA COULIBALY et N'FAMARA COULIBALY :

Mon attachement à vous depuis ma première enfance n'était pas fortuit. Vous avez été d'une qualité inestimable. Votre tendresse et vos sages conseils m'ont permis de garder l'équilibre dans les moments difficiles. Trouvez en ce travail l'expression de ma profonde gratitude. Puisse dieu vous garder très très longtemps près de nous, amen.

A mon très cher cousin BREHIMA COULIBALY :

Les mots me manquent pour exprimer à suffisance ma reconnaissance. En aucun moment, ton soutien moral, matériel et financier ne m'a fait défaut. Tu as su respecter mon point de vu malgré la différence d'âge; tu m'as entretenu plus que tes fils. Ce travail est le tien. Tu peux être fière d'avoir semé un cousin médecin. Que le tout puissant te donne la longévité et la chance de récolter ses fruits. En ce jour inoubliable, je te dis grand merci.

A mon oncle SINALY SOUMAORO : *Vous avez été si proche de moi comme un grand frère, un conseiller. Vous avez partagé sans nul doute mes temps de chagrins et mes angoisses. Vous avez initié mes pas contre l'agression externe. J'ai appris avec vous le goût de la vie en groupe. Vous avez forgé en moi la patience et l'endurance. Prenez ce travail comme le vôtre.*

A ma fiancée OUMOU KASSAMBARA : *Femme tendre, ce travail est le fruit de ton courage et ta persévérance. Tu as su me soutenir dans les moments difficiles. Trouve ici l'expression de mon attachement et de mon amour profond.*

A mes tantes chéries :

Je citerai là : **ASTAN MALLE ; DJITA SISSOKO ; AÏCHA BEN ZACOUR ; à ma belle mère madame kassambara ASSAN ; SAYE.**

Mes chères tantes ! femmes dynamiques, joviales, généreuses, loyales, sociables, attentionnées, croyantes et naturelles. Vos conseils, vos encouragements, vos câlins ne m'ont jamais fait défaut. Vous avez toujours su donner vos seins à vos enfants et aux enfants d'autrui sans aucune distinction. Vous avez été pour beaucoup dans la réalisation de ce travail. Merci encore une fois pour vos très longues prières nocturnes. Que le bon dieu vous donne encore longue vie. J'aurai toujours besoin de vous pour guider mes pas et ma pensée.

A ma cousine AWA BAH ainsi que mon amie DELPHINE K. et tout le reste de la grande famille COULIBALY, ce travail vous appartient.

REMERCIEMENTS :

C'est le moment de remercier :

- Dr Koné Sory ; Dr Haidara Fousseny ; Dr Moulaye Mariko.

Vos qualités humaines font que vous resterez toujours des hommes exemplaires. Tout en vous souhaitant une très bonne carrière académique, trouvez ici l'expression de mes sentiments distingués.

- Tous les aînés et médecin du service de chirurgie : Mes félicitations pour l'ambiance cordiale et la qualité de la formation reçu.
- Le Major madame LAH Fatoumata Kamissoko : Femme de religion, tu es d'une qualité exceptionnelle. Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. C'est le lieu de te manifester toute ma sympathie et ma profonde gratitude.
- Toutes les infirmières et infirmiers du service de chirurgie de l'H.N.F.S.
- Tout le personnel du bloc opératoire de l'H.N.F.S.

Mes collègues du service : Dr Guisse Souleymane, Idrissa Maiga, Ousmane Koné; Gaoussou Simpara, Salifou Sylla, Dr Korotoumou Malle, Alou Samaké, Dr Mahamadou Yara : Cet travail est le fruit de l'entente qui a régné entre nous au sein du service. Soyez en félicités.

A tous mes amis : Dr Drissa Koné; Zoumana Sanogo; Sidi Koné; Ousmane Coulibaly ; Fatoumata Barry; Dr Albert Traoré; Salimata Kane; Ladji Malle; Birama Diarra ce travail est tout à fait à votre honneur.

Mention spéciale à Dr Nouhoum Diallo et sa femme Fatoumata Bah. Je n'ai pas de qualificatif pour exprimer à suffisance votre apport pour la réussite de ce travail, soyez en remerciés.

A tous mes cousins et cousines : ce travail est le fruit de l'entente et la chaleur familiale dans la quelle nous avons vécu. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Mes sincères remerciements à monsieur Souleymane Karembe depuis Point G et à Mathieu Traoré à Ségou. Grand merci pour l'hospitalité offerte.

Coucou à mes amis et leurs familles notamment : Samaké Ousmane, Ismaël depuis Cuba, Soungalo de Guinée, Dr Samaké Yacouba.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY :

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Filifing SISSOKO

Maître de conférence en chirurgie générale à la F.M.P.O.S

**Praticien hospitalier dans le service de chirurgie B au C.H.U
du point G**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse, malgré vos multiples occupations.

Nous reconnaissons en vous un encadreur passionné dans la pratique chirurgicale. Votre rigueur scientifique, votre précision dans la pratique font de vous un réel espoir pour les jeunes.

Trouvez ici cher maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DOCTEUR BREHIMA SAMAKE.

Spécialiste en chirurgie générale.

Diplômé universitaire de la fistule vésico- vaginale.

Chef de service de chirurgie générale de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou, chef de service d'urologie et de traumatologie de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Président de la commission médicale de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Cher maître. Durant notre séjour au service de chirurgie générale, j'ai découvert à l'occasion de ce travail, un homme ouvert, disponible, qui n'a ménagé aucun effort pour la réussite de ce travail. La clarté de votre raisonnement scientifique, votre force de caractère, votre compétence technique nous resterons en mémoire pour toujours.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profond respect et de nos remerciements.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DOCTEUR ALY
TEMBELY.**

**Diplômé de la Faculté de Médecine de Tours, Université
D'Orleans**

**Spécialiste d'andrologie, d'endo-urologie et de la Lithotripsie
extracorporelle**

**Chirurgien urologue au Service d'urologie au CHU du Point G
Maître Assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et
D'Odontostomatologie du Mali.**

**Secrétaire général de l'Association Malienne des Chirurgiens
de la Fistule Obstétricale (A.M.C.F.O).**

Cher maître, la spontanéité par laquelle vous avez accepté de codiriger cette thèse nous a beaucoup marqué, vous nous témoignez une fois de plus votre qualité exceptionnelle.

Votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre souci de transmettre aux autres vos connaissances font qu'il est agréable

de travailler à vos côtés. Soyez assuré cher maître de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Le Professeur Kalilou Ouattara

Professeur Titulaire en Urologie

Chef de Service d'urologie au CHU du Point G.

Coordinateur des chirurgiens du CHU du Point G

Expert international de la fistule vésico- obstétricale.

Lauréat de l'émission Niangara de l'ORTM.

**Président de l'Association Malienne des Chirurgiens de la
Fistule Obstétricale (A.M.C.F.O).**

Cher maître, vous êtes sans nul doute une référence vivante. Chaque minute passée à vos côtés nous enrichi d'avantage. Votre sens de l'humour, votre dévouement, votre esprit de synthèse alliés à des connaissances solides nous ont toujours impressionné. Honorable maître, vous êtes d'une rigueur, d'un courage et d'un sens social hors du commun. Votre pragmatisme force l'admiration de tous. Passionné du travail bien fait,

soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle. Puisse le Seigneur nous aider à poursuivre dans la voie que vous nous avez tracée.

SOMMAIRE

I. Introduction	1
II. Généralités	3
1. Rappels anatomiques et physiologiques en rapport avec la F.V.V. d'origine obstétricale	4
2. Etiopathogénie	10
3. Anatomie pathologie	11
4. Classification des FVV	15
5. Diagnostic des FVV	24
6. Diagnostic différentiel	25
7. Traitement des FVV	26
III. Méthodologie	38
IV. Résultats	40
V. Commentaires et discussion	51
VI. Conclusion	55
VII. Recommandations	56
VIII. Annexes	

ABREVIATIONS:

- A.M.C.F.O = Association Malienne des Chirurgiens de la Fistule Obstétricale.
- A.F.O.A = Association de traitement des fistules obstétricales africaines.
- Dr = Docteur.
- F.O.A =Fistule obstétricale africaine
- FVV = Fistule vésico-vaginale
- FUV = Fistule utéro-vaginale
- FRV = Fistule recto vaginale
- F.M.P.O.S = faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie
- h = heure
- H.N.F.S = Hôpital Nianankoro FOMBA de Sékou.
- mg = milligramme
- mn = minute
- N° = Numéro
- OMS = Organisation Mondiale de la Santé.
- UIV = Urographie Intraveineuse
- UCR = Uréthro-cystographie Rétrograde
- UNFPA =United Nations Populations Fund.

- % = Pourcentage

I. INTRODUCTION :

La fistule vésico-vaginale se définit comme une communication pathologique permanente entre la vessie et le vagin.

Il s'agit en fait de fistule vésico-vaginale, de fistule cervico vaginale et de fistule uréthro-vaginale acquises lors de l'accouchement, associées le plus souvent à une fistule recto vaginale ou à des degrés divers de déchirure du périnée.[6]

Le mariage en règle précoce des filles fait que leur bassin encore immature et étroit va constituer une source de dystocie très fréquente. De même, les primipares mesurant moins de 1,5 m constituent un groupe à haut risque de fistule vésico- vaginale [1].

Il s'agit effectivement d'une tragédie, parce que survenant essentiellement chez la primipare, dans les cas ce premier accouchement s'est terminé par un mort-né et cet accident a sérieusement compromis l'avenir obstétrical dans la grande majorité des cas.

A coté de la mortalité maternelle la fistule vésico-vaginale est le versant caché de la morbidité de la mère en Afrique.

A l'O.M.S. on ne dispose quasiment d'aucune statistique précise sur l'incidence et la prévalence de cette infirmité. Cependant quelques données affirmatives sont annoncées çà et là. Ainsi :

Le nombre des femmes fistuleuses est estimé à 2 000 000 dans le monde avec une incidence de 50 000 – 100 000 nouveaux cas par an en Afrique Occidentale (UNFPA) [2].

Selon L. FALANDRY [3] l'incidence est estimée à 0,32% pour un accroissement annuel moyen de la population de 2,5%. Le nombre de

nouveaux cas est d'environ 4.135 par an sur l'ensemble de l'Afrique Francophone

Au Mali des études concernant les fistules vésico - vaginales ont été déjà menées à savoir :

-Etude des fistules vésico- vaginales obstétricales à l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou à propos de 30 cas [4]

-Etude des aspects gynécologiques des Fistules vésico-vaginales obstétricales au service d'urologie du CHU du point G à propos de 112 cas. [5].

La fistule vésico - vaginale est presque toujours sanctionnée de la naissance d'un enfant mort fréquemment le premier ; cette terrible infirmité est perçue comme une véritable malédiction. La femme devenue impropre à une nouvelle maternité est généralement répudiée, rejetée par la communauté familiale. Elle est Cruellement exclue de la société et condamnée à vivre en Parias. La fistule vésico-vaginale entraîne des érythèmes, une odeur nauséabonde malgré les soins les plus méticuleux et crée une infirmité considérable qui ne tarde pas à retentir sur le moral. L'exclamation classique "être sèche ou mourir !" témoin l'état de ces malades. [6] Ces femmes sont sans ressources et ne peuvent se payer une intervention chirurgicale que pour combler de malheur. La plupart des chirurgiens considèrent le plus souvent vouer à l'échec [6]. C'est bien cet aspect social du problème qui nous a motivé à mener notre étude au niveau de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou. Pour mener à bien cette étude, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

Objectifs

1. Objectif Général :

Etudier les F.V.V. Obstétricales à l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

2. Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la fréquence des F.V.V. par rapport aux autres uropathies dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital de Ségou.
- Déterminer les facteurs de risque des F.V.V.
- Décrire nos résultats thérapeutiques

- Formuler des recommandations pour sensibiliser la population, le corps médical et paramédical par rapport à cette infirmité.

II.GENERALITES :

La fistule vésico-vaginale se définit comme une communication pathologique et permanente entre la vessie et le vagin.

1. Rappels anatomiques et physiologiques en rapport avec la fistule vésico-vaginale obstétricale.

La possibilité de survenue d'une fistule entre la vessie, le col, l'urètre et les organes génitaux de la femme en occurrence le vagin, est due essentiellement aux liens anatomiques qui relient ses différents organes. D'abord ils proviennent tous des mêmes sources embryologiques, ce qui fait qu'ils ont des liens anatomiques étroits par leur situation, étant tous dans le pelvis, par leur vascularisation qui provient de la même source (artère hypogastrique interne), par leur innervation sympathique et parasympathique commune (nerfs hypogastriques et nerfs érecteurs) et enfin par leur cinétique, le mouvement des uns entraînant celui des autres.

Par ailleurs la vessie peut être entraînée par l'utérus et le vagin par l'existence d'une cloison vésico utérine et d'une cloison vésico-vaginale clivable. La partie antérieure de la base de la vessie répond au vagin par la cloison vésico-vaginale, la partie postérieure répond à l'isthme de l'utérus par l'intermédiaire du cul-de-sac vésico utérin. En avant le col vésical et l'urètre sont intimement liés au vagin. C'est par l'intermédiaire du vagin que la vessie repose sur le périnée en particulier sur les releveurs de l'anus.

Avant le travail, la grossesse n'a pas beaucoup d'influence sur le bas appareil, car le col vésical ne change pas de situation, il reste toujours à 3 cm en arrière de la symphyse. Seule la capacité vésicale est diminuée en raison de la pression qu'exerce l'utérus sur la vessie : miction fréquente. Pendant le travail l'engagement actif de la présentation va transformer les normes :

-Allongement de l'urètre de 1 à 3 cm

-Le col se rapproche de symphyse

-La vessie est refoulée en haut et en avant et souvent, elle est bilobée. La zone rétrécie est plus exposée aux compressions

En cas de dystocie longue, la présentation est bloquée dans l'excavation. Le col et le trigone, immédiatement rétro symphysaire sont amenés contre la paroi osseuse du pubis et comprimée. Cette compression constitue un garrot à la circulation. La compression ischémique explique toutes les lésions intra pelviennes : fistules et paralysies.

1.1. Rappels anatomiques :

1.1.1. Le bassin féminin :

Le bassin féminin normal est caractérisé par des dimensions bien connues.

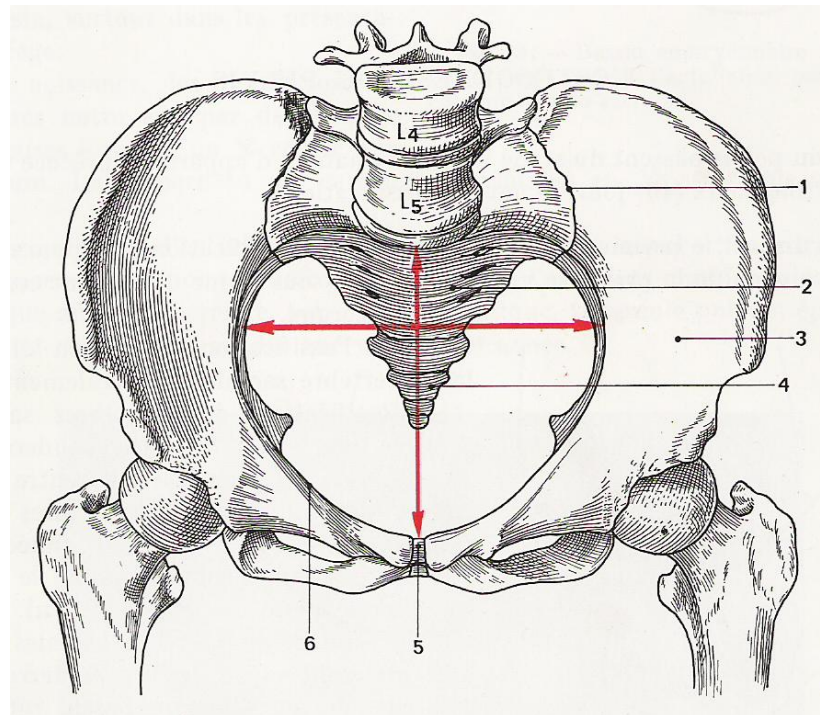


Figure 1:

Bassin osseux Féminin: vue antéro-supérieure (d'après FARABEUF)

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.

- **Diamètres du détroit supérieur**

- diamètres antéro - postérieurs
 - Promonto -sus pubien : 11cm
 - Promonto -rétro pubien : 10,5 cm
 - Promonto- sous -pubien : 12 cm
- diamètres obliques : 12 cm
- diamètres transversaux :
 - Le transverse médian : 13 cm
 - Les sacro- cotyloïdiens : 9 cm

- **Diamètres du détroit inférieur**

- diamètre sous coccyx sous -pubien : 9,5 cm (11 à 12 cm en rétro pulsion).
- diamètre sous sacro - sous pubien : 11 cm.

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

Le diagnostic de dystocie doit être posé avant le travail. Cela sous-entend que la future parturiente a suivi les consultations prénatales.

Obstétricalement les femmes sont classées en trois catégories :

-Femme avec bassin normale :

Tous les diamètres du détroit supérieur sont normaux, l'accouchement par voie basse est possible et doit être autorisé.

-Femme avec un bassin limite :

Diminution isolée du diamètre promonto-rétropubien (<10,5 cm). L'épreuve du travail est indiquée.

-Femme avec bassin généralement rétréci (BGR) :

Diminution proportionnelle de l'ensemble des diamètres et préservation de la morphologie générale du bassin, césarienne indiquée.

Les bassins des adolescentes correspondent au BGR parce que immature. Malheureusement elles sont très souvent précocement mariées dans notre contexte donc exposées à la dystocie mécanique cause de la fistule vésico-vaginale obstétricale.

Cela dit dans notre contexte même les femmes présentant un bassin normal ne sont point épargnées de la dystocie car outre la dystocie mécanique elles peuvent être victimes de dystocie dynamique surtout que le taux d'accouchement médicalisé est très faible.

1.1.2. Rapports entre la vessie et les organes pelviens :

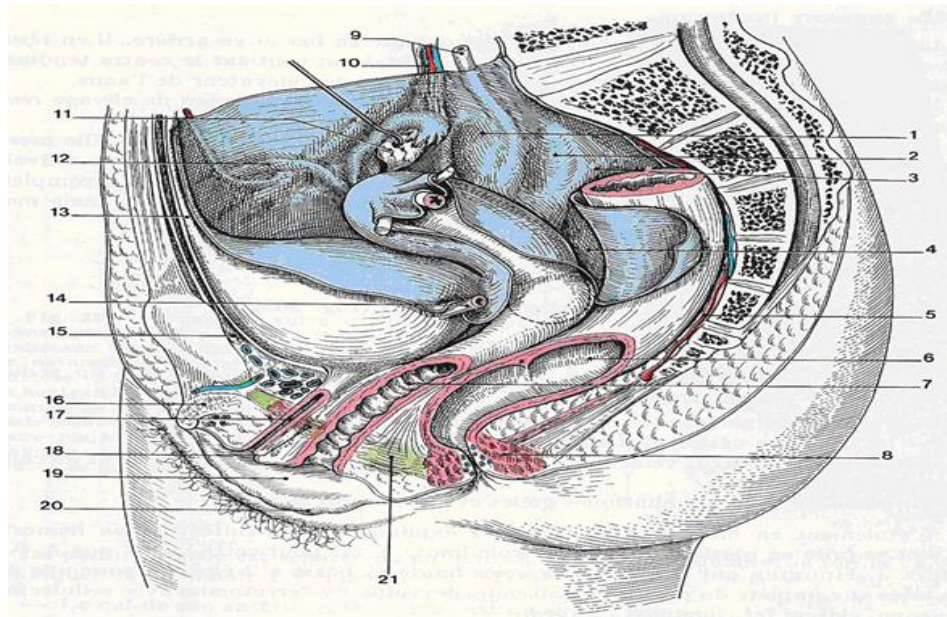


Figure 2: coupe sagittale paramédiane du bassin de la femme d'après KAMINA [1]

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| 1- fossette ovarienne | 11- Ovaire |
| 2- fossette infra ovarienne | 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 |
| | 21- centre tendineux du pectiné |

Il est bien connu que l'appareil urinaire et les organes génitaux émanent des mêmes tissus embryonnaires et qu'ils jouissent des mêmes sources de vascularisation, d'innervation et que leur cinétique est étroitement liée. Leur vascularisation émane essentiellement des branches de l'hypogastrique inférieure (artère vésicale inférieure), l'artère utérine (rameaux vésicaux), l'artère honteuse (artère vésicale antérieure), partie perméable de l'artère ombilicale et artère obturatrice (artères vésicales supérieures).

Le circuit veineux comme on le sait réalise le plexus de Santorini sur la face antérieure de la vessie. Les rameaux veineux formés – veines vésicales, veines utérines vont ensuite rejoindre les veines hypogastriques (iliaques) internes.

Les voies lymphatiques se rendent aux ganglions iliaques internes, obturateurs, puis aux ganglions iliaques externes voir iliaques primitifs.

L'innervation est assurée par les 3^{ème} et 4^{ème} nerfs sacrés et surtout par le plexus hypogastrique (nerfs mixtes).

La vessie entre en rapport avec les organes du petit bassin par l'intermédiaire de la loge vésicale remplie de tissu conjonctif. Cette loge est limitée par des formations fibro-sereux : le péritoine pelvien en haut, le fascia ombilico-pré-vésical en avant et en arrière, la paroi antérieure du vagin en bas et en arrière, la face postérieure de la symphyse pubienne dont la séparation de la face antérieure de la vessie crée l'espace dénommé espace de retzius.

Cela dit la face postérieure de la vessie vide sert de support au corps de l'utérus. A vessie pleine l'ascension de l'utérus fait que la base de la vessie entre en contact avec l'isthme de l'utérus par l'intermédiaire du péritoine. Le péritoine après avoir tapissé la face postéro-supérieure de la

vessie se recourbe en cul de sac pour ensuite recouvrir la face antéro-inférieure du corps utérin. Sous le cul de sac péritonéal vésico utérin se situe le septum vésico utérin. Les rapports avec le vagin sont tels que la vessie repose essentiellement sur sa paroi antérieure.

1.2. Rappels physiologiques :

1.2.1. 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 celui 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 le franchissement du plancher pelvi-périnéal.

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

Une durée de travail supérieure à 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.

1.2.2. Modifications Anatomiques de la vessie au cours de la 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 rétro-symphysaires sont ramenés contre la paroi osseuse du pubis et comprimés. Cette compression constitue un garrot à la circulation sanguine et explique toutes les lésions ischémiques intra pelviennes.

2. Etio-pathogénie :

Nous n'évoquons que celle de la fistule obstétricale africaine (F.O.A).

La F.O.A. est presque toujours la conséquence d'un accouchement difficile et prolongé dans un lieu généralement dépourvu de plateau technique adéquat et surtout de personnels qualifiés. Bref il s'agit d'un accouchement dystocique, dynamique ou anatomique. Le travail a commencé, la tête du fœtus se trouve maintenant bloquée dans le petit bassin

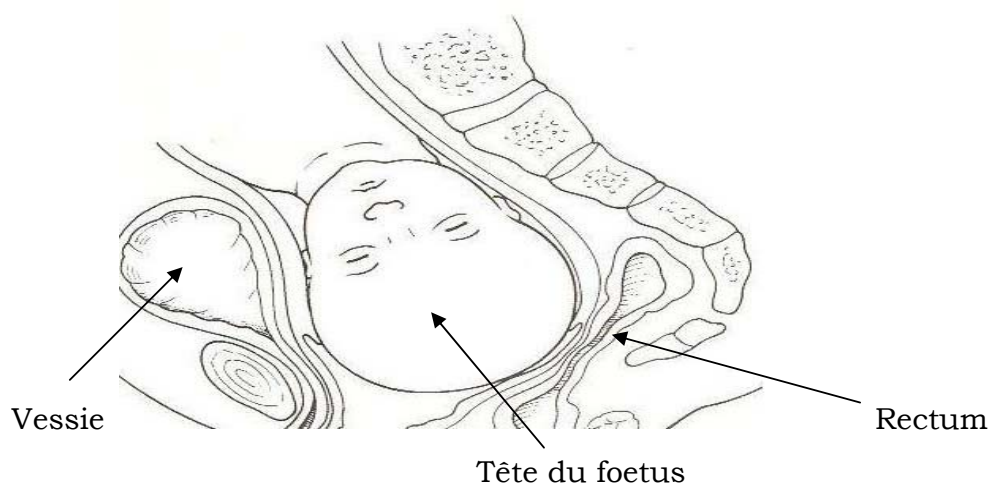


Figure 3 : Présentation bloquée montrant la compression de la vessie contre la face postérieure de la symphyse pubienne en avant, et la compression du rectum contre le sacrum et le coccyx en arrière.

La compression prolongée de la paroi vésicale entre la présentation et le bord postérieur de la symphyse pubienne provoque une ischémie suivie de

nécrose plus ou moins étendue des organes du petit bassin: col utérin, cloison vésico-vaginale, col vésical, rectum etc.

Cela dit tous les auteurs s'accordent à reconnaître la nécrose ischémique des organes pelviens suivie de chute d'escarre à la 3-4ème semaine, comme le principal mécanisme d'installation de la Fistule. Cependant un accouchement trop expéditif peut déchirer le col utérin jusqu'à la base vésicale créant en conséquence une F.V.V.

Selon MONSEUR, la distension vésicale prolongée est l'élément déterminant de la nécrose de la paroi vésicale d'autant plus qu'elle est aggravée par le fait que les accoucheuses traditionnelles gavent les parturientes d'eau. La paroi vésicale est soumise à deux forces opposées celle de la présentation bloquée et la pression hydraulique de l'urine en rétention.

Autres facteurs favorisant la survenue de la fistule vésicale obstétricale:

Ils sont de 3 ordres : médical, socio culturel, économique.

2.1. Médical :

C'est la faible couverture obstétricale.

Nos statistiques en la matière sont les suivantes:

- 1 médecin pour 40000 habitants
- 1 médecin spécialiste pour 200 à 300000 habitants
- o Environ 45-50 gynécologues – accoucheurs
- o 6 chirurgiens urologues
- o 600 sages – femmes
- o Ajouter a cela l'insuffisance d'infrastructures.

2.2. Socio culturel :

A cette situation catastrophique il faut ajouter certaines pratiques néfastes telles que les mutilations génitales, les mariages précoces, monnaie courante dans notre contexte, tout cela sur un fond de pauvreté et d'illettrisme généralisé.

2.3. Economique :

Pauvreté généralisée.

3. Anatomie pathologie :

Trois aspects doivent être pris en compte : le siège de la fistule,

L'état des tissus, les lésions associées

3.1. Le siège de la fistule :

Sur ce plan 4 groupes sont à retenir

3.1.1. Rétro trigonales (hautes iatrogènes) : Elles communiquent la face postérieure de la vessie avec le moignon vaginal et siègent à distance des méats urétéraux et du méat urétral.

3.1.2. Trigonaux : Elles siègent à proximité des méats urétéraux qui peuvent être pris au cours de la réparation.

3.1.3. Cervicales : Le col vésical et les sphincters sont atteints; la continence est compromise même après cure de la F.V.V.

3.1.4. Cervico - urétrales :

Siègent sur le col et l'urètre qui peuvent être sérieusement endommagés

3. 2. L'état des tissus :

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

Trois degrés de trophicité sont notés :

- Trophicité bonne

Tissus souples, épais, bien vascularisés et non adhérents

- Trophicité moyenne

Tissus amincis macroscopiquement normaux paraissant clivables

- Trophicité mauvaise

Tissus rigides, amincis intimement adhérents au périoste pubien

Trois degrés de la fibrose sont notés :

- Fibrose absente : vagin quasi-normal
- Fibrose moyenne : nécessite un simple débridement.
- Fibrose importante : pertes importantes de substance après excision à combler.

3.3. Lésions associées :

Au cours de la fistule d'autres organes peuvent présenter des lésions importantes qui pourront être d'ordre :

3.3.1. Gynécologiques :

3.3.1.1. Au niveau de l'utérus : l'utérus est de volume normal. Il est immobile à la traction du fait de l'extension de la fibrose aux ligaments de **MACKENRODT**. Ceci rend difficile l'exposition de la paroi vaginale antérieure donc de la fistule. Le col de l'utérus peut être sain, ailleurs il est court enfoui dans la masse de sclérose, ou bien déchiqueté avec disparition des culs de sac.

Il peut être sténosé ou remanié et déformé au niveau de la lèvre antérieure. On peut observer une réversion utérine fixée. L'écoulement des urines au niveau d'une cicatrice témoigne de l'existence d'une fistule vésico utérine. Cette fistule est au contact d'un col déchiré et expose aux infections.

On peut retrouver une stérilité tubaire, une endométrite, des salpingites chroniques, une aménorrhée et des dysovulations.

3.3.1.2. Au niveau du vagin : le vagin atrésique est envahi par une fibrose rigide ne permettant souvent que le passage d'un seul doigt. Cette fibrose rend l'examen de la fistule difficile même sous anesthésie générale. Tout rapport sexuel est impossible.

Au niveau de la face postérieure, il est possible d'observer également une bride frontale arciforme, semi-lunaire. Cette bride est prolongée en arrière, tranchante, amarrant la lèvre postérieure du col utérin et effaçant le fornix.

Des brides rétractiles peuvent rendre impossible l'examen à la valve du col utérin même sous anesthésie générale. Il se trouve littéralement enfoncé dans une sorte d'arrière récessus vaginal s'opposant à l'évacuation des menstrues (hematocolpos). On assiste alors à une atrésie impressionnante du vagin. Sa muqueuse est lisse blanchâtre et vernissée. Elle est

extrêmement

sensible au
toucher. Tous
les plis
normaux ont
disparu.



Beniqué

madou Coulibaly

Vagin

Valve



Figure 4 : Atrésie vaginale empêchant l'examen du vagin.

3.3.1.3. Au niveau de la vulve :

La vulve est souvent le siège de condylomes et végétations exulcérées et surinfectées

3.3.1.4. Au niveau du Périnée :

Elles sont de diagnostic facile. Il s'agit le plus souvent de séquelles de déchirure complète (type II) avec rupture de l'anneau sphinctérien anal ou de déchirures compliquées (type III) avec ouverture et étendue du canal anal et de la cloison recto vaginale. Le noyau fibreux central du périnée ayant éclaté, il ne reste plus que la demi circonférence anale postérieure intacte. Le type II associé : les lésions recto- vaginales basses n'intéressent que le tiers inférieur du vagin. Elles peuvent être unique ou multiples d'accès difficile à cause d'une bride de la paroi vaginale postérieure. Cette bride forme un récessus où se dissimule la fistule recto vaginale. Il peut s'agir aussi de lésions qui résultent d'une rupture complète ou compliquée du périnée. La réparation de cette rupture effectuée le plus souvent dans de mauvaises conditions sur des tissus mal détergés, aboutit à une désunion plus ou moins complète. Ceci aboutit à la formation de ponts cutanéomuqueux plus ou moins synéchiants.

Certaines pratiques traditionnelles comme l'infibulation l'excision sont responsables de dystocie d'expulsions exposants ainsi le périnée à des déchirures.

3.3.2. Digestives :

Au niveau du rectum : Il s'agit des lésions traumatiques liées à l'ischémie par compression prolongée. Ces lésions aboutissent à l'ouverture secondaire par chute d'escarres. Elles peuvent être hautes ponctiformes, pouvant être méconnues au fond d'un vagin atrésique. Ce trou ne laisse sourdre qu'un peu de gaz et ou quelques selles liquides. Ailleurs, elles peuvent être hautes et géantes atteignant plusieurs centimètres de diamètre réalisant une véritable colostomie.

Elles peuvent être des lésions de rupture du sphincter et des lésions de la cloison recto vaginale plus ou moins hautes. Parfois, des brides de la paroi postérieure du vagin peuvent masquer les lésions et c'est ainsi qu'elles passent inaperçues au cours de l'examen.

4. Classification :

Plusieurs types de classifications ont été proposées par différents auteurs. Parmi eux on peut citer :

4.1. Classification de HAMLIN et NICHOLSON :

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

- les F.V.V. simples,
- les F.R.V. simples,
- les fistules uréthro-vaginales simples,
- les F.R.V. hautes,
- les fistules vésico utérines,
- les fistules urinaires complexes associant des lésions vésico-uréthro-cervicales.

4.2. La classification de COUVELAIRE :

Elle classe les fistules en 2 grands groupes : les fistules pures rétro trigonales et les fistules dans lesquelles il existe :

- Une sclérose
- Une proximité des méats urétéraux
- Une destruction du col vésical
- Une réduction de la capacité vésicale
- Une destruction partielle ou totale de l'urètre.

4.3. La classification de BENCHEKROUN :

Elle distingue essentiellement 3 types de fistules :

Type I - la transsection trigono - Cervico - urétrale,

Type II - la destruction cervico-urétrale,

Type III - la fistule cervico urétrale simple

4.4. Classification de LUGANE P. M, Léo J.P :

Elle divise les fistules en 3groupes :

- Les F.V.V. rétro trigonales
- les F.V.V. trigonales,
- Les fistules Cervico - vaginales avec atteinte du détrusor,
- Les fistules cervico-urétrales avec atteinte de l'urètre et du sphincter vésical.

4.5. La classification de A. MENSAH et col. :

Elle répartie les fistules en 3 classes :

- les fistules simples :

Elles ont les caractéristiques suivantes :

- > Loin des orifices urétéraux.
- > Urètre indemne.
- > Pas de sclérose péri- fistuleuse.

La cure par voie basse aboutit presque toujours à une guérison dès la première intervention.

- les fistules complexes :

Caractérisées par :

- > Col vésical détruit
- > atteinte partielle ou totale de l'urètre.
- >La sclérose péri fistuleuse limitée
- > cure par voie basse possible au prix d'une incontinence urinaire quasi systématique.

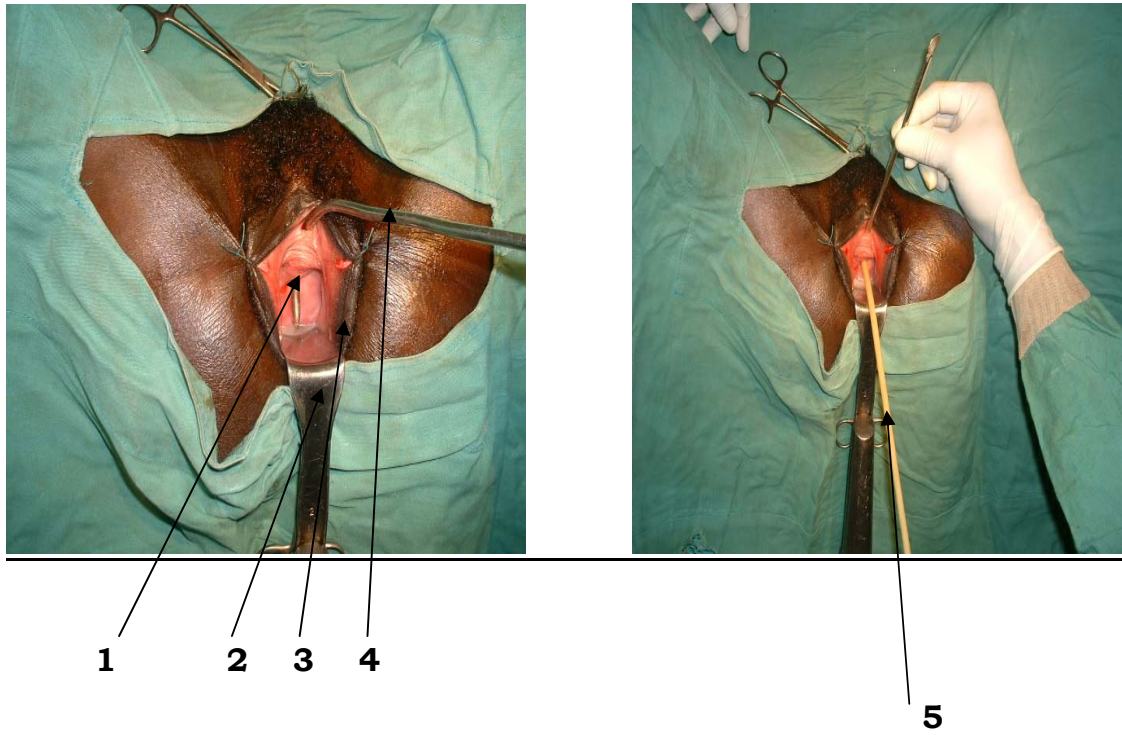


Figure 5 et 6 : fistules simples

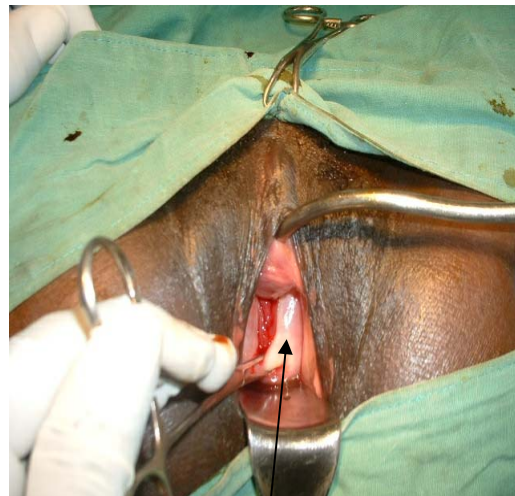
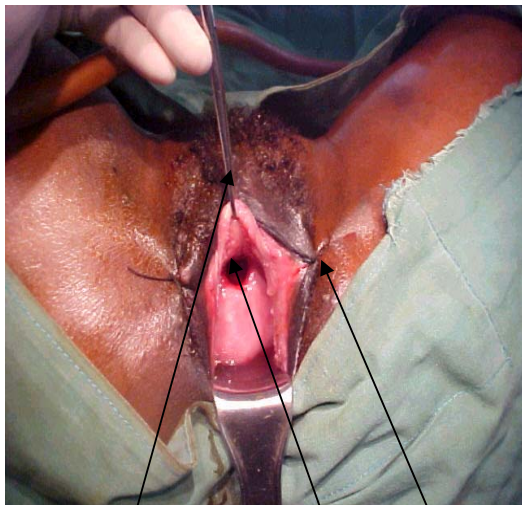
1-orifice de la fistule

2-valve

3-grande lèvre suturée à la cuisse

4-beniqué

5-sonde vésicale trans-urétrale



1

2

3

4

Figure 7 et 8 : fistules complexes

1-pince à disséquer

2-orifice de la fistule

3-grande lèvre suturée à la cuisse

4-cystocèle

Photos urologie / CHU Point G.

- Les fistules compliquées ou FVV « africaines »

Caractérisée par :

- > Véritables délabrements urogénitaux et périnéaux
- > Col vésical et urètre. Détruit la sclérose périe fistuleuse très étendue, pouvant obstruer l'un ou les méats urétéraux.
- > Cure très difficile.

4.6. La classification de l'A.F.O.A. (Association de traitement des fistules obstétricales africaines), dérivée de la classification de Maurice CAMEY [1] et L. FALANDRY [3] :

Les F.V.V. sont classées en 3 grands groupes.

Les F.V.V. 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 :

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

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

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

Les F.V.V. complexes :

Qui regroupent :

- Les F.V.V. de 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 F.V.V. n'intéressant ni col vésical, ni urètre mais déjà opérées (Fistules de seconde main ou après plusieurs tentatives de cure).

Les F.V.V. 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.

4.7. Notre classification (classification Pr. Kalilou OUATTARA et col.) :

4.7.1. Selon l'environnement :

Trois situations sont possibles :

A) Fistule sur vagin souple,

B) Fistule sur sclérose vaginale (brides, sténose ou atrésie vaginale),

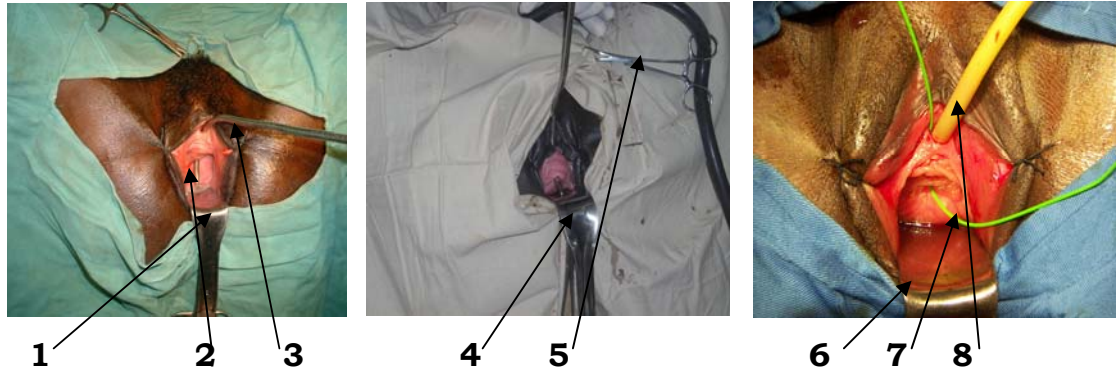
C) FVV + (déchirure du périnée I, II, III degré, FRV).

4.7.2. Selon la localisation anatomique :

A. Fistules types de la cloison vésico-vaginale :

- La fistule est située en plein centre de la cloison vésico-vaginale épargnant les deux cols – vésical et utérin.

- La fistule est de taille petite, moyenne, grande ou large
- Le pronostic est favorable.
Exemples de Fistules Types de la cloison vésico-vaginale



- 1-valve
- 2-orifice de la fistule
- 3-beniqué
- 4-valve
- 5-pince fixe champs
- 6-valve
- 7-tubulure
- 8-sonde vésicale trans-urétrale

Figure 9, 10 et 11 : Fistules de la cloison vésico-vaginale

Gestes techniques essentiels dans les fistules types de la cloison vésico-vaginale

Dédoublement vésico-vaginal circulaire

- Suture de la brèche vésicale
Test au bleu
Suture de la brèche vaginale

B. Fistules du col (fistules vésico-cervico-uréthro-vaginales) :

- La fistule est située sur le segment vésico cervico urétral:
 - avec ou sans lésion de l'appareil sphinctérien
 - avec ou sans destruction de l'urètre
- Une insuffisance sphinctérienne avec incontinence urinaire post-opératoire est possible.

Exemples de fistules vésico-cervico-urétrales

- **a- uréthro-vésico-vaginale**
- **b- désinsertion cervico -urétrale partielle**
- **c - désinsertion cervico - urétrale totale**
- **d - destruction de l'urètre.**

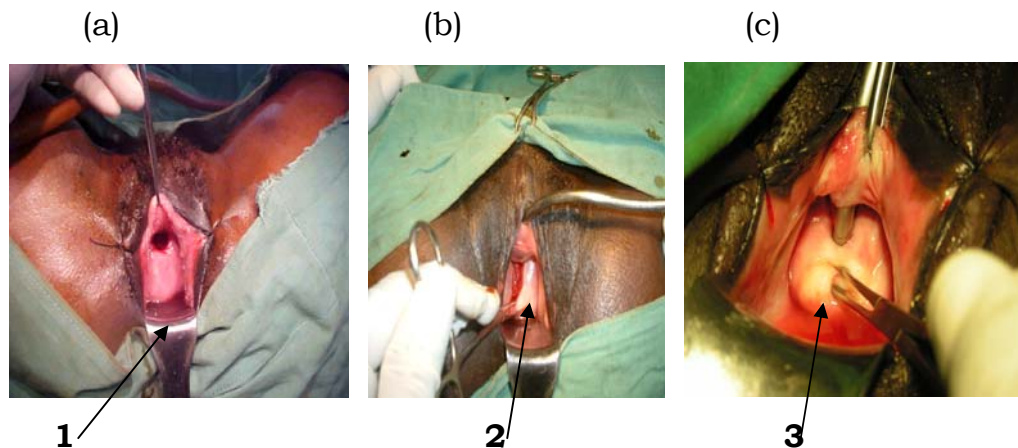
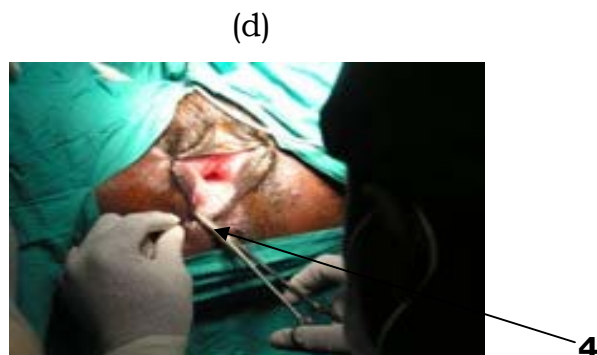


Figure 12 : fistules vésico-cervico-urétrales



1-valve

2- col de l'utérus

3- col de l'utérus

4-pince porte aiguille

Gestes techniques dans les fistules vésico-cervico-urétrales

Selon le type anatomique :

Dédoublement uréthro-vaginal partiel ou total

Dédoublement vésico- cervico- vaginal partiel ou total

- ✓ Fermeture de la fistule anastomose vésico-cervico-urétrale partielle ou totale.
- ✓ Urétroplastie
- ✓ Test au bleu
- ✓ Fermeture de la brèche vaginale
- ✓ Pose d'une sonde vésicale CH. 20

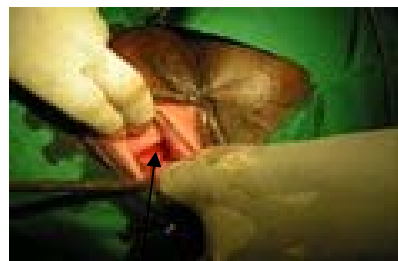
C. Fistule trigono-cervico-utéro-vaginale :

- La fistule touche le trigone vésical et le col utérin
- Les méats urétéraux sont proches, parfois visibles, mais doivent être recherchés et si possible cathétérisés

- Risque majeur de ligature et/ou de blessure des uretères lors de la cure chirurgicale



1



2

1-orifice de la fistule

2- orifice de la fistule

Figure 13 : fistule Trigono-cervico-utero-vaginale

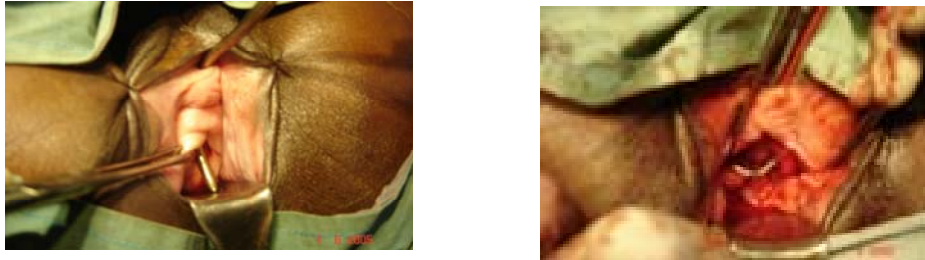


Figure 14 : Gestes techniques dans les fistules trigono-cervico-utero-vaginale

1. Cathétérisme des uretères
2. Sur la berge distal de la fistule: Dédoublement trigono-cervico-utérin avec ou sans ouverture du cul de sac vésico-utérin
3. Sur la berge proximal de la fistule : Dédoublement vésico-vaginale
4. Fermeture de la fistule
5. Test au bleu
6. Fermeture du plan vaginale
7. Pose d'une Sonde vésicale de Foley CH 20

E. Fistules complexes (Mixtes) :



Cystocèle



Figure 15 : Fistules complexes (Mixtes)

Gestes techniques dans les Fistules complexes (Mixtes)

Nous retiendrons essentiellement l'épisiotomie uni ou bilatérale pour exposer la fistule et surtout pour mobiliser les fistules recto vaginales hautes associées

E. Fistules iatrogènes :

- a) fistules hautes retrotrigonales
 - vésico-utérine
 - vésico-cervico- utéro-vaginale

- b) fistule urétero-vaginale

5. Diagnostic :

Le diagnostic de fistule vésico-vaginale repose d'abord sur les données de l'interrogatoire et de l'examen physique.

5.1. L'interrogatoire :

Il renseigne sur les circonstances d'apparition. La patiente se plaint d'incontinence urinaire totale et continue, dans les suites immédiates d'un accouchement dystocique, d'une hystérectomie ou autres interventions gynécologiques, après une irradiation aux rayons X etc....

Chez les patientes atteintes de fistule urétero-vaginale isolée, l'écoulement d'urine et la persistance des mictions normales dominant le tableau. C'est le cas aussi de petites fistules vésico- vaginales.

Les fistules vésico - utérines sont très rares ; elles succèdent habituellement à une césarienne. Il s'agit en fait le plus souvent de fistules utéro - vésicales et non de fistules vésico - utérines. Leur symptomatologie particulière en témoigne, puisqu'elles comportent en règle une continence conservée, une aménorrhée et des hématuries cycliques. Ce trépied symptomatique ou syndrome de Youssef pathognomonique en rend le diagnostic facile.

Néanmoins certaines fistules vésico - utérines perdent leurs urines par le col utérin.

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

5.2. L'examen physique :

Il se pratique chez une patiente en position gynécologique, dans une salle spacieuse bien éclairée. Il nécessite parfois le concours de l'anesthésiste.

5.2.1. A l'inspection :

Les ulcérations de la vulve du périnée et de la face interne des cuisses dues à l'effet corrosif des urines attirent l'attention.

5.2.2. 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'urine.

Dans le cas des petites fistules se couchant derrière des replis de la muqueuse vaginale, l'instillation de colorant 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.

5.2.3. Le toucher vaginal :

Permet souvent de poser le diagnostic ; le doigt qui touche pouvant accéder à la cavité vaginale dans les cas de grande perte de substance.

5.3. Les examens complémentaires :

5.3.1. 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 simultanée d'indigo carmin en intraveineuse permet dans le même temps de vérifier l'absence de lésion sur les uretères. La mutité d'un méat urétéral suspecte une lésion sur l'uretère correspondant ; il permet en plus de cathétériser les uretères en préopératoire. La cystoscopie n'est pas réalisable dans les grands délabrements.

5.3.2. L'Urographie intraveineuse (UIV) avec cliché de cystographie :

Elle est essentielle car permettant d'apprécier l'état du haut appareil urinaire, de montrer une éventuelle lésion urétérale. Le cliché de $\frac{3}{4}$ 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.

5.3.3. Uréthro 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.

5.3.4. L'Echographie :

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

6. Le Diagnostic différentiel :

Il peut se poser avec une incontinence d'effort, parfois résiduelle après traitement chirurgical « réussi » d'une F.V.V. ou la perte d'urine peut entraîner un inconfort proche de celui causé par les lésions initiales. On peut se demander dans certains cas s'il ne s'agit pas d'une fistulette résiduelle dissimulée dans un repli cicatriciel.

Les fistules uréthro-vaginales, bien que l'on sache qu'elles peuvent être associées à une F.V.V. se caractérisent par une épreuve au bleu de méthylène vésicale et une cystoscopie négative, une épreuve au bleu d'indigo carmin intraveineuse tardivement positive, l'équivoque sera levée. Dans tous les cas le diagnostic ne peut pas se limiter à affirmer la fistule mais il doit s'attacher à une description précise, quantitative et qualitative des lésions, à la base d'une classification typologique qui posera l'indication du type d'opération à réaliser.

7. Traitement de la fistule vésico-vaginale :

7.1. Les moyens de traitement :

La prise en charge de la F.V.V. est multidisciplinaire : du psychothérapeute au gynécologue, passage obligé et inconditionnel chez l'urologue pour la cure chirurgicale de la F.V.V. La réussite du traitement chirurgical est fondamentale conditionnant celle des autres traitements.

7.2. Le traitement préventif :

C'est la prise en charge correcte de l'accouchement ; accouchement médicalisé qui doit se dérouler à vessie vide par sondage ou ponction vésicale, et par ailleurs la pose d'une sonde vésicale à demeure au décours de tout accouchement difficile.

7.3. Le traitement médical :

Son objectif est la mise en condition de la patiente avant l'acte chirurgical par le traitement d'une infection urogénitale probable, d'une anémie, d'une parasitose, d'une constipation ou d'une diarrhée, la préparation du champ opératoire, conceling, après un bilan de terrain et un bilan d'opérabilité.

7.4. Le traitement chirurgicale :

But :

L'objectif premier du traitement chirurgical est de :

- rétablir l'étanchéité vésicale
- rétablir la continence,
- prévenir la récurrence par des césariennes itératives,
- permettre à la femme de retrouver une vie sexuelle normale et sa capacité de procréer.
- assurer sa réinsertion sociale et économique

Ce traitement sera curatif si, les objectifs cités sont atteints et palliatif dans les cas où la fermeture de la FVV s'avère impossible, laissant le seul recours à la dérivation urinaire

Principes généraux et traitement des fistules vésicales simples.

Données générales :

Ils ont été très bien énoncés par R. COUVELAIRE [8] : « bien voir, bien dédoubler, bien affronter les surfaces, bien drainer les urines », à cela ajouter : tout mettre en œuvre pour réussir du premier coup, car, même si la fistule résiduelle est souvent moins importante que la fistule d'origine, chaque intervention comporte un risque supplémentaire de dévascularisation et de sclérose des tissus.

Pour bien voir, il faut choisir la meilleure voie d'abord en fonction du siège de la fistule.

La voie vaginale qui est la plus fréquemment utilisée peut se heurter à la sclérose, qui rétrécit le vagin, empêche l'installation de la valve et bloque l'accès à la fistule.

Des épisiotomies sont alors nécessaires.

L'anesthésie doit permettre d'opérer aussi longtemps qu'il est nécessaire et dans toutes les positions, pour mener à bien une intervention parfois complexe. Malheureusement les conditions locales ne sont pas toujours optimales et l'anesthésie de base est en règle la rachianesthésie, que l'association buvivacaïne-Fintanyl permettrait de prolonger au maximum.

Au-delà certaines équipes n'ont à leur disposition que la Kétamine I.V. qui, bien maniée, peut prolonger l'intervention d'une heure ou deux.

On n'opère pas pendant les règles, et la contraception orale éventuelle, bien rare dans ces pays, est arrêtée.

Quant à la date d'intervention, la plupart de nos femmes porteuses de fistule ont été examinées des mois ou des années après leur survenue et le problème intervention précoce ne se posait pas. Néanmoins sans aller jusqu'aux très long délais, notre attitude tendait jusqu'à présent à rejoindre l'opinion classique d'attendre trois (3) mois après la date de l'accouchement. Il faut, lorsque cela est possible, ne pas attendre plus longtemps pour éviter l'évolution de la sclérose.

7.4.1. Voies d'abord et position :

Trois voies d'abord sont possibles : vaginale en position dorsale ou ventrale, abdominale extra ou trans péritonéale et mixte associant les deux abords. Il faut y ajouter la voie postérieure avec résection coccygienne pour l'abord de certaines fistules rectales.

7.4.1.1. La voie vaginale :

C'est la plus fréquemment utilisée et les arguments en sa faveur ne manquent pas. Elle donne en effet un accès direct aux lésions du col et de l'urètre, qui sont fréquentes et souvent étendues.

Elle expose bien les zones, où seront prélevés les tissus servant aux interpositions entre les sutures vésicales et vaginales. La greffe de MARTIUS avec ou sans peau et les racines du clitoris sont prélevées au niveau de la grande lèvre, le muscle droit interne (avec ou sans peau également), à la face interne de la cuisse. Elle comporte enfin le moindre risque.

7.4.1.1.1. La position dorsale : est la plus classique et doit être choisie toutes les fois qu'un abord abdominal complémentaire peut être envisagé.

Afin de bien exposer les lésions, les fesses doivent être très ressorties et pour les lésions vésicales, la déclive très prononcée. Ce qui amène la paroi vaginale antérieure pratiquement perpendiculaire à la vue de l'opérateur. Il est très important d'être bien éclairé

Il peut arriver que la paroi vésicale fasse hernie à travers la fistule. Il faut alors réduire cette protrusion par un tamponnement vésical, qu'il ne faudra pas oublier d'enlever lors de la suture vésicale.

7.4.1.1.2. La position ventrale :

Très classique, elle a le gros avantage de donner une vue directe sur les lésions, de réduire spontanément la protrusion vésicale éventuelle pour la fistule.

Elle comporte toute fois un inconvénient : la compression des anses intestinales sur le plan de la table, qui gêne les mouvements respiratoires.

7.4.1.2. La voie abdominale :

C'est évidemment la voie de choix lorsqu'il s'agit de traiter une fistule haute, vésico-utérine ou vésico-cervico utérine (avec la lésion urétérale qui leur est parfois associée).

Elle est toute fois mal adaptée aux lésions urétrales extensives et lorsqu'un programme de plastie urétrale par en haut est envisagée, un accès à la vulve doit être prévu.

Le risque infectieux de la voie, en particulier lorsque le péritoine est ouvert, doit être pris en compte si l'asepsie du bloc opératoire n'est pas convenablement assurée.

7.4.1.3. La voie mixte abdomino-périnéale :

Il peut arriver que le siège et le caractère de la fistule nécessite un abord mixte comme par exemple la dissection de l'orifice vaginal par le bas, la dissection et la fermeture de la vessie par en haut, puis la fermeture du vagin, après interposition de MARTIUS par en bas. Les cuisses très fléchies sur l'abdomen pendant le temps périnéal, devront pouvoir être étendues sans faute d'asepsie pendant le temps abdominal.

7.4.2. Les techniques chirurgicales :

7.4.2.1. Cure des fistules vésicales simples :

Par définition ce sont des fistules siégeant sur la face postérieure de la vessie, à distance du col et du trigone et les orifices urétéraux sont loins. Ils ne seront pas cathétérisés. La sclérose est en général modeste. Les petites fistules trigonales peuvent être incluses dans ce groupe, la vérification

cystoscopique préalable des orifices urétéraux y est néanmoins recommandée.

Un beniqué 40 ou une sonde Foley CH18 pénètre facilement dans la vessie. Il est perçu par la fistule. Il faut s'assurer qu'il n'existe pas plusieurs fistules.

Les épisiotomies ne sont en règle pas nécessaire dans ce type de fistule ou du moins elles seront courtes et facilement suturales. L'introduction de la valve à poids ne pose pas de problème.

Les fistules vésicales simples sont les plus faciles à traiter et nous servirons de modèle pour décrire la technique chirurgicale de base, dont les principes seront supposés connus pour le traitement des fistules compliquées.

Cette technique comprend essentiellement 3 étapes :

7.4.2.1.1. Exposition, incision et clivage :

7.4.2.1.1.1. Exposition :

- fixation des lèvres au fil 00 non résorbable
- Exploration digitale supplémentaire
- Introduction de la valve
- Repérage au beniqué de la F.V.V. si elle est visible
- Sondage vésical et test au bleu de méthylène
- Introduction d'une sonde de Foley CH18 ou 20 par la fistule.
- Traction sur la F.V.V. par la sonde de Foley (ou par 4 fils)

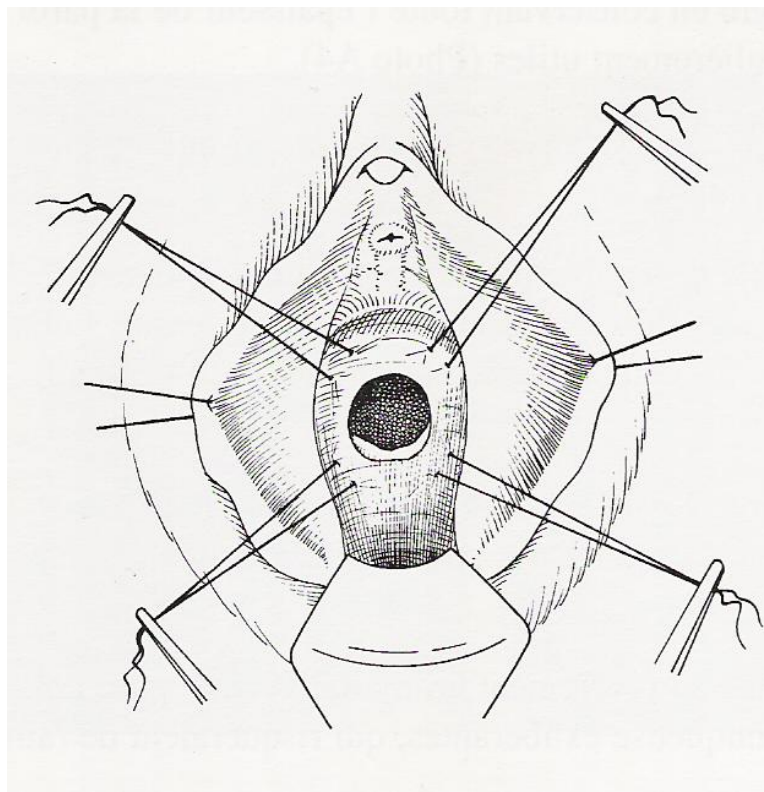


Figure 16 : exposition de la fistule

7.4.2.1.1.2. Incision :

Incision circulaire, commençant là où l'accès est le plus facile, est menée à la jonction vessie vagin au niveau de la fistule. Si la fistule est très petite, on peut s'aider de deux petites incisions transversales de part et d'autre de celle-ci.

Quelques petites incisions transversales peuvent aider (petite fistule)

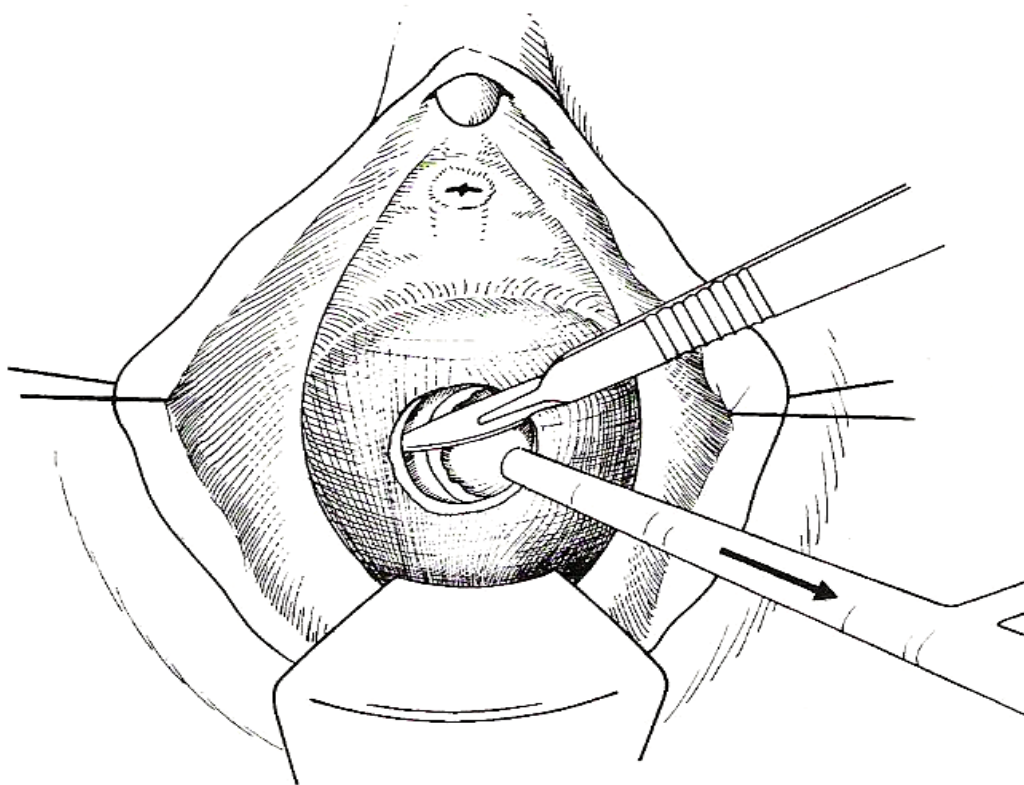


Figure 17: Incision de la jonction vessie vagin

7.4.2.1.1.3. Clivage :

Au ciseau plat latéralement courbe trouver le clivage entre vessie et vagin en conservant toute l'épaisseur de la paroi vaginale. Les ciseaux bien coudés sur le plan sont là particulièrement utiles.

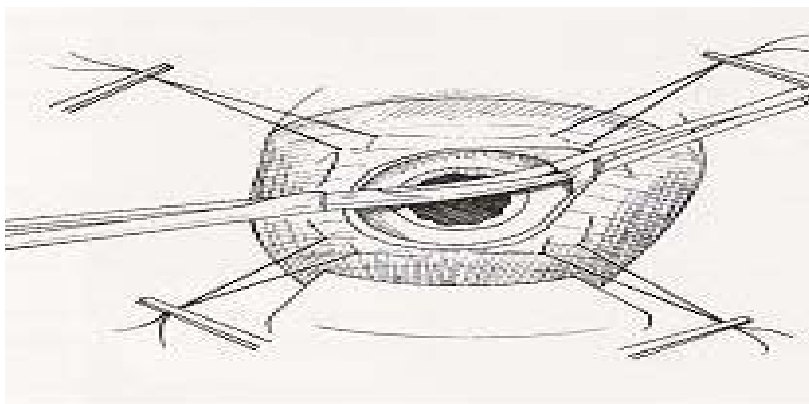


Figure 18 : Clivage entre vessie et vagin

7.4.2.1.2. Suture de la vessie :

La suture de la vessie est exécutée en un plan de points séparés prenant bien le muscle et la sous muqueuse en prenant le moins possible de muqueuse, laquelle ne doit pas faire hernie.

Ces points doivent être suffisamment rapprochés pour assurer l'étanchéité, mais pas trop pour éviter l'ischémie. De même il faut serrer les points pour bien affronter mais ne pas couper les tissus.

Le sens vertical ou horizontal de la suture n'a pas d'importance mais son choix doit permettre une suture aisée de la vessie et ultérieurement du vagin.

Plusieurs fistules proches seront réunies en une.

7.4.2.1.3. Epreuve d'étanchéité :

Une sonde de Foley CH18 est introduite par l'urètre et une épreuve d'étanchéité au sérum teinté au bleu est effectuée. Il faut tenir compte de la capacité vésicale parfois réduite et éviter la surpression. Sinon toute fuite nécessite un point de suture complémentaire, sauf si celle-ci se produit par les trous d'aiguille. Ce qui peut éventuellement amener à pratiquer une interposition.

7.4.2.1.4. Suture du vagin :

La suture du vagin est exécutée également en un plan de points séparés. Le sens de la suture n'est pas important. Il compte avant tout qu'elle se fasse

sans traction mais lorsque cela est possible, il est bon qu'elle ne corresponde pas à la ligne de suture vésicale.

Elle doit permettre d'effacer l'espace mort entre la vessie et le vagin et doit bien affronter le vagin. Pour cela les points en U ou type BLAIRE DONATI sont efficaces

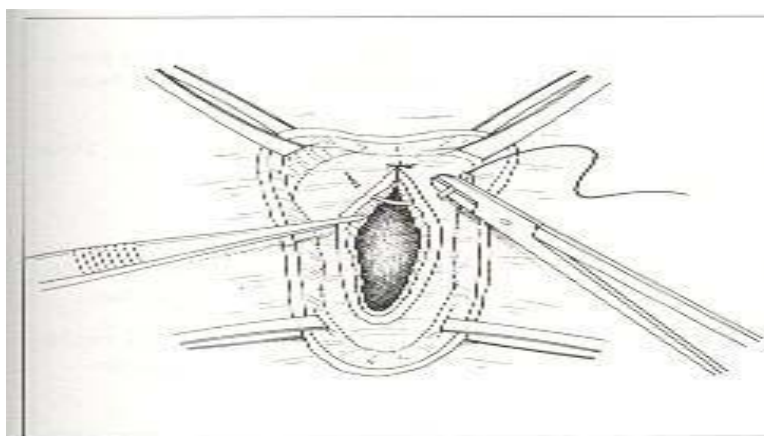


Figure 19 : Suture de la vessie

7.4.3. Le pansement et suites immédiates :

Le vagin est ensuite rempli doucement mais complètement par des mèches imbibées de bétadine diluée. Elles vont 48 heures contribuer à l'effacement des espaces morts et à l'adhérence des tissus.

Dans les suites opératoires la surveillance de la sonde est évidemment fondamentale. Avant que la malade ne puisse boire abondamment, perfusions et lasilix assureront une bonne diurèse. Celle-ci est surveillée toutes les heures.

La malade ne doit pas pouvoir arracher sa sonde fixée à la cuisse par un sparadrap où mieux à la vulve au dessus du méat par des fils dans les premiers jours. Elle doit éviter également, lorsqu'elle marche, de fixer l'anse

de son tuyau de sac au dessus du niveau de sa vessie, afin d'éviter la stagnation voire une surpression à ce niveau.

Si la sonde s'arrête de fonctionner et qu'un lavage ne rétablit pas correctement la situation, la sonde doit être changée.

La sonde sera laissée en place deux semaines.

Après ablation de la sonde, la première miction est en général peu abondante (100 à 200cc) et survient en règle dans les trois (3) heures qui suivent si les besoins sont suffisants. En l'absence de miction au bout de 5 à 6 heures, il faut remettre une sonde et contrôler la qualité du résidu. Si celui-ci est supérieur à 200cc, la sonde sera laissée 48 heures supplémentaires (cf. chapitre complication). Les rapports sexuels sont exclus pour 1 mois après le retour de l'opéré dans son foyer.

Le secret de la cure des fistules vésico-vaginales tient en peu de mots séparer largement deux cavités (vésicale et vaginale) par libération d'organes et non par timide libération du trajet, clore la vessie avec la vessie, affronter des tranches vésicales souples (ablation du callus) bien vascularisées et de trophicité normale.

Cette cure est un sujet de controverse entre les différents auteurs qui s'y sont intéressés.

Les principales divergences ont trait à la voie d'abord haute (trans-vésicale ou trans-péritonéo-vésicale) ou basse, à la technique de réparation et même pour certains au délai d'attente avant intervention.

Cette diversité est à la hauteur des difficultés thérapeutiques faisant ainsi dire à BARROUX : « S'il est une chirurgie individuelle, c'est bien la cure de la fistule vésico-vaginale. C'est d'une façon très personnelle et d'un point de vu subjectif que chaque chirurgien apprécie l'état des lésions et juge de l'intervention la plus opportune pour les traiter ».

Ainsi, dans ce chapitre, après avoir passé en revue quelques principes généraux, nous décrivons la technique la plus couramment utilisée (CHASSAR-MOIR). Ensuite quelques mots sur les greffes ou plasties.

7.4.4. L'Opération de CHASSAR- MOIR :

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

Technique :

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 ; on peut aussi bien placer une sonde à ballonnet dans la vessie à travers l'orifice fistuleux. Une traction sur la sonde produirait le même effet.

Les différents temps opératoires sont :

7.4.4.1. Incision Verticale du Vagin : (fig.20)

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

7.4.4.2. Décollement vésico vaginal : (fig.21)

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

7.4.4.3. Fermeture de l'orifice vésical : (fig.23)

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

7.4.4.4. Vérification de l'étanchéité vésicale : (fig.22)

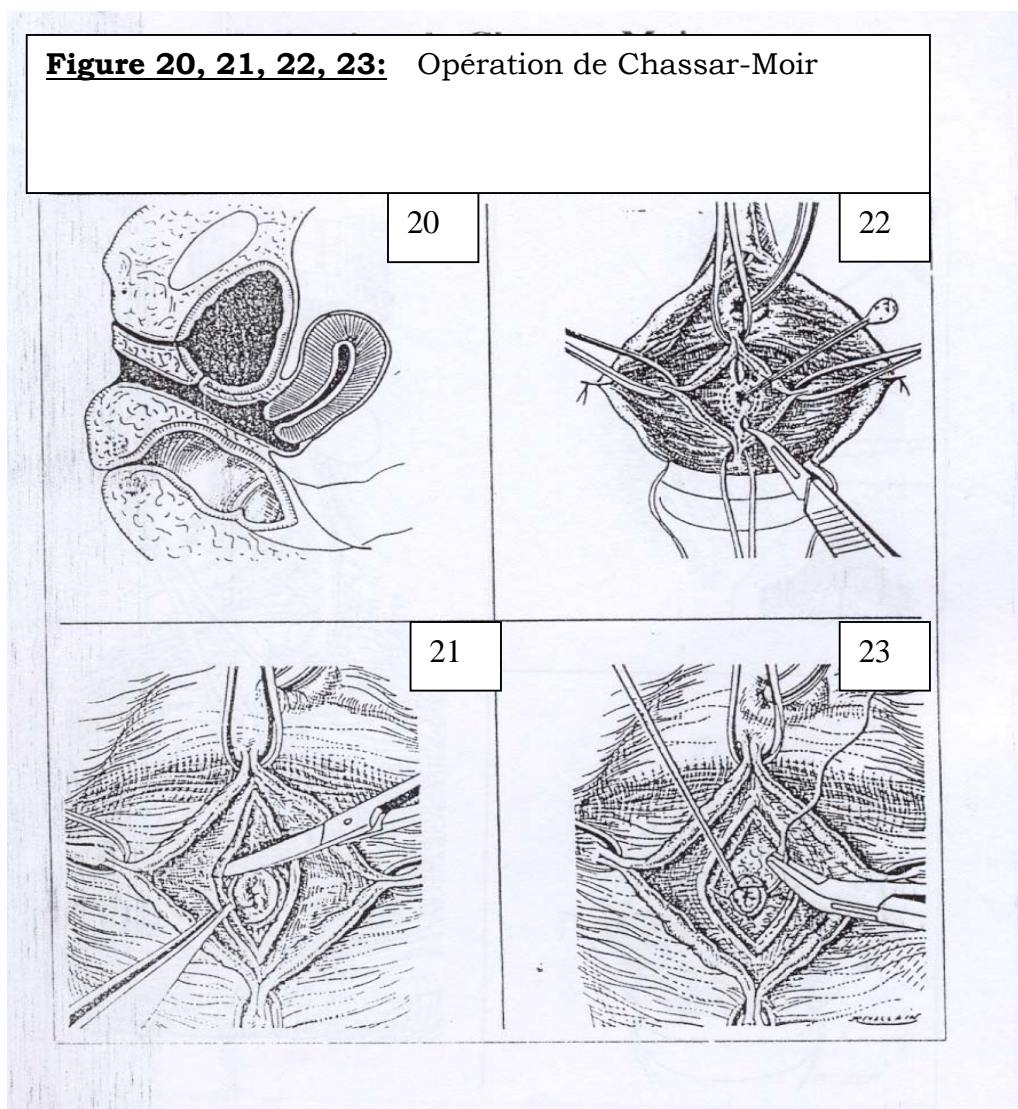
Elle se fait par injection d'environ 150 cm³ d'eau distillée colorée en bleu de méthylène. Si la moindre fuite apparaît, on complète la suture.

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

7.4.4.5. La suture vaginale :

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

Les fils sont noués lorsqu'ils ont été passés.



7.4.5. Greffes ou Plasties :

Les fistules dites « africaines » se font généralement avec une grande perte de substance.

La réparation de telles lésions nécessite un apport de parties d'organes et de tissus voisins. Les éléments les plus sollicités par les auteurs sont : le lambeau cellulo-graisseux de la grande lèvre (Opération de MARTIUS), le lambeau pédiculé cutané-graisseux du même organe, l'épiploon, le lambeau musculo-cutané du droit interne, la paroi antérieure du vagin et la vessie dans les plasties de l'urètre.

III. METHODOLOGIE :

1. Cadre de l'étude :

Notre étude a été effectuée dans le Service de Chirurgie générale de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

🚧 Présentation de l'Hôpital Nianankoro FOMBA:

Cet Hôpital est situé en plein centre de la ville de Ségou sur la route nationale n°6 reliant Bamako aux régions Nord et Est du pays ; il comporte une cinquantaine de bâtiments repartis sur un vaste terrain d'une superficie globale de près de six hectares.

Les premiers travaux de construction de l'Hôpital de Ségou ont débuté en 1939, juste avant le début de la seconde guerre mondiale (il abritait alors un dispensaire et une maternité).

En 1962, l'établissement deviendra un «Hôpital secondaire».

Actuellement il est l'Hôpital régional de référence. Il porta le nom de Feu Nianankoro FOMBA le 23 février 1985.

Son évolution structurale et architecturale lui permet d'accueillir aujourd'hui 144 lits.

2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective allant du 1^{er} Novembre 2006 au 31 juillet 2008 (soit 20 mois).

3. Echantillonnage :

3.1. Les critères d'inclusion :

Etaient incluses dans notre étude, les patientes souffrant de :

- ⇒ une F.V.V
- ⇒ une F.R.V.
- ⇒ une fistule cervico- vaginale
- ⇒ une fistule uréthro-vaginale
- ⇒ Incontinence sphinctérienne

3.2. Les critères de non inclusion :

N'étaient pas incluses dans notre étude toutes les patientes présentant

- ⇒ Incontinence d'effort

⇒ Les patientes opérées pour d'autres affections différentes des Fistules urinaires.

4. Saisie des données :

Pour mener cette étude, nous avons analysé chaque dossier en tenant compte des données administratives para-cliniques, l'évolution au cours de l'hospitalisation et même après la sortie de la patiente de l'Hôpital.

Pour cela nous avons établi une fiche d'enquête sous forme de questionnaire.

5. Supports :

Une fiche d'enquête a été élaborée, discutée et adaptée par l'équipe.

Phase de saisie des données sur Word 2003 et analyse des données statistiques sur SPSS.

IV. RESULTATS :

Les fistules vésico-vaginales représentaient 35 cas soit 2,6% des interventions (du 1^{er} Novembre 2006 au 31 juillet 2008).

Tableau I : Répartition des patientes atteintes des F.V.V. selon les tranches d'âge (par an) :

<i>Tranche d'âge (an)</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
≤15	1	2,9
16-20	11	31,4
21-25	4	11,4
26-30	4	11,4
31-35	6	17,1
36-40	3	8,6
41-45	1	2,9
46-50	0	0
> 50	5	14,3
Total	35	100

Tableau II : Répartition des patientes atteintes des F.V.V selon l'Ethnie :

<i>Ethnie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Bambara	14	40
Minianka	7	20
Peulh	9	25,7
Dogon	2	5,7
Mossi	1	2,9
Somono	1	2,9
Bozo	0	0
Bobo	1	2,9
Total	35	100

Tableau III : Répartition des patientes atteintes des F.V.V. selon la résidence :

<i>Résidence</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Ségou	5	14,3
Bla	6	17,1
San	5	14,3
Macina	5	14,3
Niono	11	31,4
Baraouéli	3	8,6
Total	35	100

Tableau IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial :

<i>Statut matrimonial</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Célibataire	0	0
Mariée	31	88,6
Divorcée	2	5,7
Veuve	2	5,7
Total	35	100

Tableau V : Répartition des patientes selon la taille (en cm) :

<i>Taille (cm)</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
≤ 150	1	2,9
151-155	17	48,6
156-160	12	34,3
161-165	2	5,7
166-170	1	2,9
171-175	1	2,9
> 175	1	2,9
Total	35	100

Tableau VI : Répartition des patientes selon le nombre de C. P. N :

<i>Nombres de C. P. N</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
0	11	31,4
1	12	34,3
2	7	20,0
≥3	5	14,3
Total	35	100

Tableau VII : Répartition des patientes selon le nombre de grossesse :

<i>Nombre de grossesse</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
1	11	31,4
2	0	0
3	4	11,4
>3	20	57,2
Total	35	100

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de la grossesse causale :

<i>Grossesse causale</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
1^{ère} grossesse	12	34,3
2 ^e grossesse	4	11,4
3 ^e grossesse	5	14,3
4 ^e grossesse	3	8,6
>4 ^e grossesse	11	31,4
Total	35	100

Tableau IX : Répartition des patientes selon la parité :

<i>La parité</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
1	11	31,4
2	1	2,9
3	3	8,6
4	1	2,9
>4	19	54,2
Total	35	100

Tableau X : Répartition des patientes selon la tranche d'âge au mariage (par an) :

<i>Tranche d'âge au mariage (an)</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
13-15	19	54,3
16-17	8	22,9
18-19	4	11,4
>19	4	11,4
Total	35	100

Tableau XI : Répartition des patientes selon le cadre de vie :

<i>Cadre de vie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Foyer conjugal	3	8,6
Foyer paternel	12	34,3
Isolé	20	57,1
Total	35	100

Tableau XII : Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement :

<i>Lieu d'accouchement</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Domicile	9	25,7
Maternité	26	74,3
Total	35	100

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la durée du travail de l'accouchement :

<i>Durée du travail de l'accouchement</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
≤24heures	11	31,4
>24heures	24	68,6
Total	35	100

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement :

<i>Mode d'accouchement</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Spontané	17	48,6
Forceps	3	8,6
Césarienne	15	42,9
Total	35	100

Tableau XV : Répartition des patientes selon le nombre d'enfant :

<i>Nombres d'enfant</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
0	10	28,6
1	6	17,1
2	3	8,6
3	4	11,4
4	1	2,9
>4	11	31,4
Total	35	100

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'état de l'enfant :

<i>Etat de l'enfant</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Vivants	8	22,9
Mort-né	27	77,1
Total	35	100

Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'âge de la F.V.V :

<i>Age de la F.V.V (an)</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
< 1	21	60
1-2	1	2,9
3-4	3	8,6
5-6	1	2,9
> 6	9	25,7
Total	35	100

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le type de fistule :

<i>Type de fistule</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Trigonale	16	45,7
Rétro- trigonale	8	22,9
Cervico-urétro-vaginale	4	11,4
Urétro -vaginale	6	17,1
Recto- vaginale	1	2,9
Total	35	100

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le type de cycle menstruel :

<i>Cycle menstruel</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Régulier	22	62,9
Irrégulier	4	11,4
Aménorrhée	6	17,1
Autres	3	8,6
Total	35	100

Tableau XX : Répartition des patientes selon le nombre d'intervention sur la fistule :

<i>Nombre d'Intervention sur la fistule</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
1^{ère} fois	26	74,3
2 ^e fois	9	25,7
Plusieurs fois	0	0,0
Total	35	100

Tableau XXI : Répartition des patientes selon la voie d'abord :

<i>Voie d'abord</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Voie basse	21	60,0
Voie haute	3	8,6
Voie mixte	11	31,4
Total	35	100

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la durée de l'intervention (en min) :

<i>Durée de l'intervention (min)</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
≤15	2	5,7
16-30	5	14,3
31-45	7	20,0
46-60	9	25,7
61-75	3	8,6
76-90	1	2,9
> à 90	8	22,9
Total	35	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon l'état du vagin :

<i>Etat du vagin</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Souple	28	80,0
Sclérosé	7	20,0
Total	35	100

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon le type d'anesthésie :

<i>Type d'anesthésie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Locorégionale	33	94,3
Générale	2	5,7
Total	35	100

Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction du type de traitement chirurgical de la fistule :

<i>Type de traitement chirurgical de la fistule</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Fistulorrhaphie selon CHASSAR-MOIR	35	100
Urétroplastie	0	0
Anastomose cervico-urétrale	0	0
Total	35	100

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon le résultat du traitement chirurgical :

<i>Résultat du traitement chirurgical</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Guérison complète	23	65,7
Trouble sphinctérien	2	5,7
Echec/fistule résiduelle	10	28,6
Total	35	100

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la durée de l'hospitalisation :

<i>Durée d'hospitalisation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
≤15jours	4	11,4
16-30	20	57,1
>30jours	11	31,4
Total	35	100

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Limites méthodologiques :

- ✓ Le suivi difficile de certaines patientes après la sortie de l'Hôpital
- ✓ Le recrutement difficile des malades par manque d'information.
- ✓ Le projet IAMANEH Mali ne prenait en charge que des malades résidant dans la région de Ségou.

2. Fréquence des fistules vésico-vaginales d'origine obstétricale :

Les fistules vésico-vaginales représentaient 35 cas soit 2,6% des interventions.

Ce résultat est superposable à celui de Diakitè M. [5], qui trouvait 4,6% des interventions ; du 01 Janvier 2006 au 31 Décembre 2006 au service d'urologie du CHU du Point-G

3. Age des patientes :

Toutes les tranches d'âge étaient concernées par la fistule. 11 de nos malades soit **31,4%** avaient un âge compris entre **16 et 20 ans**. Ce qui est un moment très propice à la procréation. Ce pic est conforme à celui de Diakitè M. [5] qui a trouvé un pic maximum entre 15 et 20 ans.

4. Provenance des patientes :

Tous les cercles de la région de Ségou étaient représentés dans notre série. Le cercle de Niono était majoritairement représenté avec 31,4% des cas. Cela s'explique par le manque de sensibilisation par rapport à la gratuité de la prise en charge dans les autres cercles. Cependant, les malades venant des autres régions du Mali étaient référés à Bamako.

Ce résultat est semblable à celui de Mariko M. L. (4) qui a trouvé 30% des fistuleuses venant du cercle de Macina en 2005 ; tandis que Diakitè M.(5) avait trouvé en 2006 au service d'urologie du Point-G 29,5% des fistuleuses venant de la région de Ségou et 18,8% pour la région de kayes.

5. La taille des patientes:

48,6% de nos malades avaient une taille comprise entre 151cm et 155cm. Par contre LETAC et BARROUX [11] ont trouvé 18,81% de malades dont la taille était inférieure à 150cm.

Cette prédominance explique le nombre croissant des mariages précoces dans notre pays.

6. Le domicile des patientes :

57,1% de nos patientes étaient exclues non seulement de leur foyer conjugal mais aussi du domicile parental. Parce que tout simplement l'affection était considérée comme étant une malédiction. Ce résultat est comparable à celui de Diakité M. qui a trouvé 50,9% des malades isolées. Par contre, Mariko M.L. a constaté que 73,5% des patientes vivaient encore au foyer conjugal.

6. les facteurs obstétricaux :

6.1. Le nombre de grossesse:

34,3% de nos patientes étaient des primigestes. Ce taux est comparable à ceux de DIAKITE M.; MARIANE A. [12] qui avaient trouvé respectivement 45,5% et 44,44%. Par contre notre taux était inférieur à ceux de BERTHE. H [9] ; HAROUNA YD et col [13] et ZOUNG - KANYI [14] qui avaient observé respectivement 62,5% ; 67,3% et 86,5%.

La différence de notre fréquence avec celle de BERTHE H. [9] peut être due à la forte prédominance des primigestes dans son échantillonnage.

Notons que 34,3% de nos patientes n'avaient fait qu'une seule C.P.N.

6.2. La parité :

31,4% de nos patientes étaient des primipares contre **54,2%** des multipares. Si les primipares et les 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 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.

6.3. La durée du travail de l'accouchement :

Les patientes ayant accouché entre 24 - 72 heures représentaient 68,6%. Ce taux est comparable à celui de BERTHE H. [9] (75%), mais inférieur à celui de KOITA A.K [15] (93,94%). Par contre supérieure à celui de MARIANE A. [12] (46,22%).

6.4. Le lieu d'accouchement de la grossesse causale :

La majorité de nos patientes soit **74,3%** avaient accouché dans une structure sanitaire contre **25,7%** qui ont accouché à domicile sans aucune assistance médicalisée si ce n'est celle d'une accoucheuse traditionnelle qui ne maîtrise pas les techniques de l'obstétrique.

6.5. Le mode d'accouchement de la grossesse causale :

48,6% des patientes ont accouché spontanément par voie basse après plusieurs heures de travail, contre **42,9%** par césarienne. La césarienne était pratiquée dans le cadre d'urgence obstétricale suite à une dystocie.

Le fait qu'on retrouvait une fistule basse chez certaines patientes qui ont subi une césarienne, montrait que la césarienne n'est pas la cause de ces fistules basses. De même que la fistule utéro-vaginale chez une patiente qui a accouché par voie basse.

Il s'agissait surtout des patientes qui avaient longtemps gardé la présentation bloquée dans la filière pelvienne entraînant la nécrose vésicale, et la chute d'escarres se produisant juste après l'acte chirurgical.

7. Traitement chirurgical des FVV :

La technique exclusivement utilisée dans notre étude a été le dédoublement suture simple (CHASSAR- MOIR). Aucune technique d'apport de greffes n'a été utilisée, car c'est la technique la plus simple et qui donne des résultats satisfaisants. Par contre DIAKITE M. et col. ont utilisé cette technique dans 69,6% des cas. La voie d'abord la plus utilisée a été la voie basse avec **60%**. Ce résultat est inférieur à celui de MARIKO M. L. qui a eu 91,1% des cas. Les fistules trigonales (46,7%), les fistules rétro trigonales (22,9) ont été les types de fistules les plus rencontrées. Cela pourrait s'expliquer par le blocage de la présentation dans la cavité pelvienne.

8. Résultat du traitement chirurgical des FVV :

Sur 35 fistuleuses, 23 soit **65,7%** 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.

- 2ème degré : la fistule est fermée. Une insuffisance sphinctérienne persiste avec fuite périodique ou constante des urines.

- 3ème degré : la fistule n'est pas fermée. Même si la fuite d'urine a considérablement diminué avec des mictions conservées ou non : c'est l'échec de la cure de fistule.

Ces résultats étaient répartis comme suite :

1^{er} degré : **65,7%**

2^{ème} degré : **5,7%**

3^{ème} degré : **28,6%**.

Ceci fait que le taux d'échec était de **28,6%**. Et 5,7% avait présenté de troubles sphinctériens après guérison complète.

Notre taux de réussite est proche de celui de BERTHE H. [9] (68,75%).

Les résultats obtenus par les différents auteurs prêtent souvent à discussion :

Au Sénégal, d'après une étude de A. MENSAH et Col (15), 96% des patientes avec F.V.V ont pour la plus part des cas perdu leur enfant en suite à l'accouchement. Dans notre série, 77,1% des patientes ont perdu leur enfant qui a généré la fistule.

VI. CONCLUSION :

Les fistules vésico-vaginales constituent un problème de santé publique. Elles demeurent encore dans nos régions une réalité n'ayant à notre avis aucune tendance sensible à la régression.

Ces femmes porteuses de fistule sont insupportables pour leur entourage, souvent négligées, abandonnées et même répudiées par leur mari.

Cette situation est beaucoup plus dramatique, qu'il s'agit de femmes jeunes en période d'activité génitale. La mortalité maternelle n'est que le sommet de l'iceberg. Les estimations de la morbidité associée à la maternité se chiffrent en millions. Mais l'amélioration des conditions économique (pauvreté) et socio culturelle (mariage précoce et l'excision) pourraient réduire la survenue de la fistule.

VII. RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude nous avons formulé les recommandations suivantes :

- aux autorités Politiques :

- * Encourager et soutenir la scolarisation des jeunes filles ;
- * Former plus de cadres médicaux en mettant l'accent sur la formation des spécialistes urologues, chirurgiens et gynécologues obstétriciens.
- * Assurer une aide obstétricale de qualité et cela à tous les niveaux sanitaires et singulièrement en campagne.
- * Améliorer les moyens de transport des malades.

- Au Personnel socio- sanitaire :

- * Procéder à une sensibilisation soutenue des femmes, afin qu'elles fréquentent les centres de santé pour y suivre régulièrement les consultations prénatales et accoucher en milieu spécialisé.
- * Informer sensibiliser les populations sur les méfaits du mariage précoce et les mutilations sexuelles.
- *Communication pour un changement de comportement
- *Informer et sensibiliser les accoucheuses traditionnelles d'évacuer les parturientes dès que la durée du travail atteint les 6 heures.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CAMEY M.

Les fistules Obstétricales 1998 (PP3).

2. ZIMMERNPH.E ; HADLEYH.R. RAZ-S.

La voie d'abord vaginale des fistules vésico-vaginales non irradiées
J. Urologie. 1984, 90, n° 5, P 355 – 359.

3. FALANDRY-L.

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

4. MARIKO MOULAYE LABASS.

Etude des fistules vésico-vaginales obstétricales à l'hôpital NIANANKORO
FOMBA de Ségou à propos de 30 cas.

Thèse de médecine, Bamako 06 - M - 118

5. DIAKITE MARI.

Etude des aspects gynécologiques des fistules vésico-vaginales obstétricales
au service d'urologie du CHU du Point G, à propos de 112cas. Thèse de
médecine, Bamako 08 - M - 225

6. TOURE.H.

Etude critique de 220 cas de fistules vésico-vaginales. Bilan d'activités du
projet FVV initié par les médecins du monde et le service d'Urologie de
l'Hôpital du Point G. Thèse médecine, Bamako 1995, N°4.

7. DESBELE G. GERGES, WEREDE MESFEN.

Réparation d'une fistule vésico-Vaginale complexe grâce à un lambeau
musculo-cutané de droit interne. J. Urologie 1984, 90, n°7, PP. 491 – 493.

8. COUVELAIRE. R.

Techniques chirurgicales. Tome XV. Urologie

9. BERTHE HONORE JEAN. GABRIEL.

Etude des fistules Uro-génitales dans le service d'urologie de l'Hôpital
Nianankoro FOMBA de Ségou.

A propos de 16 cas thèse médecine, Bamako 1999, N°61.

10. LORANE O. B; D.O. PUSHRAR.

Le traitement des fistules vésico-vaginales simples ou compliquées de destruction Urétrale. Notre expérience à propos de 903 cas.

J. Urol. 1991, 97, n°6, PP 253 – 259.

11. BARROUX P.

Les types anatomo-cliniques des fistules vésico-vaginales. J. Urologie 1956, 62, 592 – 617.

12. 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

13. 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

14. ZOUNG – KANYI, SOW M.

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

Annale d'urologie, 1990, 6, pp457-467

Annexes

15. 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.

16. MENSAH A. ; DIAGNE B.A.

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

J. Urol. 1992, 98, n°3 PP, 148 – 151

FICHE D'ENQUETE

Q 1 = Numéro d'enregistrement
Année

Q 2 = Prénom :

Q 3 = Nom :

Q 4 = Age :

Q 5 = Ethnie :

Q 6 = Cercle de Provenance

Q 7 = Taille :

Q 8 = Parité Responsable

Q 9 = Activité Sexuelle

Q 10 = Statut matrimonial

1 = Célibataire ; 2 = Mariée ; 3 = Divorcée ; 4 = Veuve.

Q 11 = Age de mariage

Q 12 = Fréquentation des consultations prénatales

1 = Oui ; 2 = Non

Q 13 = Mode d'accouchement

1 = Spontané ; 2 = forceps ; 3 = Césarienne

Q 14 = Lieu d'accouchement

1 = A domicile ; 2 = Centre de Santé

Q 15 = Enfant causal

1 = vivant ; 2 = Mort-né

Q 16 = Durée du travail causal

1= Durée inférieur à 24heures ;

2= Durée supérieur à 24 heures

Q 17 = Nombre de grossesse sur F.V.V

Q 18 = Cycle menstruel

1 = Régulier ; 2 = Irrégulier ; 3 = Aménorrhée ; 4 = Autres *

Q 19 : Type de fistule

1 = Fistule trigonale ; 2 = Fistule retro-trigonale ;

3 = Fistule uretro-vaginale ; 4 = Fistule recto-vaginal

; 5 = Fistule vésico-vaginale + Fistule recto vaginale.

Q 20 = Age de la fistule :

Q 21 = Etat du Vagin

1 = Vagin souple ; 2 = Sclérose vaginale

Q 22 = Nombre d'intervention

Q 23 = Voie d'abord :

1 = Voie basse ; 2 Voie haute ; 3 = Voie mixte

Q 24 = Type d'anesthésie

1 = Générale ; 2 = Loco – Régionale ; 3 = Mixte

Q 25 = Durée d'intervention

Q 26 = Résultat du traitement chirurg

1 := Succès ; 2= troubles sphinctériens ; 3 = Echec ; 4 = Décès

FICHE SIGNALÉTIQUE

Auteur : COULIBALY Mamadou
Titre de la thèse : Etude des fistules Vésico- vaginales
Obstétricales à l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou
Année : 2008-2009
Pays d'origine : Mali
Ville de soutenance : Bamako
Lieu de dépôt : Bibliothèque FMPOS BP : 1805
Secteur d'intérêt : Urologie, Gynécologie- Obstétrique

Résumé : Au cours de notre étude, du 1^{er} Novembre 2006 au 31 juillet 2008, nous avons opéré 35 cas de fistules vésico vaginales qui nous a permis d'atteindre les objectifs suivants.

- Déterminer la fréquence des F.V.V. par rapport aux autres uropathies dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital de Ségou.
- Déterminer les facteurs de risque des F.V.V.
- Décrire nos résultats thérapeutiques
- Formuler des recommandations pour sensibiliser la population, le corps médical et paramédical par rapport à cette infirmité.
- La fréquence des F.V.V. par rapport aux autres pathologies chirurgicales a été 2,6%.
- 77,1% des patientes ont perdu leur enfant qui a généré la fistule
- La voie d'abord basse a été la plus utilisée avec 60%
- L'anesthésie loco- régionale a été la plus dominante avec 45,7%
- Les fistules trigonales (45,7%), les fistules rétro trigonales (22,9%) ont été les plus rencontrées
- Les 35 patientes ont cumulé 44 interventions avec une moyenne de 1,26 interventions par patiente.

- Notre taux de succès a été de 65,7% ; 3 mois après fistulorrhaphie

Mots clés

Fistules vésico vaginales, dystocie, trigonales, rétro trigonales.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis dans 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 le crime.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure.