

**Ministère de l'Enseignement
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'Odonto-Stomatologie

Année universitaire 2009-2010

N°.....

Thèse

**CAMPAGNES DE PRISE EN CHARGE DE
LA FISTULE VESICO-VAGINALE DANS
LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU DU
POINT G.**

**Présentée et soutenue publiquement le...../...../ 2010
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie**

Par : Mr Dabéré Ives DEMBELE

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

Jury

Président : Pr. Sy Assitan SOW

Membre : Dr. Cheick Mohamed Chérif CISSE

Codirecteur : Dr. Aly TEMBELY

Directeur : Pr. Kalilou OUATTARA

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2009 - 2010

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES
2^{ème} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation (en détachement)
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique (en détachement)
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

Mr Sadio YENA
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mr Mohamed KEITA

Chirurgie Thoracique
Anesthésie – Réanimation
Chirurgie Générale
ORL

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mme Diénéba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MACALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiemoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Bouraïma MAIGA
Mr Youssouf SOW
Mr Djibo Mahamane DIANGO
Mr Moustapha TOURE
Mr Mamadou DIARRA
Mr Boubacary GUINDO
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA
Mr Birama TOGOLA
Mr Bréhima COULIBALY
Mr Adama Konoba KOITA
Mr Adégné TOGO
Mr Lassana KANTE
Mr Mamby KEITA
Mr Hamady TRAORE
Mme KEITA Fatoumata SYLLA
Mr Drissa KANIKOMO
Mme Kadiatou SINGARE
Mr Nouhoum DIANI
Mr Aladji Seydou DEMBELE
Mr Ibrahima TEGUETE
Mr Youssouf TRAORE
Mr Lamine Mamadou DIAKITE
Mme Fadima Koréissy TALL
Mr Mohamed KEITA
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE
Mr Yacaria COULIBALY
Mr Seydou TOGO
Mr Tioukany THERA
Mr Oumar DIALLO
Mr Boubacar BA
Mme Assiatou SIMAGA
Mr Seydou BAKAYOKO
Mr Sidi Mohamed COULIBALY
Mr Japhet Pobanou THERA
Mr Adama GUINDO
Mme Fatimata KONANDJI
Mr Hamidou Baba SACKO
Mr Siaka SOUMAORO
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE
Mr Drissa TRAORE
Mr Bakary Tientigui DEMBELE
Mr Koniba KEITA
Mr Sidiki KEITA
Mr Soumaïla KEITA
Mr Alhassane TRAORE

Gynéco-Obstétrique
ORL
ORL
Anesthésie/Réanimation
Urologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie (en détachement)
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie/Traumatologie
Urologie
Gynécologie/Obstétrique
Odontologie
Odontologie
Gynéco/Obstétrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-réanimation
Gynécologie
Ophtalmologie
ORL
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Pédiatrique
Odonto-Stomatologie
Ophtalmologie
Neuro Chirurgie
ORL-Rhino-Laryngologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Gynécologie/Obstétrique
Gynécologie/Obstétrique
Urologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Gynécologie
Neurochirurgie
Odontostomatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
ORL
ORL
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie Chef de D.E.R.
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie – Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOOU	Chimie Analytique
Mr Aldiouma GUINDO	Hématologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
 Mr Abdel Kader TRAORE
 Mr Siaka SIDIBE
 Mr Mamadou DEMBELE
 Mr Saharé FONGORO
 Mr Bakoroba COULIBALY
 Mr Bou DIAKITE
 Mr Bougouzié SANOGO
 Mme SIDIBE Assa TRAORE
 Mr Adama D. KEITA
 Mr Sounkalo DAO
 Mme TRAORE Mariam SYLLA
 Mr Daouda K. MINTA
 Mr Souleymane DIALLO

Pneumo-Phtisiologie (en détachement)
 Médecine Interne
 Radiologie
 Médecine Interne
 Néphrologie
 Psychiatrie
 Psychiatrie
 Gastro-entérologie
 Endocrinologie
 Radiologie
 Maladies Infectieuses
 Pédiatrie
 Maladies Infectieuses
 Pneumologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA
 Mr Kassoum SANOGO
 Mr Seydou DIAKITE
 Mr Arouna TOGORA
 Mme KAYA Assétou SOUCKO
 Mr Boubacar TOGO
 Mr Mahamadou TOURE
 Mr Idrissa A. CISSE
 Mr Mamadou B. DIARRA
 Mr Anselme KONATE
 Mr Moussa T. DIARRA
 Mr Souleymane COULIBALY
 Mr Cheick Oumar GUINTO
 Mr Mahamadoun GUINDO
 Mr Ousmane FAYE
 Mr Yacouba TOLOBA
 Mme Fatoumata DICKO
 Mr Boubacar DIALLO
 Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
 Mr Modibo SISSOKO
 Mr Ilo Bella DIALL
 Mr Mahamadou DIALLO
 Mr Adama Aguisa DICKO
 Mr Abdoul Aziz DIAKITE
 Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO
 Mr Salia COULIBALY
 Mr Ichaka MENTA
 Mr Souleymane COULIBALY

Dermatologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Psychiatrie
 Médecine Interne
 Pédiatrie
 Radiologie
 Dermatologie
 Cardiologie
 Hépatogastro-entérologie
 Hépatogastro-entérologie
 Psychologie
 Neurologie
 Radiologie
 Dermatologie
 Pneumo-Phtisiologie
 Pédiatrie
 Médecine Interne
 Neurologie
 Psychiatrie
 Cardiologie
 Radiologie
 Dermatologie
 Pédiatrie
 Pneumologie
 Radiologie
 Cardiologie
 Cardiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE
 Mr Ousmane DOUMBIA
 Mr Elimane MARIKO

Chimie analytique, **Chef de D.E.R.**
 Pharmacie Chimique
 Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
 Mr Alou KEITA
 Mr Benoît Yaranga KOUMARE
 Mr Ababacar I. MAIGA
 Mme Rokia SANOGO

Matières Médicales
 Galénique
 Chimie Analytique
 Toxicologie
 Pharmacognosie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie-Immunologie
Mr Sékou BAH	Pharmacologie
Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Boubou DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique (Ministre)
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléyman GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Cheick O. DIAWARA	Bibliographie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie
Pr. Pascal BONNABRY	Pharmacie Hospitalière

DEDICACES

ET

REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

■ Dieu, Seigneur bienveillant et miséricordieux. Je te loue, glorifie et te rends grâce de m'avoir permis de voir ce jour.

■ Mon père : André DEMBELE

Tu nous as toujours dits avec la même ferveur que le travail et le discernement fournissent les réponses à toutes les questions. Tes infatigables conseils ont porté leurs fruits. Tu nous as enseignés l'honneur, le respect de soi, d'autrui et le travail bien fait. Tu nous as guidés avec rigueur mais aussi avec amour. Sans toi nous ne serions pas devenus ce que nous sommes aujourd'hui. Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un digne père et sans pareil. Que Dieu, le Tout-Puissant, te récompense et te prête une longue et heureuse vie.

■ Ma mère : Toutou KANTE

Mère discrète, attentive et affective. Ton dévouement, ton courage, ton amour pour tes enfants, font de toi une mère exemplaire. Que Dieu, le Tout-Puissant, te prête longue vie afin que tu puisses goûter au fruit de ce travail.

■ Arabahan Elisabeth DEMBELE

Ta grande affection, ton courage, ton sens du travail bien fait, de l'éducation et la rigueur, font de toi une maman exemplaire. Tout ce que tu m'as enseigné me fait surmonter les difficultés de la vie. Cordialement merci.

■ Ma bien aimée Susanne DAKOUO

Je te remercie sincèrement pour ton soutien indéfectible. Femme courageuse, respectueuse, ton amour et ta tendresse m'ont permis de surmonter plusieurs obstacles dans la réalisation de ce travail. Que Dieu, le Tout-Puissant, te donne la force et le courage de supporter mes caprices. Je te dédie ce travail en guise de reconnaissance.

■ Mes frères et sœurs : Aimée Rodrigue, Alain, Robert, Flora, Jocelyne, Françoise, Martine, Mamadou B. TRAORE, Boubacar, Nash, Balla.

Unis par le lien de sang, nous sommes condamnés d'œuvrer ensemble pour la réussite de la tâche commune. Je vous réaffirme toute mon affection fraternelle et mon profond attachement.

- Mes oncles, tantes, cousins, cousines, neveux, nièces et parents : David, Raphaël, Cécile, Elisabeth, Thérèse, Angèle, Abbé Alexis, Théophile, Marc, Benoît, Docteur Abdoulaye S. TRAORE, Doubahan, Esther, Bazani Alain DEMBELE.

Votre sympathie et votre soutien moral ont été un apport inestimable pour ce travail. Trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance.

- Mes beaux-parents : Cyriaque DAKOUO et sa famille.

Merci chers beaux-parents pour votre aide morale pour ma modeste personne. Que le Seigneur vous aide dans ce monde et dans l'au-delà comme vous m'avez aidé à surmonter les moments difficiles de la vie. Trouvez ici, mes chers beaux-parents, le témoignage de toute ma considération. Ce travail est le vôtre.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes vifs remerciements à :

■ Au corps professoral et tout le personnel enseignant de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS) de Bamako. J'ai été comblé par la qualité de votre enseignement. En plus du savoir médical, vous nous avez appris le savoir-faire et le savoir-être. Je suis fier d'avoir été l'un de vos élèves. Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

■ Monsieur Zacharie TOGOLA et sa famille, Monsieur Adama TIENOU et sa famille à Moribabougou, Monsieur Irénée DAKOUO et sa famille à San, Docteur Amadou MAIGA et sa famille, Docteur Hector E. DAKOUO et sa famille, Monsieur Séverin KAMATE et sa famille.

Merci pour vos conseils, votre soutien, et votre hospitalité.

■ Toute ma promotion. Merci pour les bons moments partagés. Ce sont la fraternité, la solidarité et l'entente qui nous ont permis d'arriver au bout malgré les multiples difficultés. Puisse ce travail être un souvenir pour nous tous. Que Dieu nous assiste dans notre nouvelle vie de médecin qui commence, courage !

■ Docteur Geneviève A. DIAKITE (Gérante du Centre Oasis). Merci pour la disponibilité et la collaboration indéfectible. Ce travail est le vôtre.

■ Grand frère Aimé Rodrigue.

Les mots me manquent aujourd'hui pour vous remercier pour tant d'efforts consentis. Que ce travail soit le témoignage de toute mon affection et le fruit de ma reconnaissance qui permettront toujours de maintenir et de consolider cette chaleur fraternelle qui existe entre nous.

■ Madame MAIGA Djénéba SOGOBA. Tu m'as toujours considéré comme ton petit frère. Tu t'es montrée disponible à tout moment à mon égard et n'as ménagé aucun effort pour la réussite de ce document. Que Dieu te rende le centuple de tes biens faits. Ce travail est le vôtre.

■ Mes amis (es) : Adama SACKO, Raoul SANOU, Calixte DAKOUO, Maxime DAKOUO, Amos DIARRA, Docteur Yansian KONE, Docteur Corneille DIARRA, Florent DIARRA, Richard DABOU, Docteur Richard DIARRA, Youssouf S. OUOLOGUEM, François de Salle SANOU, Docteur Mariam BOUGOUDOGO, Docteur Catherine TRAORE.

Vous m'avez aidé à surmonter les moments difficiles au cours de ce travail. Je garderai en mémoire tout l'effort que vous avez consenti pour moi. Trouvez-y le témoignage de mes sincères considérations. Ce travail est le vôtre.

■ Mes aînés et collègues du Service d'urologie : Mohamed TEMBELY, Mamadou DIALLO, Djibril COULIBALY, Aliou DOUNKANSSI, Abdou SAMAKE, Oumar GUINDO, Alabourou GUIROU, Elie TIMBINE, Aïssata SAMASSEKOU, Saïdou ONGOIBA, Moulaye COULIBALY, Mafouné CISSE, Adama KANTE, Abdoulaye DIAMOUTENE, Fainad SANOU, Wiri SOUARA, Assetou DEMBELE, Ladji KANE, Souleymane TRAORE, Ousmane SAMAKE, Oumar NIAFO, Noumou MALLE, Moumine POUDIOUGOU, Drissa SANOGO, Amidou DEMBELE, Issa BAGAYOGO, Mady E. SIDIBE, Issac NWAHA, Stéphane KÖHPE.

Vos conseils me servent de locomotive dans ma vie pratique. Vous m'avez émerveillé par votre sens du respect, votre sympathie et votre tendresse. Trouvez ici le gage de mes sincères considérations.

■ Tout le personnel du Service d'urologie.

Vous avez été pour moi une famille. Trouvez ici l'expression de mes remerciements pour tout ce que vous m'avez apporté.

■ Toutes les malades de fistule urinaire.

Vos souffrances ont été les miennes durant le temps que j'ai passé à vous côtoyer. Je vous souhaite prompt rétablissement tout en souhaitant voir un jour ce centre fermé pour absence de fistule.

■ Tout le personnel de la Caisse Nationale des Retraités du Mali.

Merci pour votre soutien à l'élaboration de ce document et trouvez-y l'expression de toute ma reconnaissance.

■ Associations PARISI, ASECSS, CEC.

Merci fraternellement pour les moments chaleureux que nous avons passés ensemble. Que le Seigneur nous accompagne et nous éclaire tout au long de nos chemins !

ABREVIATIONS

AFOA	: Association Française de Traitement des Fistules Obstétricale Africaine.
BGR	: Bassin Généralement Rétréci.
CES	: Cours d'Etude Supérieur.
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire.
ECBU	: Examen Cytologique et Bactériologique des Urines.
EDS 6	: Enquête Démographique et de Santé 6.
EDSM IV	: Enquête Démographique et de Santé du Mali IV.
EPU	: Enseignement Post Universitaire.
FMPOS	: Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.
FO	: Fistule Obstétricale.
FOA	: Fistule Obstétricale Africaine.
FRV	: Fistule Recto-Vaginale.
FUG	: Fistule Uro-Génitale.
FVV	: Fistule Vésico-Vaginale.
IUE	: Incontinence Urinaire d'Effort.
NFS	: Numération Formule Sanguine.
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé.
ONG	: Organisation Non Gouvernementale.
ORTM	: Office de la Radiodiffusion Télévision du Mali.
SOB	: Soins Obstétricaux de Base.
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence.
TCK	: Temps de Céphaline Kaolin.
TVT	: Tension Free Vaginal Tape.
TP	: Taux de Prothrombine.
UCR	: Uréthro-Cystographie Rétrograde.
UIV	: Urographie Intra Veineuse.
UNFPA	: United Nations Population Fund.
VS	: Vitesse de Sédimentation.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	20
I- GENERALITES.....	24
Définition.....	24
Historique de la FVV (Camey M.)	24
Historique de la prise en charge de la FVV au Mali.....	25
Epidémiologie	25
Rappels anatomiques et physiologique	26
Etiopathogénie.....	32
Anatomie-pathologie.....	34
Classifications	36
Etude clinique de la fistule	44
Evolution et pronostic	46
Traitement.....	47
II- METHODOLOGIE.....	54
Cadre d'étude.....	54
Type d'étude.....	54
Critère d'inclusion.....	54
Critère de non inclusion.....	54
Source des données.....	54
Mécanisme de la prise en charge.....	55
III- RESULTATS.....	59
Le nombre de cas au décours des campagnes.....	59
Données sociodémographiques.....	59
Données cliniques.....	61
Données obstétricales	62
Classifications anatomo-clinique de la fistule.....	64
Traitement.....	68
Résultat du traitement.....	69
IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	79
Le nombre de cas de FVV au décours des campagnes	80
Données sociodémographiques.....	80
Etude clinique.....	81
Données obstétricales.....	81
Classification anatomo-clinique de la fistule	83
Traitement.....	84
Résultat du traitement.....	85
V- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	87
FICHE SIGNALITIQUE ET RESUME.....	90
RENERCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	91

HOMMAGES

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury :

Professeur Sy Assitan SOW.

- Professeur titulaire à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.
- Présidente de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).
- Chef de Service de Gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako.
- Chevalier de l'Ordre du mérite de la Santé du Mali.

Honorable Maître,

C'est un grand plaisir pour nous de vous voir présider ce jury. La spontanéité avec la quelle vous l'avez accepté a beaucoup séduit.

Nous avons été marqués par votre simplicité, votre modestie, votre disponibilité et votre courtoisie en plus de vos grandes qualités d'enseignant. Vos critiques et suggestions ont largement amélioré la qualité de ce travail.

Veillez recevoir, Honorable Maître, l'expression de notre profond respect.

A notre Maître et Membre du Jury :

Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE.

- Chirurgien Urologue, Andrologue.
- Diplômé d'Endo-Urologie et de la Lithotripsie Extracorporelle (LEC).
- Praticien Hospitalier au CHU du Point G.

Honorable Maître,

C'est plus qu'un honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Au cours de ce travail, nous avons découvert un homme ouvert, toujours souriant, accueillant et disponible. Vos qualités d'homme de science et de recherche, votre modestie, font de vous un exemple à suivre.

Soyez rassuré, Honorable Maître, de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Codirecteur de Thèse :

Docteur Aly TEMBELY.

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Tour et de l'école de la Chirurgie urologique de Paris,
- Spécialiste d'Andrologie, d'Endo-Urologie et de la Lithotripsie Extracorporelle (LEC).
- Maître Assistant à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Honorable Maître,

Vous nous avez accueillis à bras ouverts et accepté de codiriger ce travail. Votre générosité, votre disponibilité à nos multiples sollicitations, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre sens de la perfection associé à vos qualités humaines, font de vous un codirecteur de thèse remarquable.

Veillez accepter, Honorable Maître, l'expression de notre admiration et soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur Kalilou OUATTARA.

- Docteur Ph. D de l'institut de Kiev.
- Chef de Service d'urologie du CHU du Point G.
- Professeur d'urologie à la FMPOS de Bamako.
- Lauréat de l'émission NIANGARA de l'ORTM.
- Expert international en chirurgie de la Fistule Obstétricale.
- Président de l'Association Malienne des Chirurgiens de la Fistule Obstétricale.

Honorable Maître,

Vous m'avez fait honneur en me confiant ce travail. Malgré vos multiples occupations, vous m'avez grandement ouvert vos portes. Ce qui a donné à ce travail toute sa valeur. J'ai découvert en vous un homme honnête, rigoureux, franc, pragmatique, dynamique, qui privilégie l'autonomie et qui sait transmettre ses valeurs morales et scientifiques.

Honorable Maître, c'est l'occasion pour moi de vous dire que je suis d'une fierté sans nuage d'avoir été votre élève. Se séparer de vous me serait une privation.

Veillez agréer, Honorable Maître, l'expression de nos profondes reconnaissances et de nos sincères remerciements.

INTRODUCTION

ET

OBJECTIFS

INTRODUCTION

La campagne de prise en charge de la fistule vésico-vaginale (FVV) est une période planifiée par notre service pendant laquelle beaucoup de fistules urogénitales obstétricales sont opérées et une formation pratique en chirurgie de la fistule est dispensée aux chirurgiens, anesthésistes, infirmières et autres stagiaires impliqués dans la prise en charge de cette catégorie de malades.

Pourquoi des campagnes de prise en charge chirurgicale des malades de la fistule obstétricale ?

Parce que la fistule obstétricale (FO) constitue un problème de santé publique dans tous les pays en voie de développement qui ont en commun l'insuffisance d'accès aux soins obstétricaux de base (SOB), soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ; conséquence d'une mortalité maternelle très élevée. Pour le Mali, cette mortalité est de 464 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes [6]. Les parturientes qui vont échapper à la mort, au cours de ces circonstances dominées par l'accouchement dystocique, vont développer des complications graves, essentiellement d'ordre urinaire dont leur expression majeure est la fistule vésico-vaginale ; qui se traduit par une perte incontrôlée des urines. Cette situation va conduire, sans traitement chirurgical de la fistule, à l'exclusion sociale et économique de la femme.

La réparation des fistules obstétricales constitue d'ailleurs l'une des spécificités de la chirurgie urologique dans le Tiers Monde. Elle représente ainsi 15% de l'activité chirurgicale du Service d'urologie de l'Hôpital National du Point G [8].

Depuis 1994, les Nations Unies, à travers l'United Nations Population Fund (UNFPA), ont lancé un programme mondial d'éradication de ce fléau. Plusieurs réunions ont été consacrées à la question. Une stratégie et des programmes, en rapport avec la prévention, le traitement et la réinsertion des femmes qui en ont été victimes, sont élaborés [27]. Cependant l'analyse de la situation a révélé plusieurs handicaps à la mise en route de ces programmes. Les handicaps pour le volet traitement de la fistule vésico-vaginale (FVV) ont pour noms l'insuffisance manifeste de compétences en chirurgie de la FVV, le manque de structures spécialisées dans ce domaine. Devant l'urgence que cela suscite, une formation de chirurgiens de la fistule dans la majorité des pays qui vivent ce problème est indispensable. En attendant la réalisation de cet objectif, une stratégie pour venir en aide aux différents pays est l'organisation de campagnes chirurgicales FVV.

Ces campagnes visent deux objectifs :

- Prendre en charge un nombre maximum de femmes malades.
- Profiter de cette occasion pour former des praticiens à la chirurgie de la fistule.

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G de Bamako, à travers son Service d'urologie et son Unité de traitement de la FVV qui dispose des structures et des ressources humaines en la matière, jouit d'une longue tradition de prise en charge chirurgicale de cette catégorie de malades et a organisé plusieurs campagnes chirurgicales FVV, tant au plan national que sous régional. Fort de ce constat, il nous est apparu intéressant de faire une étude sur la campagne de prise en charge chirurgicale de la FVV, stratégie initiée par le Service d'urologie et traduisant une volonté manifeste dans la lutte contre la FVV.

NOS OBJECTIFS

Objectif général :

- Faire une étude évaluative des campagnes de prise en charge de la fistule vésico-vaginale dans le Service d'urologie du CHU du Point G.

Objectifs spécifiques :

- Evaluer le nombre de cas de fistule vésico-vaginale au décours des campagnes.
- Etudier les aspects cliniques de la fistule vésico-vaginale.
- Evaluer les résultats thérapeutiques obtenus lors de ces campagnes.
- Décrire les points forts et les points faibles de cette stratégie.

GENERALITES

I- GENERALITES.

1- Définition :

La fistule, étymologiquement, définit toute communication acquise ou congénitale entre deux organes creux ou un organe creux vers l'extérieur. Les fistules uro-génitales communiquent entre eux un élément du système urinaire (vessie-uretères-col vésical-urètre) et un élément du système génital (utérus-vagin) et peuvent être associées à une fistule recto-vaginale.

La notion de « fistule vésico-vaginale africaine » englobe plusieurs variétés anatomiques notamment:

- ❑ Fistule vésico-vaginale.
- ❑ Fistule uréthro-vaginale.
- ❑ Fistule utéro-vaginale.
- ❑ Fistule urétéro-vaginale.
- ❑ Fistule recto-vaginale.

Elles ont en commun la perte continue des urines qui va conduire à l'exclusion sociale, voire économique, de la patiente en l'absence de traitement.

2- Historique de la FVV [4]

- ❑ La notion de cette infirmité remonte à la nuit des temps « si une femme a les urines qui coulent en permanence, elle les perdra toute sa vie » a dit Papyrus-Ebers 2000 ans avant Jésus Christ.
- ❑ La découverte d'une fistule vésico-vaginale sur la momie de Heintje 2050 avant Jésus Christ.
- ❑ Avicenne (1037): signale l'existence de la déchirure définitive de la vessie chez des femmes mariées trop jeunes.
- ❑ Louis de Mercado (1597): introduit la notion de fistule.
- ❑ H-Van Roonhuyze (1663): préconise l'avivement et la suture en bloc de la fistule.
- ❑ Pawlik (1882): propose le cathétérisme des uretères.
- ❑ Ch. Noble (1901): emploie avec succès la mobilisation de la petite lèvre pour reconstituer l'urètre.
- ❑ Trendelenburg (1884): recommande la voie haute et utilisation du catgut pour la suture vésicale.
- ❑ Fran (1894): utilise pour la première fois la voie mixte (dissection par en haut, suture par en bas).
- ❑ L.Forgue (1904) [67], puis C.Legueu (1914): proposent la voie transpéritonéale.
- ❑ Martius H. (1928) [114-115]: utilise les muscles bulbo et ischio-caverneux pour remplacer la perte de substance (greffe de Martius).

- ❑ 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.
- ❑ Levret (1766): à qui l'on doit la première description de la position genu pectorale dans la chirurgie de la fistule vésico-vaginale !
- ❑ J. SIMS (1813-1883): crée deux hôpitaux de la fistule aux USA.
- ❑ Becker Brown (1859): prépare le vagin scléreux par épisiotomies, section des brides et méchage type Mickulicz jusqu'à cicatrisation en vagin large.
- ❑ Maurice Collins (1861), puis Duboue de Pau (1864) : décrivent la dissection inter-vésico-vaginale (dédoublement vésico-vaginal).
- ❑ J.Monseur (1976): urétroplastie à laide des racines du clitoris et (1980): remplacement du vagin par un greffon sigmoïdien [123].
- ❑ Abdel latif Benchekroun (1978): dérivation continente iléo-cæcale avec valve hydraulique.

Comme on peut le constater, l'histoire de la FVV se confond en fait avec celle de son traitement

3- Histoire de la prise en charge de la FVV au Mali.

Au Mali, la prise en charge des femmes malades de fistule a commencé depuis le Soudan français à l'aube de la création de l'Hôpital du Point G en 1906. C'est aux femmes souffrant de FVV que l'on doit l'existence du village du Point G. Le traitement chirurgical de la FVV a longtemps été assuré par des chirurgiens militaires français, relayés ensuite par des chirurgiens généralistes maliens et expatriés, parmi lesquels nous pouvons citer les Docteurs ROUGERIE, (fondateur du Service d'urologie), HAMAHOUI, JONCHERE, M. L. TRAORE, auxquels succédera en 1982 notre Maître, le Professeur Kalilou OUATTARA présentement Chef du Service d'urologie et de l'Unité de prise en charge de la FVV au CHU du Point G.

4- Epidémiologie.

Aucune statistique nationale n'existe sur la FVV, et il semblerait que même l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ne dispose pas de données réelles sur la population de femmes "fistuleuses" dans les pays en voie de développement. Cependant leur nombre est estimé à 2 000 000 de part le monde avec une incidence de 50 000 à 100 000 nouveaux cas par an en Afrique Occidentale (UNFPA) [27]. Au Service d'urologie de l'Hôpital du Point G, 3 femmes sur 5 consultent pour FVV, plus de 100 nouveaux cas par an, et la chirurgie de la FVV représente ainsi 15 % de l'activité chirurgicale du service [8].

5- Rappels anatomiques et physiologiques [12]

5 -1- Le bassin féminin (figure 1)

Le bassin féminin normal est caractérisé par des dimensions bien connues des différents diamètres du détroit supérieur et du détroit inférieur :

- Les diamètres du détroit supérieur :

1- diamètres antéro-postérieurs (3) :

- Promonto-suspubien: 11 cm
- Promonto-retropubien: 10,5 cm
- Promonto-sous-pubien: 12 cm

2- diamètres obliques (2) = 12 cm

3- diamètres transversaux :

- Le transverse médian : 13 cm
- Les sacro-cotyloïdiens : 9 cm

- Les diamètres du détroit inférieur (2).

1- diamètre sous-coccy-sous-pubien = 9,5 cm, 11 à 12 cm en retro pulsion.

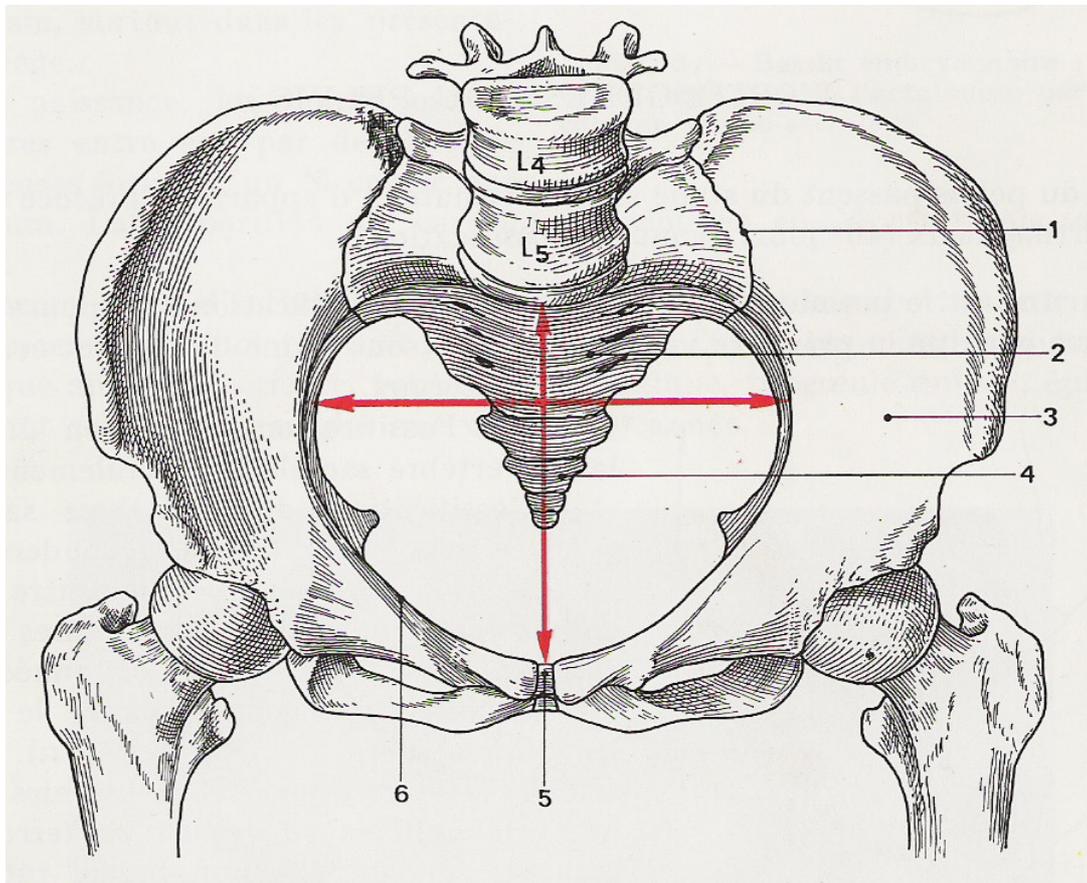
2- diamètre sous-sacro-sous-pubien = 11 cm

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 mobil fœtal 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. Sur le plan obstétrical, les femmes sont classées en trois catégories :

- Femme avec bassin normal : 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-retropubien (<10,5 cm) et épreuve du travail indiqué.
- Femme avec bassin généralement rétréci (BGR) : diminution proportionnelle de l'ensemble des diamètres et préservation de la morphologie générale du bassin; la césarienne est indiquée. Le bassin des adolescentes correspond au BGR par ce qu'immature.

Malheureusement elles sont très souvent précocement mariées, donc exposées à la dystocie mécanique, cause de la fistule vésico-vaginale obstétricale. 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- Articulation sacro-iliaque 2- Sacrum 3- Os iliaque 4- Coccyx
5- Symphyse pubienne 6- Ligne terminale

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

Figure 1: Bassin osseux féminin, vue antéro-supérieure (d'après FARABEUF) [24]

5- 2- Rapports entre la vessie et les organes pelviens (figure 2).

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 (artère vésicale supérieure).

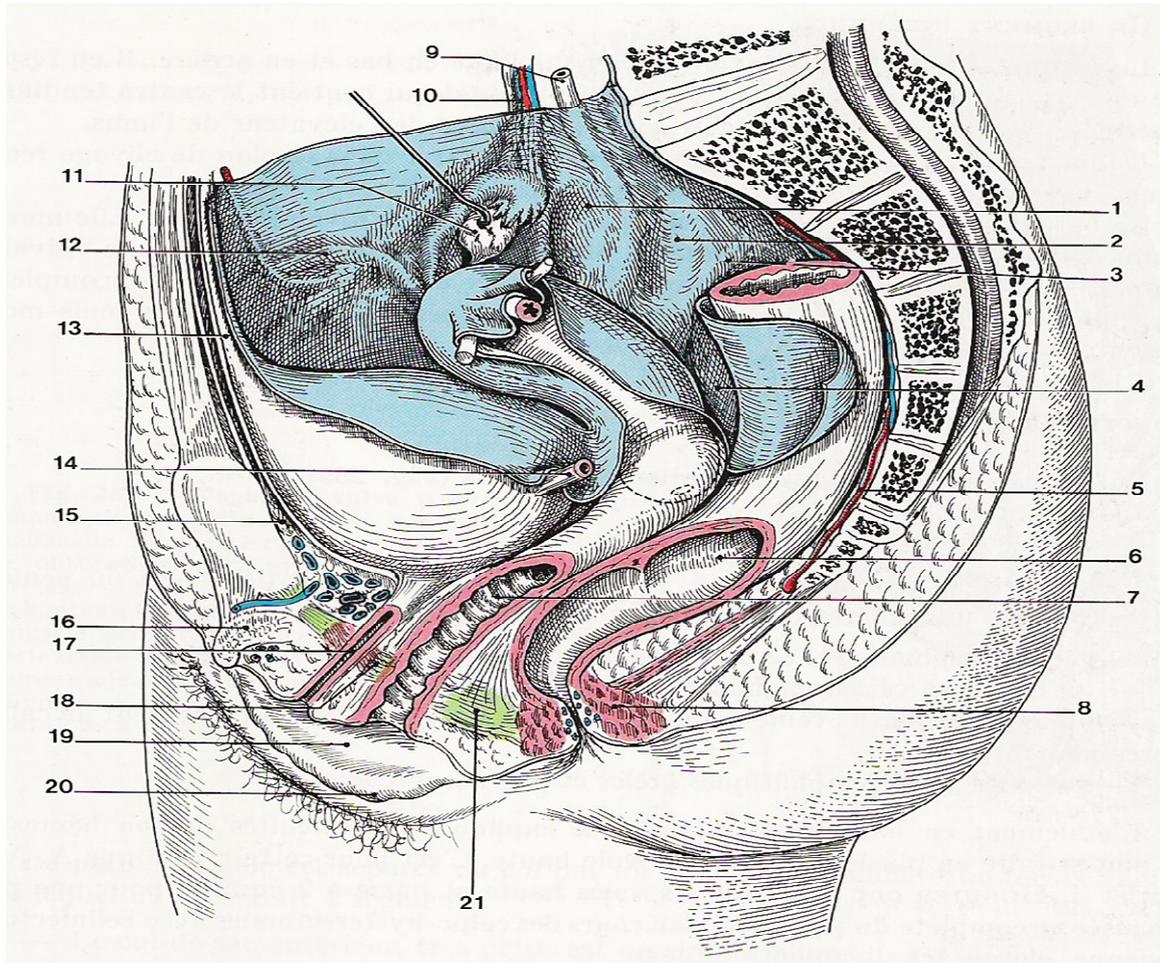
Le circuit veineux comme on le sait réalise le plexus de Santorini sur la face antérieure de la vessie. Les rameaux veineux formés (veines vésicales, veines utérines), vont ensuite rejoindre les veines hypogastriques (iliaques) internes.

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

L'innervation est assurée par le 3^{ème} et 4^{ème} nerf sacré 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-séreuses : 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. 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 supéro-postérieure 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.



Haut



- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| 1- fossette ovarienne | 11- Ovaire | 21- centre tendineux |
| 2- fossette infra-ovarienne | 12- Ligament rond | du pectiné |
| 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 | |

Figure 2 : Coupe sagittale paramédiane du bassin de la femme (d'après KAMINA) [12]

5- 3- Accouchement et cinétique vésicale. [18]

5- 3- 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 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 :

Elle 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 :

Elle 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. 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 dynamique sous jacente.

5- 3- 2- 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 1-3 cm.
- Le col vésical se rapproche de la symphyse pubienne.
- La vessie est refoulée en haut et en avant.

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

6. Etiopathogénie [4]

Nous n'évoquerons que celle de la fistule obstétricale africaine (FOA). La FOA 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.

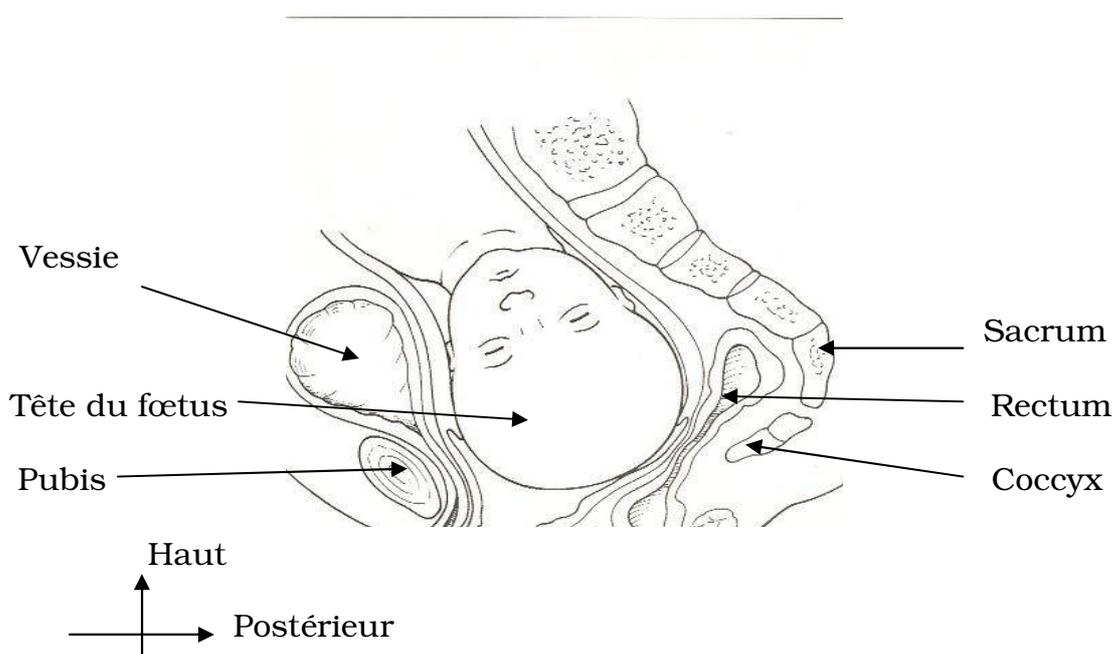


Figure 3 : Présentation bloquée montrant la compression de la vessie contre la face postérieure de la symphyse pubienne en avant, et la compression du rectum contre le sacrum et le coccyx en arrière.

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.). En fait, tous les acteurs s'accordent à reconnaître la nécrose ischémique des organes pelviens suivie de chute d'escarre entre le 3^{ème}- 4^{ème} jour, comme le principal mécanisme d'installation de la fistule. Cependant un accouchement trop expéditif peut conduire à une déchirure de la lèvre antérieure du col utérin qui va se prolonger sur la base de la vessie et provoquer ainsi une fistule obstétricale.

Selon Monsieur, la distension vésicale prolongée est l'élément déterminant de la nécrose de la paroi vésicale. Cette distension est aggravée par le fait que les accoucheuses traditionnelles donnent à boire suffisamment à la parturiente. La paroi vésicale est alors soumise à deux pressions : la pression de la présentation et la pression hydrostatique.

D'autres facteurs favorisant sous-tendent la survenue de la fistule vésicale : médical, social, économique.

5.2.1- Médical :

La faible couverture sanitaire en personnel qualifié.
Nos statistiques en la matière sont les suivantes [7] :

- ❑ 01 Médecin pour 12 000 à 13 000 habitants.
- ❑ 01 Médecin spécialiste pour 200 à 300 000 habitants.
- ❑ Environ 50 à 60 Gynécologues-obstétriciens.
- ❑ 06 Chirurgiens urologues.
- ❑ 573 Sages-femmes.
- ❑ Accouchements médicalement assistés 41 %.
- ❑ Le manque et insuffisance d'infrastructures sanitaires en zone rurale.

5.2.3- Social :

- ❑ Les mutilations génitales.
- ❑ Les grossesses et mariages précoces.
- ❑ Le bas niveau d'alphabétisation des populations en général et de la femme en particulier.
- ❑ Le poids des us et coutumes.

5.2.3- Economique :

Le bas niveau de vie économique avec un indice de développement humain (IDH) = 0,333 soit 174^{ème}/177 Pays, un Produit Intérieur Brut (PIB) = 5,1 milliards de dollars, un Produit National Brut (PNB) = 5,12 milliards de dollars, un PNB/habitant = 379 dollars (Rapport PNUD 2007).

7- Anatomie-pathologie.

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

7- 1- Le siège de la fistule [13]

Sur ce plan quatre groupes sont à retenir :

- ❑ Retrotrigonales (Hautes iatrogènes).
Elles communiquent la face postérieure de la vessie avec le moignon vaginal et siègent à distance des méats urétéraux.
- ❑ Trigonaux.
Elles siègent à proximité des méats urétéraux qui peuvent être pris au cours de la réparation.
- ❑ Cervicales.
Le col vésical et les sphincters sont atteints; la continence est compromise même après cure de la FVV.
- ❑ Cervico-urétrales.
Siègent sur le col vésical et l'urètre. Ce dernier peut être sérieusement endommagé.

7-2- 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 qui sont la trophicité qui apprécie la qualité, la vitalité des tissus ; et la fibrose qui informe sur l'état du vagin.

Trois degrés de trophicité:

- ❑ Trophicité bonne: tissus souples, épais, bien vascularisés et non adhérents.
- ❑ Trophicité moyenne: tissus amincis, macroscopiquement normaux, paraissant clivables.
- ❑ Trophicité mauvaise: tissus rigides, amincis intimement adhérents au périoste pubien.

Trois degrés de la fibrose :

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

7-3- Les lésions associées.

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

7-3-1 Gynécologiques.

□ **L'utérus :**

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

□ **Vagin :**

- ✓ Présence de bride.
- ✓ Atrésie, parfois ne laissant même pas passer un doigt, avec examen vaginal impossible de la patiente même sous anesthésie.
- ✓ Rapport sexuel impossible.

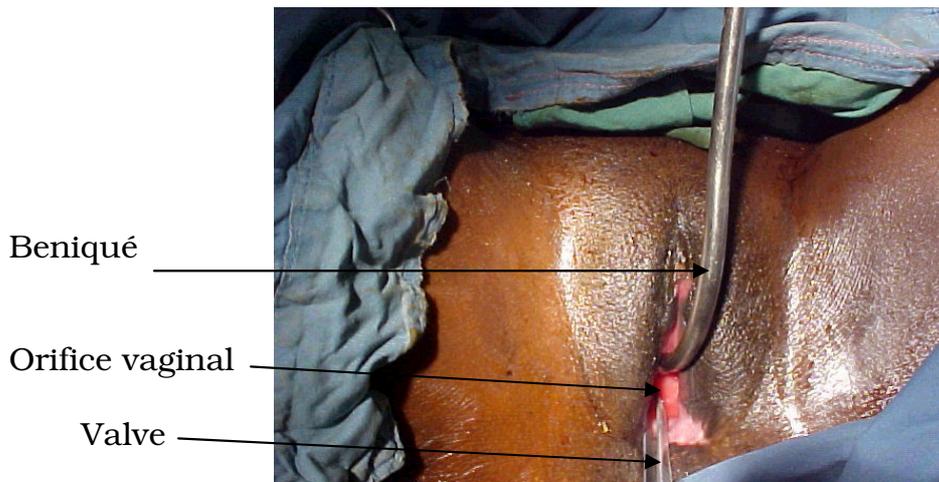


Photo 1 : Beniqué introduit dans l'atrésie vaginale.

□ **la vulve :**

- ✓ Macérations importantes.
- ✓ Condylomes.
- ✓ Végétations ulcérées et surinfectées.
- ✓ Pustules.

7-3-2- Digestives.

Ce sont les fistules recto-vaginales, hautes ou basses, punctiformes ou géantes :

- ❑ Hautes: réalisant une véritable colostomie.
- ❑ Basses: avec ou sans rupture du sphincter anal.

7-3-3- Périnéales.

Déchirure du périnée: 1^{er}, 2^{ème}, et 3^{ème} degré avec rupture de l'anneau du sphincter anal, rupture étendue de la cloison recto-vaginale.

8- Classifications.

8- 1- Les fistules vésico-vaginales :

Plusieurs classifications essaient de systématiser la fistule. Elles sont presque toutes inspirées :

- ❑ Du siège de la lésion.
- ❑ De l'état général.
- ❑ Du degré de perte de substance vésicale.
- ❑ De l'état anatomo-pathologique des tissus.
- ❑ Du degré de destruction cervicale et/ou urétrale.

8- 1- 1- Classification d'A. Mensah et coll. [17]

a- les fistules simples :

- ❑ Elles sont loin des orifices urétéraux.
- ❑ Avec un urètre indemne.
- ❑ 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 :

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

c- Les fistules compliquées ou FVV « africaines »

- ❑ Avec de véritables délabrements uro-génitaux et périnéaux.
- ❑ Le col vésical et l'urètre sont détruits et la sclérose péri-fistuleuse est très étendue, pouvant obstruer l'un ou les méats urétéraux.
- ❑ La cure est très difficile.

8- 1- 2- Classification de R.Couvelaire [5]

Il classe les fistules en deux groupes :

Groupe I: FVV simples :

- ❑ Avec un petit ou grand trou retrotrigonal.
- ❑ La base de leur traitement est : un 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 et une fistule recto-vaginale accompagne la FVV avec la présence d'une lésion du périnée et du pelvis.

8- 1- 3- Classification de Hamelin et Nicholson.

Cette classification répartit les fistules en six groupes selon le siège anatomo-clinique :

- ❑ Les FVV simples.
- ❑ Les FRV simples.
- ❑ Les fistules uréthro-vaginale simples.
- ❑ Les FRV hautes.
- ❑ Les fistules vésico-utérines.
- ❑ Les fistules urinaires complexes associant des lésions vésico-uréthro-cervicales

8- 1- 4- Classification de Lugagne P. M, Léo J.P [15]

- ❑ 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.

8- 1- 5- Classification de Classification de Benckekroun.

Type I : avec transsections trigono-cervico-urétrale.

Type II : avec destruction cervico-urétrale.

Type III : correspond aux fistules cervico-urétrales simples.

8.1.6- La classification de l'AFOA : (Association Française de traitement des Fistules Obstétricales Africaines), elle est dérivée de la classification de Maurice CAMEY et Ludovic 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 3 cm.

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

- ❑ Hautes: siégeant près du col utérin.
- ❑ Basses: siégeant près du col vésical.
- ❑ Moyennes: siégeant en pleine cloison vésico-vaginale.

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

- ❑ La FVV punctiforme, difficile à visualiser.
- ❑ La destruction de la cloison vésico-vaginale admet au moins deux ou trois doigts, permettant alors le toucher intra vésical. Ici il n'y a pas de sclérose des tissus sains.

B- Les FVV complexes :

- ❑ Elles regroupent les FVV de la région trigono-cervico-utéro-vaginale en respectant la continuité de la paroi antérieure de la vessie avec la paroi antérieure du col et de l'urètre.
- ❑ Les FVV n'intéressant ni 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). La sclérose peut être importante (vagin cartonné), conséquence de l'envahissement du tractus urogénital par un processus scléro-infectieux.

8-1-7- Classification de la Fistule Obstétricale « Africaine » (K. OUATTARA et Coll.)

La réussite de la chirurgie de la fistule obstétricale dépend de trois facteurs :

- L'environnement de la fistule.
- La localisation anatomique de la fistule.
- L'expérience du chirurgien.

1- Selon l'environnement, trois situations sont possibles :

- A- Fistule sur vagin souple.
- B- Fistule sur sclérose vaginale (brides, sténose ou atrésie vaginale).
- C- Fistule vésico-vaginale + (déchirure du périnée 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} degré, FRV).

2- Selon la localisation

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.

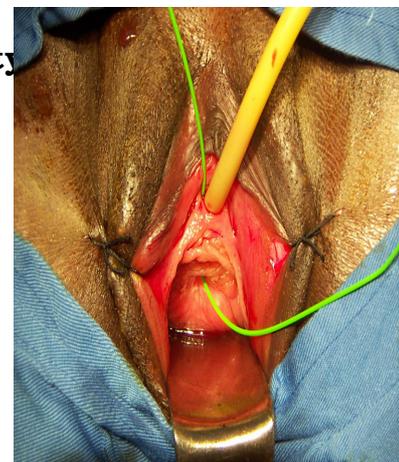
Exemples de fistules types de la cloison vésico-vaginale.



Desinsertion cervico-urétrale partielle (Photo 6)



Désinsertion cervico-urétrale totale (Photo 7)



Destruction de l'urètre (**Photo 8**)

Photo 5

Photo 6

Photo 7

Photo 8

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 Charrière 20.

B- Fistules trigono-cervico-urétro-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.

Exemples de fistules trigono-cervico-utéro-vaginales.

Photo 9

Photo 10

Photo 11

Photo 12

Gestes techniques dans les fistules trigono-cervico-utéro-vaginales.

- 1- Cathétérisme des uretères.
- 2- Sur la berge distale de la fistule : dédoublement trigono-cervico-utérin avec ou sans ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.
- 3- Sur la berge proximale de la fistule : dédoublement vésico-vaginal.
- 4- Fermeture de la fistule.
- 5- Test au bleu.
- 6- Fermeture du plan vaginal.
- 7- Pose d'une sonde vésicale de Foley Charrière 20.

C- Fistules Complexes (Mixtes).

Photo 13

**Protrusion de la paroi vésicale
à travers la fistule**

Photo 14

Atrésie vaginale

Gestes techniques dans les fistules complexes (Mixtes).

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

D- Fistules iatrogènes.

a- Fistules hautes retrotrigonales :

- Vésico-utérine.
- Vésico-cervico-utéro-vaginale.

b- Fistules urétéro-vaginale.

8-2- Classification de Zacharin (Les fistules recto-vaginales).

Elle se classe en :

- Fistule haute (moitié supérieure) **Figure 4.**
- Fistules basses (moitié inférieure) **Figure 5.**
- Les déchirures périnéales complètes du 3^{ème} degré c'est-à-dire intéressant tout l'appareil sphinctérien et le canal anal. **Figure 6.**

M. Camey

M. Camey

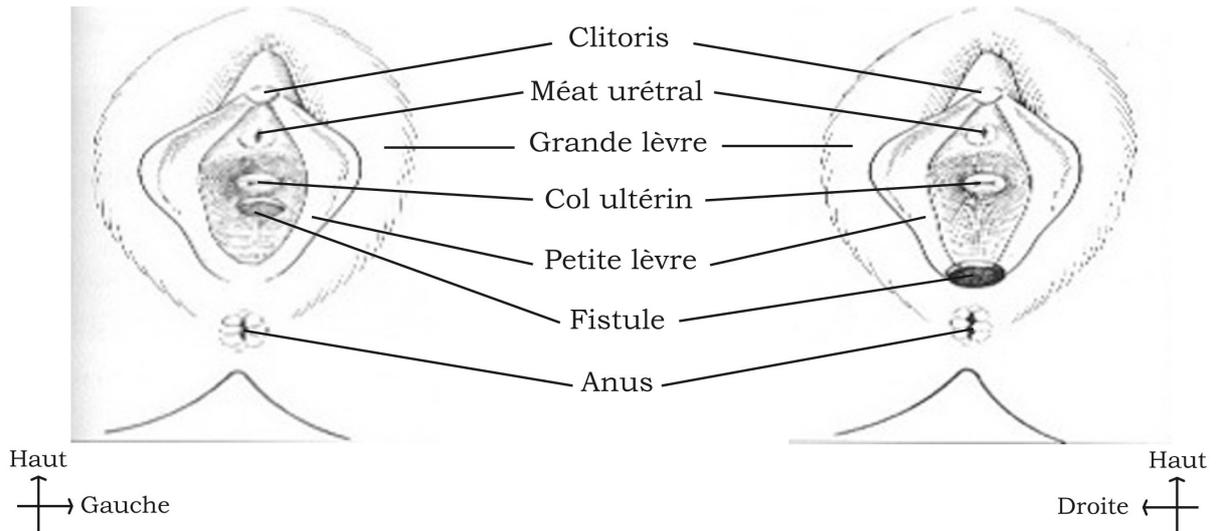


Figure 4 : Fistule rectale haute.

Figure 5 : Fistule rectale basse.

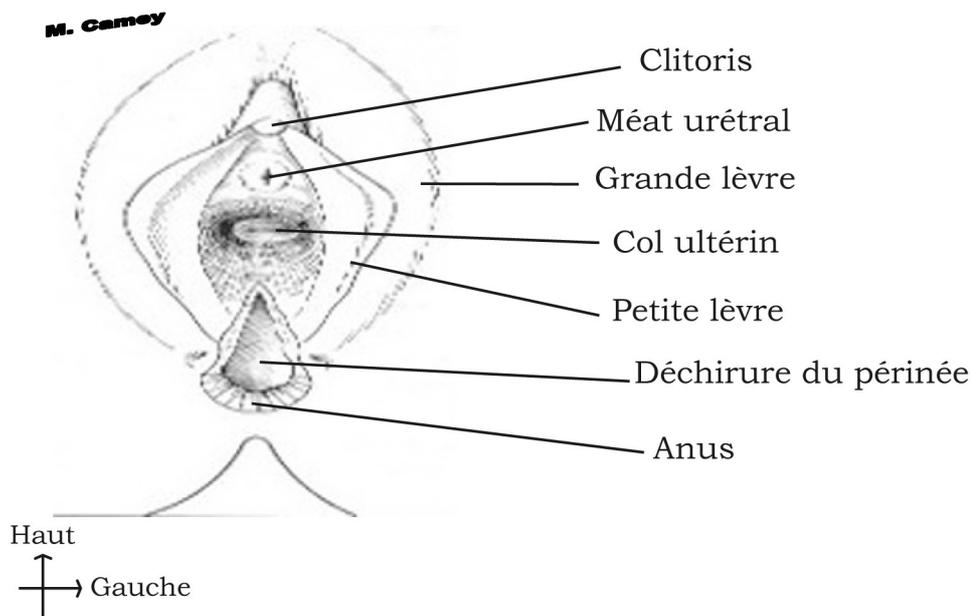


Figure 6 : Déchirure du périnée, 3^{ème} degré, intéressant le sphincter anal.

9- Etude clinique de la fistule.

9.1. Diagnostic clinique.

9.1.1- Interrogatoire:

Classiquement, c'est une femme jeune en âge de procréer qui, en consultation, sent les urines avec une odeur ammoniacale caractéristique très évocatrice la rendant socialement indésirable, dans les suites d'un

d'accouchement dystocique. Le signe majeur est l'écoulement incontrôlé des urines (incontinence urinaire). Cette incontinence urinaire est soit:

- Totale.
- Partielle (avec mictions conservées).
- Intermittente, plus marquée debout (fistule basse) ou couchée (fistule haute).

Autres signes: aménorrhée, dysménorrhée, hématurie cyclique, traduisant la triade de Youssef (fistule vésico-utérine), troubles neurologiques etc.

9.1.2- Examen physique.

Après une toilette locale, la patiente est installée en position gynécologique, le siège affleurant le bord de la table dans une salle bien éclairée. A l'inspection, déjà les ulcérations de la vulve, du périnée, de la face interne des cuisses dues à l'effet corrosif des urines et des garnitures qu'elles portent attirent l'attention du médecin. Plusieurs situations peuvent alors se présenter :

- La fistule est d'emblée visible: elle peut être mieux mise en évidence par l'introduction d'un beniqué qui permettra d'apprécier l'urètre borgne ou perméable.
- La fistule n'est pas repérable: il peut s'agir soit d'une petite fistule, soit une fistule urétéro-vaginale ou d'une fistule vésico-utérine. Là quelques artifices sont indispensables (épreuve au bleu de méthylène, UIV, hystéro-vésico-graphie).
- La muqueuse vésicale fait hernie à travers la vulve: Il faudra dans ce cas rechercher les méats urétéraux.
- Explorer le vagin à la recherche de fistule recto-vaginale dissimulée.

9.1.3- Examens complémentaires.

Ils entrent surtout dans le cadre du bilan de terrain et du bilan d'opérabilité (bilan standard biologique et biochimique). Ils sont également indispensables pour le diagnostic des petites fistules, de la fistule uro-génitale et pour le diagnostic d'autres lésions associées (osseuses, calcifications).

- 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 l'uretère correspondant. Il permet en plus de cathétériser les uretères en préopératoire. Elle n'est pas réalisable dans les grands délabrements.

- 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.

- L'urétro-cystographie rétrograde (UCR) :

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

- L'échographie :

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

9- 2- Bilan lésionnel.

Il précise: la taille, le siège, de la ou des fistules dans le vagin, les rapports avec le col vésical et l'urètre (fistule cervico-urétro-vaginale, désinsertion cervico-urétrale totale ou partielle avec urètre perméable ou borgne), l'état de l'urètre (conservé ou détruit), la visibilité des orifices urétéraux avec une possibilité de les cathétériser. La vue, les touchers rectal et vaginal précisent l'importance de la sclérose, et apprécient les adhérences, et surtout l'étendue des pertes de substance au niveau du vagin, de la vessie, du col utérin et du rectum.

Attention à la présence de lithiases à enlever avant la cure de la FVV !

9-3- Diagnostic différentiel.

Les fistules uro-génitales (FUG) ne seront pas confondues avec les autres causes de fuite d'urine :

- L'incontinence urinaire d'effort : elle se définit comme la perte involontaire d'urine par l'urètre due à l'incompétence du système sphinctérien vis à vis des pressions engendrées ou transmises par la vessie. Dans ce cas la manœuvre de Bonney lorsqu'elle est positive

signe l'incontinence d'effort. Cette manœuvre consiste à remonter le cul-de-sac vaginal antérieur au moyen de deux doigts vaginaux, sans comprimer l'urètre ni le col. Cette technique qui reproduit en quelque sorte l'effet de la colpopexie, fait présager de son efficacité lorsqu'elle supprime les fuites à la toux.

- L'abouchement ectopique congénital de l'urètre dans le vagin.
- Les fuites d'urine par trigonites consécutives à un sondage vésical et la rétention avec miction par regorgement, après un accouchement ou une intervention gynécologique. Dans tous les cas, l'examen clinique et les examens complémentaires viendront, s'il en est besoin, lever le doute.

10- Evolution et pronostic.

- La FVV, récente et de petite taille, peut guérir spontanément par un drainage efficace des urines vésicales durant un mois, mais cela est rare.
- La fistule urétéro-vaginale, si elle n'est pas drainée, risque d'aboutir à la perte du rein par le biais d'une sclérose avec des accidents septiques parfois graves.
- La fistule vésico-utérine est bien tolérée. Le traitement chirurgical est aisé et efficace, mais elle peut guérir spontanément.
- La fistule uréthro-vaginale peut être négligée, lorsqu'elle est distale avec continence conservée.
- L'évolution va généralement vers des complications infectieuses et anatomiques (macération, sclérose et rétrécissement du vagin) si la fistule n'est pas opérée.

11- Traitement.

11-1- Les moyens du traitement :

La prise en charge de la FVV est d'abord multidisciplinaire. Du psychothérapeute au gynécologue, un passage est obligé et inconditionnel chez l'urologue pour la cure chirurgicale de la FVV; la réussite du traitement chirurgical est fondamentale conditionnant celle des autres traitements.

11-2- Le traitement préventif :

C'est la prise en charge correcte de l'accouchement. L'accouchement médicalisé 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.

11-3- Le traitement médical :

Le délai d'opérateur d'une FVV obstétricale pour la quasi-totalité des auteurs, ne doit pas être inférieur à trois mois ; quoique certains auteurs [29] préconisent une prise en charge dès les premiers jours. L'objectif est la mise en condition de la patiente avant l'acte chirurgical. Le traitement des infections se fera par désinfection locale des lésions, par irrigation antiseptique, antibiothérapie par voie générale et application locale. La présence d'une FRV peut nécessiter une colostomie de décharge.

11- 4- Le traitement chirurgical :

11- 4-1- But [4] :

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, palliatif dans les cas où la fermeture de la FVV s'avère impossible laissant le seul recours à la dérivation urinaire.

11- 4- 2- Les principes généraux du traitement chirurgical [5] :

Ces principes ont depuis longtemps été énoncés par COUVELAIRE 1953, PERQUIS MAHOUZE. À savoir:

- ❑ Bien voir.
- ❑ Bien dédoubler.
- ❑ Bien affronter les surfaces.
- ❑ Bien drainer la vessie.

- ❑ Tout mettre en ouvre pour réussir le geste.
- ❑ Opérer dans un délai raisonnable avant l'installation de la fibrose.

Utiliser au maximum le capital de tissu local avant de se lancer dans les chirurgies aux résultats fonctionnels et esthétiques incertains, telles Martius et autres (OUATTARA K.).

11- 4- 3 - Les voies d'abord et position :

Trois voies d'abord essentielles:

- ❑ La voie vaginale avec position dorsale ou ventrale.
- ❑ La voie abdominale trans-vésicale ou trans-péritonéale.
- ❑ La voie mixte associant les deux.

Ajouter à ces voies, une postérieure avec résection coccygienne pour la cure de certaine fistules rectales.

11- 4 - 3 -1- La fermeture de la FVV par voie basse vaginale.

■ Position dorsale :

Elle est la plus anciennement utilisée, permet un accès direct aux lésions, avec des zones de prélèvement éventuel bien exposées (greffe de Martius). Elle a moins de risque lorsque les conditions d'asepsie sont rudimentaires. C'est également un choix si un abord abdominal est à envisager et permet un bon éclairage. En cas de prolapsus du fond vésical elle va permettre de remédier à cela par un tamponnement vésical enlevé lors de la suture vésicale.

■ Position ventrale :

Ses avantages: elle permet une vue directe des lésions, une réduction spontanée de la protrusion vésicale.

Ses inconvénients: elle entraîne une compression des anses intestinales, un gêne de la respiration du malade.

11- 4- 3- 2- Fermeture de la FVV par la voie abdominale.

C'est la voie de choix pour les FVV hautes (vésico-utérine, urétéro-vaginale, retrotrigonale) Elle offre une possibilité d'interposition de l'épiploon, et est mal adaptée aux lésions urétrales étendues. Elle a un risque infectieux.

11-4-3-3- La Fermeture de la FVV par voie mixte abdomino-périnéale.

Elle est indispensable si : nécessité de dissection basse de l'orifice de la FVV en bas, dissection et fermeture de la vessie par en haut, fermeture du vagin après interposition de Martius en bas. Les cuisses très bien fléchies pendant le temps périnéal sont aisément étendues sans faute d'asepsie pendant le temps abdominal.

11- 5- Les techniques chirurgicales :

- L'avivement suture de Marions Sims (Technique américaine).
- Le dédoublement vésico-vaginal (Technique française).
- Le procédé de la collerette vaginale (Technique de Gerdy).

11- 5-1 Traitement des fistules simples : technique de Chassar-Moir [25].

Temps - I (Exposition-Incision-Clivage)

a- Exposition

- La fixation des lèvres au fil 00 non résorbable.
- Une exploration digitale supplémentaire.
- Introduction par la suite de la valve.
- Repérage au beniqué de la FVV si elle est visible.
- Un sondage vésical et test au bleu de méthylène.
- Introduction d'une sonde de Foley (sonde urétrale) par la fistule.
- Traction sur la FVV par la sonde de Foley (ou par 4 fils).

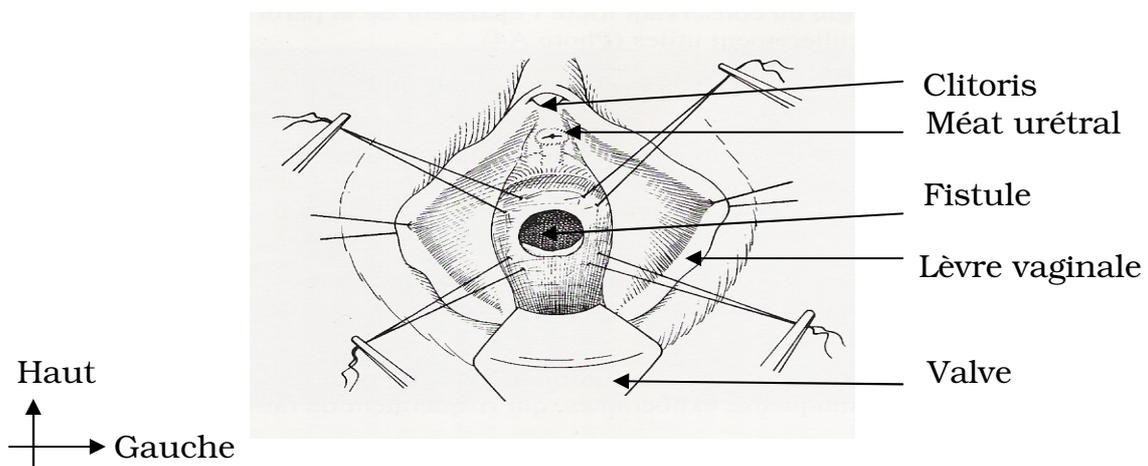
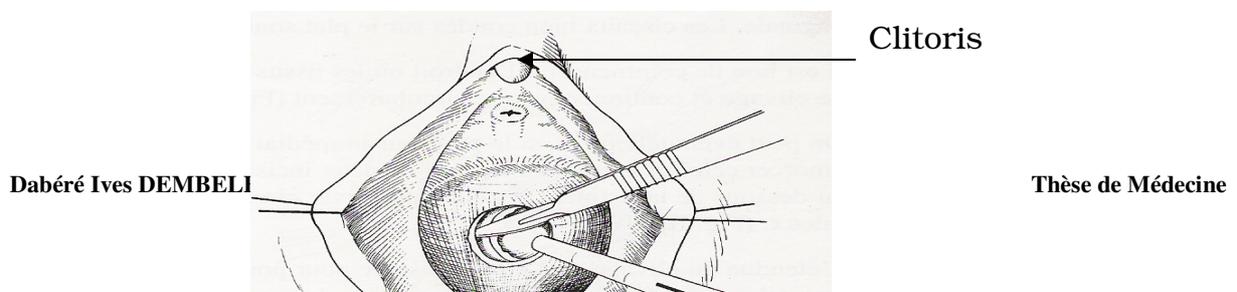


Figure 7 : Exposition de la fistule.

b-Incision

C'est une incision circulaire au bistouri froid tout au tour de la fistule. Quelques petites incisions transversales peuvent aider (petite fistule).



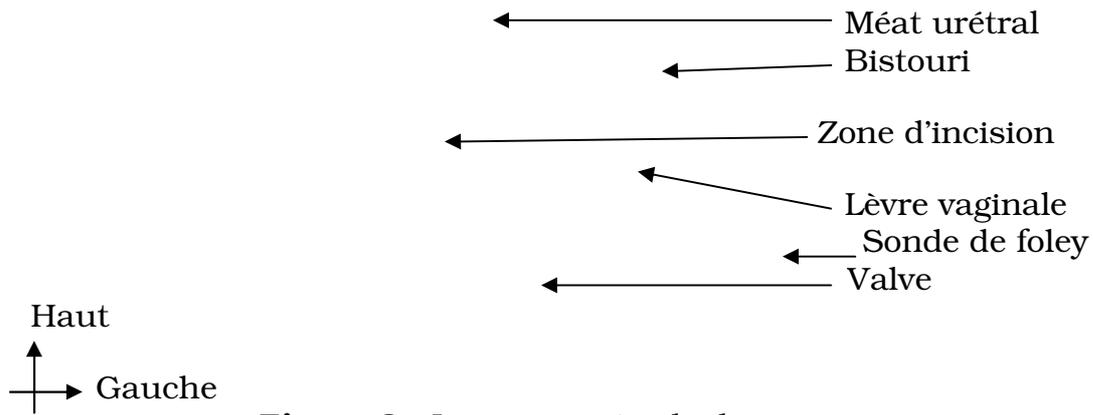


Figure 8 : Incision verticale du vagin.

c- Clivage

Il se fait aux ciseaux plats latéralement courbés dans un bon plan. Une étendue suffisante du clivage permet une suture vésicale et vaginale sans traction et tension évitant la dévascularisation, d'espace mort, source d'hématome, de suppuration et fistulisation secondaire. Un ravivement des bords de la FVV éliminant les zones de muqueuse exubérante (pouvant faire hernie dans la suture) et un ravivement des bords vaginaux en cas de sclérose importante.

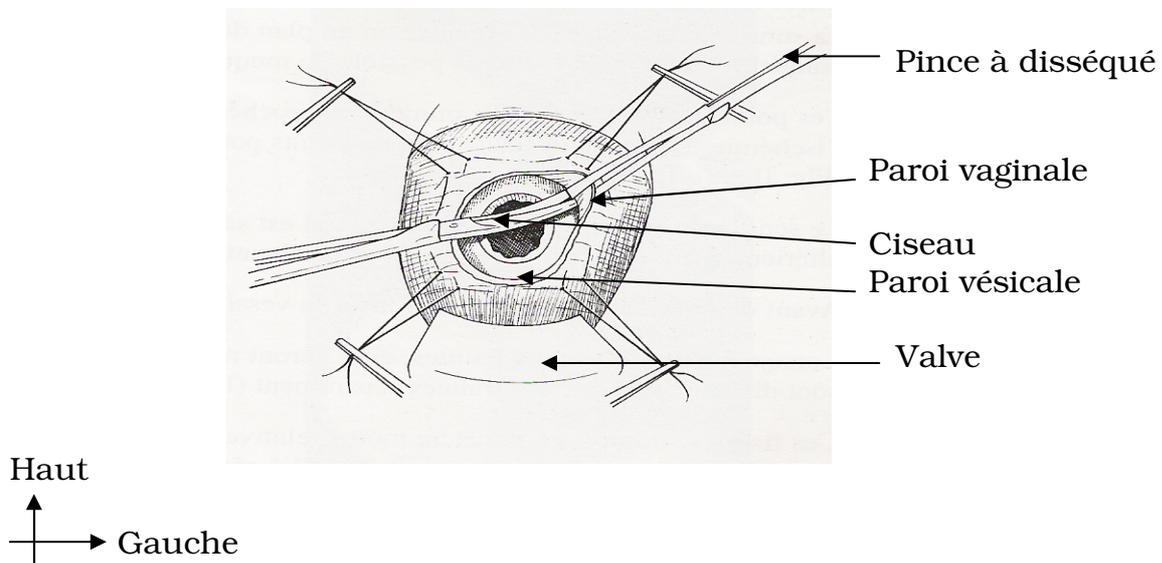


Figure 9 : Décollement vésico-vaginal.

Temps - II (suture de la vessie)

C'est une suture en un plan et en points séparés (en x). Une bonne prise du muscle et de la sous muqueuse permet d'éviter une hernie de la muqueuse dans la suture. Un rapprochement bien dosé des points assure l'étanchéité et évite l'ischémie.

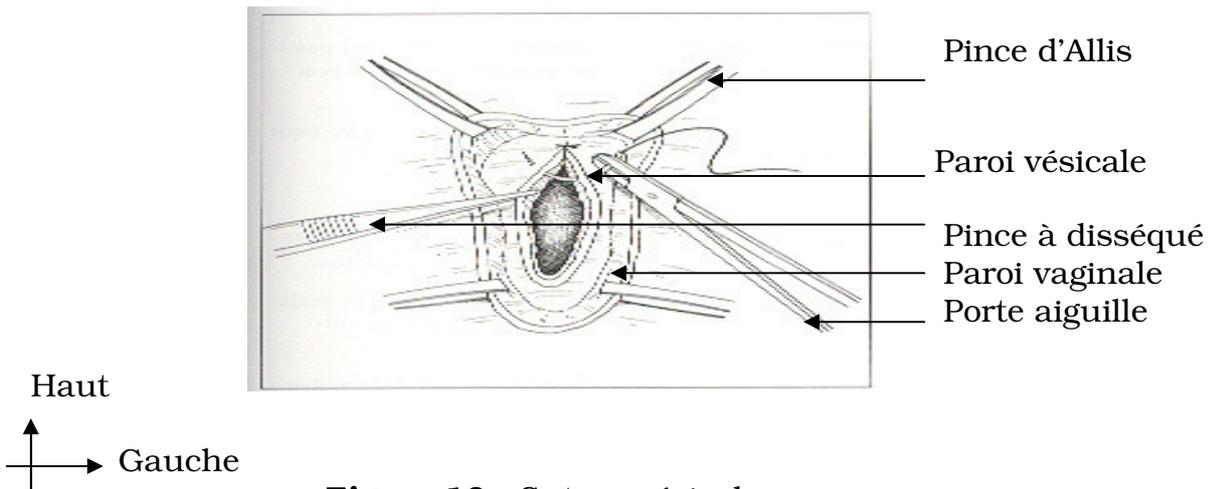


Figure 10 : Suture vésicale.

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. L'épreuve d'étanchéité au bleu de méthylène est ensuite effectuée. Toute fuite nécessite un point de suture complémentaire sauf si elle se produit par les trous d'aiguille, ce qui peut amener à faire une interposition.

TEMPS - III (suture du vagin)

Il consiste à une suture en un plan et en points séparés au vicryl 3-0 évitant la ligne de suture vésicale en ne laissant d'espace mort entre la vessie et le vagin. Les points en U ou type Blair-Donati sont efficaces.

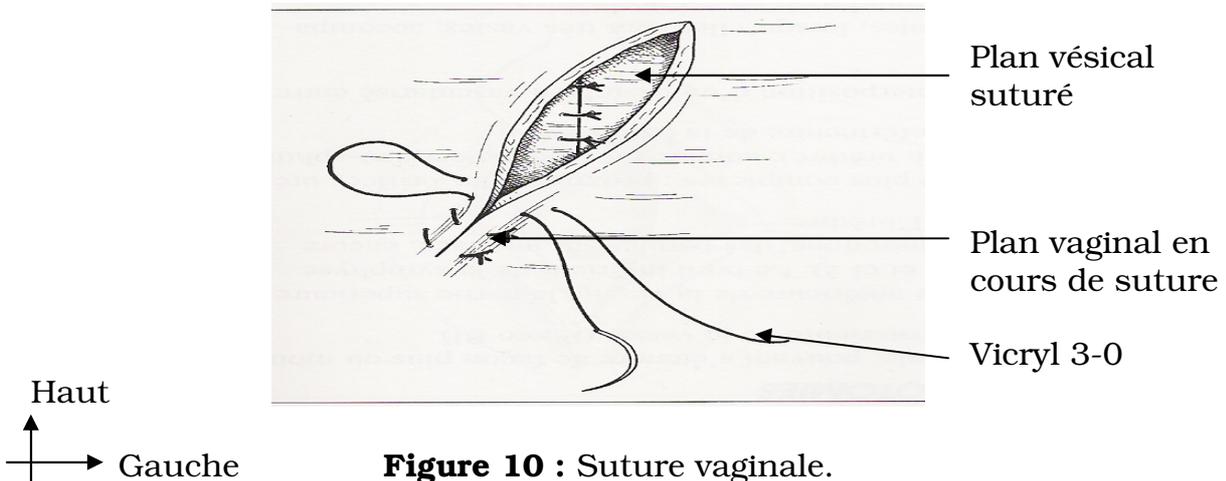


Figure 10 : Suture vaginale.

11- 5 -2 Le pansement, la surveillance et les soins infirmiers.

Elle est l'étape fondamentale de la prise en charge chirurgicale. L'introduction dans le vagin de mèches imbibées à la solution de Povidone iodée diluée (Bétadine) contribue à l'effacement des espaces morts et évite l'adhérence des tissus et draine les sérosités. Les mèches seront enlevées 24-48 heures après l'intervention. La surveillance de la sonde vésicale est fondamentale, un bain de siège est nécessaire. Les perfusions et le

Furosémide (Lasilix) assureront une bonne diurèse dans un premier temps. Ne pas arracher la sonde (surveillance de la patiente), mettre la poche d'urine en dessous du niveau de la vessie, changer la sonde si le lavage est inefficace et respecter le délai d'ablation de la sonde qui est au moins deux semaines.

11- 6 - Complications et suites :

- Précoces: la défaillance du drainage vésical, les hémorragies, la suppuration de la plaie, la ligature des uretères, les endométrites, les vulvo-vaginites, les corps étrangers (compresses).
- Tardives: les fistules résiduelles, les troubles sphinctériens, la sclérose et l'atrésie vaginale, la dyspareunie, les dysménorrhées, la stérilité secondaire etc.

11- 7- Artifices dans les fistules complexes :

- Le cathétérisme urétral.
- L'épisiotomie uni- ou bilatérale conduisant dans les fosses ischio-rectales avec ou non ouverture de l'excavation vésico-utérine.
- Le lambeau musculo-graisseux (Greffé de Martius).

11- 8- Les dérivations urinaires :

Elles sont indiquées dans les fistules incurables et ces solutions sont ainsi proposées:

- L'opération de Coffey (elle consiste en une réimplantation des uretères dans le rectum).
- L'opération de Goodwin (elle consiste en une réimplantation urétéro-sigmoïdienne des deux uretères).
- L'opération de Bricker (c'est une urétérostomie cutanée transintestinale).
- La poche continente de Benckroun (c'est une entérocytoplastie de dérivation continente dite de vessie iléo-cæcale continente).
- Etc.

METHODOLOGIE

II- METHODOLOGIE.

1- Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le Service d'urologie et l'unité de prise en charge de la FVV du CHU du point G. Ce Service est de nos jours l'un de la référence pour la prise en charge des pathologies urinaires d'une manière

générale et en particulier des fistules uro-génitales. Il comprend 43 lits d'hospitalisation avec :

- Cinq (5) salles de première catégorie.
- Quatre (4) salles de deuxième catégorie.
- Dix (10) salles de troisième catégorie.
- Dix (10) bureaux.
- Douze (12) toilettes.
- Deux (2) magasins.

Au Nord Est de l'hôpital se trouve le Centre d'accueil et d'hébergement des femmes victimes de fistule en pré et post opératoire, dénommé « Centre Oasis ». Ce centre a une capacité de quarante (40) lits. IL comprend quatre (4) blocs de dix (10) lits chacun avec des toilettes internes, une grande salle au milieu de la cour (servant de lieu de regroupement, d'activités pédagogiques, de loisirs et même de dortoir en cas de débordement), des bureaux, une salle d'examen, des magasins, une maison pour le gardien, une cuisine, des bassins de lessive et des toilettes externes.

2- type d'étude :

C'est une étude rétrospective et descriptive allant du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007, portant sur quatre (4) Campagnes dont : la première s'est tenue du 19 mars au 30 mars ; la deuxième du 11 juin au 22 juin ; la troisième du 15 octobre au 26 octobre ; la quatrième du 26 novembre au 7 décembre.

3- Critère d'inclusion :

Toutes les patientes souffrantes de fistules uro-génitales ou de fuites urinaires d'origine obstétricale opérées pendant la période des quatre (4) campagnes.

4- Critère de non inclusion :

Toutes autres patientes souffrantes de fistules uro-génitales n'ayant pas été opérées pendant la période de campagne.

5- Source des données :

Le recueil des données a été effectué à partir des registres du bloc opératoire, des dossiers médicaux et des fiches d'enquêtes nominatives que nous avons établies pour l'étude (en annexe). Le traitement des données a été fait à partir des logiciels Microsoft Word, Microsoft Excel, du logiciel Epi-info version 6.1.

6- Mécanisme de la prise en charge.

6-1- Les stratégies.

En 2003, dans le cadre l'initiative mondiale d'éradication de la FVV diligentée par l'United Nations Populations Fund (UNFPA) à travers son programme End Fistula, le CHU du Point G à travers son Service d'urologie

dirigé par le Professeur Kalilou OUATTARA, s'est inscrit dans cette droite ligne en s'organisant autant que possible avec ses divers partenaires pour soulager les souffrances de ces femmes qui, en voulant donner une vie, se retrouvent dans cette situation malsaine et exclues de la société d'une certaine manière. Devant la pénurie de médecins et d'infirmiers possédant des compétences requises et l'expérience souhaitable pour traiter la fistule, notre Service, en application du programme national de lutte et de prévention des maladies obstétricales, dispense une formation spéciale aux médecins depuis quelques temps en initiant des campagnes qui sont vues comme des moyens d'organisation et de prise en charge de la FVV, valables sur le plan national aussi bien qu'international. La stratégie veut que soit organisée à la fin de chaque trimestre de l'année une campagne chirurgicale FVV, le temps de regrouper les malades au Centre Oasis, pour permettre aux apprenants de voir les différentes variétés de la fistule, tant sur le plan topographique que sur les différentes techniques de réparation des lésions.

6-2- Les partenaires.

- Le Service social du CHU du Point G : il a un rôle de soutien psychosocial, gère les kits opératoires et le Centre Oasis.
- Les Services de chirurgie générale, de gynécologie et obstétrique, de psychiatrie, d'anesthésie réanimation.
- l'UNFPA : Organisme des Nations unies qui cherche à améliorer le bien être et la santé reproductrice des générations futures dans le monde entier, et à favoriser un équilibre humain équitable et durable entre personnes et ressources. C'est grâce à ses 500 kits opératoires pour fistule offerts à l'hôpital en 2006 que ces femmes ont été gratuitement opérées.
- Fondation Partage, Fondation pour l'enfance, Iamaneh Mali, Rotaract Club, l'Assemblée Nationale du Mali, Club Inner wheel, la Coopération française, le Club International des Dames Diplomates, Islamic Relief Mali. Ceux ci contribuent à leur façon, notamment par du don en espèce et/ou en nature.

6-3- Le mode de recrutement.

Ce mode consiste à des périodes de sensibilisation de près de trois mois par des Organisations non gouvernementales (ONG) œuvrant dans ce sens, qui vont jusqu'aux confins du pays où la politique sanitaire de l'état n'est pas ressentie, chercher ces femmes. Certaines nous ont été adressées par les structures sanitaires de l'intérieur du pays. Ce n'est qu'au décours de celui-ci que les campagnes sont organisées avec l'aide des partenaires.

6-4- Le bilan préopératoire.

A chaque campagne, les patientes ont été soumises à un examen clinique minutieux comportant l'interrogatoire, l'examen physique, et à un bilan standard adapté à la prise en charge des malades de la fistule. Ce bilan comporte, un bilan biologique (NFS, VS, TP, TCK, Groupe sanguin, Rhésus,

ECBU), un bilan biochimique (créatininémie, glycémie), une consultation pré-anesthésique qui détermine le type d'anesthésie.

6-5- La préparation pour l'intervention.

La préparation pour l'intervention fut vécue comme un événement particulier dans son ensemble tant sur le plan psychologique que sur le plan mobilisationnel. Beaucoup de patientes étaient à leur tout premier contact avec notre Hôpital et de ce fait avaient aussi besoin d'être accompagnées. Une semaine avant l'intervention chirurgicale, chaque patiente a été soumise à un bain de siège matin et soir avec du permanganate de potassium en raison de 1 comprimé dilué dans dix (10) litres d'eau.

6-6- L'intervention chirurgicale.

Toutes les interventions chirurgicales ont été pratiquées dans un même et seul bloc opératoire prêté à notre Service pour des raisons de travaux de réfection de nos deux blocs opératoires dont celui réservé uniquement à la chirurgie de la fistule. En moyenne trois (3) patientes étaient prises par journée opératoire. La voie basse a été la plus utilisée et la technique classique de Chassar-Moir a été très utilisée. Durant les campagnes les chirurgiens stagiaires aident le chirurgien ou l'anesthésiste du programme. Les après midi durant la période de campagne ont été consacrés par un enseignement post universitaire (EPU) aux chirurgiens stagiaires ; cours donnés par les spécialistes maliens.

6-7- Le suivi post opératoire.

Chaque matin, des visites ont été faites pour s'enquérir de l'état des opérées. Les soins infirmiers ont suivi avec des perfusions de sérum et une antibiothérapie de couverture aux : ciprofloxacine 500 mg comprimé (1 comprimé matin et soir, par voie orale et pendant 10 jours), métronidazole 250 mg comprimé (2 comprimés matin et soir, par voie orale et pendant 10 jours), permanganate de potassium (1 comprimé dilué dans 10 litres d'eau pour bain de siège matin et soir pendant 10 jours). Les sondes urinaires ont été gardées pendant 15 jours pour les fistulorraphies, vaginoplasties, 1 jour pour les colposuspensions, 30 jours pour les urétoplasties.

6-8- Evaluation.

Un contrôle de l'état des patientes et des consultations ont été organisés à la sortie. Nous avons de même évalué le taux de succès et l'atmosphère qui a entouré nos patientes, et profité de la situation pour leur sensibiliser par rapport aux risques liés aux grossesses non suivies et aux accouchements à domicile, tout en leur prodiguant des conseils quant aux prochains accouchements par césarienne en cas de grossesse. Nous avons retenu trois degré de guérison :

- ✚ 1^{er} degré : la fistule est fermée, sans trouble sphinctérien, la miction est normale, et pas de fuite d'urine.
- ✚ 2^{ème} degré : la fistule est fermée, une insuffisance sphinctérienne persiste avec des fuites périodiques ou constantes d'urine.
- ✚ 3^{ème} degré : la fistule n'est pas fermée, c'est l'échec de la cure de fistule.

RESULTATS

III- RESULTATS.

Graphique 1 : Place de la chirurgie FVV de campagne dans l'année.

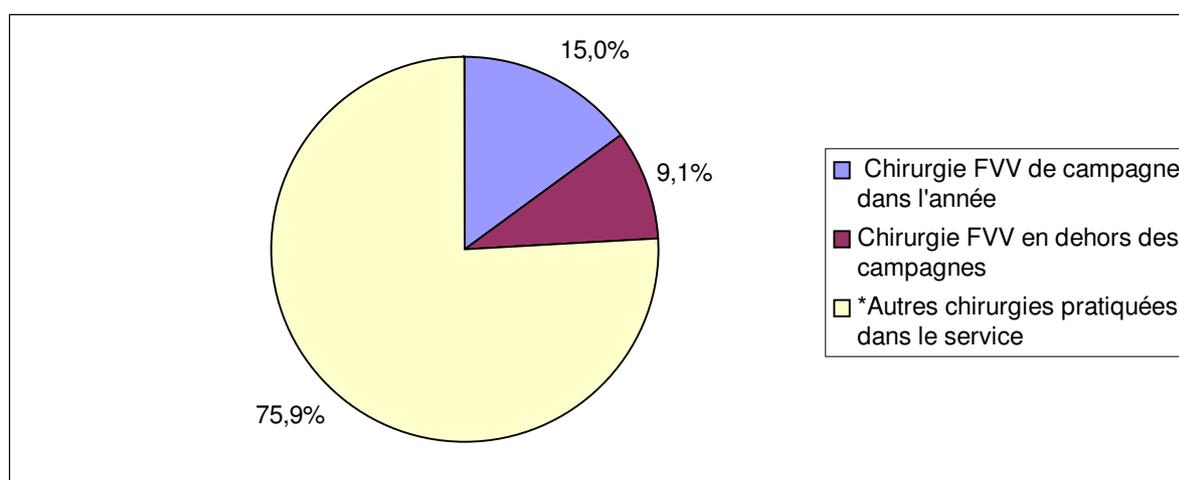


Tableau I : Nombre de patientes durant les campagnes.

Campagnes	Effectif	Pourcentage (%)
Première campagne	43	32,6
Deuxième campagne	21	15,9
Troisième campagne	43	32,6
Quatrième campagne	25	18,9
Total	132	100

1- Données sociodémographiques.

Tableau II : Répartition des patientes selon la provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage (%)
Kayes	13	9,9
Koulikoro	24	18,1
Sikasso	26	19,7
Ségou	36	27,3
Mopti	9	6,8
Tombouctou	7	5,3
Bamako	11	8,3
*Pays voisins	6	4,6
Total	132	100

*Côte d'ivoire, Mauritanie, Guinée Conakry.

Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge à la réception.

Tranche d'âge (année)	Effectif	Pourcentage (%)
------------------------------	-----------------	------------------------

14 - 19	19	14,4
20 - 35	65	49,2
Supérieur à 35	48	36,4
Total	132	100

Minimum = 14 ans

Moyenne = 37 ans

Maximum = 60 ans

Tableau IV : Répartition des patientes selon l'âge au mariage.

Age au mariage (année)	Effectif	Pourcentage (%)
12 - 14	10	7,6
15 - 17	100	75,7
18 - 20	15	11,4
21 - 23	7	5,3
Total	132	100

Minimum = 12 ans

Moyenne = 17 ans

Maximum = 22 ans

Graphique 2 : Répartition des patientes selon la taille.

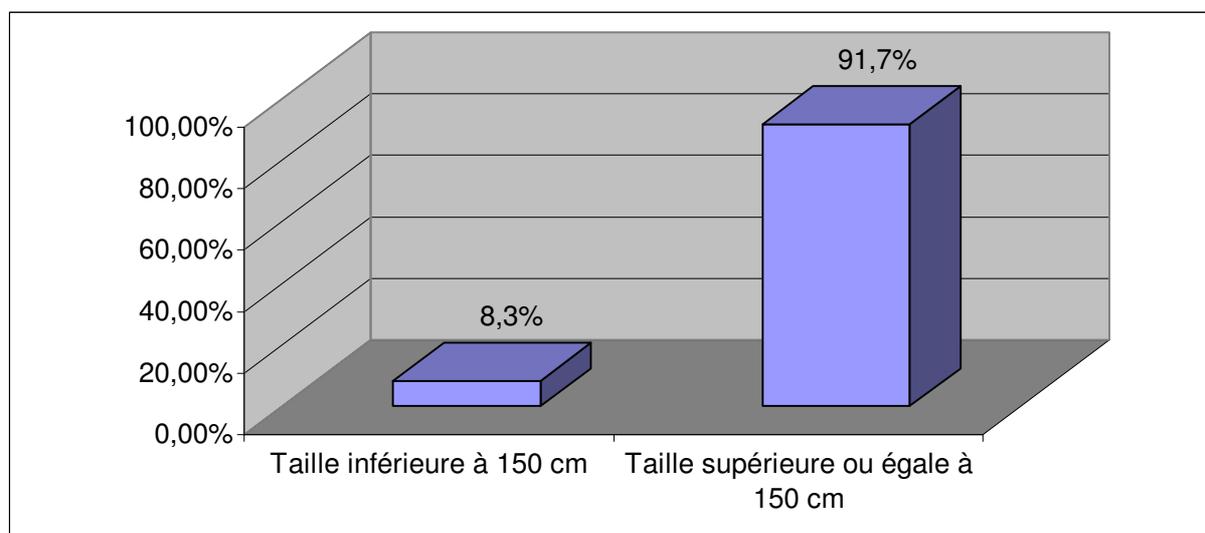


Tableau V : Répartition des patientes selon le domicile.

Domicile	Effectif	Pourcentage (%)
Conjugal	70	53,0
Paternel	43	32,6
Isolé	19	14,4
Total	132	100

2- Données cliniques.

Tableau VI : Répartition des patientes selon l'état de la miction.

Etat de la miction	Effectif	Pourcentage (%)
Miction partiellement conservée	41	31,0
Absence de miction	91	69,0
Total	132	100

Tableau VII : Répartition des patientes selon l'état de la vulve.

Etat de la vulve	Effectif	Pourcentage (%)
Vulve normale	102	77,3
Lésions vulvo-périnéales	30	22,7
Total	132	100

Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'état du vagin.

Etat du vagin	Effectif	Pourcentage (%)
Souple	116	87,9
Sclérosé	16	12,1
Total	132	100

3- Données obstétricales.

Tableau IX : Répartition des patientes selon le nombre de consultations prénatales (CPN) réalisées.

Le nombre de CPN	Effectif	Pourcentage (%)
0	93	70,5
1	21	15,9
2	11	8,3
3	7	5,3
Total	132	100

Tableau X : Répartition des patientes selon le rang de la grossesse causale.

Rang de la grossesse	Effectif	Pourcentage (%)
Primigeste	57	43,1
Paucigeste	20	15,1
Multigeste	37	28,0
Grande multigeste	18	13,8
Total	132	100

Tableau XI : Répartition des patientes selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage (%)
Primipare	47	35,6
Paucipare	20	15,1
Multipare	38	28,8
Grande multipare	27	20,5
Total	132	100

Tableau XII : Répartition des patientes selon la durée du travail.

Durée du travail (heures)	Effectif	Pourcentage (%)
Supérieure à 12 – inférieure à 24	7	5,3
24 – 72	88	66,7
96 – 144	29	22,0
168 – 192	8	6,0
Total	132	100

Graphique 3 : Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement.

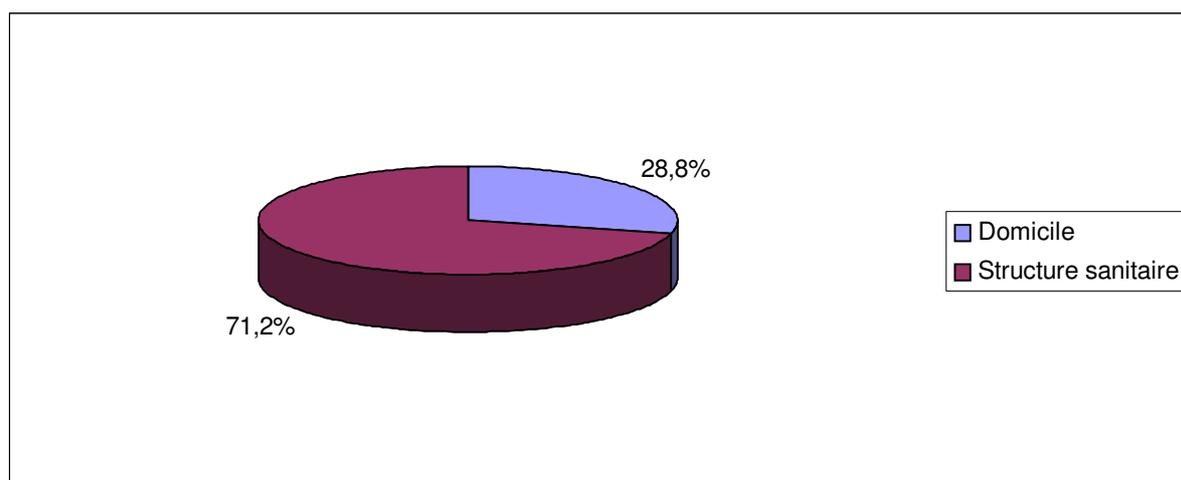


Tableau XIII : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement.

Mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage (%)
Voie naturelle difficile	59	44,7
Césarienne	48	36,4
Extraction instrumentale	25	18,9
Total	132	100

Tableau XIV : Répartition des patientes selon l'état des nouveau-nés de l'accouchement causal de la fistule.

Etat des nouveau-nés	Effectif	Pourcentage (%)
Vivant	12	9,1
Mort-né	120	90,9
Total	132	100

4- Classification anatomo-clinique de la fistule.

Tableau XV : Répartition des patientes selon l'âge de la fistule.

Age de la fistule (année)	Effectif	Pourcentage (%)
Inférieur à 1	35	26,6
1 – 3	21	15,9
4 – 6	25	18,9
7 – 9	9	6,8
Supérieur à 9	42	31,8
Total	132	100

Minimum = 3 mois

Moyenne = 19,5 ans

Maximum = 39 ans

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le nombre de tentative de réparation.

Nombre de tentative de réparation	Effectif	Pourcentage (%)
1	62	47,0
2	25	19,0
3	18	13,6
4	14	10,6
5	8	6,0
6	2	1,5
7	3	2,3
Total	132	100

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le siège de la fistule.

Siège de la fistule	Effectif	Pourcentage (%)
Trigonale	34	25,7
Trigonale + Cervico-urétro-vaginale	1	0,8
Trigonale + FRV	1	0,8
Trigono-cervico-utéro-vaginale	28	21,2
Trigono-cervico-utéro-vaginale + FRV	1	0,8
Trigono-cervico-utéro-vaginale + Destruction de l'urètre	1	0,8
Trigono-cervico-utéro-vaginale + Désinsertion cervico-urétrale totale + Déchirure du périnée	1	0,8
Retrotrigonale	6	4,5
Désinsertion cervico-urétrale partielle	7	5,3
Désinsertion cervico-urétrale totale	9	6,8
Cervico-urétro-vaginale	20	15
Cervico-urétro-vaginale + Déchirure du périnée	1	0,8
Destruction de l'urètre	5	3,7
Urétro-vaginale	1	0,8
FRV	1	0,8
FRV + Déchirure du périnée	1	0,8
Urétéro-vaginale	1	0,8
Atrésie vaginale	2	1,5
Col vésical	11	8,3
Total	132	100

Tableau XVIII : Répartition des patientes en provenance de la Région de Kayes selon le siège de la fistule (Nombre = 13).

Le siège de la fistule	Effectif	Pourcentage (%)
Trigonale	3	23,0
Trigono-cervico-utéro-vaginale	3	23,0
Trigono-cervico-utéro-vaginale + Désinsertion cervico-urétrale totale + Déchirure du Périnée	1	7,8
Désinsertion cervico-urétrale partielle	2	15,3
Désinsertion cervico-urétrale totale	1	7,8
Cervico-urétro-vaginale	2	15,3
Col vésical	1	7,8
Total	13	100

Tableau XIX : Répartition des patientes en provenance de la Région de Koulikoro selon le siège de la fistule (Nombre = 24).

Le siège de la fistule	Effectif	Pourcentage (%)
Trigonale	6	25,0
Trigono-cervico-utéro-vaginale	7	29,1
Retrotrigonale	1	4,2
Désinsertion cervico-urétrale totale	2	8,3
Cervico-urétro-vaginale	4	16,7
Destruction de l'urètre	1	4,2
FRV + Déchirure du périnée	1	4,2
Col vésical	2	8,3
Total	24	100

Tableau XX : Répartition des patientes en provenance de la Région de Sikasso selon le siège de la fistule (Nombre = 26).

Le siège de la fistule	Effectif	Pourcentage (%)
Trigonale	9	34,6
Trigono-cervico-utéro-vaginale	4	15,4
Trigono-cervico-utéro-vaginale +	1	3,8
Destruction de l'urètre		
Retrotrigonale	2	7,7
Désinsertion cervico-urétrale partielle	1	3,8
Désinsertion cervico- urétrale totale	3	11,6
Cervico-urétro-vaginale	4	15,4
Destruction de l'urètre	2	7,7
Total	26	100

Tableau XXI : Répartition des patientes en provenance de la Région de Ségou selon le siège de la fistule (Nombre = 36).

Le siège de la fistule	Effectif	Pourcentage
Trigonale	9	25,0
Trigonale + FRV	1	2,8
Trigono-cervico-utéro-vaginale	8	22,2
Retrotrigonale	2	5,5
Désinsertion cervico-urétrale partielle	2	5,5
Désinsertion cervico-urétrale totale	1	2,8
Cervico-urétro-vaginale	4	11,1
Destruction de l'urètre	1	2,8
Urétéro vaginale	1	2,8
Col vésical	7	19,5
Total	36	100

Tableau XXII : Répartition des patientes en provenance de la Région de Mopti selon le siège de la fistule (Nombre = 9).

Le siège de la fistule	Effectif	Pourcentage
Trigonale	2	22,2
Trigono-cervico-utéro-vaginale	1	11,1
Retrotrigonale	1	11,1
Désinsertion cervico-urétrale totale	1	11,1
Cervico-urétro-vaginale	4	44,5
Total	9	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes en provenance de la Région de Tombouctou selon le siège de la fistule (Nombre = 7).

Le siège de la fistule	Effectif	Pourcentage (%)
Trigonale	1	14,2
Désinsertion cervico-urétrale partielle	2	28,7
Désinsertion cervico-urétrale totale	1	14,2
Cervico-urétro-vaginale	1	14,2
Atrésie vaginale	2	28,7
Total	7	100

Tableau XXIV : Répartition des patientes en provenance du District de Bamako selon le siège de la fistule (Nombre = 11).

Le siège de la fistule	Effectif	Pourcentage (%)
Trigonale	2	18,2
Trigonale + Cervico-urétro-vaginale	1	9,1
Trigono-cervico-utéro-vaginale	4	36,3
Cervico-urétro-vaginale	1	9,1
Cervico-urétro-vaginale + Déchirure du périnée	1	9,1
Urétro-vaginale	1	9,1
FRV	1	9,1
Total	11	100

Tableau XXV : Répartition des patientes en provenance des Pays voisins selon le siège de la fistule (Nombre = 6).

Siège de la fistule	Effectif	Pourcentage (%)
Trigonale	2	33,2
Trigono-cervico-utéro-vaginale	1	16,7
Trigono-cervico-utéro-vaginale+FRV	1	16,7
Destruction de l'urètre	1	16,7
Col vésical	1	16,7
Total	6	100

5- Traitement.

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage (%)
Anesthésie loco-régionale	130	98,5
Anesthésie générale	2	1,5
Total	132	100

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la voie d'abord.

Voie d'abord	Effectif	Pourcentage (%)
Voie basse	122	92,4
Voie haute	7	5,3
Voie mixte	3	2,3
Total	132	100

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon le type du traitement.

Type du traitement	Effectif	Pourcentage (%)
Fistulorraphie	75	56,8
Fistulorraphie + Cystolithotomie	2	1,5
Fistulorraphie + Episiotomie	2	1,5
Fistulorraphie + Soutènement urétral	3	2,3
Fistulorraphie + Greffe de Martius	2	1,5
Fistulorraphie + Réparation du périnée	2	1,5
Fistulorraphie + TVT	1	0,8
Fistulorraphie + Urétroplastie	2	1,5
Fistulorraphie + Anastomose cervico-urétrale + Réparation du périnée	1	0,8
Anastomose cervico-urétrale	18	13,6
Urétroplastie	9	6,8
Urétroplastie + Greffe de Martius	1	0,8
Vaginoplastie	2	1,5
Néphrectomie	1	0,8
Colposuspension	11	8,3
Total	132	100

6- Résultat du traitement.**■ Première Campagne (Nombre = 43).****Tableau XXIX : Résultat du traitement en fonction du type de chirurgie.**

Type de chirurgie	Résultat			Total
	1 ^{er} degré	2 ^{ème} degré	3 ^{ème} degré	
Fistulorraphie	17	5	4	26
Fistulorraphie + Cystolithotomie	1	0	0	1
Fistulorraphie + Episiotomie	2	0	0	2
Fistulorraphie + Urétroplastie	0	1	0	1
Fistulorraphie + Soutènement urétral	1	0	0	1
Anastomose cervico-urétrale	3	1	1	5
Urétroplastie	1	2	0	3
Vaginoplastie	0	1	0	1
Colposuspension	3	0	0	3
Total	28	10	5	43

Tableau XXX : Résultat du traitement en fonction du siège de la fistule.

Résultat	1^{er} degré	2^{ème} degré	3^{ème} degré	Total
Siège de la fistule				
Trigonale	8	2	1	11
Trigono-cervico-utéro-vaginale	7	3	3	13
Trigono-cervico-utéro-vaginale + destruction de l'urètre	0	1	0	1
Désinsertion cervico-urétrale partielle	3	0	0	3
Désinsertion cervico-urétrale totale	1	1	0	2
Cervico-urétro-vaginale	5	0	1	6
Destruction de l'urètre	0	2	0	2
FRV	1	0	0	1
Atrésie vaginale	0	1	0	1
Col vésical	3	0	0	3
Total	28	10	5	43

Tableau XXXI : Résultat du traitement en fonction du nombre d'intervention.

Résultat	1^{er} degré	2^{ème} degré	3^{ème} degré	Total
Nombre d'intervention				
1	16	2	3	21
2	6	3	0	9
3	4	2	0	6
4	2	1	0	3
5	0	2	1	3
6	0	0	0	0
7	0	0	1	1
Total	28	10	5	43

Tableau XXXII : Résultat du traitement en fonction du degré de guérison.

Degré de guérison	Effectif	Pourcentage (%)
1^{er} degré	28	65,1
2 ^{ème} degré	10	23,3
3 ^{ème} degré	5	11,6
Total	43	100

■ **Deuxième Campagne (Nombre = 21).**

Tableau XXXIII : Résultat du traitement en fonction du type de chirurgie.

Résultat	1^{er} degré	2^{ème} degré	3^{ème} degré	Total
Type de chirurgie				
Fistulorraphie	5	2	2	9
Fistulorraphie + Réparation du périnée	2	0	0	2
Fistulorraphie + Urétroplastie	1	0	0	1
Anastomose cervico-urétrale	2	0	0	2
Urétroplastie	0	1	0	1
Néphrectomie	1	0	0	1
Colposuspension	5	0	0	5
Total	16	3	2	21

Tableau XXXIV : Résultat du traitement en fonction du siège de la fistule.

Résultat	1^{er} degré	2^{ème} degré	3^{ème} degré	Total
Siège de la fistule				
Trigonale	4	0	1	5
Trigonale+Cervico-urétro-vaginale	0	0	1	1
Trigono-cervico-utéro-vaginale	1	0	0	1
Trigono-cervico-utéro-vaginale+FRV	0	1	0	1
Retrotrigonale				
Désinsertion cervico-urétrale partielle	1	0	0	1
Désinsertion cervico-urétrale totale	1	0	0	1
Cervico-urétro-vaginale	1	0	0	1
Cervico-urétro-vaginale + Déchirure du périnée	1	0	0	1
Urétro-vaginale	0	1	0	1
Destruction de l'urètre	0	1	0	1
FRV + Déchirure périnéale	1	0	0	1
Urétéro-vaginale	1	0	0	1
Col vésical	5	0	0	5
Total	16	3	2	21

Tableau XXXV : Résultat du traitement en fonction du nombre d'intervention.

Résultat	1^{er} degré	2^{ème} degré	3^{ème} degré	Total
Nombre d'intervention				
1	6	2	0	8
2	2	1	0	3
3	5	0	0	5
4	2	0	1	3
5	0	0	0	0
6	1	0	0	1
7	0	0	1	1
Total	16	3	2	21

Tableau XXXVI : Résultat du traitement en fonction du degré de guérison.

Degré de guérison	Effectif	Pourcentage (%)
1 ^{er} degré	16	76,2
2 ^{ème} degré	3	14,3
3 ^{ème} degré	2	9,5
Total	21	100

■ **Troisième Campagne (Nombre = 43).**

Tableau XXXVII : Résultat du traitement en fonction du type de chirurgie.

Résultat	1 ^{er} degré	2 ^{ème} degré	3 ^{ème} degré	Total
Type de chirurgie				
Fistulorraphie	19	4	3	26
Fistulorraphie + Greffe de Martius	1	0	0	1
Fistulorraphie + Anastomose cervico-urétrale + Réparation du périnée	1	0	0	1
Fistulorraphie + Soutènement urétral	1	0	0	1
Anastomose cervico-urétrale	4	1	1	6
Urétroplastie	0	3	0	3
Urétroplastie + Greffe de Martius	1	0	0	1
Vaginoplastie	0	1	0	1
Colposuspension	3	0	0	3
Total	30	9	4	43

Tableau XXXVIII : Résultat du traitement en fonction du siège de la fistule.

Résultat	1^{er} degré	2^{ème} degré	3^{ème} degré	Total
Siège de la fistule				
Trigonale	7	3	1	11
Trigono-cervico-utéro-vésicale	9	1	2	12
Trigono-cervico-utéro-vaginale + Désinsertion cervico-urétrale totale + Déchirure du périnée	1	0	0	1
Retrotrigonale	1	0	0	1
Désinsertion cervico-urétrale partielle	1	0	0	1
Désinsertion cervico-urétrale totale	3	0	0	3
Cervico-urétro-vaginale	4	3	1	8
Destruction de l'urètre	1	1	0	2
Atrésie vaginale	0	1	0	1
Col vésical	3	0	0	3
Total	30	9	4	43

Tableau XXXIX : Résultat du traitement en fonction du nombre d'intervention.

Résultat	1^{er} degré	2^{ème} degré	3^{ème} degré	Total
Nombre d'intervention				
1	16	1	0	17
2	4	1	2	7
3	0	3	1	4
4	7	0	1	8
5	3	2	0	5
6	0	1	0	1
7	0	1	0	1
Total	30	9	4	43

Tableau XXXX : Résultat du traitement en fonction du degré de guérison.

Degré de guérison	Effectif	Pourcentage (%)
1 ^{er} degré	30	69,8
2 ^{ème} degré	9	20,9
3 ^{ème} degré	4	9,3
Total	43	100

■ **Quatrième Campagne (Nombre = 25).**

Tableau XXXXI : Résultat du traitement en fonction du type de chirurgie.

Résultat	1 ^{er} degré	2 ^{ème} degré	3 ^{ème} degré	Total
Type de chirurgie				
Fistulorraphie	11	0	3	14
Fistulorraphie + Cystolithotomie	1	0	0	1
Fistulorraphie + Soutènement urétral	1	0	0	1
Fistulorraphie + TVT	1	0	0	1
Fistulorraphie + Greffe de Martius	1	0	0	1
Anastomose cervico-urétrale	4	1	0	5
Urétroplastie	2	0	0	2
Total	21	1	3	25

Tableau XXXXII : Résultat du traitement en fonction du siège de la fistule.

Résultat	1^{er} degré	2^{ème} degré	3^{ème} degré	Total
Siège de la fistule				
Trigonale	8	0	1	9
Trigonale + FRV	1	0	0	1
Trigono-cervico-utéro-vaginale	1	0	1	2
Retrotrigonale	2	0	1	3
Désinsertion cervico-urétrale partielle	1	1	0	2
Désinsertion cervico-urétrale totale	3	0	0	3
Cervico-urétro-vaginale	5	0	0	5
Total	21	1	3	25

Tableau XXXXIII : Résultat du traitement en fonction du nombre d'intervention.

Résultat	1^{er} degré	2^{ème} degré	3^{ème} degré	Total
Nombre d'intervention				
1	14	1	1	16
2	6	0	0	6
3	1	0	2	3
Total	21	1	3	25

Tableau XXXXIV : Résultat du traitement en fonction du degré de guérison.

Degré de guérison	Effectif	Pourcentage (%)
1^{er} degré	21	84,0
2 ^{ème} degré	1	4,0
3 ^{ème} degré	3	12,0
Total	25	100

Graphique 4 : Résultat selon le taux de réussite du traitement chirurgical (1^{er} degré) en fonction des campagnes.

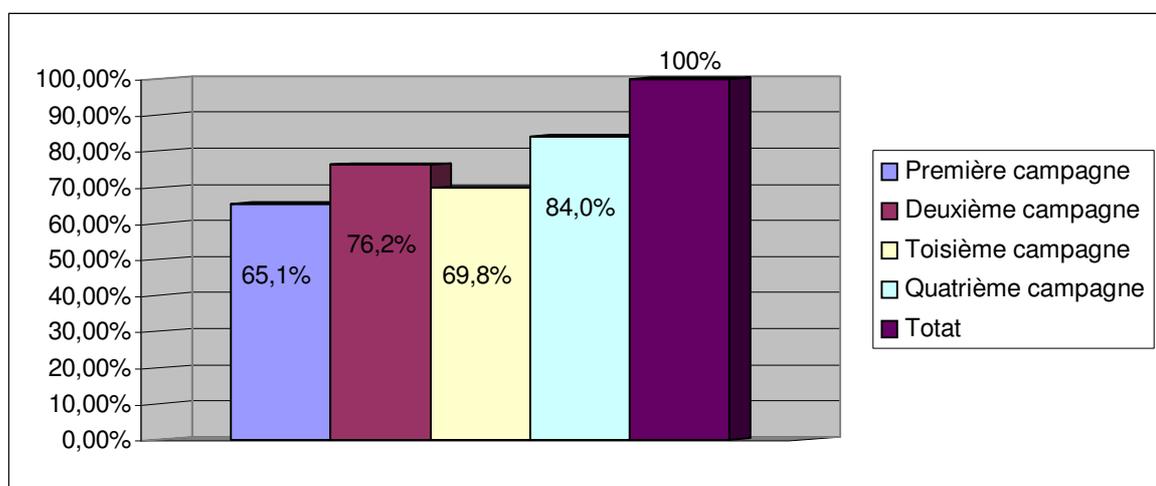


Tableau XXXXV : Répartition selon les personnes formées en fonction de la spécialité et du Pays.

Spécialité	Pays		
	France	Mauritanie	Mali
Urologue	6	0	0
Chirurgien généraliste	0	2	0
Gynéco-obstétricien	2	0	0
CES Chirurgie générale	0	0	10
CES Gynéco-obstétrique	0	0	15
Total	8	2	25

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSION

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.

Pendant notre période d'étude allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007, soit 12 mois d'étude, ce sont quatre campagnes FVV qui ont été organisées. Ces campagnes ont enregistré la participation de : 10 stagiaires missionnaires d'Europe et d'Afrique (8 Français et 2 Mauritaniens), 24 Maliens dont 6 Urologues, et 25 médecins généralistes en cours de spécialisation en chirurgie générale (10) ou en gynéco-obstétrique (15).

Toutes les patientes ont gratuitement bénéficié de l'acte chirurgical et de l'hospitalisation grâce à l'appui des partenaires. Cependant les frais du bilan préopératoire ont été à leurs charges.

L'interrogatoire et l'examen physique sous nous ont permis d'asseoir le diagnostic. L'IUV a été demandée dans deux cas (Exstrophie vésicale, Fistule Urétéro-Vaginale).

Nous avons observé trois cas d'incontinence urinaire de causes non obstétricales qui ont été tout de même opérées.

- **Le premier cas** : Mademoiselle Traoré N... ; 16 ans, nulligeste, nullipare, originaire de Banamba dans la région de Koulikoro qui présentait une malformation congénitale vésicale. Elle avait une plaque rouge sous ombilicale sur laquelle on pouvait voir les deux méats urétéraux par lesquels sortaient les urines (Exstrophie vésicale). Elle a subi avec succès une réimplantation urétéro-sigmoïdienne bilatérale (Goodwin) au cours de la deuxième campagne.
- **Le deuxième cas** : Mademoiselle Togo M... ; 15 ans nulligeste, nullipare, originaire de la région de Mopti dont les causes de son mal n'ont pu être élucidées. Dans un premier temps le mal serait dû à une chute à califourchon sur un morceau de bois, et dans un second temps il serait question d'une agression sexuelle. De toutes les façons elle s'est présentée dans notre Service avec tout l'urètre et une partie de la vessie détruits. Elle a subi une Fistulorrhaphie associée à une Urétroplastie avec beaucoup d'amélioration pendant la deuxième et la quatrième campagne.
- **Le troisième cas** : Madame Traoré N... ; 18 ans, nulligeste, nullipare, donnée en mariage à 15 ans, originaire de la Guinée Conakry qui, devant l'incapacité à pratiquer l'acte sexuel à cause d'une malformation vaginale, la déception du conjoint et le souci pour les parents de la dame de sauver le mariage, va être amenée devant une forgeronne qui croit capable de la créer un vagin aussi profond. Ainsi cette dernière va déchirer tout l'urètre jusque dans la vessie. Après trois ans dans la douleur et dans les urines, elle va finir par se retrouver dans notre service. Elle a subi une Fistulorrhaphie associée à une Urétroplastie avec succès au cours de la deuxième campagne.

- Place de la chirurgie FVV de campagne dans l'année (Graphique 1, Tableau I) :

Pour 898 interventions chirurgicales pratiquées par le Service pendant la période d'étude allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007, 135 patientes ont été opérées pendant la période des campagnes pour fuites urinaires d'origines obstétricales ou non, soit une fréquence de 15% (14,7% d'origine obstétricale ; 0,2% d'origine traumatique ; 0,1% d'origine congénitale). Nous constatons une forte adhésion à cette initiative par l'afflux des malades pendant la période des campagnes.

1- Données sociodémographiques.

- Selon la provenance (Tableau II) :

La Région de Ségou a été la plus représentée avec une fréquence de 27,3%. Cela peut s'expliquer par la présence de l'ONG Iamaneh Mali dans la Région. Mariane A. [1] a enregistré que 38,15% provenaient de la Région de Ségou. La faible représentation du septentrion du pays, représenté seulement par la Région de Tombouctou avec une fréquence de 5,3%, peut s'expliquer par l'éloignement de cette zone par rapport à Bamako, et aussi par la présence d'unité de prise en charge de la fistule à Tombouctou et Gao.

- Selon l'âge à la réception (Tableau III) :

La tranche d'âge de 20 à 35 ans a été la plus représentée avec une fréquence de 49,2%. Cela s'explique par le fait que c'est la période où l'activité génitale est la plus accrue. Mariko S. [16] a trouvé que 69,4% avaient leur âge compris entre 15 et 30 ans.

- Selon l'âge au mariage (Tableau IV) :

La tranche d'âge de 15 à 17 ans a été la plus représentée avec une fréquence de 75,7%. Cela témoigne à présent le mariage précoce, donc une grossesse précoce, dans nos sociétés.

- Selon la taille (Graphique 2) :

Dans notre série, 91,7% des patientes avaient une taille supérieure ou égale à 150 cm. Ce taux est comparable à celui rapporté par Mariko S. [16] qui a trouvé que 97,2% avaient une taille supérieure ou égale à 140 cm. Berthé H. [3] a rapporté que 87,5% avaient une taille inférieure ou égale à 160 cm. Mensah A. [17] pense que l'accouchement dystocique chez les parturientes jeunes au bassin étroit ne joue pas un rôle prépondérant dans la mesure où 70% de ces malades ont dépassé 20 ans et 50% sont des multipares ; incriminant plutôt le manque de surveillance des grossesses et l'accouchement dû à la sous médicalisation du monde rural.

- Selon le domicile (Tableau V):

Les patientes résidant dans le foyer conjugal ont été les plus représentées avec un taux de 53,0%. Cela s'explique par le fait que de plus en plus la population commence à comprendre le problème et accepte de mieux la fistuleuse. Ce taux est inférieur à celui rapporté par Mariko S. [15] qui a enregistré 77,8%. Philippe H J. [23] dans la littérature a trouvé que 80% d'entre elles se trouvaient isolées, abandonnées, brisées par l'absence d'enfant, leur stérilité et l'odeur. Dans notre série 47% ont été, soit renvoyées à leurs familles (32,6%), soit tout simplement isolées (14,4%).

2- Etude clinique.

- Selon l'état de la miction (Tableau VI) :

L'absence de miction a été notée dans 69,0% des cas, tandis que la miction partiellement conservée était présente dans 31,0% des cas. Mariko S. [16] a trouvé que 100% des malades avaient une incontinence urinaire. Ce sont ce que pensent des auteurs comme Lugagne [15] et Philippe H.J. [23] qui trouvent que l'incontinence des urines est le maître symptôme, presque toujours révélateur de la maladie, même s'il peut exister d'autres signes associés.

- Selon l'état de la vulve et du périnée (Tableau VII) :

L'état normal de la vulve a été le plus représenté avec une fréquence de 77,3%. Ce taux est supérieur à celui enregistré par Mariko S. [16] qui est de 50%. L'infection vulvo-périnéale, à type de pustules, était présente dans 22,7% des cas. Elle survient du fait de la nécrose et la mauvaise qualité des tissus entretenues par l'humidité constante.

- Selon l'état du vagin (Tableau VIII) :

La souplesse vaginale a été notée dans 87,9% des cas. Ce taux est supérieur à ceux rapportés par Berthé H. [3] et Mariko S. [15] qui ont trouvé respectivement 50% et 57,8%. Elle est une condition première quant à la réussite de l'acte opératoire.

3- Données obstétricales.

- Selon le nombre de consultation prénatale (CPN) réalisée (Tableau IX) :

Les patientes n'ayant réalisé la moindre CPN ont été les plus représentées avec une fréquence de 70,5%. Cela peut s'expliquer par l'éloignement des populations des Centres de santé, l'insuffisance des ressources financières pour le suivi et les déplacements, l'insuffisance des mesures d'accueil dans les structures sanitaires.

- Selon le rang de la grossesse causale (Tableau X) :

Les primigestes ont été les plus représentées avec une fréquence de 43,1%. Ce taux est proche de celui de Mariane A. [1] qui a trouvé 44,44%, inférieur à ceux de Berthé H. [3] et Harouna Y.D. [10] qui ont enregistré respectivement 62,5% et 67,3%. Au Cameroun Zoung [30] a rapporté 86,5%.

- Selon la parité (Tableau XI) :

Les primipares ont été les plus représentées avec une fréquence de 35,6% des cas. Si les primipares et les multipares sont au même titre exposées à la fistule, les causes en sont différentes : pour les primipares, c'est généralement l'immaturité du bassin et pour les multipares, la cause est généralement une dystocie cervicale.

- Selon la durée du travail (Tableau XII) :

Les patientes ayant accouché entre la 24^{ème} et 72^{ème} heure de travail ont été les plus représentées avec un taux de 66,7%. Ce taux est inférieur à ceux de Berthé H. [3] et Koïta A.K. [14] qui ont rapporté respectivement 75% et 93,94%. Cela peut s'expliquer par le fait que beaucoup de femmes croient pouvoir accoucher sans difficulté à domicile et que ce n'est qu'après des moments d'hésitation qu'elles regagnent tardivement le chemin des centres de santé. Cependant le long travail n'explique pas seulement la survenue de la fistule.

- Selon le lieu d'accouchement (Graphique 3) :

Les patientes ayant accouché dans une structure sanitaire ont été les plus représentées avec une fréquence de 71,2%. Cela peut s'expliquer par la multiplication récente des centres de santé sur l'étendue du territoire et que la majorité des parturientes y sont arrivées avec le processus de fistulisation déjà entamé dû à la longueur du temps de travail.

- Selon le mode d'accouchement (Tableau XIII) :

Les patientes ayant accouché par voie basse de façon pénible ont été les plus représentées avec un taux de 63,6%. 36,4% ont subi de la césarienne pour sauvetage maternel.

- Selon l'état des nouveau-nés de l'accouchement causal (Tableau XIV) :

Les mort-nés ont été les plus représentés avec une fréquence de 90,9%. Cette mortalité élevée peut s'expliquer par le mauvais suivi des grossesses et la non assistance des accouchements. 9,1% ont survécu quand bien même dans des conditions de souffrance fœtale compromettant ainsi leur devenir psychomoteur.

4- Classification anatomo-clinique de la fistule.

- Age de la fistule (Tableau XV) :

Les patientes ayant vécu plus de 9 ans « dans les urines » ont été les plus représentées avec une fréquence de 31,8% dont le plus âgé était de 39 ans. Nous remarquons en fait que ce sont, dans la plupart des cas, des fistules acquises il y a très longtemps, et que grâce à l'implication manifeste des uns et des autres, et à la multiplication des campagnes de sensibilisation, ces femmes retrouvent l'espoir de guérison.

- Selon le nombre de tentative de réparation (Tableau XVI) :

Les patientes qui étaient à la première tentative de réparation ont été les plus représentées avec une fréquence de 47,0%. Cela peut s'expliquer par l'impact de la sensibilisation sur les chances de guérison, qui font que ces femmes, de plus en plus, sortent de l'isolement et accourent vers les centres de traitement.

- Selon le siège de la fistule (Tableaux XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV) :

Pour cela nous avons utilisé la classification de notre Service qui tient compte en même temps du siège anatomo-clinique de la fistule, la qualité du vagin, et l'association de FRV. Dans l'ensemble, la fistule trigonale a été la plus représentée avec une fréquence de 25,7% des cas. En fonction des Régions, la fistule trigonale a été la plus représentée chez les patientes en provenance des Régions de Sikasso, Ségou, et les Pays voisins avec respectivement des fréquences de 34,6%, 25,0% et 33,2%. La fistule trigono-cervico-utéro-vaginale a été la plus retrouvée chez les patientes en provenance du District de Bamako et la Région de Koulikoro avec respectivement des fréquences de 36,3% et 29,1%. La fistule trigonale et la trigono-cervico-utéro-vaginale ont été les plus représentées chez les patientes en provenance de la Région de Kayes avec chacune 23,0%. La fistule cervico-urétrale a été la plus représentée chez les patientes en provenance de la Région de Mopti avec une fréquence de 44,5%. La désinsertion cervico-urétrale partielle et l'atrophie vaginale ont été les plus représentées chez les patientes en provenance de la Région de Tombouctou avec chacune une fréquence de 28,7%. Nous avons observé presque les mêmes types de fistule dans chacune des Régions, mais les types de lésions complexes associant fistules et déchirure du périnée ont été observés chez les patientes en provenance des Régions de Kayes, Koulikoro et Bamako avec chacune un cas.

5- Traitement.

- Selon le type d'anesthésie (Tableau XXVI) :

L'anesthésie loco-régionale a été la plus utilisée au cours de nos interventions avec une fréquence de 98,5% ; puisse qu'elle permet à la patiente d'être consciente pendant l'intervention, lui permettant ainsi de partager l'ambiance du bloc opératoire avec le chirurgien, et évitant ainsi les inhalations de produits de sécrétion.

- Selon la voie d'abord (Tableau XXVII) :

La voie basse a été la plus utilisée avec une fréquence de 92,4%. Ce taux est inférieur à celui de Mariko S. [16] qui a enregistré 97,2%. Il est similaire à celui rapporté par Philippe H.J. [23] qui est de 90%. D'après cet auteur, la voie haute (abdominale) isolée est indiquée en cas de fistules hautes (vésico-utérine, urétéro-vaginale..). Dans notre étude la voie haute isolée a été pratiquée dans 5,3%. La voie mixte a été pratiquée dans 2,3% dans les cas où une seule voie n'était pas une chose aisée.

- Selon le type du traitement (Tableau XXVIII) :

La fistulorraphie, inspirée de la technique de Chassar-Moir, a été la plus pratiquée dans 56,8% des cas. Ce taux est inférieur à celui de Steg A. [25] qui est de 68,9%. Elle a été associée à d'autres techniques chirurgicales (Cystolithotomie, Episiotomie, Soutènement urétral, Greffe de Martius, Réparation du périnée, TVT, Urétroplastie, Anastomose cervico-urétrale) dans 11,4% des cas.

L'anastomose cervico-urétrale, pratiquée pour réparer les désinsertions cervico-urétrales, a été utilisée dans 13,6% des cas.

L'urétroplastie a été utilisée pour la confection d'un néo-urètre dans 6,8% des cas. Elle a été associée à d'autres techniques chirurgicales (Fistulorraphie, Greffe de Martius) dans 2,3% des cas.

La vaginoplastie a été pratiquée pour rétablir le vagin dans 1,5% des cas.

La néphrectomie (à gauche) a été pratiquée pour la fistule urétéro-vaginale après que nous ayons constaté en per opératoire l'uretère gauche déchiqueté sur une grande partie dans 0,8% des cas.

La colposuspension (soutien du col vésical à l'aide du fil non résorbable ou de bandelettes sous urétrales) a été utilisée pour le traitement des incontinences urinaires d'effort dans 8,3% des cas. Elle a été associée à la fistulorraphie dans 2,3% des cas.

La greffe de Martius a été une technique de greffe d'organes prélevés au niveau de la grande lèvre vulvaire pour réparer la continence urinaire dans les cas de perte importante de tissu au niveau local. Elle a été associée à la

fistulorrhaphie dans 1,5% des cas et à l'urétroplastie dans 0,8% des cas. La diversité des techniques de réparation est due aux types de lésions rencontrées.

6- Résultat du traitement.

- Résultat du traitement chirurgical en fonction du nombre d'intervention (Tableaux XXXI, XXXV, XXXIX, XXXXIII).

- Sur 62 fistules de première main, nous avons obtenu 52 cas de 1^{er} degré, soit 83,9%.
- Sur 25 fistules de deuxième main, nous avons obtenu 18 cas de 1^{er} degré, soit 72,0%.
- Sur 18 fistules de troisième main, nous avons obtenu 10 cas de 1^{er} degré, soit 55,6%.
- Sur 14 fistules de quatrième main, nous avons obtenu 11 cas de 1^{er} degré, soit 78,6%.
- Sur 8 fistules de cinquième main, nous avons obtenu 3 cas de 1^{er} degré, soit 37,5%.
- Sur 2 fistules de sixième main, nous avons obtenu 1 cas de 1^{er} degré, soit 50,0%.
- Sur 3 fistules de septième main, nous avons obtenu 0 cas de 1^{er} degré, soit 0%.

Nous remarquons que jusqu'à 4 interventions subies, le taux de réussite a été supérieur à 50%, mais avec une diminution des chances. Ceux-ci montrent l'influence néfaste de l'échec de la première cure énoncée par Couvelaire R. [5] « 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 cures ultérieures ».

- Résultats selon le taux de réussite du traitement chirurgical (1^{er} degré) en fonction des campagnes (Graphique 4).

La quatrième campagne a enregistré le plus grand taux de réussite (1^{er} degré) avec 84,0% ; suivie de la deuxième campagne avec un taux de 76,2% ; de la troisième campagne avec un taux de 69,8% ; de la première campagne avec un taux de 65,1%.

Ces différents résultats sont comparables à ceux obtenus par Berthé H. [3] et Ouattara K. [20] qui ont trouvé respectivement 68,75% et 85% ; et largement supérieur à celui de Mariko S. [16] qui a trouvé 52,8%.

Le taux d'échec (2^{ème} degré + 3^{ème} degré) a été de 16,0% pour la quatrième campagne ; 23,8% pour la deuxième campagne ; 30,2% pour la troisième campagne ; 34,9% pour la première campagne. Celui-ci est d'autant plus élevé que si il y a beaucoup d'anciennes fistules, de destruction du col vésical et de l'urètre.

La différence entre les résultats obtenus peut s'expliquer par le niveau d'expérience des chirurgiens, des stagiaires, le type de fistule, la qualité des tissus, la qualité des sondes urinaires et des fils de suture ; et le niveau du suivi post opératoire.

7- Les points forts, faibles et difficultés de la stratégie.

Les points forts :

- Les campagnes FVV permettent d'opérer en masse un grand nombre de fistules uro-génitales dans un laps de temps.
- Elles contribuent à réduire le nombre de malades victimes de complications d'accouchement se traduisant par des délabrements uro-génitaux.
- Elles apparaissent comme une occasion de tester d'avantage nos capacités organisationnelles en matière de recherche, de formation, et traitement.
- Elles permettent de former des chirurgiens et infirmiers pour pallier au déficit dans le domaine tant sur le plan national qu'international.
- Elles offrent une occasion de renforcer le plateau technique de notre Service par l'acquisition de nouveaux équipements.
- Les campagnes ont un rôle de plaidoyer auprès des autorités politico-administratives, sanitaires, de la société civile, en faveur des victimes de la fistule vésico-vaginale.
- Elles permettent un counseling de masse des patientes sur les conséquences des grossesses et accouchements non suivis médicalement, ainsi que sur les différents aspects de la fistule.
- C'est un bel exemple de coopération sanitaire Sud-Sud et Nord-Sud.
- L'expérience déjà acquise en la matière nous a permis d'organiser d'autres campagnes FVV à l'intérieur du pays (Tombouctou, Gao) et dans d'autres pays africains (Cameroun, Mauritanie, Libéria, Guinée équatoriale).
- Toutes ces différentes données constituent un support nous permettant de faire une analyse comparative des différents résultats enregistrés et des particularités de la fistule obstétricale.

Les points faibles et les difficultés :

- Pendant la période de campagne, ce sont les autres activités chirurgicales du Service qui sont perturbées. Toute l'activité chirurgicale est exclusivement réservée à celle de la fistule, ce qui a un impact négatif sur les recettes de l'hôpital.
- Beaucoup de malades arrivent en plein campagne, si non vers la fin, et doivent aussi être opérées alors qu'elles n'ont réalisé le moindre bilan préopératoire.
- La capacité, en matière d'hébergement, de restauration, de médicament est limitée par rapport à la demande, surtout qu'il s'agisse de malades démunies dans la majorité des cas.

- La différence linguistique entre, d'une part le soigné et soignant, d'autre part le soignant et soignant, ne rend pas du tout aisés les choses.
- L'éloignement du Centre d'hospitalisation en post opératoire (Centre Oasis) par rapport au Service, aux blocs opératoires et l'insuffisance du personnel infirmier obligent les malades opérés à passer deux ou trois jours dans le Service d'urologie pour la surveillance post opératoire immédiate et après sont contraintes à marcher pour rejoindre le Centre Oasis pour le reste des jours de suivi.
- Le nombre trop élevé de stagiaires pendant les campagnes peut faire que le stagiaire risque de ne opérer la moindre ou deux malades par jour.
- L'absence des autorités publiques, la non implication des médias publics et privés pendant la période des campagnes, sont autant de situations qui n'encouragent guère la poursuite des campagnes.

V- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion :

L'organisation de campagne de prise en charge de la FVV est une occasion pour notre Service de tester d'avantage ses capacités en matière de formation en chirurgie de la fistule uro-génitale et contribue largement à faire baisser le nombre de la fistule obstétricale.

La formation de chirurgiens contribue à pallier à la pénurie de spécialistes dans le domaine.

Les résultats globaux des quatre campagnes sont certes encourageants. Toutefois, il reste beaucoup à faire pour atteindre l'objectif zéro fistule comme dans les pays développés.

Recommandations :

A la population générale :

- ✓ La solution passe par la sensibilisation et l'éducation pour la réalisation de consultations prénatales de bonne qualité.
- ✓ Eviter les grossesses et les mariages précoces.
- ✓ L'orientation vers les centres de traitement de toute femme souffrante de pathologie urinaire après un accouchement.

Aux techniciens socio-sanitaires :

- ✓ Référer à temps tout cas de grossesse à risque vers les structures sanitaires spécialisées.
- ✓ Avoir tout temps le réflexe d'évacuer la vessie de la parturiente et faire une épisiotomie au moindre doute de déchirure périnéale.
- ✓ Soumettre chaque parturiente à un examen urologique en période post partum en vue de rechercher chez elle une FVV probable.

Aux chirurgiens gynécologues, obstétriciens, Sages femmes :

- ✓ Se rappeler de la survenue d'une fistule uro-génitale au cours des gestes tels que la césarienne, l'hystérectomie, la pose d'un forceps, et alors leur accorder une attention particulière.
- ✓ Intégrer dans La formation du personnel surtout les Sages femmes, Matrones ou Accoucheuses traditionnelles et des Infirmiers de brousse, des notions de prévention et de prise en charge de la fistule uro-génitale.
- ✓ L'utilisation du partogramme pour pouvoir référer les parturientes en difficulté en temps idéal.

Aux urologues :

- ✓ Une étroite collaboration avec les Services de gynéco-obstétrique et de la psychiatrie pour la réussite du traitement.
- ✓ Procéder à une informatisation de toutes les données relatives à la fistule vésico-vaginale obstétricale.
- ✓ Prévoir le maximum de boîtes chirurgicales, de blouses et de champs opératoires pour les campagnes.

Aux autorités politiques et sanitaires :

- ✓ Appuyer les efforts du Service d'urologie du CHU du Point G en faisant de la réalité la création du Centre sous régional de recherche, de formation et de prise en charge de la FVV.
- ✓ Augmenter la capacité d'hébergement du Centre d'accueil des malades de fistule et en y construisant sur place un bloc opératoire avec une unité de réanimation.

- ✓ Renforcer le secours obstétrical en créant d'avantage d'infrastructures socio-sanitaires et de communications dans les zones défavorisées afin de faciliter l'accès aux soins obstétricaux de base.
- ✓ Recruter et former le personnel médical pour la surveillance et le suivi des malades opérées de FVV.
- ✓ Soutenir médiatiquement les campagnes de prise en charge de la FVV.
- ✓ Réaliser une Journée Nationale de Lutte contre la FVV obstétricale.
- ✓ Assurer des ressources humaines qualifiées, biens formées et réparties dans le pays.

FICHE SIGNALITIQUE ET RESUME.

Fiche signalitique :

Nom : DEMBELE **Prénoms :** Dabéré Ives

Titre de thèse : Campagnes de Prise en Charge de la Fistule Vésico-Vaginale dans le Service d'urologie du CHU du Point G.

Année universitaire : 2009-2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : République du Mali.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie, et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

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

Résumé :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive qui a porté sur l'organisation de campagnes de prise en charge de la fistule vésico-vaginale dans le Service d'urologie du CHU du Point G à Bamako au Mali du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007. Notre objectif était de faire une étude évaluative des campagnes de prise en charge de la fistule vésico-vaginale dans le Service d'urologie du CHU du Point G. 135 malades victimes de fuite d'urine ont été opérées. Ce qui a représenté 15% de l'activité chirurgicale de notre Service dans l'année. Dix (10) missionnaires stagiaires et vingt cinq (25) médecins nationaux en cours de spécialisations en chirurgie générale ou en gynécologie obstétrique ont été encadrés par l'équipe du Professeur Kalilou OUATTARA. Toutes nos patientes étaient démunies financièrement et sont venues essentiellement du Sud du Pays. La Région de Ségou a été la plus représentée avec 27,3%. La moyenne d'âge a été de 37 ans avec des extrêmes allant de 14 ans à 60 ans. 75,7% de nos patientes se sont mariées entre 15 ans et 17 ans. Les primigestes ont été les plus représentés avec 43,1% des cas. Les primipares ont été les plus représentées avec 35,6% des cas. 71,2% des patientes ont accouché dans une structure sanitaire et 28,8% d'accouchement à domicile sans aucune assistance adéquate. La fistule trigonale a été la plus représentée avec 25,7%. L'anesthésie loco-régionale a été la plus pratiquée dans 98,5% des cas. La fistulorrhaphie en deux plans inspirée de la technique de Chassar-Moir a été la plus pratiquée 56,8% des cas. Nous avons obtenu des taux de succès de : 65,1% à la première campagne ; 76,2% à la deuxième campagne ; 69,8% à la troisième campagne ; 84,0% à la quatrième campagne.

Mots clés : Campagnes - Fistule Vésico-Vaginale - Stratégie - Traitement.

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- ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE DU MALI (2001 – 2006) :

Cellule de planification et de statistique ; Ministère de la Santé ; Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique ; Ministère de l'Economie, de l'Industrie et du Commerce. Macro International Inc., Claverton, Maryland, USA. Bamako, Mali, décembre 2007.

7- ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE 2006 OMS, STATISTIQUES SANITAIRES MONDIALES.

8- FALANDRY L.

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

9- FALANDRY L.

Les fistules urétéro-vaginales: diagnostic et tactiques opératoires. A propos de 19 cas personnels. J. Chir. (Paris), 1991,128, n° 3 pp. 120-126.

10- 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.

11- IBRAHIM T. ; SASIGH AU ; DANIEL SO.

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

12- KAMINA P.

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

13- KANE A.F.

Les fistules vésico-vaginales : situation actuelle au Sénégal à propos de 307 cas. Thèse de médecine, Dakar 1993 ; n°27.

14- KOITA A.K.

Quelques aspects des fistules vésico-vaginales observées à l'hôpital du Point G à Bamako. Thèse de médecine n° 29, Bamako, 179 pages, 1983.

15- LUGAGNE P.M; LEO J.P; RICHARD F.

Fistules urogénitales

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

16- MARIKO S.

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.

17- MENSAH A. ; DIAGNE B.A.

Les fistules vésico-vaginales : aspects étiopathogéniques et thérapeutiques au Sénégal. Journal d'urologie 1992, n°3, pp 148-151.

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

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

19- MINISTERE DE LA SANTE DU MALI.

Evaluation de l'offre des SOU au Mali 2003.

20- 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.

21- OUATTARA S.

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

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

22- OUATTARA Z.

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

23- PHILLIPE H J. GOFFINE F; JANCKRYE ET TRAORE B.

Fistules obstétricales. Encycl. Med Chir (Elsevier, Paris), obstétrique, 5-078-C-10, 1998, 7P.

24- ROUVIERE

Anatomie humaine : descriptive et topographique. Tome II

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

25- 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.

26- TOURE H.

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

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

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

29- 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.

30- 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, pp 457- 467 Annexes.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Données sociodémographiques

Q1- N° D'ordre de Campagne :

Q2- Nom :

Q3- Prénom :

Q4- Provenance :

Q5- Age :

Q6- Age au Mariage :

Q7- Taille :

Q8- Domicile :

1- Familial 2- Paternel 3- Isolé

Données cliniques

Q9- Etat de la miction :

1- miction partiellement conservée 2- absence de miction

Q10- Etat de la vulve et du périnée :

1- vulve normale 2- lésions vulvo-périnéales

Q11- Etat du vagin :

1- souple 2- sclérosé

Données obstétricales

Q12- Le nombre de consultation prénatale réalisé :

Q13- Rang de la grossesse causale :

Q14- Nombre de parité :

Q15- Durée du travail de l'accouchement causal :

Q16- Lieu d'accouchement de la grossesse causale :

1- domicile 2- structure sanitaire

Q17- Mode d'accouchement de la grossesse causale :

1- voie naturelle 2- césarienne 3- extraction instrumentale

Q18- Etat des nouveau-nés de l'accouchement causal :

1- vivant 2- mort-né

Classification anatomo-clinique de la fistule

Q19- Age de la fistule (en année) :

Q20- Nombre de tentative :

Q21- Le siège de la fistule :

1- Trigonale 2- Trigono-cervico-utéro-vaginale 3- Retrotrigonale

4- Cervico-urétrale 5- Uréthro-vaginale

6- Désinsertion cervico-urétrale partielle

7- Désinsertion cervico-urétrale totale

8- Destruction de l'urètre

9- Fistule urétéro-vaginale

10- FRV 11- FVV+FRV 12- Autres...

Traitement

Q22- Date de l'intervention :

Q23- Type d'anesthésie :

1- Anesthésie loco-régionale 2- Anesthésie générale

Q24- Voie d'abord chirurgical :

1- Basse 2- Haute 3- Mixte

Q25- Type de traitement :

1- Fistulorrhaphie en deux plans 2- Anastomose cervico-urétrale
3- Urétroplastie 4- Autres...

Résultat du traitement

Q26- Délai d'ablation de la sonde :

Q27- Degré de guérison :

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

Q28- Prise en charge :

- 1- UNFPA 2- Service social 3- Famille 4- Autres

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !