

Ministère de l'enseignement
supérieur et de la recherche
scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple Un But Une Foi

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2011-2012

N° :/ /

THESE

SUIVI MEDICO-SOCIAL DE 74 FEMMES OPEREES DE FISTULE VESICO - VAGINALE D'ORIGINE
OBSTETRICALE DANS LE CERCLE DE NIAFUNKE ET GOUNDAM DE 2008 A 2010

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE15..... /.....06..... /2012
DEVANT LA FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE

PAR :

Mr **BABA TRAORE**

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)**

JURY

PRESIDENT : Pr SAHARE Fongoro

MENBRE : Dr SIMA Mamadou

CO-DIRECTEUR : Dr TRAORE Mamadou Salia

DIRECTEUR : Pr MAIGA Bouraïma

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A **DIEU**, l'omniscient, l'omnipotent, qui a manifesté sa grâce envers moi et qui m'a soutenu en tous lieux et en toutes circonstances. Il a fait de moi ce que je suis aujourd'hui sans que ma force et mon pouvoir y soient pour quelque chose. Louange à lui qui conduit les bonnes choses à leur réalisation.

A notre Prophète **MAHOMET** [que le salut et la paix de Dieu soient sur lui] qui nous à inspiré et nous a conduit à la recherche scientifique.

A mon père **feu CAPITAINE ABDOULAYE TRAORE**, tu n'as jamais mis quelque chose au dessus de mes études. Je ne saurais mieux dire ce que tu as fait pour moi sans en diminuer la valeur. Que Dieu tout puissant t'accorde sa grâce et sa miséricorde.

A ma mère **MARIAM SIDIBE**, tu as été une mère particulière pour moi et pour tant d'autres. Ta personnalité et ton sens de l'humanité ont fait de toi ma personnalité de référence. C'est une fierté pour moi d'être ton fils. Tu m'as soutenu sans faille du début de mes études jusqu'à ce jour. Ma réussite est le résultat de tes efforts inestimables. Puisse Dieu te donner longue vie pour goûter le fruit de ton labeur.

A mon oncle **SEYDOU TRAORE**, merci de tes conseils combien précieux, j'en ferai usage pour toujours.

A ma tante **ROKIA TRAORE**, Ce travail est le votre car vos sages conseils ne sont pas tombés dans l'oreille d'un sourd. Puisse ALLAH vous accorder longévité et bonheur.

A mes frères et sœurs **Bakou, Djeneba, fatoumata, Sekou, Maoula, MaKan, Assitan et Sidy TRAORE:**

La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance. L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible.

Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers. Que Dieu renforce nos liens.

A ma Fiancée, Dielika KANE,

Les mots me manquent pour exprimer ici toute l'affection que j'ai pour toi. Puisse Allah le tout puissant nous guider et nous protéger.

A SMARA, les mots me manquent pour évaluer à sa juste valeur tout ce que vous m'avez apporté.

Au Mali pour tous les efforts consentis dans notre formation, qu'Allah fasse que nous te servons avec amour et loyauté.

REMERCIEMENT

A ma grande mère Assitan BAGAYOKO, pour son soutien durant toutes ces longues années.

A mes tantes Fana, Filifin, Sanaba, Sekoura, Hawa, Djeneba pour l'assistance l'éducation, le soutien moral et les conseils sages reçus, merci.

A mes cousins et cousines, merci pour vos encouragements.

A Dr KONE Drissa, j'ai beaucoup appris à vos côtés. Merci pour vos sages conseils, votre disponibilité et votre soutien.

A Mr SIDIBE Souleymane, coordinateur national SMARA. Pour vos sacrifices, vos prières et vos conseils. Profonde gratitude.

Aux Gynécologue-obstétriciens du CHU point G Dr TRAORE M, DR COULIBALY A, DR KANTE, Merci pour votre grande disponibilité pour les enseignements reçus et pour m'avoir donné sans compter. Je garde une bonne impression de vous tous et vous en suis reconnaissant. Voici le fruit de vos efforts.

Aux internes du service de Gynéco-obstétrique du point G, pour la convivialité et la fraternité. Brillante carrière.

A mes amis : Boubacar malé coulibaly dit Taribo, Mohamed Alama Diabaté alias Diaboss, Moussa M Maiga dit Pipo, Dr TRAORE Ibrahim, Soumaila Touré dit binké, Vous êtes comme mes frères à présent. Pour l'amitié inconditionnelle qui nous a uni durant toutes ces années, je vous souhaite tout ce qu'il y a de meilleur.

A toute ma promotion, tendres pensées.

À tous les Enseignants de la FMPOS,

Pour toute la disponibilité et l'instruction dont j'ai bénéficié. Merci.

À tous ceux qui ont fait de moi l'Homme que je suis en participant de près où de loin à mon éducation et à ma formation,

Profonde gratitude.

Abréviations

AFOA : association de traitement de fistule obstétricale africaine

ASACO : association de santé communautaire.

ATR : accoucheuse traditionnelle recyclée.

CPN : consultation prénatale.

Cs-com : centre de santé communautaire.

Cs-ref : centre de santé de référence.

FRV : fistule recto-vaginale.

FRVb : fistule recto-vaginale sans rupture sphinctérienne

FRVh : fistule recto-vaginale avec rupture sphinctérienne

FVC : fistule vésicale complexe.

FVG : fistule vésicale grave.

FVS : fistule vésicale simple.

FVU : fistule vésico-utérine.

FVV : fistule vésico-vaginale.

FELASCOM : fédération locale des associations de santé communautaire

FMPOS : faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

GSM: Groupe sotelma malitel

IECS: information éducation communication pour la santé.

Km: kilomètre

Km²: kilomètre carré

MSF: Medecin sans frontière.

OMS: organisation mondiale de la santé.

SMARA: Santé Mali Rhône-Alpes

UIV: urographie intraveineuse

UNFPA : fond des nations unies pour l'aide à la population.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| Abréviation..... | 1 |
| Sommaire..... | 2 |
| Introduction..... | 4 |
| Objectifs..... | 7 |
| Généralités..... | 8 |
| Méthodologie..... | 41 |
| Résultats..... | 49 |
| Discussion..... | 68 |
| Conclusion et recommandations..... | 73 |
| Références bibliographiques..... | 76 |
| Annexes..... | 79 |

INTRODUCTION

La joie de donner la vie (l'accouchement) peut se transformer pour la parturiente en un cauchemar éternel, faisant d'elle un fantôme et une exclue de la société par la survenue d'une fistule vésico-vaginale.

Réalité quotidienne vécue dans nos pays, la fistule vésico-vaginale Obstétricale demeure aujourd'hui un problème de santé publique malgré une amélioration de la santé maternelle.

Elle constitue une tragédie pour la santé physique, sociale, morale et psychologique de la jeune femme victime de cette affection.

Pathologie devenue rare voire disparue dans les pays développés du fait d'un bon suivi obstétrical des femmes, la fistule vésico vaginale obstétricale continue à faire des victimes dans notre société. [21]

Dans de très nombreux pays en voie de développement, en Afrique en particulier, un très grand nombre de femme accouche dans des conditions extrêmement primitives, à des dizaines ou à des centaines de kilomètre de toutes structures médicalisées et avec pour toute assistance celle des accoucheuses traditionnelles qui ignorent en général tout de l'anatomie pelvienne de l'obstétrique et bien sùre de la dystocie.

Le mariage en règle précoce de ces filles fait que leur bassin encore immature et étroit va constituer une source de dystocie très fréquente.

L'insuffisance du personnel sanitaire en plus de sa mauvaise répartition font qu'une bonne partie des femmes vivent leur grossesse du début à la fin sans surveillance et sans assistance médicale.

Tant bien même, les mêmes structures de santé sont facilement accessibles les pratiques coutumières font que les parturientes n'ont pas recours au centre de santé le plus proche.

C'est pourquoi la recherche de solution et la prévention de gravissimes problèmes médico-socio-économiques posés par les fistules génito-urinaires ou uro-génito-digestives deviennent nécessaires. [3]

Elles interpellent : les autorités sanitaires, le personnel de santé et la société civile.

L'écoulement permanent d'urine exige des soins corporels rigoureux.

Le Port de garnitures et la régularité de la toilette obligent la malade à rester cloîtrée à domicile. Les conséquences sont :

- les brûlures cutané-vulvaires par les urines,
- la diminution de la capacité productive de la malade,
- la réduction de la cohabitation conjugale et la privation sexuelle,
- l'isolement et l'exclusion de la patiente. [4 ; 5 ; 6]

Ces conséquences d'autant plus graves que la malade se sent stigmatisée, évitée, inutile, abandonnée et même rejetée par la société et pire par sa propre famille.

Elle constitue une souffrance terrible, chaque année, dans le monde, plus d'un demi-million de jeunes femmes meurent de complication de la grossesse et l'accouchement. Pratiquement tous ces décès ont lieu dans les pays en voie de développement. L'organisation mondiale de la santé estime qu' à l'échelle mondiale, plus de 300 millions de femmes souffrent actuellement de complication à court ou à long terme résultant de la grossesse ou de l'accouchement, avec environ 20 millions de nouveaux cas survenant chaque année. Ces problèmes comprennent la fistule obstétricale qui concernait 50000 à 100000 femmes [21].

Cela dit, la région de Tombouctou n'est pas resté en marge de cette prolifération des centres de santé communautaire, c'est pourquoi nous avons initié ce travail dans la région de Tombouctou, principalement les cercles de Goundam et de Niafunké en vue de faire l'état des lieux de cette complication de l'accouchement.

Objectifs :

➤ **Général :**

Evaluer le suivi médico-social des femmes fistuleuses dans les cercles de Niafunké et Goundam.

➤ **Spécifiques :**

- ✓ Déterminer le profil sociodémographique de ces femmes.
- ✓ Apprécier la prise en charge médicale de ces femmes.
- ✓ Apprécier le devenir social de ces femmes.
- ✓ Déterminer les séquelles encourues.

GENERALITES

I. DEFINITION

La fistule vésico-vaginale se définit comme étant une communication pathologique entre la vessie et le vagin entraînant une perte permanente des urines par le vagin. Elle peut être associée à une fistule recto-vaginale laissant passer les matières fécales par le vagin. [22]

II RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

2-1) Le bassin féminin:[7]

Le bassin osseux est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs. Il a été modelé durant les premières années de la vie, par la pression du poids de la partie supérieure du corps transmise par le rachis et la contre-pression venue du sol transmise par les fémurs.

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

En avant et latéralement : les deux os iliaques

En arrière : le sacrum et le coccyx.

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

La symphyse pubienne en avant.

Les symphyses sacro-iliaques en arrière et latéralement.

L'articulation sacro-coccygienne arrière et en bas.

Le bassin est divisé en deux par les lignes arquées.

En haut, le grand bassin constitué par l'évasement des ailes iliaques, la face antérieure de la colonne vertébrale et la face supérieure des ailerons sacrés.

En bas le petit bassin ou pelvis, canal osseux auquel on décrit deux orifices :

L'orifice supérieur ou détroit supérieur est le plan d'engagement de la présentation lors de l'accouchement.

L'orifice inférieur ou détroit inférieur, plan de dégagement et une excavation entre les deux où s'effectue la descente et de rotation de la présentation.

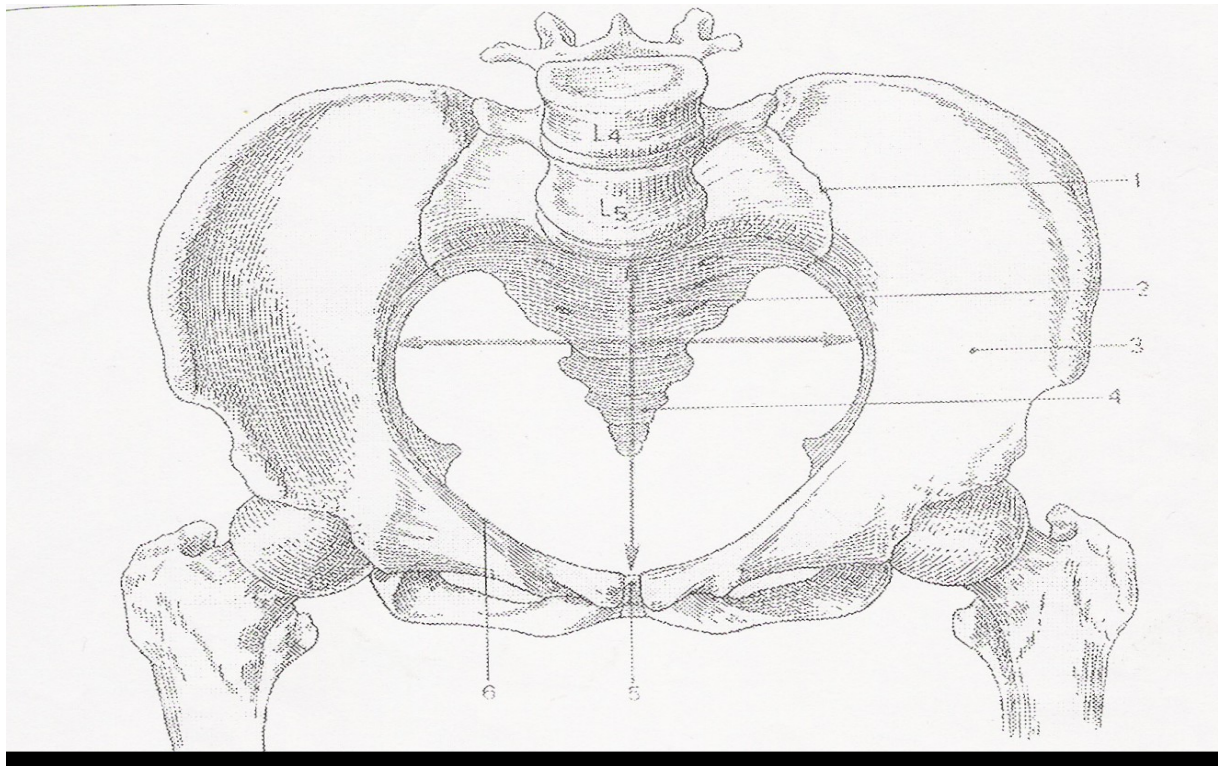


Schéma 1: bassin osseux féminin : vue antéropostérieure (d'après FARABEUF)

1 : articulation sacro-iliaque

2 : sacrum

3 : os iliaque

4 : coccyx

5 : symphyse pubienne

6 : ligne terminale

Les flèches indiquent les grands diamètres du détroit supérieur

2.2 Rappel sur les organes pelviens par rapport à la fistule vésico-vaginale

A la vessie [8]

La vessie est un réservoir musculaire pour l'urine qui s'écoule par les uretères et qui y séjourne entre les mictions.

A-1) Anatomie macroscopique

Situations

La vessie se trouve en sub-péritonéal, derrière la symphyse pubienne dans sa loge occupant l'espace pelvi-viscéral.

Chez la femme, elle est au dessus du plancher pelvien, en avant de l'utérus et du vagin.

Forme

La taille de la vessie varie selon le volume de son contenu. la vessie chez la femme est plus large que chez l'homme.

- vide, on lui décrit :

Une face supérieure : triangulaire et concave,

Une face postéro-inferieure ou base, que le col prolonge jusqu'à l'urètre

Une face antero-inferieure : concave,

Trois bords : latéraux et postérieurs,

Trois angles : répondent à l'ouraque et aux uretères,

On peut également diviser la vessie en 2 parties : le corps et la base de la vessie.

Le corps vésical « corpus » forme le toit de la vessie. Il est appliqué contre la cavité péritonéale, et s'oriente par son sommet vers le haut et en devant, le long de la paroi abdominale.

La base vésicale ou « fundus » est orientée vers le plancher pelvien. Elle correspond à la partie postéro-inferieure de la vessie, sur sa paroi postérieure s'abouchent les 2 uretères. La base vésicale s'amincit en bas pour former le col « cervix » vésical qui donne naissance à l'urètre.

La base vésicale est fixée au plancher pelvien et aux organes voisins par des ligaments (tissu conjonctif et fibres musculaires lisses) : ligaments pubo-vésical

chez la femme. Il existe aussi des fixations musculaires entre la symphyse pubienne, le rectum et la base vésicale.

- pleine : elle devient globuleuse en se dilatant au dépens surtout de la face supérieure. Son sommet dépasse le bord supérieur de la symphyse pubienne. Il peut même atteindre l'ombilic en cas de paralysie.

□ Dimensions :

La taille de la vessie dépend des organes et du corps humain. A partir de 350 ml, on a envie de vider sa vessie mais elle peut contenir 2 à 3 l d'urine.

A-2) Anatomie microscopique

La paroi vésicale comprend :

□ la muqueuse qui est formée d'épithélium transitionnel de 3 couches. il existe un tissu conjonctif entre la muqueuse et la musculaire

□ La musculaire : elle présente 3 couches : une externe avec des fibres longitudinales, une moyenne avec des fibres circulaires et une interne avec des fibres longitudinales. Ces fibres musculaires ainsi que d'autres provenant des muscles du plancher pelvien forment des systèmes de fermeture et d'ouverture autour des orifices urétéraux et urétraux de sorte que l'urine vésicale ne remonte pas dans les uretères et l'ouverture et la fermeture volontaire de la vessie soient possibles

□ L'adventice : est la plus externe et adhère au péritoine sur la face supérieure de la vessie

A-3) configurations internes

La surface interne de la vessie est rouge sur le vivant, elle est lisse chez l'enfant et devient aréolaire chez l'adulte à cause de l'hypertrophie de la musculaire.

La surface de la muqueuse vésicale varie selon le volume de son contenu.

Elle présente des plis muqueux quand la vessie est vide.

Sur la paroi postérieure de la base vésicale se trouve devant le col vésical un triangle appelé « trigone vésical » ; sur les 2 angles supérieures de ce triangle s'abouchent les deux orifices urétéraux .entre eux se trouve un repli muqueux

appelé repli inter-urétérique et qui forme la base du trigone. Ils sont distants l'un de l'autre de 2,5 cm et se trouvent de 2 à 3 cm en arrière et en dehors de l'orifice urétral.

L'angle inférieur, le troisième angle du triangle abrite l'orifice urétral, appelé col de la vessie.

Cet orifice est à 2 à 3 cm en arrière de la partie moyenne de la symphyse pubienne.

La muqueuse du trigone vésical est lisse, présente une hyper vascularisation et est adhérent à la couche musculaire.

A-4) rapports :

- Face supérieure : péritoine avec les anses intestinales, le côlon et chez la femme : l'utérus et les ligaments
- Face antero-inférieure : paroi antérieure du bassin, aponévrose ombilico-pré vésicale, muscles releveurs de l'anus, muscle et nerf obturateur.
- Face postéro-inférieure appelée la base vésicale : chez la femme, le péritoine forme entre la base de la vessie, le col utérin et le vagin le cul de sac vésico-utérin le sommet de la vessie ou l'ouraque est un cordon fibreux qui s'étend de la vessie à l'ombilic et aux artères vésicales

A-5) vaisseaux et nerfs

- Les artères :

La vessie reçoit le sang artériel :

- des artères vésicales supérieures qui proviennent de la portion perméable de l'artère ombilicale
- des artères vésicales inférieures naissent des artères iliaques internes
- des artères vésicales antérieures naissent des artères honteuses internes rameaux des artères du voisinage

- Les veines :

Les veines vésicales forment un plexus veineux vésical et drainent vers les veines iliaques internes.

Les lymphatiques :

Ils drainent les nodules lymphatiques le long des vaisseaux iliaques internes et externes.

Les nerfs :

Les fibres parasympathiques et sympathiques proviennent du plexus iliaque interne et forment un plexus vésical de chaque côté. Les fibres parasympathiques responsables de l'ouverture des sphincters et de la contraction de la musculature vésicale, naissent des segments S 2 – S4 des nerfs splanchniques. Les fibres sympathiques, responsables de la fermeture des sphincters naissent des segments L1 – L3 des nerfs splanchniques lombaires.

B URETRE FEMININ

L'urètre est un conduit musculo-membraneux conduisant l'urine de la vessie à l'orifice externe du méat urétral.

B-1) anatomie macroscopique :

Commence par l'orifice vésical de l'urètre, qui se trouve sur le sommet inférieur du trigone vésical. Il traverse le plancher pelvien ou diaphragme uro-génital en faisant une courbure concave en avant entre la symphyse pubienne et la paroi antérieure du vagin. Il termine dans la vulve par l'orifice externe de l'urètre qui est le méat urétral. Il a une direction à peu près parallèle à celle du vagin placé derrière lui. Il est long de 2,5 à 4 cm et sa lumière a un diamètre de 7 à 8 mm. Des glandes urétrales s'abouchent dans sa lumière.

L'orifice urétral externe se trouve 2 à 3cm en dessous du gland du clitoris et à la forme d'une fente ou d'une étoile.

l'intérieur de l'urètre est tapissé par une muqueuse qui présente des plis longitudinaux, dont l'un est le plus apparent, médian et postérieur s'appelle crête urétrale. Des glandes urétrales se trouvent dans la paroi.

B-3) vaisseaux et nerfs

Artères : proviennent des artères vésicales, iliaque, vaginales, honteuse

veines : se jettent dans le plexus vaginal

□ Lymphatiques : se drainent dans les nodules lymphatiques iliaques internes et externes.

□ Nerfs : plexus hypogastrique et honteux.

C) URETERE [8]

L'uretère est un long conduit musculo-membraneux, pair conduisant l'urine depuis le bassin du rein, à travers l'espace sous péritonéal jusqu'à la vessie où il s'abouche au sommet du trigone.

C-1) anatomie macroscopique

□ Trajet

Il fait suite au bassin du rein descend verticalement en longeant l'aponévrose du muscle psoas appliqué sur la paroi abdominale postérieure. Il plonge ensuite dans le bassin, appliqué sur la paroi pelvienne : avant d'atteindre la vessie, il croise à trois endroits les vaisseaux sanguins suivants : il est derrière l'artère et la veine ovarienne sur le muscle psoas, il passe devant l'artère et la veine iliaque commune à l'entrée du bassin et sous l'artère utérine dans le petit bassin, l'uretère passe sur le pôle supérieur du vagin pour atteindre la vessie. Il peut être palpé à travers la paroi antérieure du vagin les deux uretères s'abouchent distants l'un de l'autre de 4 à 5 cm dans le fundus vésical. Ils perforent sur une distance de 2 cm la paroi vésicale, obliquement de latéro-super postérieure vers medio-infero-antérieure, leur orifice dans la vessie ont la forme d'une fente: ostium ureteris

□ Dimensions

L'uretère a la forme d'un tuyau aplati, de 4 à 5 mm de diamètre ,30 cm de long. Il traverse l'espace sous-péritonéale en majeure partie sur la face postérieure de la cavité abdominale. Chez le nouveau-né et le nourrisson, l'uretère est sinueux, il est allongé et dilaté chez la femme enceinte.

L'uretère a trois rétrécissements physiologiques, ou les lithiases urétérales peuvent être bloquées : à sa sortie du bassin du rein

À sa rencontre avec les vaisseaux iliaques communs dans la paroi vésicale

Les rapports :

On distingue quatre parties : portion lombaire, iliaque pelvienne et vésicale

- la portion lombaire répond en dehors au bord interne du rein en dedans à la veine cave à droite, à gauche la 4^{ème} portion du duodénum, l'aorte, l'artère mésentérique inférieure ;

En arrière au psoas, au nerf génito-crural, aux 3-4^{ème} vertèbres lombaires ; en avant : aux vaisseaux ovariens, à droite à la 2^{ème} portion du duodénum et à gauche au fascia d'accolement du colon descendant.

- la portion iliaque : avant de pénétrer dans le bassin l'uretère croise les vaisseaux iliaques aux environs de la bifurcation de l'artère iliaque commune

- la portion pelvienne : l'uretère forme avec l'artère iliaque interne la limite postérieure de la fossette ovarienne. Il répond à l'ovaire, au pavillon de la trompe, aux anses intestinales, au colon iléo-pelvien et au rectum. En abandonnant la paroi pelvienne, l'uretère s'engage dans le mesométrium, croise l'artère utérine, passe à 1 cm du lieu du vagin et du col utérin avant d'atteindre la vessie

- la portion vésicale : les orifices des 2 uretères sont distants de 2 ,5 cm l'un de l'autre et occupent les angles latéraux du trigone vésical .l'uretère chemine dans la sous-muqueuse vésicale, se dilate, forme une ampoule. Il a un repli muqueux qui s'oppose au reflux de l'urine. Il se termine par le méat urétéral, un rétrécissement très court.

C 2. Anatomie microscopique

La paroi de l'uretère comprend :

Une tunique muqueuse, blanc grisâtre constituée d'épithélium transitionnel formée de 4 à 6 rangées de cellules

Une tunique musculaire formée de fibres musculaires longitudinales internes et de fibres circulaires externes

Une tunique conjonctive ou adventice

L'uretère peut se dilater. La contraction de la couche musculaire provoque des ondes péristaltiques 1 à 4 fois par minute, permettant l'écoulement de l'urine vers la vessie.

C 3 vaisseaux et nerfs

- artères : naissent des artères rénales, ovariennes, vésicales
- veines : ont les mêmes noms que les artères
- lymphatiques : drainent vers les nodules lymphatiques lombaires iliaques communs internes et externes
- nerfs : les fibres parasymphatiques forment un plexus sur la paroi de l'uretère. les fibres sensibles proviennent des nerfs splanchniques de la moelle épinière.

D) VAGIN [8]

Le vagin sert d'organe de copulation et d'accouchement.

D-1) anatomie macroscopique :

Le vagin est un conduit musculaire étendu entre le col de l'utérus et la vulve . Dans la cavité pelvienne, il est placé en arrière de la vessie et de l'urètre et en avant du rectum. Il est séparé du rectum par le fond du cul de sac de DOUGLAS et de l'aponévrose de DENONVILLIERS, il a la forme d'un tuyau décrivant une courbe concave en arrière, quand la vessie et le rectum sont vides. Long de 8 à 10 cm, sa paroi antérieure est accolée à sa paroi postérieure, sauf à ses extrémités. Les 2 / 3 supérieurs du conduit sont intra-pelviens ; le reste est périnéal.

L'extrémité supérieure s'évase en forme de coupole autour de la partie intravaginale du col fornix ou museau de tanche. La partie postérieure du fornix est plus étendue que sa partie antérieure.

L'extrémité inférieure s'ouvre dans une dépression appelée vestibule, fermée chez la femme vierge par l'hymen. L'hymen est un repli muqueux, semi-lunaire le plus souvent mais il peut avoir la forme concave, labiée ou cribriforme,

rétrécissant l'orifice. Au cours du premier coït, l'hymen est déchirée en laissant des monticules appelés caroncules hyménales.

- configuration intérieure :

La muqueuse vaginale forme des plis transversaux, rouges, ceux sont les rides vaginales, tapissant l'intérieur du vagin. Les parois, antérieure et postérieure, ont chacune un pli muqueux longitudinal, rouge appelé colonnes vaginales. Les plis muqueux servent de friction pendant le coït et de plis de réserves pour la dilatation du vagin pendant l'accouchement.

D-2) anatomie microscopique

Le vagin a 3 couches : tunique conjonctive, musculaire, muqueuse

□ Tunique conjonctive : tissu conjonctif externe, sous péritonéal, fort, compressible, contenant un plexus veineux, appelé paracolpium

□ Tunique musculaire : moyenne, lisse, à des fibres musculaires longitudinales en dehors et circulaires en dedans;

□ Tunique muqueuse : interne, est un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé. L'épithélium n'a pas de glandes, mais est riche en glycogène qui sert de nourriture aux spermatozoïdes. Il existe dans le vagin un liquide, une sécrétion vaginale qui provient de la sécrétion des glandes du col et de la transsudation de la paroi vaginale. Ce liquide contient des bactéries, la flore vaginale, qui à partie du glycogène maintiennent un milieu acide égale à ph 4 à 4,5 empêchant l'ascension des germes. Une destruction de cette flore par l'utilisation intempestive d'antiseptiques vaginaux peut favoriser les infections .pendant l'acte sexuel la muqueuse lubrifie par transsudation le vagin. Pendant l'orgasme, le 1 /3 distal de la musculature fait des contractions rythmiques

D-3) vaisseaux et nerfs

□ Artères : sont au nombre de 3

- la branche de l'artère utérine ravitaille le 1/ 3 supérieur du vagin

- l'artère vaginale proprement dite est une des branches de l'artère iliaque interne. Elle irrigue les 2 / 3 c'est à dire moyen et inférieur du vagin.

- la branche de l'artère rectale inférieure irrigue la face postérieure du vagin ;

veines :

Les veines forment un plexus veineux de chaque côté du vagin.

Lymphatiques suivent les artères utérines et vaginales et se déversent dans les nodules lymphatiques iliaques internes et externes et inguinaux superficiels

Nerfs : proviennent du plexus hypogastrique inférieur

E) UTERUS

L'utérus est le moteur des organes génitaux de la femme. Il se trouve pendant la plus grande durée de son expérience en fonction de repos, ou sa muqueuse subit des transformations cycliques hormonale "mensuelles pour recevoir l'œuf fécondé. Il sert de lieu de développement du fœtus et de moteur d'accouchement. Long de 8 cm au repos ; il se développera pour contenir un fœtus de 50 cm et reviendra a sa forme initiale après l'accouchement.

E-1) Anatomie macroscopique

L'utérus est un organe musculaire creux situé dans la cavité pelvienne entre la vessie et le rectum. Chez la femme multipare ; il mesure 7 à 9 cm de long ; 3 cm d'épaisseur de consistance ferme. Il a la forme d'une poire ; avec un étranglement en dessous de sa partie moyenne appelé isthme. Au dessus de l'isthme se trouve le corps utérin et en bas le col utérin.

Le corps utérin

Est la plus grande partie de l'organe. Il a une face antero-inférieure convexe ; qui fait face à la vessie et une face supéro-postérieure ; qui répond aux anses intestinales. Il se termine en haut et en avant par une coupole appelée fundus utérin les deux bords latéraux du corps utérin sont arrondis sur lesquels sont fixés de chaque côté le ligament large.

Des bords latéraux supérieurs sortent de chaque côté la trompe utérine.

Isthme utérin

Très étroit ; est la zone de transition entre le corps et le col utérin. Au terme de la grossesse ; il se développe pour former le segment inférieur ; zone de prédilection pour ouvrir l'utérus pendant la césarienne. Il répond au cul de sac vésico-utérin.

Le col utérin

Est la partie étroite de la poire. Chez la femme non gravide ; le col utérin vaut le tiers de l'utérus. Il a trois parties

- la partie sus vaginale répond la vessie en avant ; au cul de sac de douglas et au rectum en arrière. Ces bords latéraux sont en rapport avec le ligament large, le paramètre, les vaisseaux utérins et l'uretère ;

- la partie vaginale est la ligne d'insertion du vagin sur le col, de sorte que la cavité vaginale soit plus profonde en arrière qu'en avant.

- La partie intra vaginale appelée museau par les gynécologues est conique et long de 1cm, s'ouvre dans le vagin par un orifice externe, qui est circulaire chez la vierge. Il s'aplatit chez la multipare, devient court, large avec deux lèvres supérieurs et inférieurs à contour irrégulier.

Cavité utérine

L'utérus est creusé à l'intérieur d'une cavité, qui à la forme d'un triangle renversé au niveau du corps et du fondus utérin. Sur les deux angles supérieurs du triangle s'ouvrent les trompes.

L'angle inférieur du triangle se prolonge dans l'isthme pour atteindre le col ou la cavité devient fusiforme. Elle se termine dans le vagin par l'orifice externe. La cavité utérine mesure 5 à 6 cm chez la nullipare et 6 à 7 cm chez la multipare. Elle est en fait en contact avec la cavité abdominale par les trompes et avec l'extérieur par le vagin. La cavité du col est fermée en bas par un bouchon muqueux qui empêche l'ascension des germes venant du vagin. Le milieu alcalin de ce mucus facilite le passage des spermatozoïdes.

E .2 Mouvements et moyens de fixité de l'utérus

Mouvements

Trois sortes de mouvements sont possibles : le corps utérin peut s'incliner sur le col ; l'utérus entier peut bouger par rapport au vagin et par rapport au plan médian du corps humain.

- quant le corps de l'utérus est incliné sur le col en formant avec l'axe du col un angle de 100 à 120 °, on dit que l'utérus est ante fléchi.
- Quant l'axe du col est incliné à son tour par rapport à l'axe du vagin faisant basculer le corps en avant et le col en arrière, on dit que l'utérus est ante versé.
- La position physiologique de l'utérus est ante fléchie et ante versée (quand la vessie et le rectum sont vides).

La rétro flexion ou la rétro version peut provoquer des malaises chez la femme.

□ Moyens de fixité :

Le péritoine recouvre l'utérus de sorte que le corps soit intra péritonéal et le col en partie rétro péritonéal et extra péritonéal. Il forme des replis ou ligaments, qui fixent l'utérus à la paroi du bassin : ligaments larges, ligaments ronds, ligaments utéro sacrés, ligaments cardinaux.

□ Ligaments larges :

Sont des replis péritonéaux transversaux reliant les bords latéraux de l'utérus à la paroi pelvienne. Chaque ligament large a un feuillet antérieur et un feuillet postérieur, qui au niveau des bords latéraux de l'utérus s'unissent avec la séreuse. Les ligaments sont orientés comme l'utérus et recouvre de chaque coté les ligaments rond et utéro sacrés.

- au bord supérieur, les deux feuillets s'unissent en formant une dépression qui contient la trompe utérine ;
- au bord interne, ils s'unissent avec le bord le péritoine du bord latéral de l'utérus recouvrant ici les artères et veines utérines, les vaisseaux lymphatiques, les nerfs, les canaux de GARTNER et le porophore ;
- au bord extérieur, les deux feuillets ont leur racine provenant du péritoine pariétal ;

- au bord inférieur, les deux feuillets s'écartent l'un de l'autre et se continuent en avant et en arrière avec le péritoine pelvien. Il existe à ce niveau un tissu conjonctif (paramètre), recouvrant le col utérin. Le paramètre est traversé par les vaisseaux, l'uretère et le ligament cardinal.

Le ligament large donne attache au méso salpinx, méso varium, méso mecrium.

□ Ligament cardinal :

Est l'ensemble des fibres musculaires lisses, élastiques, tendu de chaque coté entre le col et la paroi pelvienne, et traversant le paramètre.

□ Ligaments utero sacrés :

Sont des faisceaux conjonctifs et musculaires lisses, naissant des bords latéraux de la face postérieure du col utérin, contournant le rectum pour atteindre la face antérieure du sacrum.

D'autres ligaments participent à la fixité de l'utérus ; ils relient l'utérus à la vessie et au sacrum (ligament pubo-vésical), et au rectum (ligament utéro rectal).

□ Les ligaments ronds :

Sont des cordons arrondis de tissu conjonctif et muscle lisse, reliant les angles latéraux de l'utérus aux régions inguinales et pubiennes. Ils se détachent de l'angle latéral antérieur de l'utérus, en dessous de la trompe, soulevant le feuillet antérieur du ligament large. Ils croisent les vaisseaux et nerfs obturateurs, puis les vaisseaux iliaques externes, traversent l'orifice herniaire interne et le canal inguinal, pour sortir par l'orifice herniaire externe.

De là, ils se divisent en plusieurs faisceaux qui vont s'insérer dans les grandes lèvres et sur le pubis.

Le relâchement des moyens de fixité (par ex. L'âge avancé ou à des grossesses multiples) peut faire baisser l'utérus : prolapsus utérin.

E-3) Anatomie microscopique :

L'utérus a 3 couches : périmètre, myomètre, endomètre.

□ Périmètre : tunique séreuse ou péritonéale

Tapisse l'utérus avec deux couches (viscérale et pariétale) de sorte que le corps utérin soit intra péritonéal et le col utérin extra- et retro péritonéal. Le corps utérin est recouvert par la couche viscérale. Sur la face antérieure, le péritoine viscéral se réfléchit sur le péritoine pariétal entre l'isthme et le col, pour former le cul de sac vesico utérin. Sur la face postérieure, le péritoine viscéral recouvre le col et une partie du vagin avant de se réfléchir sur le péritoine pariétal en formant le cul de sac recto utérin (cul de sac de douglas).

□ Myomètre : tunique musculaire.

On distingue 3 couches :

- une couche externe, avec des fibres musculaires longitudinales ;
- une couche interne avec des fibres musculaires circulaires ;
- une couche moyenne avec des fibres musculaires entrecroisées dans tous les sens, accompagnées de vaisseaux sanguins.

Très épaisse, elle est le moteur de l'accouchement.

□ Endomètre :

L'endomètre du col utérin (endos – cervix) présente des plis palmés sur sa surface appelés arbre de vie. Les glandes cervicales ne produisent pas de glycogène, mais une quantité importante de mucus très épais.

E 4 Rapports avec les organes voisins :

- la face antérieure de l'utérus répond au cul de sac vésico utérin et à la face postéro supérieure de la vessie ;
- la face postérieure de l'utérus est en contact avec le cul de sac de douglas (cul de sac recto-vaginal), le colon pelvien, le rectum, les anses intestinales ;
- sur les cotés, l'utérus est en rapport avec la trompe, les ligaments larges, ronds et utero –ovariens, les organes de Rosen Muller, le paramètre, l'uretère.

E 5 Vaisseaux et nerfs de l'utérus :

□ Les artères :

L'utérus reçoit le sang artériel de l'artère utérine, qui est la branche principale de l'artère iliaque interne. Long de 14 cm environs, elle naît de l'artère iliaque

interne à la hauteur des racines du ligament large, descend la paroi latérale du bassin, croise l'uretère, se dirige transversalement vers le col, où elle se courbe pour remonter au bord latéral de l'utérus. Elle a plusieurs rameaux au col et au corps utérin, ainsi que les branches suivantes :

- une branche vaginale descendante pour le vagin ;
- une branche vésicale ;
- une branche tubaire qui passe par le méso salpinx pour la trompe ;
- une branche ovarienne qui rentre dans le ligament utero - ovarien pour atteindre l'ovaire.

□ Les veines utérines :

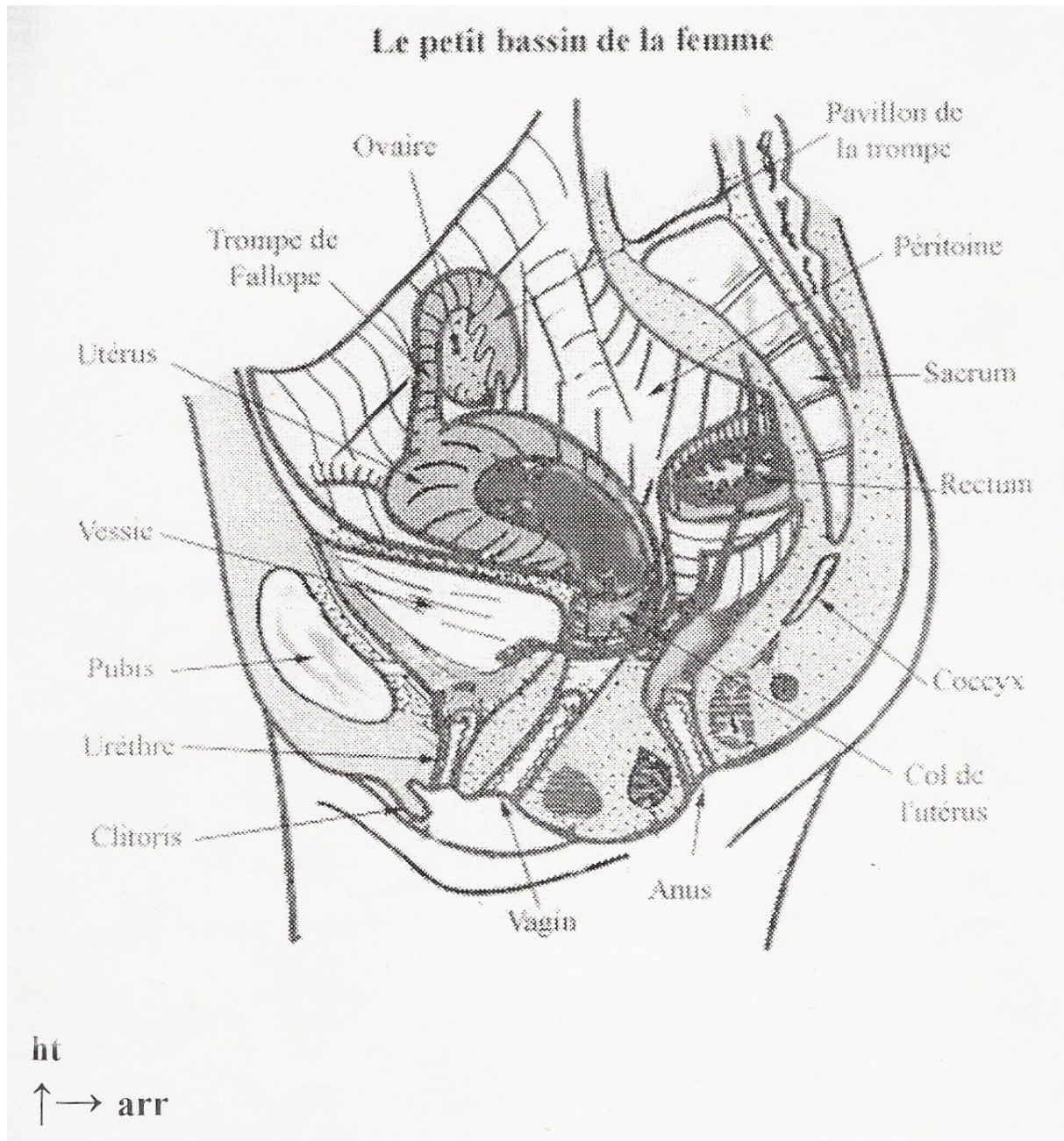
Elles forment un plexus veineux surtout autour du col et sur les cotés, s'anastomosent avec les veines vaginales pour se déverser dans les veines iliaques internes. Les veines accompagnent les artères.

□ Les lymphatiques :

- les lymphatiques du corps et du fundus se déversent dans les nodules lymphatiques para-aortiques, et dans les nodules lymphatiques inguinaux superficiels (en passant par le ligament rond).
- les lymphatiques du col atteignent à travers le ligament large les nodules lymphatiques iliaques internes et externes ainsi que les nodules lymphatiques sacrés sur les cotés du sacrum.

□ Les nerfs :

Les nerfs sympathiques et para sympathiques (afférentes et efférentes) viennent du plexus utéro-vaginal, surtout étalé dans le paramètre. Le plexus utéro-vaginal reçoit les fibres nerveuses (accompagnant les vaisseaux sanguins) des plexus hypogastriques inférieur et supérieur.



SCHEMA 2 : COUPE SCHEMATIQUE DU BASSIN DE LA FEMME

V LES RAPPORTS ENTRE LES ORGANES PELVIENS

La vessie, le col, l'urètre, et les organes génitaux de la femme en occurrence le vagin ont des rapports anatomiques très étroits par leur situation, étant tous dans le pelvis, par leur vascularisation qui provient de la même source, de l'artère hypogastrique interne et enfin par leur cinétique solidaire, le mouvement des uns entraînant celui des autres.

La vulnérabilité de la vessie lors de la cinétique utéro-vaginale est liée au fait que la vessie et son appareil sphinctérien, l'urètre sont coincés entre l'appareil génital de la femme l'utérus le vagin et le cadre osseux du bassin plus précisément la face postérieure et le bord inférieur de la symphyse. Il est bon de rappeler que la vessie est immobilisée par les ligaments pubo-vésicaux au dessus et en avant du col, l'urètre par les ligaments pubo-urétraux.

La partie antérieure de la base de la vessie répond au vagin par la cloison vesico-vaginale.

La partie postérieure, elle, répond à l'isthme de l'utérus par l'intermédiaire de la cloison vesico-utérine ou cul de sac vesico- utérin qui est clivable

En avant le col vésical et l'urètre sont intimement liés au vagin.

A cette particularité des rapports anatomiques, il faut ajouter les changements en rapport avec la grossesse au niveau de la vessie et de l'urètre. Ces modifications sont topographiques.

Avant le travail, la grossesse n'a pas d'influence sur le bas appareil urinaire, car le col vésical ne change pas de situation, il reste toujours à 3 cm en arrière de la symphyse. Seule la capacité vésicale est réduite en raison de la pression qu'exerce l'utérus sur la vessie : mictions fréquentes.

Pendant le travail l'engagement actif de la présentation va transformer les normes : Allongement de l'urètre de 1 cm à 3 cm ; le col se rapproche de la symphyse ;

La vessie est refoulée en haut et en avant.

2 3 MÉCANIQUE OBSTÉTRICALE NORMALE [7]

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de six mois (28 semaines d'aménorrhée)

Il met en jeu trois principaux éléments :

Un moteur : les contractions utérines

Un mobile : le fœtus et

Des résistances : le bassin osseux et les parties molles

Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, ceux de la tête en particulier , à celles du bassin maternel et des parties molles , associées aux contractions , ils permettent au fœtus de traverser la filière génitale .le déroulement de l'accouchement se déroule en trois phases :

L'effacement et la dilatation du col,

L'expulsion du fœtus hors des voies génitales,

La sortie des annexes.

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

L'utérus entraînant l'effacement et la dilatation du col,

Le pôle inférieur de l'œuf entraînant la rupture et le clivage des membranes.

Le mobile fœtal : les contractions poussent le fœtus vers le bas pour lui faire franchir les différents étages de la filière 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

Cette première période est la plus longue de l'accouchement ;elle dure en moyenne 7 à 10 heures chez la primipare et 3 à 6 h chez la multipare

la deuxième période comprend deux 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 et le franchissement du plancher pelvi-périnéal

La troisième période

Dernier temps de l'accouchement, la délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Elle comprend trois phases : le décollement du placenta ; l'expulsion du placenta et enfin l'hémostase

L'excès de la longueur du travail (au delà de 18 h) est nuisible à la mère et plus encore à l'enfant d'où de la surveillance du travail

III FISTULE VESICO-VAGINALE

3 1 historiques

En fait, l'histoire de la fistule vésico-vaginale se confond avec celle de son traitement. La notion de cette maladie remonterait à la nuit des temps : selon le Papyrus Ebers 2000 ans avant J-C cité par L Falandry : « si une femme a l'urine qui coule en permanence, elle les perdra toute sa vie ». L'on sait aussi qu'une fistule vésico-vaginale a été retrouvée chez la momie de Henhenit en 2050 av J-C [1].

Il semble que ce soit Avicenne en 1037 qui le premier ait signalé l'existence d'une déchirure définitive de la vessie chez les femmes mariées trop jeunes et Louis De Mercado en 1597 qui, le premier, ait parlé de fistule

Levret vers 1766 serait celui à qui l'on doit la première description de la position genupectorale pour la chirurgie des fistules R Hamlin et C Nicholson [9] méritent une place privilégiée dans l'historique des fistules obstétricales tant par le dévouement qu'ils ont apporté à cette cause en créant à Addis-Abeba leur « Fistula Hospital » que par la qualité des techniques qu'ils ont décrites avec plus de 10 000 cas et plus de 90 % de succès.

3 2 états actuels

Actuellement, le problème reste très préoccupant, conséquence de l'absence, de la médiocrité à l'inaccessibilité d'une assistance obstétricale qualifiée.

Mais en réalité, l'ampleur du phénomène reste inconnue, l'on sait seulement qu'elle est la troisième cause d'hospitalisation (21, 11,06) après l'adénome de la prostate et le rétrécissement urétral dans les rares services d'urologie en Afrique.

D'après Falandry (06) l'incidence est estimée à 0,32 % pour un accroissement annuel moyen de la population de 2 % .le nombre de nouveaux cas est d'environ 4135 cas par pour l'ensemble de l'Afrique francophone.

3-3 physiopathologies [10]

La principale cause des FVV dans notre contexte demeure l'accouchement dystocique. Le rôle joué par la vessie pleine, souvent aggravé par les accoucheuses traditionnelles, qui font boire volontiers abondamment les parturientes, a été mis en évidence.

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

Au cours d'un accouchement normal la vessie ne souffre pas exagérément parce qu'elle échappe à la pression de la tête fœtale en fuyant vers le haut derrière la symphyse. L'urètre devient inaccessible et la vessie est une gaine elliptique aplatie et plaquée sous la paroi hypogastrique. On voit que les vaisseaux nourriciers se soulèvent avec la vessie et échappent à tout traumatisme et on comprend aussi que la vessie peut esquiver sans dommage si elle n'est pas en état de surtension.

Lorsque l'accouchement dure un temps excessif sans mictions ni sondage, la vessie peut subir de graves lésions. La vessie distendue est l'élément déterminant de la nécrose, elle comprime les vaisseaux dans leur trajet intra tissulaire. La paroi vésicale se trouve soumise à deux forces opposées :la pression de la présentation bloquée et la pression hydrostatique de l'urine en rétention et la fistulisation se fera aux endroits les plus mal irrigués ; en principe sur la ligne médiane où se joignent les extrémités des réseaux droits et gauches et dans la partie vésicale non couverte par le péritoine

L'escarrification se fait vers le 4^{ème} ,5^{ème} jour et la fistule apparaît.

Quant aux lésions rectales : il faut distinguer les lésions de rupture du sphincter plus ou moins hautes de la cloison recto-vaginale qui peuvent existé seules des lésions ischémiques qui sont toujours associées à des lésions urinaires. Le rectum pour des raisons anatomiques est aussi exposé que la vessie aux compressions osseuses .des déchirures du périnée peuvent s'y associer ou exister seules, elles sont dues à des expulsions traumatiques manuelles ou Instrumentales et peuvent se retrouver à divers degrés.

Schéma 3 : physiopathologie des FVV : tête fœtale bloquée entre la vessie et la face postérieure du pubis en avant, le rectum et le coccyx en arrière.



Parmi les autres causes de fistules [11] on note :

Les fistules post- traumatiques :

Dues aux manœuvres de forceps et aux manœuvres intra-utérines

Dues aux traumatismes du bassin quelque soient leurs étiologies

Dues aux déchirures du col se prolongeant sur le trigone vésical lors d'un accouchement expéditif

La dilacération cervico-urétrale provoquée lors d'une incision du col utérin ;

Dues à une faute technique lors d'une césarienne ou d'une hystérectomie tant vaginale que classique ;

Les fistules post-radiques dues aux irradiations par rayon X

Les fistules d'origine néoplasique

3 4 cliniques

3 4 1 diagnostiques positifs

Le maître symptôme de la maladie est la perte permanente des urines par le vagin. Elle constitue le motif de consultation dans 100 % des cas.

3 4.1.1 l'interrogatoire

Le diagnostique peut être orienté avant l'interrogatoire de la patiente ; l'odeur ammoniacal des urines qui la précède dans la salle de consultation et son hésitation à s'asseoir sont très évocatrices. L'interrogatoire s'emploiera à préciser les circonstances de survenue des pertes urinaires :

Les conditions de survenue :

Des suites d'un accouchement dystocique,

D'une hystérectomie ou

D'une autre intervention gynécologique,

D'une intervention urologique ou

D'une exposition aux rayons X ;

Les modalités des pertes urinaires :

- intermittentes : la perte des urines est plus marquée en position debout (fistule basse) ou position couchée (fistule haute)

- partielles : la patiente peut conserver des mictions spontanées

On notera également les autres signes associés :

L'hématurie cyclique rencontrée dans les fistules vesico-utérines c'est à dire l'association, trouble des règles, une hématurie cyclique, une continence conservée détermine la triade de YOUSSEF [12]

Les brûlures vulvaires dues à l'irritation cutanée et muqueuse par les urines

Les troubles du cycle menstruel à type de dysménorrhée, aménorrhée)

Et la stérilité

3 4 .1.2 L'examen physique

Il doit se faire après toilette locale, en position gynécologique, avec douceur car les lésions sont le plus souvent douloureuses.

La salle d'examen sera bien éclairée.

a) l'inspection

Elle note les lésions d'irritations vulvaires, périnéales et de la face interne des cuisses dues à l'effet corrosif des urines.

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

Ailleurs il faudra explorer plus profondément le vagin avec des valves et/ou un spéculum pour mettre en évidence le ou les orifices fistuleux.

Lorsque la fistule est petite se cachant derrière les replis muqueux, l'injection de colorant comme le bleu de méthylène si l'épreuve au bleu de méthylène s'avère négative il pourra s'agir :

- d'une petite fistule cervicale obstruée par le ballonnet de la sonde vésicale,
- d'une fistule haute vésico-utérine,
- d'une fistule uretero-vaginale
- d'une incontinence sphinctérienne.

b) le toucher vaginal

Il permet parfois de poser le diagnostic, surtout dans le cas des grosses fistules où le doigt qui touche peut accéder à la cavité vésicale.

Normalement la clinique permet le diagnostic, cependant certains examens complémentaires peuvent être indiqués :

1 6 1 3 les examens complémentaires :

a) la cystoscopie :

Trouve son intérêt dans la précision du siège de la fistule et de ses rapports avec les méats urétéraux permet également d'apprécier l'état de la muqueuse vésicale et de cathétériser les uretères en préopératoire

b) l'urographie intraveineuse : (u i v)

Indispensable pour la mise en évidence des fistules uretero-vaginales, elle permet d'apprécier le haut appareil urinaire.

Le cliché de $\frac{3}{4}$ de la vessie montre le plus souvent la communication vésico-vaginale avec opacification du vagin

c) la cystographie : sera réalisée si les résultats de l'u i v ne sont pas satisfaisants. Elle permettra de repérer les petits trajets fistuleux.

d) l'échographie

L'échographie vésicale est difficilement réalisable car la vessie ne peut être en réplétion. Elle permet néanmoins d'apprécier le haut appareil urinaire et les organes génitaux internes.

e) la radiopelvimétrie et le scanner pelvimétrique

Importants dans le diagnostic rétrospectif, ils permettent de mettre en évidence les causes dues à une dystocie (viciations du petit bassin, bassin rétréci)

3 4 2 diagnostics différentiels

Il se pose avec les autres causes de pertes urinaires :

L'incontinence urinaire d'effort : l'épreuve d'effort entraîne la perte des urines

l'insuffisance sphinctérienne résiduelle après cure de fistule réussie : laissant la vessie pleine à l'épreuve au bleu , en retirant la sonde , on observe la perte des urines par le méat, spontanément ou à la toux .

L'abouchement ectopique congénital de l'urètre dans le vagin.

3-5 CLASSIFICATIONS

Différentes classifications ont été proposées, tenant compte du siège anatomique de la fistule et / ou des lésions associées.

Quelques classifications :

- Classifications de HAMLIN et NICHOLSON [9]

Repartit en six groupes :

Fistules vésico-vaginales simples

Fistules recto-vaginales simples

Fistules uréthro-vaginales simples

Fistules recto-vaginales hautes

Fistules vésico-utérines

Fistules urinaires complexes associant des lésions vésico-utéro-cervicales

- Classification de BENCHEKROUN [13]

Type I avec transection trigono-cervico-urétrale,

Type II avec destruction cervico-uretrale

Type III correspond aux fistules cervico-urétrales simples

- Classification de K OUATTARA et col [14]

FVV sur vagin souple

FVV sur sclérose vaginale

FVV associée à une FRV

Les fistules de la cloison vesico-vaginale

_ Trigonale

_ Rétro trigonale

Les fistules cervico-urétrales

_ Avec désinsertion cervico-uretrale

_ Avec destruction totale de l'urètre

□ Classification de M CAMEY [10]

1 les fistules vésicales simples

2 les fistules complexes

3 les fistules vésicales graves (transsections)

4 les fistules vésicales hautes

Fistules cervico-utérines

Fistules vésico-utérines

Les fistules rectales

Fistules rectales hautes

Fistules rectales basses

Les fistules vésicales et rectales associés

□ Classification de l'AFOA (Association de traitement des Fistules Obstétricales en Afrique) dérivée de celle de Camey

Elle distingue trois groupes de complexité croissante :

FVS : Fistule vésicale simple est une fistule vésico-vaginale siégeant à la face postérieure de la vessie, à distance du col, et en tissu souple, de taille inférieure à 3 cm.

FVC : Fistule vésicale complexe qui regroupe :

-la fistule intéressant la région trigono-cervico-urétrale en respectant la continuité de la paroi antérieure de la vessie avec la paroi antérieure du col et de l'urètre.

-la fistule n'intéressant ni le col ni l'urètre mais qui soit à déjà été opérée soit à une taille supérieure à 3 cm

FVG : Fistule vésicale grave qui regroupe :

-la destruction totale de l'urètre

-la destruction totale de l'urètre associée à une fistule qui souvent est le prolongement de la destruction.

-la destruction intéressant les parois antérieure et postérieure des organes situés au niveau du col vésical et d'une partie du trigone.

-la destruction intéressant les parois antérieure et postérieure des organes situés au niveau du col vésical

Les fistules hautes et les fistules recto-vaginales sont classées à part

FVU : Fistule vesico utérine, il y a les fistules vésico-utérines vraies mais il arrive que l'on classe dans cette catégorie des fistules très proches sinon au contact du col utérin surtout quand la lèvre antérieure de celui-ci est déchirée.

FRVh : Fistule recto-vaginale sans rupture sphinctérienne

FRVb : Fistule rectale avec rupture sphinctérienne

3 6. TRAITEMENT

Le traitement de la fistule vésico-vaginale est essentiellement chirurgical. Généralement le délai de prise en charge d'une fistule est de trois mois après sa survenue ou après un échec thérapeutique.

On prendra en charge les infections par antibiothérapie et bain de siège avec des solutions antiseptiques (permanganate de potassium, hypochlorite de sodium ...)

3 6 1 traitements préventifs : il consiste

à aller aux consultations prénatales afin que les facteurs de risque d'un accouchement dystocique soient détectés pour les femmes elles mêmes

à ne pas faire abreuver abondamment les parturientes pour les agents accoucheurs à leur faire vider la vessie quant elle le peuvent sinon il faut procéder à un sondage vésical et dans le pire des cas, évacuer la parturiente vers un centre chirurgical dès que l'accouchement traînent en longueur au delà des normes

3-6-2 buts du traitement curatif

Le traitement a un triple objectif :

- fermer la fistule :il faut qu'elle soit sèche
- retrouver une vie sexuelle normale : il faut qu'elle ait des rapports sexuels
- retrouver la capacité de procréer lui permettant ainsi une réinsertion sociale

3 6 3 méthodes

Données généraux :

□ Les principes :

Ils ont été bien énoncés par R COUVELAIRE [11] en 1953 :

« Bien voir, bien dédoubler, bien affronter les surfaces, bien drainer les urines » à cela il faut ajouter : tout mettre en œuvre pour réussir du premier coup [15] , car même si la fistule est résiduelle est souvent moins importante que la fistule d'origine [15] chaque intervention comporte un risque de dé vascularisation et sclérose des tissus.

Pour bien opérer, il faut choisir la voie d'abord en fonction du siège de la fistule et lorsque la voie est choisie, il faut se donner le meilleur jour possible .

□ Anesthésie

Elle doit permettre d'opérer le plus longtemps possible et dans toutes les positions pour mener à bien une opération parfois complexe. L'anesthésie de base est la rachianesthésie, que l'association bupivacaïne permettrait de prolonger au maximum.

□ Les voies d'abords

Elles dépendent du siège de la fistule, des lésions associées , trois voies d'abords sont possibles :

- la voie vaginale : [10]

C'est la plus fréquemment utilisée car elle expose bien les lésions et comporte un moindre risque vital. Elle trouve son indication dans les fistules trigonales limitées n'intéressant pas l'uretère et dans les fistules cervico-urétrales surtout quand le vagin est souple et large

- la voie abdominale : extra ou trans-péritonéale.

C'est la voie de choix lorsqu'il s'agit de traiter une fistule haute , vesico-uterine ou vésico-cervico-utérine . [10]

- la voie mixte abdomino-périnéale :

Il peut arriver que le siège et le caractère de la fistule nécessite un abord mixte par exemple la dissection de l'orifice vaginal par le bas, la dissection et la

fermeture de la vessie par le haut puis la dissection du vagin par en bas après interposition du MARTHIUS par en bas. [20]

3-6-4 exemple de cure de fistule: cure de fvv simple, technique de base décrite par M CAMEY [10]

La patiente est installée en position gynécologique en léger TRENDELENBOUG. Les petites lèvres sont fixées au VICRYL 00 à la face interne des cuisses .les épisiotomies en règles générales ne sont nécessaires dans ce type de fistule ou du moins elles seront courtes.

L'introduction de la valve à poids se fait aisément. Un beniqué 40 ou une sonde ch. 18 pénètre facilement dans la vessie. il est perçu par la fistule et il faut s'assurer qu'il n'existe pas plusieurs fistules ;

□ Exposition, incision et clivage

La fistule est exposée par quatre fils de tractions passer dans la paroi vaginale autour de la fistule ou par une sonde de FOLEY introduite dans l'orifice fistuleux et on gonfle le ballonnet, ce qui permet d'introduire du bleu dans la vessie si l'on suspecte la présence d'autres fistules.

Une incision circulaire, commençant là où l'accès est plus facile, est menée autour de la fistule. Si la fistule est petite on peut s'aider de deux petites incisions transversales de part et d'autre de celle-ci

On recherche ensuite le plan de clivage entre la vessie et le vagin en conservant toute l'épaisseur de la paroi vaginale. On commencera de préférence là où les tissus semblent être le mieux conservé et on continuera ensuite circulairement. Si le pourtour immédiat de la fistule ne semble pas propice à un décollement, on amorcera celui-ci à distance à partir de deux incisions verticales du vagin de 1 cm, l'une au dessus, l'autre au dessous de la fistule ; on pourra ainsi cliver les deux organes et terminer par l'orifice fistuleux.

L'étendue du clivage doit être suffisante pour pouvoir suturer la vessie sans traction, mais pas excessive pour éviter la dévascularisation des organes et la

création d'un espace mort entre eux, source d'hématome et de fistulisation secondaire.

- si les bords vaginaux sont complètement scléreux, ils doivent être réséqués et ravivés. [19]

suture de la vessie

Elle est effectuée selon un plan de points séparés prenant bien le muscle et la sous muqueuse en prenant le moins possible la muqueuse, laquelle ne doit pas faire hernie . les points séparés doivent être suffisamment proches pour assurer l'étanchéité, mais pas trop pour éviter l'ischémie. Le sens de la suture verticale ou horizontale est sans importance.

On lavera la vessie avant sa fermeture complète afin d'éliminer d'éventuels caillots de sang.

les fistules simples, en tissus souples, ne justifient pas en règle l'interposition de tissus type MARTHIUS à moins qu'elles soient récidivées ou très étendues, auxquels cas, elles seront dans les fistules complexes

Épreuve d'étanchéité

À partir d'une sonde de Foley n° 18 on injecte du sérum (bleu de méthylène) dans la vessie en tenant compte de la capacité vésicale parfois réduite. Toute fuite nécessite un point de suture complémentaire, sauf si elle se produit par les trous d'aiguilles ce qui peut amener à faire une interposition

suture du vagin

se fait également en points de sutures séparés. Le sens de la suture est sans importance ; il est préférable qu'il ne corresponde pas à la ligne de suture vésicale

Pansement et suites immédiates

Le vagin est rempli doucement de mèches imbibées de Bétadine; elles contribuent à l'effacement des espaces morts, évitent l'adhérence des tissus et drainent les sérosités. Les mèches seront enlevées 48 h après l'intervention. Dans les suites opératoires, on veillera à la perméabilité de la sonde urétral l

'ablation de la sonde se fera deux semaines après l'intervention Les rapports sexuels ne seront autorisés que six mois après.

En dehors de cette technique dite de base, il existe d'autres techniques qui seront utilisées selon certaines indications, entre autre nous pouvons citer :

Les greffes ou plasties

L'autoplastie de la grande lèvre : opération de MATHIUS

Le lambeau musculo-cutané du droit interne ;

L'épisioplastie ;

L'urètre en vessie

L'urètre en vagin

Les dérivations urinaires :

- Les dérivations non continentales :

L'urétérostomie bilatérale,

L'urétostomie trans-iléale type BRICKER, nécessitant un appareillage spécial ;

L'urétéro-sigmoïdostomie trans-iléale,

- les dérivations avec poche continente :

Elles procurent un confort de vie compatible avec une activité professionnelle :

La poche continente de BENCHEKROUN

La poche de KOCK

3 6 5 LES TRAITEMENTS ASSOCIENT

Antibiothérapie :

Les bêta – lactamines (amoxicilline, ampicilline, etc.)

Les fluoroquinolones

Les imidazoles

Antalgiques : amidopyrine, paracétamol, metamizole

Bain de siège : permanganate de potassium dilué à 10 %

METHODOLOGIE

1- Matériel

1.1.1 Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée dans les cercles de Goundam et de Niafunké (région de Tombouctou).

PRESENTATION DU CERCLE DE NIAFUNKE

A. PRESENTATION DU MILIEU:

1. Aperçu historique du cercle de Niafunké:

Le cercle de Niafunké autrefois appelé Cercle de l'Issa Ber (grand fleuve en dénomination local du fleuve Niger) est l'un des plus vieux cercle du Soudan français. L'histoire écrite de son premier peuplement remonte à 1400. Sa toute première capitale fut installée à Soumpi, village situé à 54 km à l'Ouest de Niafunké. Elle fut par la suite transférée à Saraféré puis à Niafunké en 1905. Le cercle appartenait à la région administrative et économique de Mopti jusqu'en juillet 1978 date à laquelle il fut rattaché à la région de Tombouctou.

2. Données géographiques et les moyens de communications:

2.1 Superficie et limites:

Le cercle de Niafunké est situé dans la partie Nord du delta central du fleuve Niger. Il couvre une superficie de 12.000 km².

Le cercle est limité :

- au Nord par les cercles de Goundam et Diré
- au Sud par les cercles de Ténenkou, Youwarou, Mopti et Douentza
- à l'Est par le cercle de Gourma Rharous
- à l'ouest par le cercle de Niono et la République Islamique de Mauritanie.

Avec l'avènement de la décentralisation, le cercle fut découpé en 8 communes, toutes rurales.

2.2 Climat - Relief et Hydrographie:

Le relief est en général plat (200 à 400 mètres), peu accidenté avec les collines de Tondidarou et les chutes de Tondifarma. Le sol est sablonneux pour les terres exondées et argileuses dans les bas fonds.

a. Végétation et la flore :

La flore est assez pauvre et composée d'espèces suivantes : quelques fromagers, palmiers, des jujubiers d'acacias et d'épineux. Les espèces herbacées rencontrées sont : le cram-cram (fonio sauvage), le nénuphar, le bourgou, le riz sauvage.

b. Climat : Le climat est de type sahélien. On distingue deux saisons :

- **Une saison pluvieuse** de juin à Septembre avec un climat chaud et humide et une saison froide d'Octobre à Février.
- **Une saison sèche** Mars à juin avec un climat chaud et sec.

c. Hydrographie:

La pluviométrie est peu abondante, capricieuse et souvent déficitaire avec une moyenne annuelle de 250 mm. Le cercle est arrosé par le fleuve Niger et ses nombreux bras sur une distance de 75 km. On note aussi des lacs comme le lac

Takadji, le lac Tanda, le lac Kabara ; les mares de Goubo, de Koboro, du Dangha et d'autres multiples cours d'eau intermittents tels que le marigot de Tomi et de Djoni.

Le fleuve divise le cercle de Niafunké en deux zones naturelles :

- la zone Gourma (ou rive droite) fortement inondée en période de crue,
- la zone Haoussa (ou rive gauche) exondée avec quelques mares et de lacs.

2.3. Données démographiques:

La population totale du cercle en 2009 est estimée à 156.115 habitants. Elle est composée de plusieurs ethnies: Peulh (40 %), Songhaï (30 %), Maures et Tamasheqs (12 %), Bambara, Bozo, Sarakolé (10 %), autres ethnies (8%).

La densité moyenne est de 12,73 habitants /km². La population est mal répartie sur l'étendue du cercle. Il y a une forte densité en zone inondée et autour des mares et lacs et une zone de faible densité en zone exondée.

Le taux d'accroissement annuel moyen est de 2,2% (taux national).

2.3.1 Activités économiques : Elles reposent sur les activités agropastorales :

- **L'agriculture** : elle est pratiquée par les populations sédentaires : Sonrai, Bambara, Sarakollé. Elle est très tributaire des aléas climatiques. Les principales cultures sont : le mil, le riz, le sorgho.
- **L'élevage** : il est l'apanage des populations nomades : Peulh, et touareg. Il est constitué de bovins, ovins, caprins, camelins, volaille.
- **Le commerce**: il est très peu développé et il est entre les mains des petits détaillants. Il porte sur les denrées de première nécessité (sucre, thé, savon), le bétail et les produits agricoles.
- **La pêche** : elle est pratiquée par les bozos qui campent le long des cours d'eau, et de façon timide par les autres populations sédentaires.

- **L'artisanat** : il repose sur la cordonnerie, la forge et la vannerie. ;

2.3.2 Moyens de communication et de transport:

La télévision Nationale est regardée dans l'ensemble des communes et villages du cercle.

La téléphonie fixe est arrivée en octobre 1999 et couvre en plus de la ville de Niafunké, les anciens chefs lieux d'arrondissements.

Actuellement avec l'avènement du téléphone portable toutes les communes sont couvertes par le réseau GSM (Sotelma-malitel ou orange).

L'internet est maintenant disponible à l'aide du téléphone Wassa.

Le RAC reste toujours un moyen de communication assez utilisé dans le cercle.

Les principales voies de transport sont:

❖ La voie routière:

L'axe routier Bamako- Ségou –Niono-Niafunké-Goundam- Tombouctou passe par les communes du Haoussa : Léré, Dianké, Soumpi, et Soboundou.

La portion du tronçon de Bamako- Niono est goudronnée et praticable en toutes saisons.

L'axe routier Niafunké- Tombouctou- Douentza-Mopti-Ségou-Bamako est très utilisé mais reste toujours difficile surtout le tronçon de Niafunké à Douentza.

- ❖ **La voie fluviale:** l'axe fluvial Koulikoro –Mopti -Niafunké qui est praticable en bateau en période de crue et pendant toute l'année par les pinasses.

- ❖ **La voie aérienne:** Il existe un aérodrome de fortune à Niafunké sur lequel peuvent atterrir des bimoteurs.

2.3.3 Données socioculturelles: La principale religion est l'Islam ; le Christianisme est très peu développé. On note deux groupes culturels : les nomades et les sédentaires.

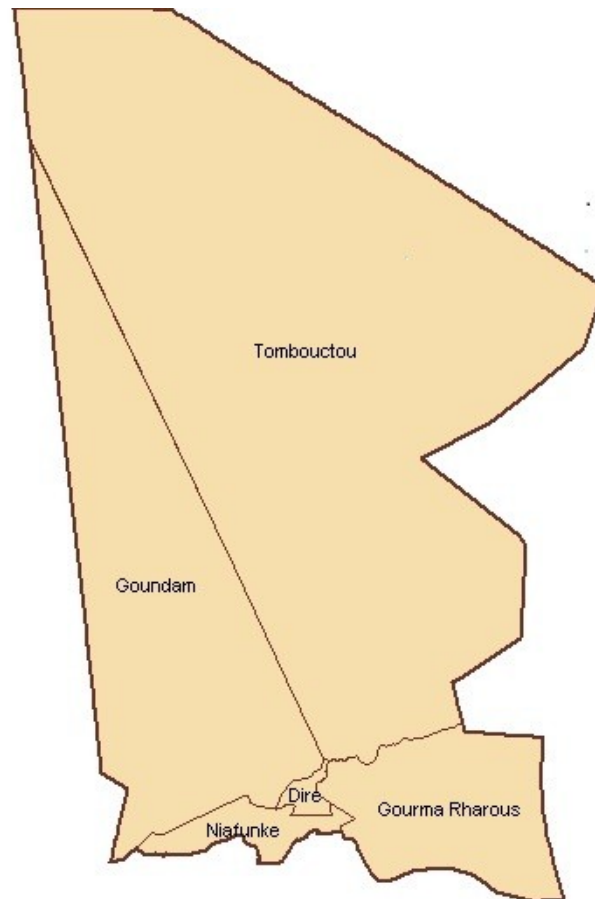
a. **Les nomades :** sont les peulhs et touaregs et maures, à la recherche de pâturage. Il faut cependant noter que si le nomadisme est culturel chez les touaregs, il y a une tendance à l'inverse car certaines fractions nomades qui sont sédentarisées et s'adonnent à l'agriculture (Dofana, Inassarakine, Dari)

b. **Les sédentaires :**

Constitués par les sonrhais et bambaras. Ils vivent regroupés autour d'une zone d'économie : mares, lacs, plaines. Il y a une cohabitation entre ces différents groupes sociaux mais qui n'est pas à l'abri de divergences d'intérêts et de conflits, expliquant la complexité de la gestion des surfaces agropastorales. Certaines coutumes et traditions telle l'excision et le mariage précoce sont des comportements défavorables à la santé.

3. Les partenaires au développement:

Ils opèrent dans le cercle, accompagnant les collectivités dans les domaines variés pour le développement de la localité. Nous pouvons citer SMARA, GTZ, PACR, OMAES, ADS Diamnaty, PIDRN, AMRAD, Jumelage Allier-Niafunké, FELASCOM, ASACO, USAID/ATN Plus et Keneya Ciwara II.



1.1.2 Matériels :

L'étude avait porté sur 74 femmes réparties inégalement sur les 2 cercles porteuses de fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale. Nous avons utilisés :

- 1- Les dossiers de chacune des femmes pris en charge par MSF fournis par SMARA.
- 2- Une fiche d'enquête sous forme questionnaire pour chacune de ces femmes.
- 3- Un ordinateur avec logiciel WORD, EXCEL, Epi info et SPSS 12.

1-1-2-1 critère d'inclusion

Ont été incluse dans notre étude :

Les femmes présentant une fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale pris en charge par MSF pendant la période 2008-2010.

1-1-2-2 critère de non inclusion

N'ont pas été incluse dans notre étude :

Les femmes présentant une fistule vésico-vaginale qui n'était pas d'origine obstétricale.

Les femmes porteuses de FVV disparues après prise en charge.

1-1-2-3 critère d'évaluation des résultats

Nos résultats ont été classés en bon et mauvais :

- 1- **BON** : les femmes dont la guérison fut totale et ne présentant aucune séquelle à type de fuite urinaire ou de dyspareunie.
- 2- **MAUVAIS** : les femmes dont la guérison est partielle avec séquelle, les récurrences, les cas inopérables, les mauvaises réinsertions sociales.

1-2- Méthode :

Type d'étude et période d'étude

Notre étude a été rétrospective. Elle s'est déroulée sur 24 mois, de janvier 2008 à décembre 2010.

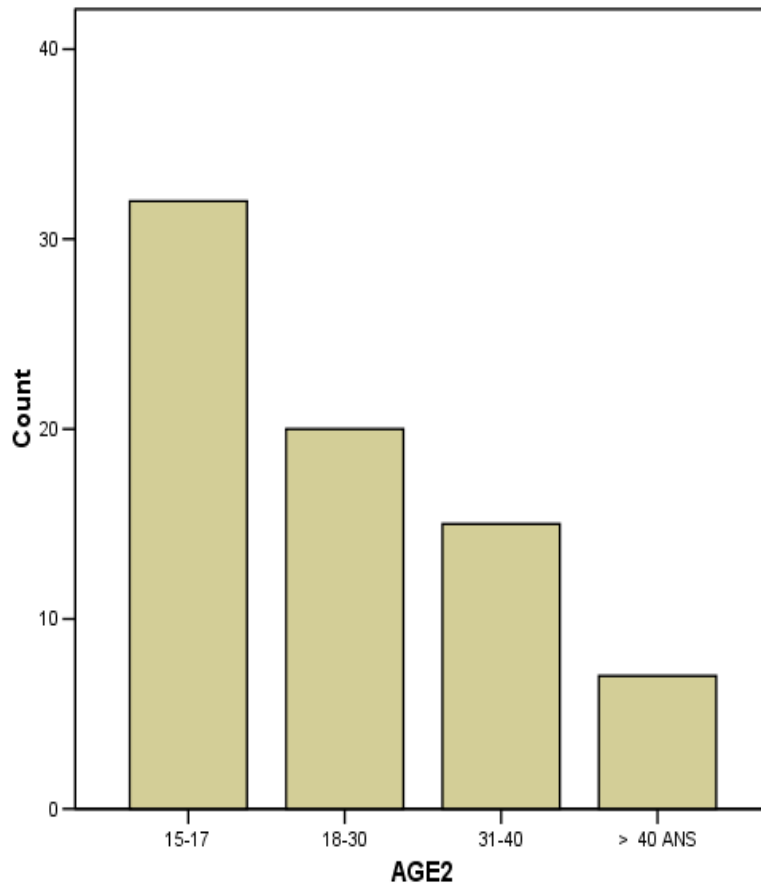
Variable étudiées :

Ont été étudiées : le profil socio- démographique, les antécédents obstétricaux, les CPN, le lieu d'accouchement avant et après cure de fistule, l'agent ayant fait l'accouchement, l'excision, dyspareunie après cure de

fistule, la contraception, les dates d'apparitions des fistules, causes de la fistule, sentiment personnel, nombre et frais d'opération, les consentements du mari et famille, les femmes guéries totalement, partiellement, les récurrences et leurs causes, les séquelles, le statut matrimonial après cure et la réinsertion sociale.

Résultats

Tableau I : Répartition des patientes en fonction de l'âge



La tranche d'âge 15-17 ans était prédominante avec 42,7% des cas.

Tableau II : Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial

| STATUT | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|--------------------|------------------|--------------------|
| MATRIMONIAL | | |
| MARIEE | 52 | 70,3 |
| CELIBATAIRE | 9 | 12,2 |
| VEUVE | 7 | 9,5 |
| DIVORCEE | 6 | 8,0 |
| TOTAL | 74 | 100 |

Les patientes étaient pour la plus part mariées, 70,3%.

Tableau III : Répartition des patientes en fonction de la scolarisation

| SCOLARISATION | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|----------------------|------------------|--------------------|
| NON | 73 | 98,6 |
| OUI | 1 | 1,4 |
| TOTAL | 74 | 100 |

Les femmes fistuleuses non scolarisées étaient majoritaire avec 98,6.

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de l'activité

| ACTIVITE | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|------------------|------------------|--------------------|
| MENAGERE | 42 | 56,8 |
| FAIRE DES NATTES | 16 | 21,6 |

SUIVI MEDICO-SOCIAL DE 74 FEMMES OPEREES DE FISTULE VESICO-VAGINAL D'ORIGINE
OBSTETRICALE DANS LES CERCLES DE NIAFUNKE ET GOUNDAM DE 2008 A 2010.

| | | |
|--------------|-----------|------------|
| COMMERCE | 12 | 16,2 |
| ELEVAGE | 2 | 2,7 |
| POTERIE | 1 | 1,4 |
| PÊCHE | 1 | 1,4 |
| TOTAL | 74 | 100 |

Les ménagères étaient majoritaires soit **56,8%**.

Tableau V : Répartition des patientes en fonction de l'ethnie

| ETHNIE | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|----------------|------------------|--------------------|
| SONRHAI | 25 | 33,8 |
| PEULH | 19 | 25,7 |
| TAMASHEQ | 14 | 18,9 |
| BAMBARA | 8 | 10,8 |

SUIVI MEDICO-SOCIAL DE 74 FEMMES OPEREES DE FISTULE VESICO-VAGINAL D'ORIGINE
OBSTETRICALE DANS LES CERCLES DE NIAFUNKE ET GOUNDAM DE 2008 A 2010.

| | | |
|--------------|-----------|------------|
| BOZO | 3 | 4,1% |
| SARAKOLE | 2 | 2,7% |
| DOGON | 1 | 1,4 |
| MAURE | 1 | 1,4 |
| TOTAL | 74 | 100 |

Les femmes fistuleuses sonhaïs étaient les plus nombreuses avec **33,8 %** des cas.

Tableau VI : Répartition des patientes selon la parité au moment de la survenue de la fistule.

| PARITE | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|------------------|-----------|-------------|
| PRIMIPARITE | 47 | 63,5 |
| PAUCIPARE | 17 | 23,0 |
| MULTIPARE | 7 | 9,5 |
| GRANDE MULTIPARE | 3 | 4,1 |

| | | |
|--------------|-----------|------------|
| TOTAL | 74 | 100 |
|--------------|-----------|------------|

Les primipares étaient majoritaire, 63,5%.

Tableau VII : Répartition des patientes selon l'état de l'enfant à la naissance

| ETAT DE L'ENFANT | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|-------------------------|------------------|--------------------|
| Mort né | 58 | 78,4 |
| Vivant | 16 | 21,6 |
| TOTAL | 74 | 100 |

Dans la majorité des cas l'enfant était mort à la naissance soit 78,4%.

Tableau VIII : répartition des patientes selon la parité en fonction l'état de l'enfant à la naissance.

SUIVI MEDICO-SOCIAL DE 74 FEMMES OPEREES DE FISTULE VESICO-VAGINAL D'ORIGINE
OBSTETRICALE DANS LES CERCLES DE NIAFUNKE ET GOUNDAM DE 2008 A 2010.

| ACCOUCHEMENT CAUSAL | ETAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE | | TOTAL |
|------------------------|------------------------------------|--------|--------|
| | MORT NE | VIVANT | |
| PRIMIPARE | 47 | 0 | 47 |
| | 63,5 % | 0% | 63,5% |
| PARITE>1 | 11 | 16 | 27 |
| | 14,9% | 21,6% | 36,5% |
| TOTAL | 58 | 16 | 74 |
| | 78,4% | 21,6% | 100,0% |

La fistule est apparue au premier accouchement chez 47 patientes soit 63,5% et qui a été sanctionné par un mort né chez 58 patientes soit 78,4%.

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

| DUREE DE TRAVAIL CAUSAL | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|--------------------------------|------------------|--------------------|
| 3 jours | 41 | 55,4 |
| 2 jours | 18 | 24,3 |
| 4-5 jours | 11 | 14,9 |
| 1 jour | 4 | 5,4 |
| TOTAL | 74 | 100 |

La durée de travail causale de fistule était au moins 3jours chez 70,3%

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de la grossesse après cure de fistule

| GROSSESSE APRES CURE DE FISTULE | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|--|------------------|--------------------|
| 0 GROSSESSE | 53 | 71,6 |
| 1 GROSSESSE | 18 | 24,3 |
| 2 GROSSESSES | 3 | 4,1 |
| TOTAL | 74 | 100 |

L'absence de grossesse était constatée chez la plus part des patientes, 71,6%.

Tableau X : Répartition des patientes en fonction des CPN avant l'installation de la fistule

| CPN AVANT FISTULE | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|--------------------------|------------------|--------------------|
| 0 CPN | 62 | 83,8 |

| | | |
|--------------|-----------|------------|
| 4à 6 CPN | 10 | 13,5 |
| 1 à 3 CPN | 2 | 2,7 |
| TOTAL | 74 | 100 |

La majorité des patientes ne faisait pas de CPN, 83,8%.

Tableau XI: Répartition des patientes en fonction du type d'accouchement après cure de la fistule

| TYPE D'ACCOUCHEMENT APRES CURE FISTULE | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|---|------------------|--------------------|
| ABSENCE DE GROSSESSE | 51 | 68,9 |
| VOIE BASSE | 13 | 17,6 |
| VOIE HAUTE | 10 | 13,5 |
| TOTAL | 74 | 100 |

Il n'y avait pas d'accouchement dans 68,5% des cas.

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement à l'apparition de la fistule

| LIEU D'ACCOUCHEMENT A LA SURVENUE DE FISTULE DE LA FISTULE | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|---|------------------|--------------------|
| Cs ref | 9 | 12,2 |

| | | |
|--------------|-----------|-------------|
| domicile | 7 | 9,5 |
| Cs-com | 5 | 6,8 |
| HOPITAL | 1 | 1,4 |
| TOTAL | 22 | 29,9 |

Les femmes qui accouchaient au Cs-ref étaient majoritaire 12,2%.

Une femme était perdue de vue au moment de l'étude.

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction de l'agent ayant fait l'accouchement après cure de fistule.

| AGENT AYANT FAIT L'ACCOUCHEMENT | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|--|------------------|--------------------|
| MEDECIN | 10 | 13,5 |
| SAGE FEMME | 5 | 6,8 |
| MATRONE | 4 | 5,4 |
| NON ASSISTE | 3 | 4,1 |
| TOTAL | 22 | 29,8 |

La majorité des accouchements était fait par des médecins, 29,8%.

Une femme était perdue de vue au moment de l'étude.

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de l'excision

| EXCISION | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|-----------------|------------------|--------------------|
| OUI | 57 | 77,0 |
| NON | 17 | 23,0 |

| | | |
|--------------|-----------|------------|
| TOTAL | 74 | 100 |
|--------------|-----------|------------|

La majorité des femmes étaient excisée 77%.

Tableau XV : Répartition des patientes en fonction de la dyspareunie après cure de la fistule

| DYSPAREUNIE APRES CURE FISTULE | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|---|------------------|--------------------|
| OUI | 45 | 60,8 |
| NON | 29 | 39,2 |
| TOTAL | 74 | 100 |

La dyspareunie était présente dans la majorité des cas soit 60,8%.

Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction du planning après cure de la fistule

| CONTRCEPTION APRES CURE FISTULE | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|--|------------------|--------------------|
| NON | 53 | 71,6 |
| OUI | 21 | 28,4 |

| | | |
|--------------|-----------|------------|
| TOTAL | 74 | 100 |
|--------------|-----------|------------|

La plus part des femmes soit **71,6 %** des cas ne suivait pas de contraception après cure de fistule.

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction de la date d'apparition de la fistule

| DATE APPARITION FISTULE | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|------------------------------------|------------------|--------------------|
| 1990-2000 | 30 | 40,5 |
| 2006-2010 | 23 | 31,1 |
| 2001-2005 | 21 | 28,4 |
| TOTAL | 74 | 100 |

La décennie 1990 à 2000 a enregistré plus de fistuleuses avec **40,5 %** des cas.

Tableau XX : Répartition des patientes en fonction du sentiment de rejet

| SENTIMENT DE REJET | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|-------------------------------|------------------|--------------------|
| OUI | 42 | 56,8 |
| NON | 32 | 43,2 |
| TOTAL | 74 | 100 |

Le sentiment de rejet par la société a été retrouvé chez 42 patientes soit **56,8 %** des cas.

Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction du sentiment de honte a l'apparition de la fistule

| SENTIMENT DE HONTE | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|---------------------------|------------------|--------------------|
| OUI | 42 | 70,3 |
| NON | 22 | 29,7 |
| TOTAL | 74 | 100 |

La majorité des femmes fistuleuses vivaient avec un sentiment de honte soit 70,3%

Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction du nombre d'opération

| NOMBRE D'OPERATION | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|---------------------------|------------------|--------------------|
| UNE OPERATION | 55 | 74,3 |
| 2 OPERATIONS | 13 | 17,6 |
| 3 OPERATIONS | 3 | 4,1 |
| 4 OPERATIONS | 2 | 2,7 |
| PAS D'OPERATION | 1 | 1,4 |
| TOTAL | 74 | 100 |

Cinquante cinq patientes soit **74,3 %** n'ont reçu qu'une seule intervention.

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction de l'année de l'opération

| DATE DE L'OPERATION | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|--------------------------------|------------------|--------------------|
| 2008 | 51 | 68,9 |
| 2009 | 14 | 18,9 |
| 2010 | 8 | 10,8 |
| 1990-2007 | 1 | 1,4 |
| TOTAL | 74 | 100 |

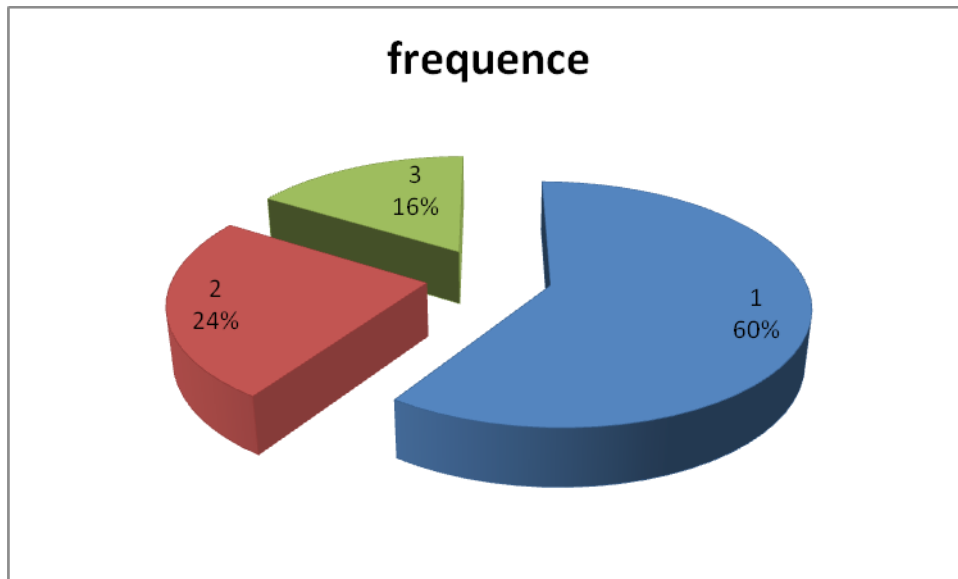
Les femmes opérées en 2008 étaient majoritaires 68,8%.

Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction du consentement du mari pour l'opération.

| CONSENTEMENT MARI | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|------------------------------|------------------|--------------------|
| OUI | 49 | 66,2 |
| CELIBATAIRE | 19 | 25,7 |
| NON | 6 | 8,1 |
| TOTAL | 74 | 100 |

Quarante neuf patientes soit **66,2%** des femmes fistuleuses avaient le consentement de leur mari pour l'intervention.

Tableau XXV : Répartition des patientes selon la guérison



Les femmes guéries totalement était majoritaire, 60%.

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon la perte d'urine

| PERTE D'URINE | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|----------------------|------------------|--------------------|
| ABSENTE | 44 | 59,5 |
| MOINS IMPORTANTE | 18 | 24,3 |
| IMPORTANTE | 12 | 16,2 |
| TOTAL | 74 | 100,0 |

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la cause des récides

| CAUSE DES RECIDIVES | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|---------------------------------|------------------|--------------------|
| PAS DE CONTRACEPTION | 72 | 97,3 |
| ACCOUCHEMENTS A | 2 | 2,7 |

| DOMICILE | | |
|-----------------|-----------|------------|
| TOTAL | 74 | 100 |

L'absence de contraception est la cause des récives la plus représentée avec **97,3 %** des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la réinsertion sociale

| REINSERTION SOCIALE | FREQUENCE | POURCENTAGE |
|-----------------------------------|------------------|--------------------|
| BONNE | 53 | 71,6 |
| MAUVAISE | 18 | 24,3 |
| PAS DE REINSERTION SOCIALE | 3 | 4,1 |
| TOTAL | 74 | 100 |

La réinsertion sociale a été bonne chez **71,6 %** des cas.

TABLEAU XXIX : Répartition des femmes guéries en fonction de la parité.

| | GUERISON | | TOTAL |
|---------------|-----------------|---------------------------|--------------|
| | TOTAL | PARTIELLE RECIDIVE | |
| PARITE | | | |

| | | | | |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| PRIMIPARE | 31 | 13 | 3 | 47 |
| | 41,9% | 17,6% | 4,1% | 63,5% |
| PARITE>2 | 13 | 5 | 9 | 27 |
| | 17,6% | 6,8% | 12,2% | 36,5% |
| TOTAL | 44 | 18 | 12 | 74 |
| | 59,5% | 24,3% | 16,2% | 100,0% |

La guérison était totale chez 31 primipares avec un taux de 41,9%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-AGE

La les tranches d'âge 15 à 17 ans de l'étude était la plus représentée avec 42,7% au moment de l'apparition de la fistule.

Ce résultat est supérieur à celui de **DOUMBIA [2]** qui a trouvé **30,38%** et inférieur à celui de **BERTHE [1]** **50%**.

Le poids des coutumes fait que les jeunes filles sont mariées dès leurs ménarches, elles tombent enceinte et au moment de l'accouchement leurs bassins se trouvaient le plus souvent immature ce qui serait à l'origine d'une dystocie osseuse et par conséquence de la fistule.

2-Statut matrimonial

L'étude montre que **52%** des femmes étaient mariée et **48 %** des étaient célibataire à l'apparition de la fistule.

Ce résultat est inférieur de celui de **DOUMBIA [2]** **76.3%**, et égal à celui de **BERTHE [1]** **50%**. **MARIANNE [13]** trouve **66,7%** à Bamako.

Certes la proportion de femme mariée est élevée, mais cela ne doit occulter que le poids de coutumes oblige le mariage de ces femmes dès leurs ménarches.

3-La scolarisation

Parmi les 74 femmes fistuleuses, **98,6%** de ces femmes étaient non scolarisées et aucune d'elle n'avait atteint le niveau supérieur.

Ce résultat est supérieur à celui de **KONE [16]** qui trouve une majorité non scolarisée à **70,2%**.

Cela pourrait s'expliquer par le fait non seulement qu'elles sont issues de milieu défavorisé mais aussi le poids des coutumes.

4-L'ethnie

Les femmes fistuleuses sonrhaïs étaient les plus nombreuses avec **33,8 %** des cas suivi des peulh avec **25,7%**.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les ethnies sonrhaï et peulh sont les plus représentés dans cette localité. .

5-Parité

La fistule vésico-vaginale est survenue lors du premier accouchement dans **63,5% des cas**.

Ce résultat est supérieur à celui de **DOUMBIA [2]** qui avait trouvé **41,1%**, de **MARIANNE [13]** **44,44%**, de **NICODEME 51,4%** [17].

L'immaturation du bassin chez les jeunes primipares prolonge la durée de travail, et expose à la fistule vésico-vaginale.

Certes la tranche de primipares est élevée mais cela ne doit pas faire occulter le fait qu'aucune mère n'est à l'abri de l'apparition d'une fistule au décours d'un accouchement car, et les pauci pares, et les multipares, et même les grandes multipares ont des pourcentages non négligeable dans les différentes études.

6- ETAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE

Les femmes fistuleuses qui avaient accouché d'un mort né étaient majoritaire avec **78,4% des cas**. Ce résultat est inférieur à celui de **DOUMBIA [2]** qui a trouvé une prévalence de mort né à **94,3%**, de **NICODEME [17] 91,89%**.

Ce résultat est le reflet des accouchements à domicile ayant pour causes principales la durée prolongée de travail. Nous remarquons que malgré les années qui séparent les études, malgré tous les efforts entrepris sur le plan de politique sanitaire le taux n'a pratiquement pas changé et cela serait toujours dû à l'insuffisance des structures sanitaires qui restent éloignées des populations et au manque de personnel qualifié mais aussi le poids des coutumes.

7- LA DUREE DU TRAVAIL CAUSAL

Le travail d'accouchement avait duré 3 jours chez **55,4%** de nos patientes, **DOUMBIA [2]** avait un taux supérieur **87,2%**, ce résultat est inférieur à celui de **TOURE [18] 92,6%**. **KOITA [5] 93,94%**.

La compression prolongée des parois vésicale et vaginale par la tête fœtale entraîne la nécrose et l'escarrification des dits parois et par conséquent expose à la fistule vésico-vaginale.

8-Grossesses après cure de la fistule

L'étude montre que **71,6%** des patientes n'étaient plus tombées enceinte après cure de fistule. Cela s'explique par le fait que malgré que la majorité de ces femmes ne soit pas divorcée, elles sont très certainement délaissées par leur mari.

9- CPN avant survenue de la fistule

La plus part des femmes fistuleuse ne faisait pas de CPN avant survenue de la FVV avec **83,8 %**. Cela s'explique par l'analphabétisme, l'ignorance, l'insuffisance d'éducation sanitaire.

10-Voies d'accouchement après cures de fistules

L'étude montre que la majorité des femmes n'avaient pas de grossesse dans 68,5% des cas.

Parmi celles qui avaient, la voie basse a été plus représentée avec **13,5%** des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'après cure, les femmes accouchaient dans les structures de santé.

10- Le consentement du mari était reçu pour l'intervention 66,2% des cas. Le poids des coutumes fait obliger les femmes fistuleuses de demander l'autorisation de se soigner.

11 - La réinsertion sociale a été bonne chez **71,6 %** des cas. Cela s'explique par le fait par le soutien de la famille et qu'une femme s'adapte à tout.

12- GUERISON

La guérison était totale chez 44 patiente 59,5%.

Nous avons classé comme guéries totalement les patientes qui ont eu leur fistule fermé et qui sont continentes.

Ce résultat est inférieur à celui de **MARIANNE [13] 86,24%**, **DOUMBIA [2] 76,29%**.

Ceci s'explique par la bonne pratique des techniques chirurgicales.

Les **primipares** à guérison totale étaient les plus représentées avec **41,9%** suivies des multipares à guérison totale **17,6%**.

Ce résultat est supérieur à celui de **KONE [16] 29,1%** pour les primipares
14,7% pour les multipares.

Ceci s'explique les primipares opérées étaient majoritaire de l'étude.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1-Conclusion

La fistule vésico-vaginale reste encore une réalité dans notre pays. L'étude montre qu'elle survienne chez les primipares jeunes dont l'issue de la grossesse est soldée le plus souvent par des morts nés en plus de ce drame médico-social.

Il s'agit d'accouchement prolongé pour la plus part avec une durée de travail dépassant parfois les 72 heures.

L'influence de la religion et des coutumes en plus de la non qualification du personnel pour l'accouchement interviennent dans la survenue de cette pathologie.

Nous avons remarqué quelques cas de récurrence après traitement et ces femmes fistuleuses sont sujettes à des rejets par la société.

2-RECOMMANDATIONS

Vu l'ampleur du problème nous formulons les recommandations suivantes :

Sur le plan institutionnel

1. Au ministère de la santé

Accroître les ressources affectées à la santé ;

Renforcer les activités d'IECS surtout en matière de planification familiale

Améliorer la couverture sanitaire en construisant des centres de santé

Renforcer le plateau technique des centres de santé

Affecter les personnels qualifiés dans les centres de santé périphérique ;

Equiper les centres de santé en matériel adéquat ;

Améliorer le système de référence / évacuation en dotant les principales aires de santé d'ambulance et de système de communication (rac, téléphone) avec le centre de référence

2. Aux agents de santé :

Faire accompagner chaque malade d'une fiche de référence correctement remplie et en instituer systématiquement le retro-information

3. Sur le plan obstétrical

Le ministère de la santé en collaboration avec les chefs de service des unités gynéco obstétricales devra :

- ✓ mettre en œuvres des programmes de perfectionnement et de formation des matrones et des accoucheuses traditionnelles afin de leur apprendre une surveillance adéquate des grossesses, et surtout le dépistage précoce des grossesses à risque et des accouchements dystociques ;
- ✓ systématiser l'utilisation d'outils simples de surveillance comme le partogramme.

4. Aux populations : nous recommandons

L'utilisation des centres de santé

La solidarité envers les femmes porteuses de fistule

5. Au centre de prise en charges des femmes porteuses de fistules

Continuer avec les campagnes de sensibilisations et de recrutement.

6. Au ministère de l'éducation

Renforcer la scolarisation des filles

Rehausser le taux d'alphabétisation fonctionnelle des filles et des femmes

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Baba

Titre de thèse : Suivi médico-social de 74 femmes opérées de fistule vésico-vaginale d'origine obstétricale dans les cercles de Niafouké et Goundam

Année universitaire : 2011 -2012.

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.

Secteur d'intérêt : services de gynéco –obstétrique du point g du point G

RESUME

La problématique de la fistule obstétricale a connue beaucoup d'acteurs notamment l'ONG MSF à travers son programme global d'élimination de la fistule obstétricale dans le monde.

Notre étude rétrospective à porté sur 74 cas de fistule vésico-vaginales dans les cercles le Niafouké et Goundam. Elle demeure encore aujourd'hui un gros problème de santé publique au Mali.

L'étude a durée 6 mois et eu comme population cible les femmes porteuse FVV obstétricale prise en charge par MSF. Elles sont dues à :

- a- l'insuffisance de personnel qualifié dans les structures sanitaires.
- b- Aux accouchements a domiciles en l'absence des ATR.

c- Aux manques de surveillances pendant le travail.

Au terme de notre étude, il ressort les constats suivants :

Nos patientes étaient en majorité jeunes, avaient entre 15 et 30 ans. Elles étaient au nombre de 46 soit 62,2 % de tout l'effectif.

Malgré leur fistule, même si elles ne vivaient pas toute avec leur mari, plus de la moitié de nos patientes étaient restées mariées 52 personnes soit 70,3%.

Elles étaient toutes analphabètes, provenaient de zones rurales et aucune n'avait fait l'objet d'un suivi obstétrical au cours de la grossesse causale.

La primiparité étaient constaté chez 47 patientes soit 63,5 % au cours de l'accouchement causal de la fistule et qui a été sanctionné d'un mort né à 78,4%.

Sur le plan social, le consentement de la famille a été reçu par toutes les patientes et Quarante neuf patientes soit **66,2%** des femmes fistuleuses avaient le consentement de leur mari pour l'intervention. La réinsertion sociale a été bonne chez **71,6 %** des cas.

Sur le plan guérison, 44 patientes étaient totalement guéries soit 59,5% des cas, 18 soit 24,3% avaient une guérison partielle et 16,2% de récidives.

REFERENCES

- 1- **BERTHE H** ; études des fistules uro-génitales dans le service d'urologie de l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou à propos de 16 cas ; thèse de médecine n°61, pages 78,81, Bamako, 1999.
- 2- **DOUMBIA O** ; fistules vésico-vaginales obstétricales : bilan d'activité de 1993 à 2004 à l'hôpital régional Somine Dolo de Mopti ; thèse de médecine n° 102, Bamako, 2006. Page 86.
- 3- **HAROUNA YD., SEIBOU A., MAIKANO S., DJAMBEIDOU J., SANGARE A., BILANE SS., ABDOU HM.**
Enquêtes auprès de 52 femmes admises au village des Fistuleuses .Niamey, Niger .Médecine d'Afrique Noire 2001, page 48
- 4- **OUATTARA K., TRAORE M.L., CISSE C. :**
Traitement de la fistule vésico-vaginale africaine en république du MALI (134 cas), Hôpital du Point G. N°141, page 102
Médecine d'Afrique. Noire.1991,
- 5- **KOITA A.K.**
Quelques aspects des fistules vésico-vaginales observés à l'hôpital du Point « G » à Bamako. Thèse de Médecine, Bamako 1983 ; 179P, N°81 page 86.
- 6- **TRAORE O.M.**
Problématiques des fistules vésico-vaginales au Mali.
Thèse de médecine, Bamako 1991.N° 97 pages 66

- 7- **MERGER R ET COOL** : précis d'obstétrique 6^{ème} édition. Page 389-396.
- 8- **GANGALI DIALLO**, cour d'anatomie pccm 1^{ère} année FMPOS de Bamako.
- 9- **HAMELIN R, NICHOLSON E** : reconstruction of urétra totally destroyed in labor br med j 1969.page 266
- 10- **MAURICE CAMEY** : les fistules obstétricales (1998). Page 247
- 11- **COUVELAIRE R** : sur les fistules vésico-vaginales, J urol, PARIS 1984.page 387
- 12- **YOUSSEF A .F** « Menouria » following lower segment cesarienne section :a syndrome obstet, gyn 1957 page 456.
- 13- **AMEHOUM N'GUESSAN MARIANNE** : fistules vésico-vaginales obstétricales : bilan d'une année d'activité à l'hôpital du point G, thèse de médecine N° 198 , Fmpos MALI ,2004.page 147.
- 14- **OUATTARA K et coll.** : problématique de la fistule vésico-vaginale obstétricale ; service d'urologie de l'hôpital du point G BKO, MALI
- 15- **PERQUIS P** : fistules vésico-vaginales en Afrique noire. med trop 1971.bibliothèque FMPOS, page 241.
- 16- **KONE A D** : étude de la fistule vésico-vaginale obstétricale à Sikasso. Thèse de médecine 124, page 57,Bamako, 2007
- 17- **NICODEME BALLO** : les incontinences urinaires post cure de fistule au service d'urologie du point G, thèse de médecine, N° 156, page 145 Bamako 2004.

- 18- **TOURE H** : étude critique de 220 cas de fistules vésico-vaginales, bilan d'activité du projet FVV initié par médecin du monde et le service d'urologie de l'hôpital du point G (thèse de médecine, enmp MALI, 1995) N°97 page 104.
- 19- **MOIR J CH**: the circumferential vésico-vaginal ;j obstgynealo ,india 1965.page 124.
- 20- **MARTUIS H**: fettlappenplastick aus dem bulboavernosusgebiet als fistel nahtschutzoperation, Geburtsh.frauenh 1940. Pages 179.
- 21- Organisation mondiale de la santé,
<http://www.who.int/whr/2010/fr/index.html>.
- 22- **PIERRE KAMINA** : anatomie gynécologie- obstétricale page 278-281.

FICHE D'ENQUETE

1- ETAT CIVIL :

- Nom : prénom :
- Age : ethnie: statut matrimonial
- Niveau de scolarisation : résidence :
- Profession : profession du mari :

2- ANTECEDENT GYNECO-OBSTETRICAUX :

- a. Nombre d'enfants vivant : nombre d'enfant décéder : âge de décès :
Nombre de mort née : A-t-elle été de nouveau enceinte :
- b. Nombre de CPN : Type d'accouchement : lieu de
l'accouchement :
- c. Accouchement après cure de fistule : type d'accouchement après cure de
fistule :
- d. Agent ayant fait l'accouchement : accoucheuse traditionnelle :
- e. Excision : oui ou non A quel âge a-t-elle été excisée :
- f. Dyspareunie après cure de fistule : impossibilité d'avoir des rapports
sexuels :
- g. Planning familial : oui ou non

3- VECU SOCIAL :

- Date d'apparition de la fistule : Cause de la fistule :
- Sentiment de rejet : sentiment de honte :

4- PARAMETRES LIES A L'ACTE OPERATOIRE :

- Comment a-t-elle été informée de la possibilité chirurgicale :

- Date de l'opération : qui a payé les frais :
- Qui l'a adressé à l'hôpital : quelle a été la réaction de son mari :
- Quelle a été la réaction de son entourage :

5- PARAMETRE LIES AU SUIVI POST OPERATOIRE :

- a) Quel a été le suivi médical post opératoire :
- b) Date de son retour au village :
- c) Absence de fuite urinaire : oui ou non
- d) Perte d'urine moins importante : oui ou non
- e) Perte d'urine importante : oui ou non
- f) Causes de récurrence :

6- LA VIE APRES L'OPERATION :

- ✓ Statut matrimonial :
- ✓ Sur le plan communautaire, est-elle réinsérée dans son village ?
- ✓ Activité propre : - travail ménager : -travail rémunéré :
- ✓ Quelles sont ces ressources financières ?
- ✓ A-t-elle été acceptée dans sa famille ?

7- RESULTATS DE L'EXAMEN PHYSIQUE :

- Etat général :
- Conjonctives :
- Aspect de la vulve :
- Excision :
- Leucorrhée :
- Etat du vagin :
- Etat de l'utérus :
- Annexes :

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'Etre 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 méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE