

Ministère de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche



REPUBLIQUE DU MALI  
*Un Peuple- Un But- Une Foi*



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

*Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie*

Année universitaire 2020 - 2021

**FMOS**

Mémoire N° :

## MEMOIRE

« **Fistules obstétricales multi-opérées, au cours d'une campagne de prise en charge au service d'urologie du CHU point G: Quels résultats attendre ?** »

Présenté et soutenu le 24 /12 / 2021 devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie par :

**Dr. MEUKE KUISSIK Jean-François**

Pour obtention du Diplôme d'Etude Spécialisées en Urologie  
(DIPLOME D'ETAT)

### JURY

Président : **Pr. Honoré JG BERTHE**  
Membres : **Dr. Mamadou Tidiane COULIBALY**  
**Dr. Amadou KASSOGUE**  
**Dr. Alkadri DIARRA**  
**Dr. Moussa Salifou DIALLO**  
Directeur : **Pr. Mamadou Lamine DIAKITE**

**DEDICACES  
ET  
REMERCIEMENTS**

## DEDICACES

### *Au Seigneur Dieu Tout Puissant ;*

Eternel Dieu tout puissant, je puis tout par toi qui me fortifie, car seigneur si tu ne bâtis, ceux qui bâtissent, bâtissent en vain ; si tu ne veille et garde, ceux qui veille, veille en vain. En ce jour mon âme te bénis, t'exalte, te magnifie et te rend grâces Pour toutes les merveilles que tu ne cesses d'accomplir dans ma vie et celle de ma famille. Je te dédie ce travail en reconnaissance de tous les bienfaits à la famille MEUKE. Merci d'avoir permis la réalisation de ce présent travail. Que tous genoux fléchissent devant toi et toutes langues confessent que tu es le Dieu tout puissant et plein d'amour. Pour toujours je te remets ma vie, afin tu sois à jamais mon socle, mon bouclier, mon guide, mon protecteur et ma forteresse.

Que la gloire te soit rendue père maintenant et toujours pour les siècles et des siècles. Amen !

### *A mon Père MEUKE PHILIPPE*

Papa, toute ta vie durant tu n'as cessé de te battre corps et âme pour que nous puissions étudier et ne manquer de rien, tu nous as toujours appris la rigueur et la discipline dans le travail, aujourd'hui soit fière car tes efforts et sacrifices inlassables ont portés des fruits. Ce travail, fruit de tes durs labeurs et sacrifices, est le tien, trouve en lui l'expression de ma profonde gratitude. Tes bénédictions et encouragements m'ont permis de braver tempêtes, vents et marées. Tu nous as toujours enseigné l'amour du travail, l'amour du prochain et la crainte de Dieu. Puisse Dieu tout puissant te bénisse ainsi que ta progéniture, qu'il te donne une santé de fer et te garde encore longtemps parmi nous afin que tu puisses jouir du fruit de tes sacrifices. Encore milles fois merci papa.

### *A ma mère chérie TCHANDOM JACOBINA*

Maman chérie, en ce jour, je te rends hommage pour tout l'amour dont tu n'as cessé de nous combler, comme une mère poule protège ses poussins, tu as toujours été là, en nous enseignant que la prière est le chemin, qui mène à la

réussite, paix du cœur, la joie et le bonheur. Merci pour toutes les fois où tu as mis tes genoux à même le sol pour prier notre Dieu afin que nous soyons en bonne santé et manquions de rien. Femme humble, battante, soumise et toujours souriante aucun mot du monde ne saurait exprimer l'amour que je te porte maman. Grace à tes prières, ta fois en Dieu, ton courage, tes conseils et encouragements, je suis devenu ce que je suis. Ce travail est le tien. Que Dieu te bénisse et te comble de ses grâces, qu'il veille sur toi, et t'accorde le bonheur, la joie, la santé, longévité. Mille fois merci Maman, je t'aime.

***A mon Père de Bamako le Dr Alain Nzefa***

Tu as toujours été là, du plus grand au plus petit, et sans contrepartie tu nous as enseigné et formé. Ce travail est aussi le tien, trouve en lui l'expression de ma gratitude. Mille mercis Dr Alain Nzefa.

***A mes frère et sœurs***

**Maitre Bérenger MEUKE, Dr Clarisse MEUKE, Jacqueline laure MEUKE, Marie-jeanne MEUKE, Dr Michel MEUKE, Dr Mireille MEUKE :**

Depuis tout petit vous m'avez encadré sur le plan scolaire et dans la vie de tous les jours, très souvent vous avez été ma source d'inspiration et suivre vos pas a été bénéfique pour moi. A chaque fois vous m'avez soutenus et motivés, votre affection, vos prières et conseils m'ont aidé à atteindre mes objectifs. Ce travail est aussi le vôtre. En guise de ma reconnaissance je vous dédie ce mémoire. Je rends grâce à Dieu de m'avoir donné des sœurs attentionnées, et des frères soucieux de mon avenir. Que le Père Céleste vous comble de ses bénédictions, vous protège et qu'il réalise tous vos projets, qu'il nous donne de toujours être unis, qu'il continue de faire régner l'amour, la paix et la joie parmi nous, Merci pour tous.

***A mes feu grands-parents (papa BOUTCHOUANG et maman MEDOM Jacqueline ; papa DOMCHE et maman KUISSEU Elisabeth)***

Merci pour vos bénédictions et prières. Grace à vous je suis devenu ce que je suis, recevez ce travail en guise de ma profonde gratitude. Que Dieu vous accueille dans son paradis, reposez en paix

***A tous mes oncles, tantes, frères, sœurs, cousins, cousines et amis ;***

Merci pour tous ce que vous avez faits pour moi. Ce travail est le vôtre, recevez le en guise de ma profonde gratitude. Que Dieu vous Bénisse et vous Garde.

***A mes neveux et nièces***

Aucun mot ne peut suffire pour vous dire combien de fois je vous aime, je m'excuse pour cette longue absence, j'aurais aimé être toujours à vos côtés. Je vous dédie cette thèse. Ce travail est le vôtre. Que Dieu vous donne la force nécessaire afin que vous grandissiez dans sa crainte et que vous soyez bénis par sa grâce. Qu'il vous protège de tous mal. Votre oncle qui vous aime, Merci.

***A mes belles-sœurs maman Mope Myriam ; maman Kamgno Laura ; maman Linda***

Merci pour votre soutien indéfectible, ce travail est le vôtre. Merci !

Recevez ce travail comme signe de notre amitié, vous ne m'avez jamais lâché quand j'avais eu besoin de vous. Aucun mot ne suffira pour exprimer ma gratitude. Je vous dis tout simplement merci.

## REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements :

### *Au Mali, ma terre d'accueil, ma deuxième patrie*

Je suis reconnaissant pour l'opportunité que tu as su m'accorder en me permettant de réaliser mon rêve, celui de devenir un jour chirurgien urologue. Ton hospitalité et ta simplicité m'ont été d'un grand réconfort. Merci Maliba...

### *Au corps professoral de la de la FMOS (faculté de médecine et d'odontostomatologie) de Bamako pour la qualité de l'enseignement reçu.*

Aucun mot ne pourra exprimer ma gratitude, tout simplement merci pour tous.

**A Mes Maîtres :** Prof Tembely Aly Douro ; Prof Zanafon Ouattara ; Prof Diakité Mamadou Lamine ; Prof Berthé Honoré Jean Gabriel ; Prof Thalmann george ; Dr Cisse Dramane et madame ; Dr Coulibaly Mamadou Tidiane; Dr Kassogué ; Dr Alkadri Diarra ; Dr Sory Koné; Dr Samassekou Aissata ; feu Dr Diassana Mathias ; Dr Koné Sory. Aucun mot ne pourra suffire pour vous exprimés ma reconnaissance et mes sincères remerciements. Vous m'avez toujours réservés un accueil chaleureux. Grace à vous, l'apprentissage a été plus agréable. Merci pour l'encadrement, les encouragements, le soutien et l'aide que vous ne cessez de m'apporter.

### *A mes aînés, collègues du service d'urologie*

Les docteurs Léandre Simo Tabue, Sissoko Idrissa, Yaya Ouattara, Diallo Adama Toutou, Guisse Souleymane, Lahassane Coulibaly, Kanté Mahamadou, Badiaga Cheikna, Falaye Cissoko, Georges Uro-ogon, Tembely Youssouf, Yattara Ibrahim, Doumbia Lanseni, Traoré Mohamed, Adoumadji Kouldjim, Bouaré Alassane, Omam Franck, Zibi francky, Follah laurel ; l'équipe des infirmières et tous ceux et celles que je n'ai pas mentionné.

Travailler avec vous a été d'une grande expérience professionnelle. Vous êtes les meilleurs, que Dieu vous bénisse. Merci pour tous !

***A tout le personnel du service d'urologie***

Médecins, D.E.S, Major, internes, externes, infirmier(e)s, garçons de salles.

Merci pour votre collaboration, que Dieu vous bénisse.

***Les familles CHERIF (à Kankan) ; Kassogué (à Sévaré)***

Vos soutiens, conseils et votre collaboration m'ont aidé lors de mon cursus. Soyez en remercier au nom de notre Sauveur Jésus Christ. Que le Père Céleste vous bénisse et vous garde.

***A tous mes amis du Cameroun, Cote d'Ivoire, Congo, Burkina –Faso, Niger, Benin, Guinée et du Mali***

Dr Klovis Klifford, Dr Ines Tchakoute, Ngantchouang Leticia Muriel, Dr maxime Guimatsia, Dr Yves dulier, Dr Vladimir Tessa, Dr John Waani, Dr Woachie Bruno, Dr Diomande Ahmed, Dr Woga Arcel, Dr Dichi herman, Dr Mezeni franck, Dr Ngamen claude, Dr Tessa Vladimir, Arnaud Yonga et madame, Nadine Dionkou, Narcisse Akale, Serge Kesse, Jean Luc Boga, Cyrille Kenmoe, Oumar, Igor, Moussa Saib, Petit Moussa, Ange Zoro Bi, Bissouma, Lotchouang hervé et madame, Rostand K, Raji.S, Famille Yeuwah, madame Olivia Mbia, Kabiwa brice, Boutchouang daryl, Kamgaing morel, Fanche Michael, Dilangue yve, Ngafi marcelle, Kountchou Charlène, billy Abody, Francis Ombaho et tous ceux et celles que j'ai omis involontairement. Merci pour votre contribution sur tous les plans. Vous êtes les amis les plus super au monde. Je rends grâce à Dieu de vous avoir mis sur mon chemin. Que Dieu vous bénisse et garde la flamme de notre amitié.

**HOMMAGE  
AUX MEMBRES  
DU JURY**



**A notre maitre et président du jury :**

**Pr Honoré Jean Gabriel BERTHE**

- Chirurgien urologue et Andrologue au service d'urologie CHU point G
- Maitre de conférences à la faculté de médecine et odontostomatologie
- Praticien hospitalier au CHU point G
- Membre de l'association malienne d'urologie

Cher maitre,

L'image d'un homme, travailleur, respectueux, rigoureux, méthodique et modeste est ce que nous garderons de vous. Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines et votre gout pour le travail bien fait, ont sans doute impacter positivement notre formation.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements.

**A notre maitre et juge :**

**Dr Mamadou Tidiane COULIBALY**

- Chirurgien Urologue et Andrologue dans le service d'urologie CHU Gabriel Touré
- Chef de service d'urologie au CHU Gabriel Touré
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Maitre- assistant à la FMOS
- Membre de l'association malienne d'urologie

Cher maitre,

Nous sommes émerveillés par votre compétence, votre dynamisme, votre amour pour le travail bien fait. Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés.

Soyez rassuré cher maitre de notre sincère reconnaissance.

**A notre maitre et juge :**

**Dr Amadou KASSOGUE**

- Chirurgien Urologue et Andrologue
- Chef de service d'urologie au CHU Pr Bocar Sidi SALL de Kati
- Diplômé en communication Médicale Scientifique et en Pédagogie des sciences de la santé de l'université de Bordeaux
- Maitre-assistant en urologie à la FMOS
- Membre fondateur de l'association malienne d'urologie
- Trésorier général du bureau de l'association malienne d'urologie

Cher maitre,

Votre dynamisme, votre courage et votre modestie sont des exemples à suivre. Permettez-nous cher maitre, de vous exprimer tout notre respect et toute notre reconnaissance.

**A notre maitre et juge :**

**Dr Alkadri DIARRA**

- Chirurgien Urologue et Andrologue
- Chef de service d'urologie CHU Luxembourg
- Maitre-assistant d'urologie à la FMOS
- Membre de l'association malienne d'urologie
- Pédagogue médical diplômé de l'université de Bordeaux 2/ France
- Communicateur médical diplômé de l'université de Bordeaux 2/ France
- Vice-président du Conseil National de l'ordre des médecins

Cher maitre,

Travail, discipline et l'amour du travail bien font partis de vos principes. Nous sommes reconnaissant, pour votre contribution à l'amélioration de la qualité scientifique de ce travail.

**A notre maitre et juge :**

**Dr Moussa Salifou DIALLO**

- Chirurgien Urologue et Andrologue
- Praticien hospitalier au CHU de Kati
- Urologue des forces armées malienne
- Maitre-assistant à la FMOS
- Membre de l'association malienne d'urologie

Cher maitre,

Vous comptez parmi ce jury est très bénéfique pour nous.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

**A notre maitre et directeur de mémoire :**

**Pr Mamadou Lamine DIAKITE**

- Chirurgien Urologue, Andrologue
- Chef de service d'urologie du CHU point G
- Praticien hospitalier au CHU point G
- Maitre de conférences agrégé à la FMOS
- Président de l'association malienne d'urologie

Cher maitre,

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre générosité, votre disponibilité font de vous le pilier solide de l'urologie Malienne. Votre simplicité, vos qualités scientifiques sont des exemples à suivre, nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés.

Recevez ici cher maitre notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

## **TABLE DE MATIERES**

ABREVIATIONS.....	XIII
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	XIV
I : INTRODUCTION.....	1
II : METHOLOGIE.....	5
1 Type d'étude .....	6
2 Période d'étude.....	6
3 Population d'étude.... ;;.....	6
4 Lieu d'étude.....	6
5 Critères d'inclusion.....	7
6 Critères de non inclusion.....	8
7 Paramètres à étudiés.....	8
8 Classification des fistules uro-génitales.....	8
9 Critères de guérison.....	9
10 Sources de données.....	10
11 Saisie et exploitations des données.....	10
III : RESULTATS.....	11
1 Aspects sociodémographiques.....	12
2 Aspects Cliniques .....	14
3 Aspects thérapeutiques .....	17
4 Résultats.....	18
IV : DISCUSSION ET COMMENTAIRES.....	19
CONCLUSION.....	25
RECOMMANDATIONS.....	27
REFERENCES.....	30
ANNEXES.....	34

## ABREVIATIONS

**al** : Alliés.

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire.

**Coll** : Collaborateurs.

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire.

**CSref** : Centre de Santé de Référence.

**D.E.S** : Diplômes d'Etudes Spécialisées.

**FMOS** : Faculté de Médecine et OdontoStomatologie.

**FO** : Fistules Obstétricales.

**FUGO** : Fistules Uro-Génitales Obstétricales.

**FVV** : Fistules Vésico-Vaginales.

**FRV** : Fistules Recto-Vaginales.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**USTTB** : Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako.

**%** : Pourcentage.

## **LISTE DES TABLEAUX**

**Tableau I :** Classification des FVV selon K OUATTARA et coll.

**Tableau II :** Répartition des FO multi opérées selon la provenance.

**Tableau III :** Répartition des FO multi opérées selon la méthode d'aiguillage et de référence.

**Tableau IV :** Répartition des FO multi opérées selon les diagnostics objectivés.

## **LISTE DES FIGURES**

**Figure I :** Répartition des FO multi opérées selon la tranche d'âge (en année).

**Figure II :** Répartition des FO multi opérées selon le motif de consultation.

**Figure III :** Répartition des FO multi opérées selon l'âge de la fistule (en année).

**Figure IV :** Répartition des FO multi opérées selon nombre de cures antérieures.

**Figure V :** Répartition des FO multi opérées selon l'environnement de la fistule.

**Figure VI :** Répartition des FO multi opérées selon le type de fistules.

**Figure VII :** Répartition des FO multi opérées selon la technique chirurgicale réalisée.

**Figure VIII :** Répartition des FO multi opérées selon la durée du drainage vésicale post opératoire (en jours).

**Figure IX :** Répartition des FO multi opérées selon le résultat du traitement à la sortie.

# I : Introduction

## I : Introduction

Les fistules urogénitales désignent en général une communication anormale, et acquise entre les voies urinaires et génitales chez la femme [1].

Elles surviennent très souvent après un accouchement laborieux et dystocique d'où le terme « fistules obstétricales » [2], parfois elles sont la conséquence de chirurgies gynéco-obstétricales [3, 4] (hystérectomie ; césarienne) et même de processus néoplasiques (tumeurs pelviennes) ou traumatiques (viols et autres traumatismes).

L'organisation mondiale de la sante estime à 3.000.000, les femmes qui vivent avec des fistules d'origine obstétricale et 50.000 à 130.000 nouvelles fistules chaque année dans le monde [5].

Au Mali 600 nouveaux cas environ sont recensés par an [6].

La FO réalise en générale une perte involontaire d'urines par le vagin, et est parfois associée à des lésions rectales et/ou neurologiques [7].

Son diagnostic est clinique, Il est évoqué devant l'existence d'un écoulement urinaire permanent, le plus souvent sans conservation des mictions, et confirmé par l'examen clinique avec test au bleu de méthylène, parfois la cystoscopie [8].

Son traitement est chirurgical, réalisé plus souvent par voie basse transvaginale et associé à un drainage vésical en post opératoire [9].

Le taux de succès dans la littérature est de 90% pour les fistules simples [10], mais le taux de guérison dès la première intervention dépend du degré de complexité des lésions et de l'expérience de l'équipe de prise en charge.

Une fois opérée et la fistule fermée, la guérison totale n'est pas forcément acquise, elle peut évoluer vers des complications à type de : fistule résiduelle, incontinence urinaire, vie sexuelle limitée, procréation compromise [8] et peut être l'objet de multiples interventions ultérieures. Chaque échec du traitement chirurgical rend plus difficile les reprises ultérieures [6].

La fistule multi opérée se définit comme toute fistule qui a été traitée chirurgicalement plus de trois (03) fois et qui a encore un orifice résiduelle (les



chirurgies multiples pour incontinence urinaire résiduelle après fermeture de la fistule sont exclues) [11]. Sa prévalence reste peu connue en raison d'absence d'étude antérieure à propos de cette variable, cependant elle était estimée à 6,43% au CHU de Cocody en Côte d'Ivoire de 1990 à 2011[2] et à environ 2,43% en 2021 au service d'urologie du CHU Point G de Bamako. Elle est très souvent la conséquence de la fistule initiale sévère et complexe (perte de substance importante avec ou sans section transversale souvent l'apanage des fistules dites africaines) ; fibrose cicatricielle (qui rend difficile la dissection et la cicatrisation en raison d'une mauvaise vascularisation du tissu cicatriciel) ; et parfois le manque d'expérience du chirurgien (tous les auteurs s'accordent sur le fait que la fistule a plus de chance de cicatriser dès la première intervention cela signifie que cette dernière doit être réalisée par un chirurgien compétent ou supervisé) [11].

Les campagnes de prise en charge contribuent à côté des activités de routine du service d'urologie à atteindre l'objectif d'élimination de cette affection.

Ainsi, faire un état des lieux sur les FO multi opérées au cours d'une campagne de prise en charge des FO dans le service d'urologie du CHU Point G et la volonté de susciter de nouvelles vocations à la chirurgie des fistules urogénitales en générale, ont motivé le choix de ce thème intitulé :

**« Fistules obstétricales multi-opérées, au cours d'une campagne de prise en charge au service d'urologie du CHU point G: Quels résultats attendre ? »**

## **Objectifs :**

### **❖ Objectif Général**

Analyser les résultats du traitement des FO multi-opérées à l'issue d'une campagne de prise en charge chirurgicale au service d'urologie du CHU Point G

### **❖ Objectifs Spécifiques :**

1. Décrire les aspects sociodémographiques et anatomo-cliniques des FO multi-opérées.
2. Evaluer les moyens thérapeutiques des FO multi-opérées entrepris au service d'urologie du CHU Point G.
3. Evaluer les facteurs susceptibles d'influer les résultats du traitement chirurgical des FO multi-opérées.
4. Ressortir les suites évolutives et les résultats obtenus.

## II : Méthodologie

## **II : Méthodologie**

### **1- Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive colligeant vingt-deux (22) patientes victimes de fistules uro-génitales obstétricales multi-opérées.

### **2- Période d'étude :**

Cette étude s'est déroulée de la période allant du 31 mai 2021 au 02 juillet 2021.

### **3- Population d'étude :**

Il s'agissait de toutes les patientes (53) victimes de FO enregistrées au cours de cette campagne de prise en charge.

### **4-Lieu d'étude :**

Notre étude a été réalisée dans le service d'urologie du CHU du point G et au centre Oasis, réservée à l'accueil et l'hébergement des patientes victimes de fistules uro-génitales en pré- et postopératoire.

Le Service d'urologie est de nos jours la référence pour la prise en charge des pathologies urinaires d'une manière générale et des fistules uro-génitales en particulier.

Situé en plein cœur du CHU Point G, entre les services de gynéco-obstétrique, cardiologie, anesthésie-réanimation et les blocs opératoires, le service d'urologie est constitué d'un grand bâtiment R+1, avec :

- Au rez de chaussée :
  - Une terrasse munis de place assise faisant office de place d'attente pour les patient(e)s en ambulatoire.
  - Le secrétariat.
  - Deux (02) bureaux de consultation.
  - Dix-neuf (19) salles d'hospitalisation.
  - Le bureau des internes.

- Les bureaux du major et de l'équipe infirmière.
- Le bureau des garçons de salle et brancardiers.
- La salle de soins.
- Les magasins pour stockage de matériels du service.
- Les toilettes (pour le personnel du service et pour les patients hospitalisés).
- A l'étage :
  - Les bureaux du personnel administratif du service d'urologie.
  - La salle de staff et de réunion.
  - Le bureau des D.E.S (médecins en formation pour le diplôme d'études spécialisées en urologie).
  - Les toilettes pour le personnel du service.

Au total, 43 lits d'hospitalisation avec :

- Cinq (05) salles d'hospitalisation de première catégorie.
- Quatre (04) salles d'hospitalisation de deuxième catégorie.
- Dix (10) salles d'hospitalisation de troisième catégorie.

Au Nord Est de l'hôpital se trouve le Centre d'accueil et d'hébergement des femmes victimes de fistule obstétricale en pré et post opératoire, dénommé « Centre Oasis ». Ce centre a une capacité de quarante (40) lits. IL comprend :

Quatre (4) blocs de dix (10) lits chacun avec des toilettes internes, une grande salle au milieu de la cour (servant de lieu de regroupement, d'activités pédagogiques, de loisirs et même de dortoir en cas de débordement), des bureaux, une salle d'examen, des magasins, une chambre pour le gardien, une cuisine, des bassines pour la lessive et des toilettes externes.

### **5-Critères d'inclusion**

Ont été incluse dans notre étude :

Toutes les patientes inscrites à la campagne de prise en charge des FO durant la période d'étude et précédemment opérées au moins trois (03) fois pour FUGO sans succès.

## **6-Critères de non inclusion :**

Ont été non inclus de notre étude :

- Toutes les patientes inscrites à la campagne de prise en charge des FO durant la période d'étude, déjà guéries au moins une (01) fois de FO.
- Les patientes inscrites à la campagne de prise en charge des FO, opérées moins de trois (03) fois pour FO.
- Les patientes dont les dossiers étaient inexploitable.

## **7-Paramètres étudiés :**

Les paramètres étudiés étaient :

- Sociodémographiques : L'âge ; la provenance ; la méthode de référence.
- Clinique : Le motif de consultation ; l'âge de la fistule ; le nombre de cure antérieure ; l'environnement fistuleux ; le diagnostic.
- Thérapeutiques : Prise en charge chirurgicale ; évolution ; résultats.

## **8-Classification des fistules uro-génitales :**

Le siège des fistules uro-génitales obstétricales de nos patientes a été établi selon la classification du Professeur **Ouattara Kalilou et collaborateurs** qui offre un intérêt pronostique, thérapeutique et d'orientation dans le choix de la voie d'abord chirurgical :

- Selon l'environnement de la fistule.
  - Fistule sur vagin souple.
  - Fistule sur sclérose vaginale.
  - Fistule associée à des déchirures du périnée (soit du 1<sup>er</sup>, 2<sup>nd</sup>, 3<sup>e</sup> degré).
- Selon la topographie / site de la fistule

**Tableau I** : Classification des FVV selon K OUATTARA et coll.

CLASSIFICATION DES FVV SELON K OUATTARA ET COLL	
TYPE	DESCRIPTION
I	Fistules de la cloison vésico-vaginale
II	Type II A : sans destruction de l'urètre
	IIAa: Fistule cervico-urétro-vaginale
	IIAb: Désinsertion cervico-urétrale partielle
	IIAc: Désinsertion cervico-urétrale totale ± Urètre perméable ; Urètre borgne
	Type II B : avec destruction de l'urètre
III	Fistules trigono-cervico-utero-vaginale
IV	Fistules Complexes (Mixtes)
V	Fistules hautes (iatrogènes): Vésico -utérine, Vésico-cervico-uterine, urétero –vaginale, Rétro-trigonale

### **9-Critères de guérison :**

Ont été considérées comme guéris après traitement :

- Toutes les fistules uro-génitales obstétricales fermées et étanches avec vessie continente.
- Toutes les fistules uro-génitales obstétricales fermées et étanches mais compliquées troubles sphinctériens.

Ont été considérées comme non guéris après traitement :

- Toutes les fistules uro-génitales obstétricales non fermées avec persistance de fuite d'urine permanente et involontaire.

### **10-Source des données :**

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux, des registres du bloc opératoire établis pour la prise en charge des patientes victimes de FUGO multi-opérées et des fiches d'enquêtes nominatives établies pour l'étude.

Ces fiches d'enquêtes notaient les données : sociodémographiques ; cliniques ; les antécédents ; le siège de la FUGO ; le type d'anesthésie et de traitement des patientes.

### **11-Saisie et analyse des données :**

Les logiciels Microsoft office 2010 ; SPSS 16.0 ont permis de saisir et analyser les données recueillies au cours de notre étude.



## III : RESULTATS

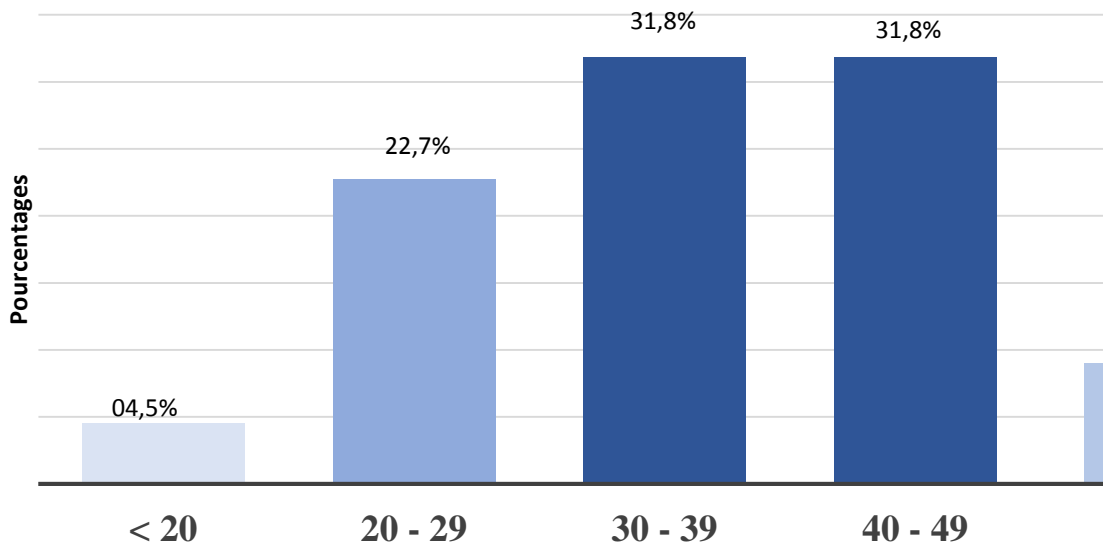
## **RESULTATS**

### **1- Aspects sociodémographiques et épidémiologiques**

#### **1.1 – Prévalence des FO multi opérées.**

Au cours de notre étude nous avons une proportion de 41,5% (n=22) de FO multi opérées pour une population d'étude de 53 patientes fistuleuses inscrites au cours de cette campagne.

#### **1.2 – Age.**



**Figure I** : Répartition des FO multi opérées selon la tranche d'âge (en année)

L'âge moyen dans notre série d'étude était 36,22 ans avec des extrêmes de 18 et 59 ans.

### 1.3 – Provenance

**Tableau II** : Répartition des FO multi opérées selon la provenance

La ville de provenance	Effectif	Pourcentage
<b>Ségou</b>	<b>03</b>	<b>13,6</b>
Kati	02	09,0
Kita	02	09,0
Kénieba	02	09,0
Autres	13	59,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Autres\*: Sikasso (1), Mopti (1), Kayes (1), Bamako (1), San (1), Cote d'ivoire (1), Bougouni(1), Kolokani (1), Daraso (1), Ouelessebouyou (1), N'golobougou (1), Abengourou (1), Gao (1).

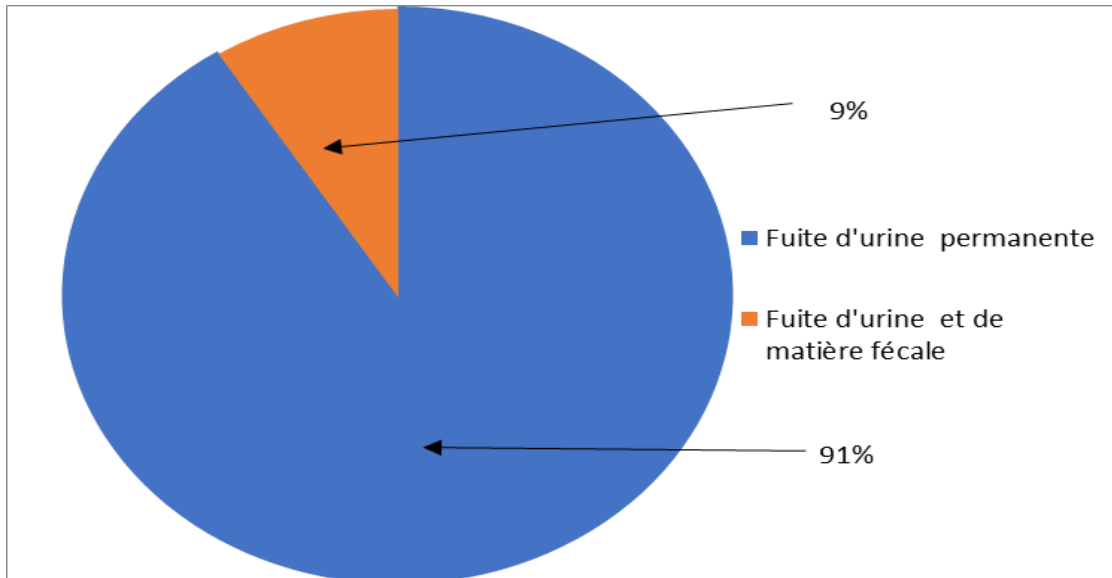
### 1.4– Méthode de référence

**Tableau III** : Répartition des FO multi opérées selon la méthode d'aiguillage et de référence

Le mode de référence	Effectif	Pourcentage
Hopital	04	18,8
<b>Csref</b>	<b>07</b>	<b>31,8</b>
Cscom	01	04,5
Auto référence	02	09,0
Parents	01	04,5
Acienne patiente du centre Oasis	04	18,8
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

## 2 – Aspects cliniques

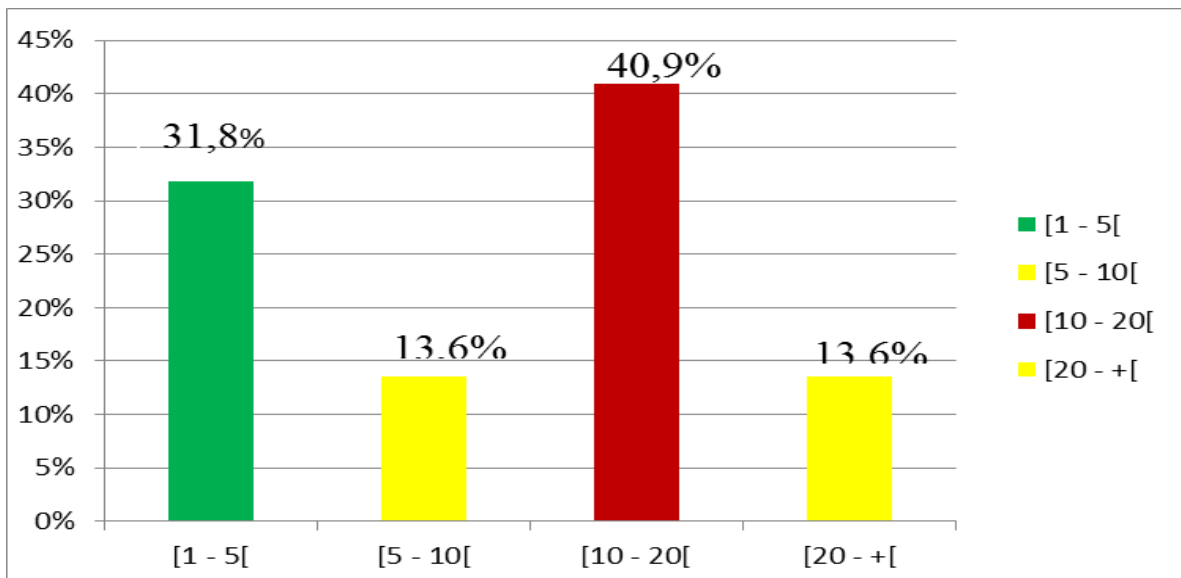
### 2.1 – Motif de consultation



**Figure II :** Répartition des FO multi opérées selon le motif de consultation

Le motif de consultation le plus retrouvé était la fuite d'urine permanente avec 90,9% de cas dans notre série d'étude.

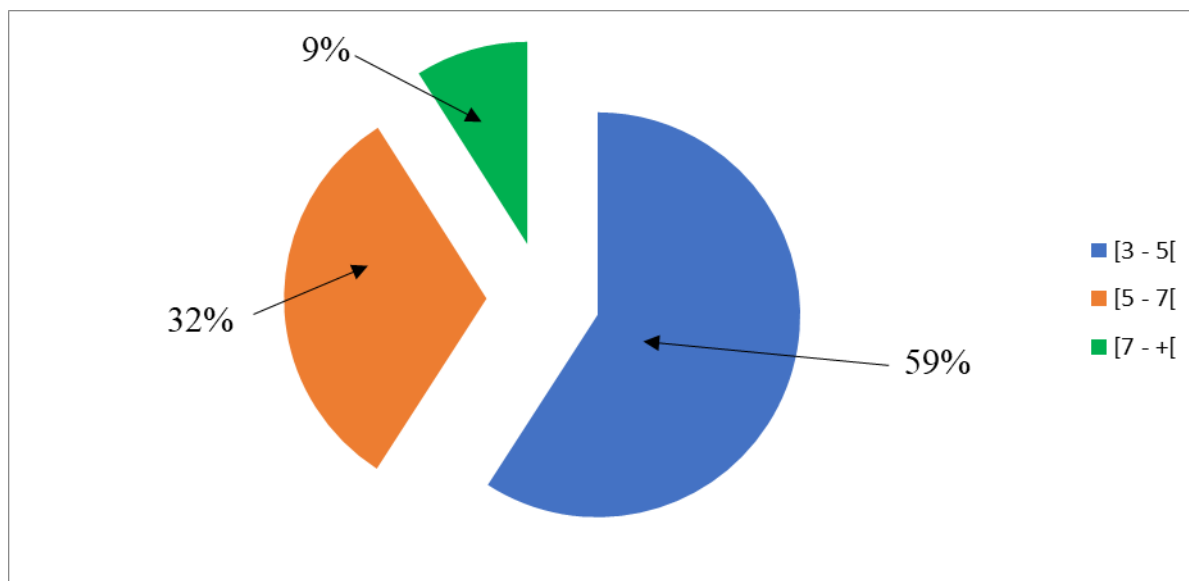
### 2.2 – Durée d'évolution des fistules



**Figure III :** Répartition des FO multi opérées selon l'âge de la fistule (en année)

La durée moyenne d'évolution des FO dans notre série d'étude était de 13,4ans avec des extrêmes de 01 et 41 ans.

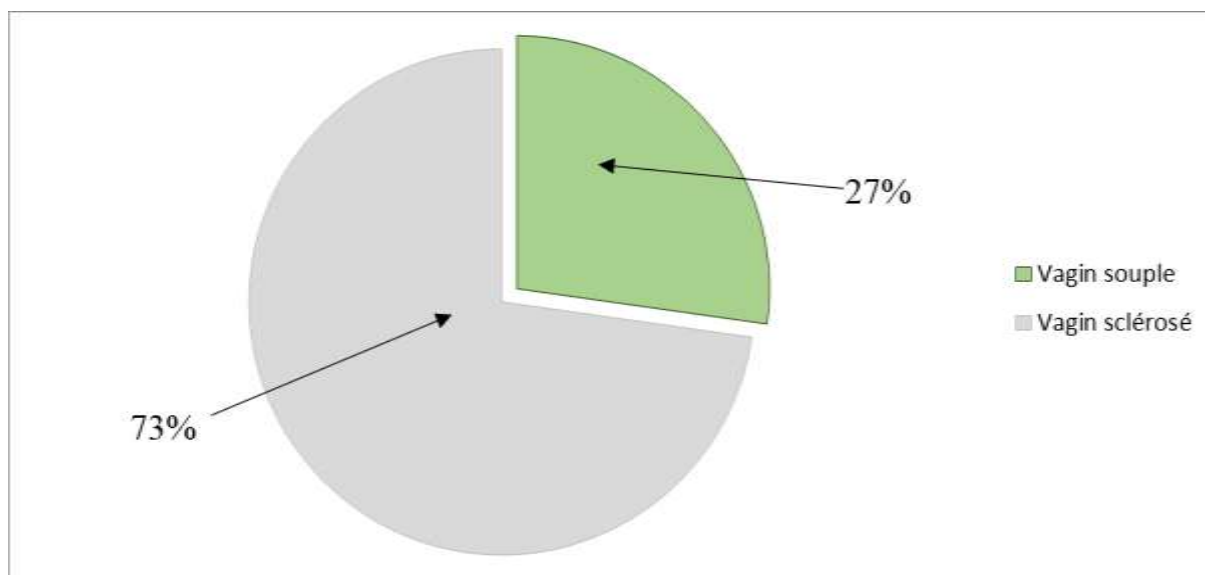
### 2.3 - Nombres de cures antérieures



**Figure IV :** Répartition des FO multi opérées selon nombre de cures antérieures.

Dans notre étude, 59% de nos patientes avaient été précédemment opérées pour fistules 3 à 5 fois. Le nombre moyen d'intervention chirurgicale antérieure chez nos patientes était de 5,2.

### 2.4 - Environnement de la fistule



**Figure V :** Répartition des FO multi opérées selon l'environnement de la fistule

Dans notre série d'étude, l'environnement fistuleux était sclérosé, dans 73% de cas.

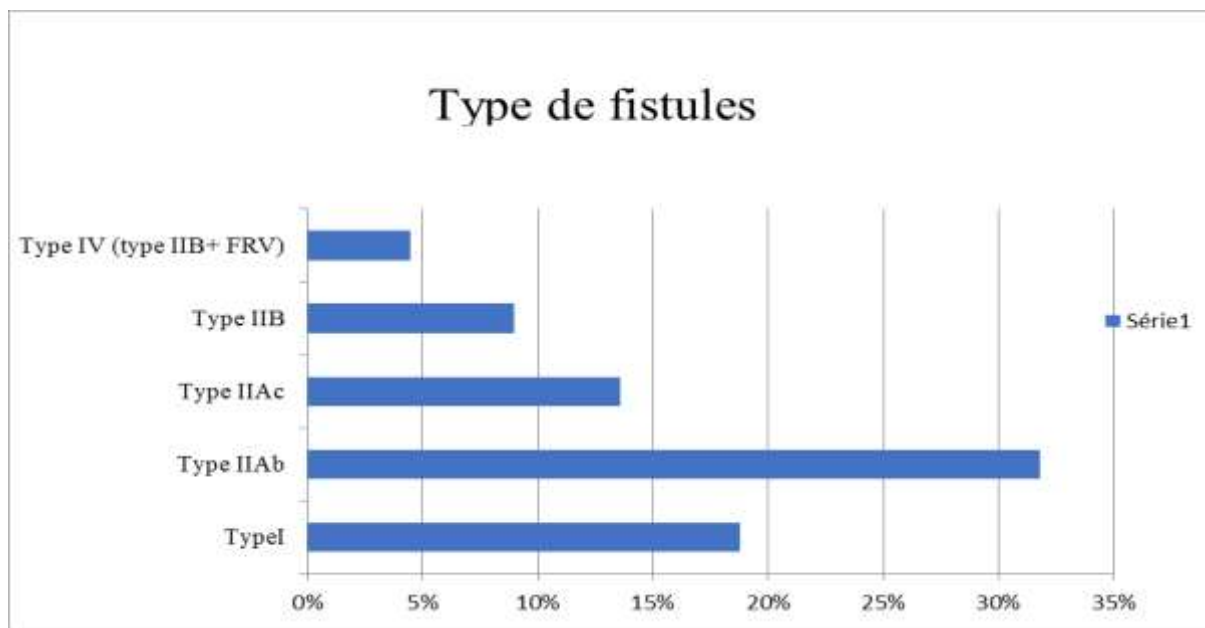
## 2.5 - Diagnostics établis

**Tableau IV** : Répartition des FO multi opérées selon les diagnostics objectifs

Type de lésion	Effectif (n=22)	Pourcentage
<b>Fistule Uréthro-cervico-vaginale</b>	<b>12</b>	<b>54,4</b>
Fistule vésico-vaginale	06	27,2
Fistule recto-vaginale	02	09,0
Autres pathologies	02	09,0

Autres pathologies \*: Sténose urétrale (1), lithiase vésicale (1).

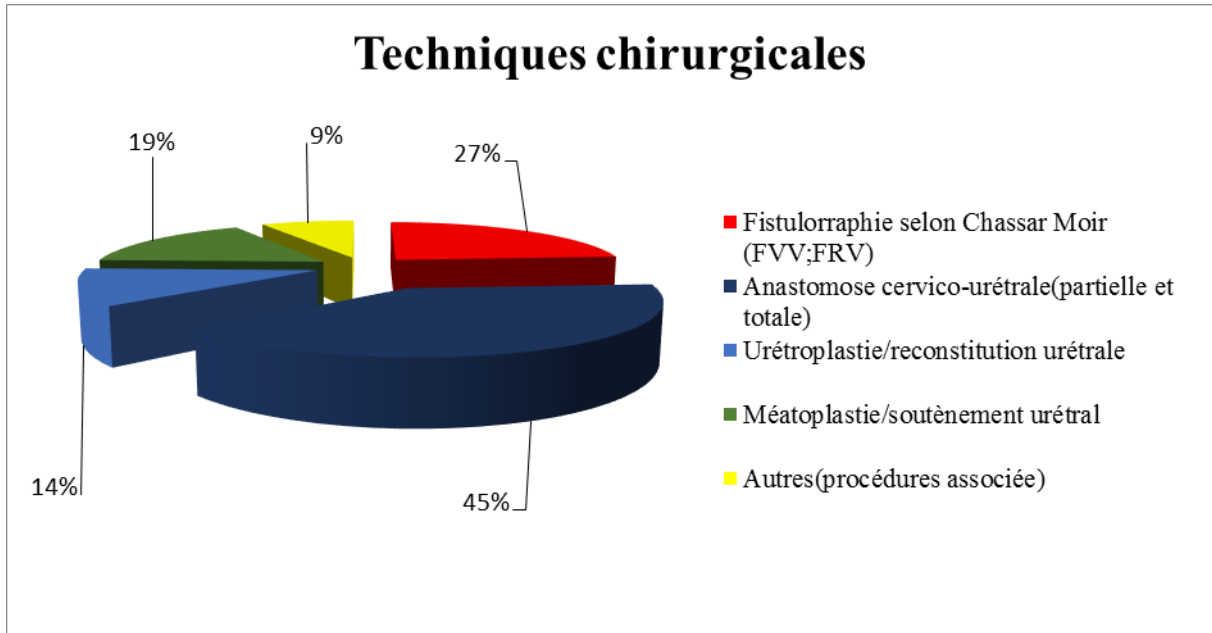
## 2.6 - Le type de fistule



**Figure VI** : Répartition des FO multi opérées selon le type de fistules

### 3-Aspects thérapeutiques

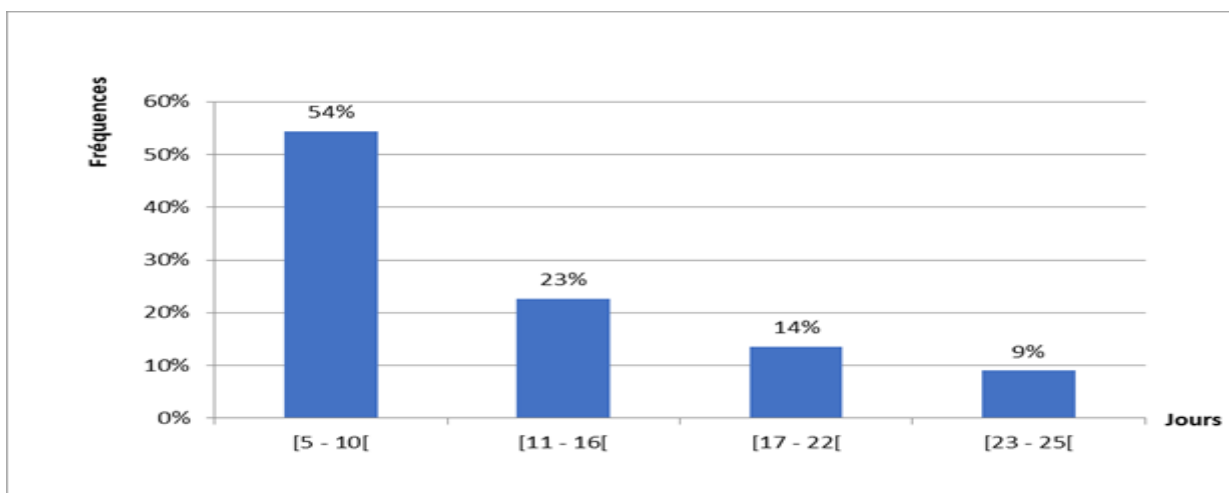
#### 3.1 – Techniques chirurgicales réalisées



**Figure VII :** Répartition des FO multi opérées selon la technique chirurgicale réalisée.

Autres\*: Dilatation urétrale (1), Cystolithotomie (1).

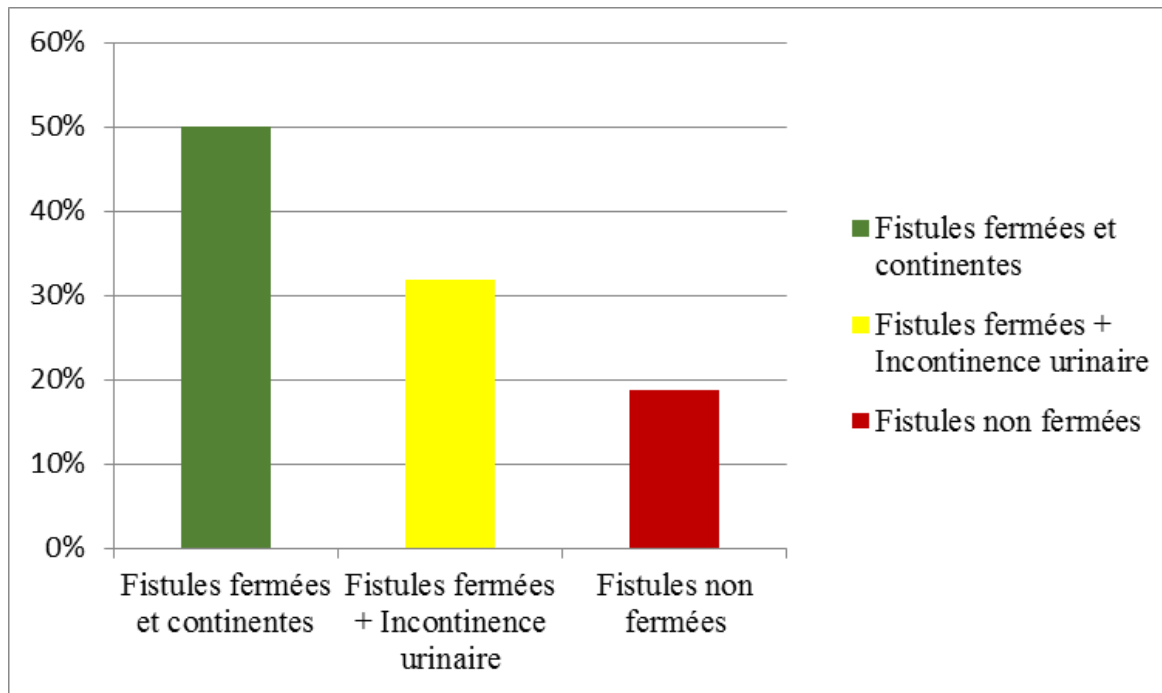
#### 3.2 - Durée de drainage post opératoire



**Figure VIII :** Répartition des FO multi opérées selon la durée du drainage vésicale post opératoire (en jours).

La durée moyenne du drainage vésical post opératoire au cours de notre étude était de 10,63 jours avec des extrêmes de 5 et 23 jours.

#### 4- Résultats de prise en charge



**Figure IX** : Répartition des FO multi opérées selon le résultat du traitement à la sortie.

Le résultat du traitement des fistules à la sortie, ressortait un taux de réussite de 81,8% (soit 50,0 % de fistules fermées avec vessie continente et 31,8% de fistules fermées mais compliquées de trouble sphinctérien à type d'incontinence urinaire).



## **IV : Discussion-Commentaires**

## **IV : Commentaires et discussion.**

### **1 - Aspects épidémiologique et sociodémographique.**

#### **1.1- Prévalence des FO multi opérées**

Notre étude rapporte une proportion de 41,5 % (n=22) de FO multi opérées pour une population d'étude de 53 fistuleuses inscrites au cours cette campagne.

Les fistules urogénitales obstétricales sont des indicateurs de l'insuffisance d'infrastructures sanitaires dans un pays, et ces proportions indiquent par ailleurs que les efforts consentis ces dernières années en vue de lutter contre ce fléau restent insuffisants.

#### **1.2 - Age**

La moyenne d'âge de nos patientes était de 36,22 ans avec des extrêmes de 18 à 59 ans. Et 63,6% (n=22) de nos patientes avaient un âge compris entre 30 et 49 ans. Nos résultats sont supérieurs à ceux de VADANDI V et al [13] au Tchad qui rapportait un âge moyen de 29 ans avec des extrêmes de 13 et 75 ans et A.B Diallo et al [14] en Guinée qui rapportait un âge moyen de 25 ans avec des extrême de 12 à 55ans et 58,8% (n=265) des patientes qui avaient un âge compris entre 18 et 30 ans. Nos résultats sont approximativement superposables à ceux de Diallo A et al [1] au service d'urologie de l'hôpital général le Grand Yoff à Dakar qui rapportait dans leur série, un âge moyen de 34,9 ans avec des extrêmes de 15 et 62 ans. Dans notre série d'étude, la moyenne d'âge élevée des patientes multi opérées, pourrait s'expliquer par la phobie de l'acte chirurgicale, la crainte de l'échec d'une énième tentative ressentie par les patientes multi opérées ainsi que le sentiment d'un manque d'expérience des chirurgiens de campagne.

#### **1.3 – Provenance**

Dans notre série d'étude, nos patientes provenaient aussi bien des milieux urbains que ruraux, ce constat pourrait justifier l'efficacité de la sensibilisation des populations et la bonne communication réalisée autour de ce projet de campagne de prise en charge des FO.

## **2 – Aspects cliniques**

### **2.1 – Motif de consultation**

Dans notre série d'étude, la fuite d'urine permanente était le motif de consultation majoritaire avec 90,9% de cas. La fistule obstétricale est dans la majorité des cas, génito-urinaire comme l'avaient attestée plusieurs études antérieures avec la perte des urines constatée par la patiente elle-même comme principal motif de consultation [15].

### **2.2 – Durée d'évolution des fistules.**

Nous rapportons, une proportion de 40,9% de nos patientes qui souffraient de fistules résiduelles évoluant sur environ dix (10) à vingt (20) ans avec un âge moyen de 13,4 ans et des extrêmes de 1 à 41 ans. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des patientes victimes de FO ont très souvent recours aux traitements traditionnels avant de s'orienter vers les structures sanitaires, ce qui contribuerait à retarder la première consultation et d'autre part la réticence des patientes à braver le regard de la communauté, les convictions sociales et religieuses liées à leur état.

### **2.3 – Nombres de cures antérieures.**

Environ 59% de nos patientes avaient reçu antérieurement 03 à 05 interventions chirurgicales, soit une moyenne de 5,2 fois pour l'ensemble de nos patientes, avec de extrêmes de 03 à 13 fois. Nos résultats sont nettement supérieurs à ceux de OUATTARA [16] au Burkina, GUIRASSY [17] en Guinée et MOUDOUNI [18] au Maroc qui dans leur série d'étude, retrouvaient respectivement une moyenne de 1,3 ; 1,3 et 1,73 interventions par patiente. Cette différence importante du nombre d'intervention antérieure pourrait s'expliquer par le fait que les patientes incluses dans notre étude étaient multi opérées d'une part et d'autre part avaient précédemment reçues au minimum 03 interventions sans succès.

Le diagnostic de la fistule obstétricale multi opérée était clinique du fait de la visualisation de la fistule à l'inspection dans la majorité des cas, et même parfois du diamètre important de la fistule uro-génitale. Harouna et al [15] à Niamey au Niger rapportait un taux de 60 % des fistules uro-génitales obstétricales avec un diamètre supérieur à 2 cm. Dans notre série d'étude, en plus de l'examen physique (l'inspection), nous avons recours à l'examen au bleu de méthylène pour établir le diagnostic de la fistule.

## 2.4 – Diagnostics

S'il existe un consensus, dans le monde anglophone, sur une classification sur la fistule obstétricale africaine, celle de KEES WAALDJIK, aucune unanimité autour de cette classification n'a encore été obtenue dans le monde francophone [12]. Diakité ML et coll [19] au mali en 2015 ont essayé de proposer une classification qui prenait en compte l'environnement de la fistule et sa localisation anatomique. Classification qui se rapproche de celle de WAALDJIK. Nous rapportons Dans notre série d'étude, une proportion majoritaire des fistules de type II (intéressant la filière vésico – cervico – uréthro - vaginale) dans 54,4% de cas, et un environnement péri-fistuleux sclérosé dans 73% de cas.

Nos résultats sont opposés à ceux de QI LI YA et coll [20] en 1999 à l'hôpital de Kati au MALI qui rapportait dans leur étude une prédominance de fistule de la cloison vésico-vaginale dans 85,4% de cas avec un environnement fistuleux souple soit 55,8% de cas. Malgré les différentes classifications qui existe et diffère d'un pays à l'autre, Diallo AB et al [14] dans leur étude notait une prédominance de fistules complexes avec 66% des cas.

### **3 – Aspects thérapeutiques et évolutifs.**

Le problème de la fistule obstétricale multi opérée réside dans l'échec du traitement et donc la fréquence des récurrences : indépendamment de la technique chirurgicale, des complications postopératoires ou de l'expérience de l'opérateur [15].

#### **3.1 – Techniques chirurgicales réalisées.**

Dans notre étude, la fistulorrhaphie inspirée de la technique de Chassar Moir (qui a consisté en un dédoublement vésico-vaginal ; excision des bords scléreux et fermeture des différents plans à l'aide d'un fil à resorption lente) a été pratiquée dans 27,2 % des cas, C'est la technique de référence pour tous les chirurgiens de la fistule uro-génitale [21] ; L'Anastomose cervico-urétrale utilisée pour réparer les désinsertions cervico-urétrales partielle et totale a été pratiquée dans 45,4 % de cas. L'urétroplastie a été pratiquée dans 13,6% des cas. Tembely A et coll [21] rapportait respectivement dans leurs travaux à Bamako en 2012 : 67,0% de cas pour la fistulorrhaphie selon Chassar-Moir ; 17,4% de cas pour l'Anastomose cervico-urétrale et 9,6% de cas pour l'Urétroplastie.

#### **3.2 – Résultats du traitement**

Globalement le taux de succès du traitement chirurgical des fistules multi opérées à l'issue de cette campagne de prise en charge était de 81,8% (soit 50,0% de fistules fermées avec vessie continente et 31,8% de fistules fermées mais compliquées d'incontinence urinaire). Diallo A et al [1] à Dakar rapportait un taux de 91,8% ; GUIRASSY [17] en Guinée et ZANGO [22] au Burkina, observait respectivement un taux de succès de 70,4% et 72%.

Nous avons observé au cours de notre étude, un taux d'échec de 18,2% de cas, les résultats du traitement des fistules obstétricales multi opérées dépendent du type de la fistule, de l'état des tissus péri fistuleux, des éventuelles interventions antérieures mais aussi de l'expérience du chirurgien [1]. En effet, les interventions répétées aggravent la fibrose cicatricielle des tissus, rend leur dissection difficile et compromet leur bonne cicatrisation [13]

Tembely AD et al [21] constatait dans leur travail en 2012 à Bamako une diminution des chances de réussite en fonction du nombre de tentative ainsi : les fistules de 1ere main ont enregistré 68,42 % de réussite, celle de 2eme 62,5%, celle de 3eme main : 41,66 %, 4eme main 38,46%, et 5eme main : 33,33 % de réussite. Couvelaire disait « Mettre tout en œuvre pour réussir au premier coup, car si la fistule résiduelle est souvent plus petite que la fistule d'origine, chaque intervention comporte un risque supplémentaire de dévascularisation et de sclérose vaginale responsable de l'échec des cures ultérieures » [23].

Dans notre série, les facteurs d'échecs étaient entre autre : la présence de fibrose ; le type de la fistule (complexe); nombre de cures antérieures important et le nombre important d'année d'évolution de la fistule qui pouvaient être observés simultanément chez une même patiente. Une analyse multi variée pourrait mieux évaluer les facteurs associés à l'échec. Cependant du fait du faible échantillonnage cette analyse n'a pu être réalisée.

### **3.3 – Evolution**

Au cours de notre étude, la complication post opératoire la plus retrouvée était l'incontinence urinaire avec 31,8% de cas. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Kimassoum R et al [24], qui rapportait 23,1 % des patientes qui présentaient une incontinence urinaire malgré la fermeture de la fistule, mais très inférieurs à ceux de McFadden E et coll. [25] au Kenya qui rapportait une proportion de 54 % de cas.

L'incontinence urinaire postopératoire est la complication la plus commune des fistules graves ou uréthro-cervicovaginales [24]. Dans les lésions cervico vésicales, cervico-urétrales et les transections, le système sphinctérien est inévitablement lésé et est à l'origine de la survenue de l'incontinence après fermeture vésicale [24]. Les cures à répétition sont une occasion de traumatisme, une possibilité des lésions du système sphinctérien et des nerfs à l'origine d'une incontinence urinaire après cure de FO. Selon LABOU [26], la répétition des interventions aggrave les lésions nerveuses et compromet le rétablissement de la continence.

## Conclusion

## Conclusion

Les fistules obstétricales restent prédominantes en Afrique et au Mali en particulier, désigné comme une complication des accouchements dystociques négligés, elles demeurent encore un véritable fléau social dans notre pays et une grande cause de morbidité maternelle, en dépit des progrès réalisés quant à l'amélioration de la couverture sanitaire ces dernières décennies et la répétition des projets de campagnes de prise en charge gratuite des patientes victimes suivant le plan national de lutte contre la fistule obstétricale au Mali.

Le traitement des FO multi opérées devient de plus en plus difficile par rapport au nombre d'opérations antérieures. L'indication doit être faite par un chirurgien expérimenté et dépend de plusieurs critères : la capacité vésicale, la compliance, l'état de l'urètre et le degré de fibrose. Dans les situations irréparables, il faut procéder à une dérivation urinaire en pesant les risques et bénéfices pour les patientes victimes.

La prise en charge des formes simples et compliquées de fistules obstétricales sont fréquentes dans notre contexte d'exercice et doivent être traitées par des mains expertes dans des centres adéquats, «en mettant tout en œuvre pour réussir au premier Coup» comme le disait Couvelaire car la survenue de récurrences est un facteur de mauvais pronostic pour les interventions chirurgicales ultérieures. Les résultats globaux des campagnes sont certes encourageants, mais il reste beaucoup à faire dans l'amélioration de la qualité de la riposte face à ce fléau.

Le développement des structures sanitaires, avec comme corollaire une meilleure surveillance des grossesses et des accouchements, assorti de manœuvres obstétricales prudentes, est le gage d'une bonne prophylaxie des fistules obstétricales, elle passe par une bonne communication, l'éducation, l'information des populations et une meilleure couverture sanitaire bien répartie sur l'ensemble du territoire national.



# Recommandations

## Recommandations

Pour améliorer la prise en charge des patientes souffrantes de fistules urogénitales obstétricales, des efforts doivent être consentis à différents niveaux :

- **A la population :**

- Fréquenter les structures sanitaires (maternités) dès le début des grossesses.

- Consulter immédiatement au niveau des structures sanitaires adéquates en cas de survenue de fistule obstétricale.

- **Aux personnels soignants :**

- Avant la survenue de la fistule obstétricale.

- Elaborer un plan d'accouchement spécifique à chaque femme, à chaque grossesse lors des consultations prénatales.

- Surveiller rigoureusement l'accouchement à l'aide d'un partogramme.

- Vider régulièrement la vessie et faire un lavement évacuateur à chaque parturiente

- Une fois la fistule obstétricale constituée.

- Accueillir et orienter les femmes victimes de fistule obstétricale vers les structures spécialisées.

- Garantir la confidentialité des informations fournies et l'intimité de la patiente.

- Mettre tout en œuvre pour réussir la prise en charge chirurgicale de la fistule obstétricale à la première intervention.

- Après cure de la fistule obstétricale.

- Conseiller la patiente sur le délai minimum (03 à 06 mois) à observer avant reprise d'activité sexuelle.

- Conseiller la patiente sur le délai minimum (12 mois) à observer avant la future gestation ou accouchement.

- Respecter le délai de drainage vésical (3 semaines)

- Respecter les césariennes prophylactiques chez toutes les patientes guéries de la fistule uro-génitale obstétricale.

- **Aux autorités :**

- Améliorer la couverture sanitaire sur toute l'étendue du territoire tout en rendant l'accès facile et propice aux populations urbaines, rurales, et mêmes les plus éloignées (centres de santé équipés ; routes et moyens de transport).

- Améliorer les plateaux techniques des structures de prise e charge.

- Soutenir la formation des praticiens hospitaliers (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes et matrones) et leur répartition sur toute l'étendue du territoire.

- Accentuer les campagnes de sensibilisation des populations sur les fistules obstétricales : facteurs favorisants, conséquences, prise en charge gratuite au Mali et les complications possibles.

- Continuer d'initier en permanence des campagnes de prise en charge chirurgicale des fistules obstétricales sur l'étendue du territoire ; l'apprentissage de cette chirurgie aux jeunes urologues et la création de nouveaux centre de prise en charge.

- Accompagner le processus de prise en charge des patientes victimes de fistule obstétricale durant leur séjour dans les centres de référence.

- Doter les centres de référence pour prise en charge des patientes victimes de fistule obstétricale d'un médecin psychologue clinicien pour un bon suivi psychologique des patientes victime FO surtout celles multi opérées.

- **A la famille :**

- Favoriser la réinsertion sociale de la patiente victime de FO multi opérée.

## Références

## Références bibliographiques

1. Diallo A, Zakou A, Pereira E, Jalloh M, Ndoeye M, Niang L, Labou I, Gueye SM. Prise en charge des fistules urogénitales au service d'Urologie de l'Hôpital Général de Grand Yoff (Dakar). Uro'Andro - Volume 2 - N° 1 - juillet 2019.
2. Konan PG1, Fofana A1, Kramo NF1, Vodi CC1, Gowe EE 1, Dekou AH1, Ouegnin Gal, Manzan K1, Niguel L. Les fistules urogénitales (FUG) dans le service d'urologie du CHU de Cocody : Aspects évolutifs de 1990 À 2010. URO'ANDRO - Volume 1 - N° 3 - Janvier 2015.
3. Maheu-Giroux M, Filippi V, Samadoulougou S et al. Prevalence of symptoms of vaginal fistula in 19 sub-Saharan Africa countries: a meta-analysis of national household survey data. Lancet Glob Health 2015; 3: 271–78.
4. Chelli D, Hammedi B, Najjar. Les fistules vésicovaginales d'origine obstétricale : à propos de 131 cas. Tunis méd. 2010 ; 88 : 414-419.
5. Benchekroun A, El Alj HA, El Sayegh H, Lachkar A, Nouini Y, Benslimane L, et al. Les fistules vésico-vaginales : à propos de 1050 cas. Ann Urol 2003 ; 37 : 194-8.
6. Tembely A, Diakité ML, Berthé HJG, Sangaré D, Diallo MS, Diakité AS, Ouattara Z, Cissé MC, Ouattara-K. Etudes des facteurs influençant les résultats cliniques de la chirurgie de la fistule urogénitale obstétricale au CHU de l'hôpital du Point G Bamako. Mali médical 2015 tome xxx N°3.
7. A. Labarrère a, A. Gueye b, F. Ouaki c, C. Pires d, F. Pierre a, X. Fritel a. FISTULE URO–GENITALE OBSTETRICALE : à propos de deux observations en France. Manuscrit auteur, publié dans "Gynecol Obstet Fertil 2011; 39(5) :328-31" DOI : 10.1016/j.gyobfe.2011.03.009.
8. Cortuse, Calau G. Fistules vésicovaginales. Ann Urol 2004; 38 :52–66.
9. A. Labarrère a, A. Gueye b, F. Ouaki c, C. Pires d, F. Pierre a, X. Fritel a. FISTULE URO–GENITALE OBSTETRICALE : à propos de deux observations en France. Manuscrit auteur, publié dans "Gynecol Obstet Fertil 2011; 39(5) :328-31. DOI : 10.1016/j.gyobfe.2011.03.009.

10. Organisation mondiale de la santé, morbidité maternelle grave, [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/58036/RA\\_2000\\_3\\_129-137\\_fre.pdf;jsessionid=B3E42C89B5E8B8D645D9E0DAB4811C\\_94?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/58036/RA_2000_3_129-137_fre.pdf;jsessionid=B3E42C89B5E8B8D645D9E0DAB4811C_94?sequence=1) (consultée le 13 Juillet 2015).
11. Mubikayi L, Maston D, Kamba JP, Tozin R : place de la fibrose dans la chirurgie des fistules vésico vaginales obstétricales. Ann Afr Med 2015 ; 8 : 2101-9.
12. Waaldijk K. Surgical classification of obstetric fistulas. Inter J Gynaecol Obstet 1995 ; 49 :161-163.
13. VADANDI V, RIMTEBAYE K, CHOUA O, MAHAMAT A, TEBEU P.M.ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES FISTULES VESICO-VAGINALES OBSTETRIQUES A L'HOPITA REGIONAL D'ABECHE AU TCHAD. Uro'Andro - Volume 2 N° 1 juillet 2019.
14. Cortesse, Colau A. Fistules vésicovaginales. Ann Urol 2004; 38 :52–66.
15. HAROUNA YD', SEIBOU A, MAIKANO S.\*, DJENAIBOU J. \*\*, SANGARE A.\*\*\*, BILANE SS. \*\*\*, ABDOU HM\*\*\*  
LA FISTULE VESICO-VAGINALE DE CAUSE OBSTETRIQUE :  
Enquête auprès de 52 femmes admises au village des fistuleuses  
Médecine d'Afrique Noire : 2001, 48 (2).
16. Ouattara A T. Etude des fistules uro-génitales obstétricales au CHUSS de Bobo-Dioulasso. Thèse de Médecine.
17. Guirassy S, Bah, Diallo M et al. Aspects épidémiologiques et Thérapeutiques des fistules urogénitales en Guinée (Conakry). Prog Urol 1995 ; 5 : 684-689.
18. Said MOUDOUNI, Mouad NOURI, Abdellatif KOUTANI, Ahmed IBN ATTYA, Mohamed HACHIMI, Ahmed LAKRISSA  
Les fistules vésico-vaginales obstétricales. A propos de 114 cas  
Service d'Urologie « B », Hôpital Avicenne, Rabat, Maroc  
Progrès en Urologie (2001), 11, 103-108.
19. Diakité ML, Ouattara K, Tembely A. Quelques réflexions sur la classification de la fistule obstétricale africaine. Méd et Santé Trop 2015 ; 25 : 146-155

- 20. QI LI YA, Z. OUATTARA, K. OUATTARA**  
TRAITEMENT DES FISTULES VESICO-VAGINALES A  
L'HOPITAL DE KATI - A PROPOS DE 34 CAS. Médecine d'Afrique Noire :  
2000, 47 (3).
- 21. OUATTARA K. TRAORE ML, CISSE**  
Quelques aspects statistiques de la fistule vésico-vaginale en République du  
Mali. A propos de 134 cas. Médecine d'Afrique Noire 1991, 38, (12), 856-860
- 22. Zango B, Kambou T, Sanon AJ et al.** Les fistules urogénitales : à propos  
de 50 cas au. CHNSS de Bobo-Dioulasso Science et technique, Sci santé  
2001 ; 24 : 63-70.
- 23. Couvelaire R.** Les fistules vésico-vaginales complexes.  
J. Urol. Paris, 1999, 105 :854-859.
- 24. Kimassoum R; Franklin D S, Arya ZAT, Kaboro M**  
Évaluation du traitement de l'incontinence urinaire après cure de fistule  
obstétricale. Uro'Andro - Volume 1 N° 5 Janvier 2016.
- 25. McFadden E, Taleski SJ, Bocking A, Spitzer RF, Mabeya H.**  
Retrospective Review of Predisposing Factors and Surgical Outcomes in  
Obstetric Fistula Patients at a Single Teaching Hospital in Western Kenya.  
J Obstet Gynaecol Can 2011; 33(1):30– 5.
- 26. Labou I.** Les manifestations neurologiques de la fistule vésico-vaginale  
d'origine obstétricale Thèse de Médecine, Dakar 1994 : n° 62.

# Annexes



## **Fiche signalétique**

**NOM :** MEUKE KUISSSIK

**PRENOM :** Jean-Francois

**E-MAIL :** [francoismeuke@gmail.com](mailto:francoismeuke@gmail.com)

**TEL :** (+223)73479099

**TITRE :** « Fistules obstétricales multi-opérées, au cours d'une campagne de prise en charge au service d'urologie du CHU point G: Quels résultats attendre ? »

**Année universitaire :** 2020-2021

**Pays d'origine :** Cameroun

**Ville de soutenance :** Bamako

**Secteur d'intérêt :** Urologie Point G Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de Médecine, et d'odontostomatologie du Mali B.P 1805

## RESUME

**Introduction :** Les fistules obstétricales constituent un problème majeur de santé publique en Afrique subsaharienne et au Mali en particulier. Le but de ce travail était d'évaluer les résultats en fonction des moyens thérapeutiques entrepris pour des fistules obstétricales multi opérées au cours d'une campagne de prise en charge au service d'urologie du CHU Point G.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive colligeant les patientes victimes de fistule obstétricale multi opérées inscrites pour la campagne de prise en charge au service d'urologie du CHU Point G durant la période allant du 31 mai au 02 juillet 2021. Les variables étudiées étaient sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs.

**Résultats :** Au total 22 patientes répondaient aux critères. L'âge moyen des patientes était de 36,22 ans ; elles avaient été précédemment opérées 5,2 fois en moyenne. La durée moyenne d'évolution de la FO était de 13,4 ans ; Les fistules étaient de type I (18,8%) ; type IIAb+c (45,4%) ; type IIB (09, 0%) ; type IV (04,5%) ; FRV (04,5%). Le traitement était selon Chassar-moir (27,2%) ; Anastomose cervico-urétrale (45,4%) ; Urétroplastie (13,6%) ; Autres procédures (27,8%). Le taux de succès était de 81,8% ; La complication post opératoire majoritaire était l'incontinence urinaire (31,8%).

**Conclusion :** Le problème de prise en charge des FO multi opérées demeure la récurrence, il s'agit très souvent des fistules complexes et les facteurs d'échec incriminés sont entre autre : la fibrose ; la durée d'évolution ; le nombre de cure antérieure, le type de fistule. Cependant, l'expertise du chirurgien peut garantir de bon résultat parfois émaillé de complication à type d'incontinence urinaire, suite au traumatisme à répétition de l'unité neuro-sphinctérienne vésicale. Les résultats globaux des campagnes sont encourageants, mais il reste beaucoup à faire dans l'amélioration de la qualité de la riposte à ce fléau.

**Mots clés :** Fistule obstétricale, facteurs influents, incontinence urinaire.