

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2005 - 2006

N°:./.../

THESE

**FISTULES VESICO-VAGINALES
OBSTETRIQUES :
BILAN D'ACTIVITE DE 1993 à 2004 à L'HOPITAL
REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI**

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE.----- /-----/ 2006
DEVANT LA FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE**

**PAR
MR OUMAR DOUMBIA**

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

JURY

PRESIDENT :	Pr. SY AIDA SOW
MEMBRE :	Dr ALY TIMBELY
CO-DIRECTEUR :	Dr JEAN MARTIN ZINO
DIRECTEUR :	Pr. KALILOU OUATTARA

Hommages aux membres du jury

A notre maître et présidente du jury

Pr. SY AIDA SOW

Maître de conférence à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie

Gyneco-obstetricienne

Chef de service de gyneco-obstetrique au centre de santé de référence de la commune II

Chère maître nous avons été marqué par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury et cela malgré vos nombreuses occupations. Nous avons beaucoup admiré votre sens de l'humilité, de l'honnêteté et de dévouement

Veillez accepter chère maître, l'expression de notre sincère admiration et de notre profond respect

A notre maître et membre du jury

Dr ALY TEMBELY

Diplômé de la faculté de médecine de Tours en France

Diplômé d'andrologie, d'endo-urologie, de lithotripsie extra corporelle de d'urodynamie de l'université de Paris

Spécialiste en chirurgie urologique de Paris

Assistant chef de clinique à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie de Bamako

Votre rigueur scientifique, votre soif du savoir, et votre totale disponibilité m'ont été d'un grand apport pour la réalisation de ce travail

Veillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements

A notre maître et co-directeur de thèse

Dr JEAN MARTIN ZINO

Diplômé de la faculté de médecine de Dakar

Spécialiste gynécologue -obstétricien avec un CES de l'Université Cheikh Anta Diop de DAKAR.

Diplômé d'université de santé publique délivré par l'université Henri Poincaré Nancy I

Coordinateur national du Projet FVV de l'ONG de Médecins du Monde

Directeur du centre de prise en charge de femmes porteuses de fistule vesico-vaginale à Mopti

Chère maître, nous vous remercions pour avoir accepté de diriger ce travail. Vous nous avez donné un grand privilège en nous acceptant dans votre service. Nous avons été témoin d'un homme modeste, rigoureux, soucieux de notre formation. Nous avons bénéficié de votre expérience professionnelle en gyneco-obstetrique

Cher maître veuillez accepter, nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement reçu et les conseils que vous nous avez prodigués

A notre maître et directeur de thèse

Pr. KALILOU OUATTARA

Professeur agrégé en urologie

Docteur Ph.D

Chef de service de l'urologie à l'hôpital national du point G

C'est un grand privilège pour nous d'être compté parmi vos élèves. Votre abord facile, votre franc-parler et vos qualités exceptionnelles de formateur ont forcé notre admiration et notre estime. Votre compétence, votre grande expérience de la chirurgie urologique ont fait de vous et du service d'urologie une référence sous-régionale voire continentale. Si ce travail est une réussite, il la doit en grande partie à votre disponibilité et à votre savoir-faire

Trouvez ici, cher maître, le témoignage de notre sincère reconnaissance et de notre gratitude pour tout ce que vous avez fait pour nous

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A Allah, miséricordieux, le très clément pour sa grâce, son amour, la santé, la force et le courage qu'il m'a donné pour bien mener ce travail.

A son messenger Mohamed, paix et salut sur lui

A mon père feu Issa, les mots sont insuffisant pour exprimer l'abondance de mon cœur, vous vous êtes beaucoup investis pour voir arriver ce jour, Dieu en a décidé autrement. Que sa volonté soit faite, reposez en paix.

A ma mère, Kankou Bomeré, femme des champs, femme des rivières, merci pour tous les énormes sacrifices consentis pour la réussite de notre entreprise. Dieu exhausse aujourd'hui l'un de vos vœux les plus chers.

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

REMERCIEMENTS

A mon oncle feu Kader DOUMBIA pour son soutien durant toutes ces longues années, dort en paix.

A mes tantes Nènè Damba et Sira Ballo pour l'assistance, l'éducation,

Le soutien moral, matériel et les conseils sages reçus merci. Puisse Allah vous accordez une longue vie.

A mes cousins et cousines Modibo, Mahamadou, Naby Youssouf, Abdoulaye dit Rougeau ; Kadiatou, Ami Kader, Nana Kadidia, Diéneba dite Yah, Birotiguè dite Mah et Bahawa.

Merci pour tout ce que vous avez fait durant tout ce temps et soyez assuré de mon profond attachement.

A mon cousin Tiécoura Bagayoko, pour tout l'apport, financier, matériel et moral avec vous j'ai su qu'il existe des liens aussi forts que ceux du sang.

Au Directeur de l'hôpital Somine Dolo de Mopti Dr Boubacar Diallo et à tout son personnel, merci pour l'hospitalité et tous les bons moments passé ensemble. Aux Dr Kané, Dr Keita, Dr Traoré et au Dr Saye pour tout le travail accomplis.

A l'interne Mamadou Z Marico, mon compagnon des temps de galère, merci pour tous ces bon et mauvais moments passé ensemble à tirer la queue du diable.

Aux internes B Guirou, A Coulibaly, D Boré, et tous les autres internes de Sominé.

Aux Dr Tany, Dr Traoré W, Dr Fomba D N et aux internes Delle O Guindo, F Traoré, C.H Doumbia, F Sangaré, Bréhima B, O Guindo, K Diarra.

A messieurs D Diamoutènè, G Dembélé, à madame Koro J Diarra, et à tout le personnel de l'ASACOKAL.

A tout le personnel du service d'urologie du point G.

Je remercie tout ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu durant toutes ces longues et difficiles années, qui n'ont pas perdu foi en moi et qui m'ont aidé sans rien attendre en retour merci Dieu vous paiera.

Sommaire

Introduction et objectif	04
I ère partie : généralités :.....	07
I définition :.....	08
II rappel anatomique et physiologique	08
III fistule vesicovaginale :	23
1 historique	23
2 état actuel	24
3 physiopathologie	25
4 clinique	26
II ^{eme} partie : notre travail	35
I cadre de l'étude	36
II type et durée de l'étude	41
III méthodes	41
IV matériel	43
V résultats	44
III ^{eme} partie : commentaires	60
I commentaires et discussions	61
II conclusions	64
III recommandations,	65
Bibliographie	66
Annexes	68
Résumé	72
Serment d'HIPPOCRATE	

INTRODUCTION

ET

OBJECTIFS

Dans beaucoup de pays en voie de développement, en particulier au Mali, un grand nombre de femmes accouchent dans des conditions très difficiles, à des centaines de kilomètres de toute structure sanitaire avec comme toute assistance celle des accoucheuses traditionnelles dont le rôle est souvent réduit à essayer d'écartier le mauvais sort et à aider, pensent –elles, le travail en pressant sur l'abdomen de la parturiente voire même en s'asseyant dessus. (12)

Le mariage en règle générale précoce de ces jeunes filles fait que leur bassin encore immature et étroit constitue une source de dystocie très fréquente. Et, en cas de dystocie, il n'y a pas de moyen de transport rapide vers un centre capable d'assurer un secours obstétrical efficace. La charrette à âne à travers la brousse constitue souvent le premier relais d'un voyage qui peut durer plusieurs jours. (12)

Arrivée à destination la femme ne trouvera pas toujours l'équipe obstétricale capable d'assurer sa délivrance avec sécurité.

L'enfant mort-né va se nécroser, s'infecter menaçant la vie de la jeune mère qui risque ainsi la rupture utérine, la septicémie, et l'insuffisance rénale aiguë. La plupart de ces femmes vont mourir et celles qui auront la chance de survivre verront s'installer des séquelles dont l'une des plus fréquentes est la fistule vesico-vaginale.(12)

Celle-ci est une tragédie pour de nombreuses jeunes femmes africaines parce que survenant essentiellement chez des primipares dont le premier accouchement se solde par un mort-né. Sous nos cieux, cela est vu comme une malédiction et va sérieusement compromettre l'avenir obstétrical dans la grande majorité des cas. La femme devenue impropre à une nouvelle maternité est généralement répudiée

Ces femmes sont sans ressource, ne savent pas souvent que leur maladie est curable et si elles le savent ne peuvent généralement pas se payer une intervention que de plus beaucoup de chirurgiens considèrent d'emblée vouée à l'échec.(12)

Ainsi, parce qu'elles estiment n'avoir aucun espoir de guérison, une bonne partie de ces malheureuses femmes resteront cachées et ne tenteront même pas de profiter des chances qui peuvent leur être offertes en l'état actuel des choses.

Au Mali la plupart des travaux qui ont été consacrés aux fistules vésico-vaginales l'ont été dans le service d'urologie du Point G. Or, depuis fin 1993, grâce à la collaboration entre le service d'urologie de l'hôpital du point G et l'ONG Médecins du monde , il existe à l'hôpital Somine Dolo de Mopti une antenne de traitement des fistules vésico-vaginales, nous avons donc dans ce travail voulu faire le bilan des activités de cette antenne.

Les objectifs que nous nous sommes fixés sont les suivants :

- ✓ Déterminer la fréquence des nouveaux cas de fistules par année
- ✓ établir le profil socio-démographique de ces femmes malades de FVV
- ✓ déterminer les facteurs de risque dans la survenue de la FVV
- ✓ décrire les conséquences sociales
- ✓ évaluer l'approche thérapeutique

Nous entamerons ce travail par un chapitre de généralités qui sera suivi par notre étude proprement dite. La troisième partie sera réservée aux commentaires et discussion ainsi qu'à la conclusion et aux recommandations.

I^{ERE} PARTIE:

GENERALITES

GENERALITÉES

I. DEFINITION

La fistule vésico-vaginales 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

II

II RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

2 1 Le bassin féminin (15)

Le bassin 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 supérieure ou détroit supérieure est le plan d'engagement de la présentation lors de l'accouchement

L'orifice inférieure ou détroit inférieur, plan de dégagement

Et une excavation entre les deux où s'effectue la descente et de rotation de la présentation

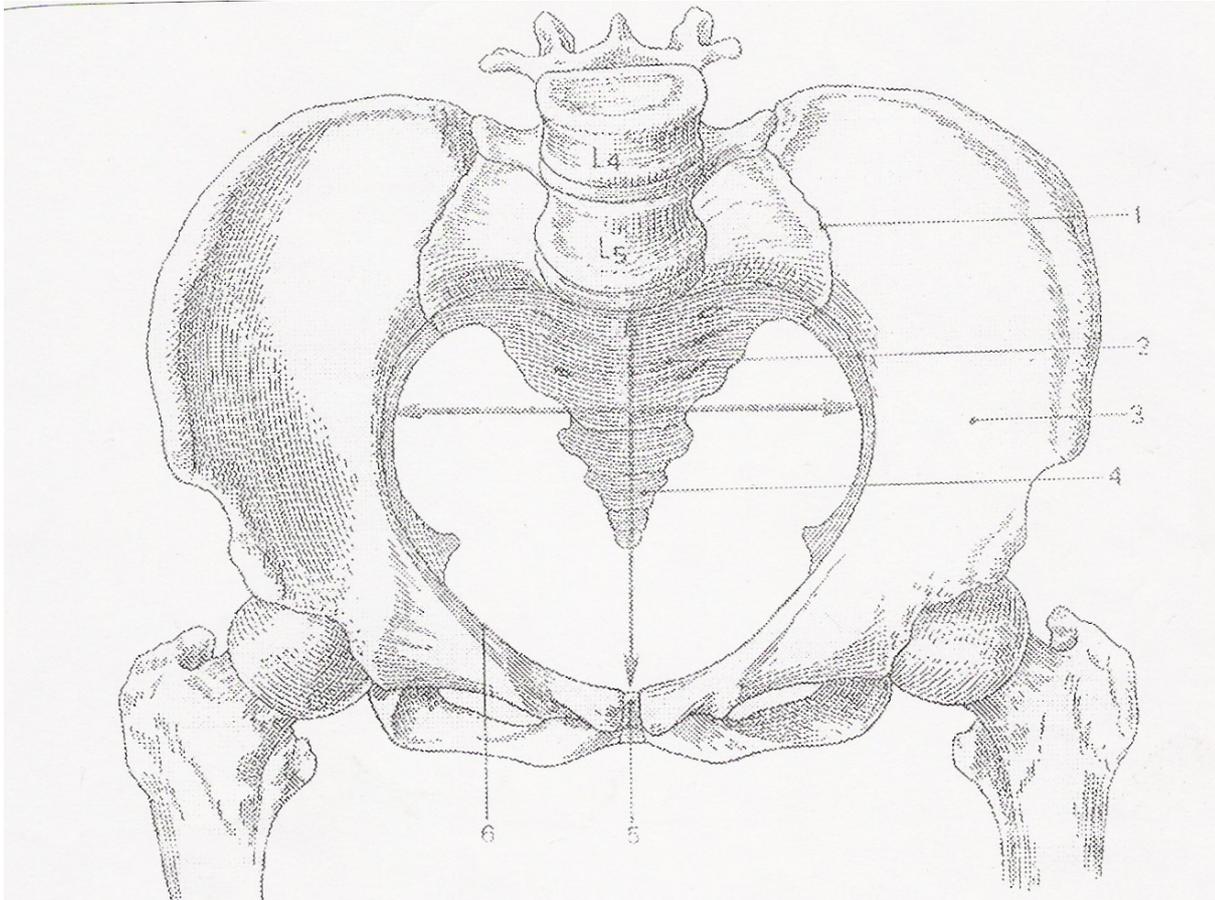


Schéma 1 : bassin osseux féminin :vue antero-posteriore (d'après FARABEUF)

- 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 vesico-vaginale

A la vessie (07)

La vessie est un réservoir musculaire pour l'urine s'écoulant 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-visceral.

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 postero-inferieure ou base ,que le col prolonge jusqu'à l'urètre

Une face antero-inferieure : concave

Trois bords : latéraux et postérieur

Trois angles : répondent à l'ouraque et aux uretères

On peut également diviser la vessie 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 devant, le long de la paroi abdominale.

La base vésicale ou « fundus » est orientée vers le plancher pelvien . elle correspond à la partie postero-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 » vesical 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 dépend 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 humains. 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 urétral de sorte que l'urine vésicale ne remonte pas dans les uretères et l'ouverture et la fermeture volontaire de la vessie soient possible

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

A 3 configuration interne

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 supérieurs 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 à 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 hypervascularisation 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-prévesicale, muscles releveurs de l'anus, muscle et nerf obturateur.
- face postero-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 vesico-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

On distingue une urètre supérieure ou urètre pelvien au dessus de l'aponévrose moyenne du périnée et un urètre inférieur ou urètre périnéal qui traverse le périnée

B 2. Anatomie microscopique :

Sa paroi comprend une tunique musculaire et une couche muqueuse

- la tunique musculaire a comme chez l'homme une couche externe de fibres circulaires et une couche interne de fibres longitudinales. la couche externe s'épaissit autour de la partie initiale pour former le sphincter lisse.

- 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 (07)

L'uretère est un long conduit musculo-membraneux ,pair conduisant l'urine depuis le bassinet 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 bassinet 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-supero-postérieure vers medio-infero-anterieur, 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 eme portion du duodénum , l'aorte , l'artère mésentérique inférieure ; en arrière au psoas , au nerf génito-crural ,aux 3-4 eme vertèbres lombaires ; en avant : aux vaisseaux ovariens , à droite à la 2 eme 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 ilio-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 parasympathiques forment un plexus sur la paroi de l'uretère. les fibres sensibles proviennent des nerfs splanchniques de la moelle épinière.

D VAGIN (07)

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 intra-vaginale 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 hyménéales

- 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, a 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 glycoène 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 musculeuse 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 coté 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 .L' 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 à 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 constance 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 face antéro-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 appelé fondus 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 vesico-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 utérin 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 appelé museau par les gynécologues est conique et long de 1 cm, 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 supérieur et inférieur 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 hanté 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 hanté versé.
- La position physiologique de l'utérus est hanté fléchi 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 fixe l'utérus à la paroi du bassin : ligaments larges, ligaments ronds, ligaments utérosacrés, ligaments cardinaux.

▪ ligaments larges :

Sont des replis péritonéaux transversaux reliant les bords latéraux de l'utérus à la paroi pelviennes. 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 utérosacrés.

- au bord supérieur, les deux feuillet s'unissent en formant une dépression qui contient la trompe utérine ;
- au bord interne, il s'unisse avec le bord le péritoine du bord latéral de l'utérus recouvrant ici les artères et veines utérines, les vaisseaux lymphatiques, les nerfs, les canal de GARTNER et le porophore ;
- au bord extérieur, les deux feuillets ont leurs racines 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 mecrum.

- 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 pubovésical), et au rectum (ligament utérorectal).

- Les ligaments ronds :

Sont des cordon arrondis de tissu conjonctif et muscle lisse, reliant les angles latéraux de l'utérus aux régions inguinales et pubienne. 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 inguinale, 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. due 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 antérieur, le péritoine viscérale 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.

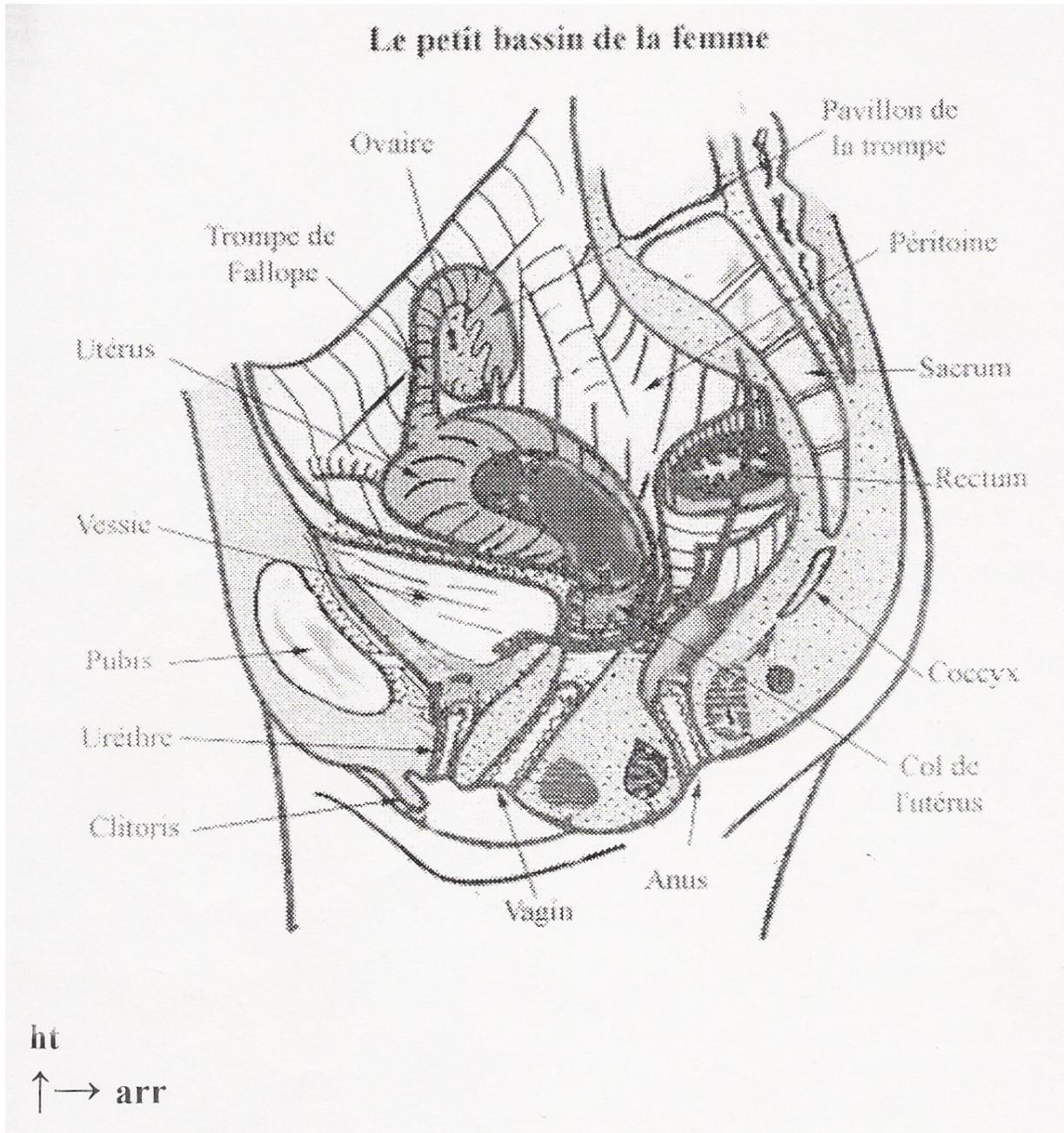
✓ les lymphatiques :

- 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-vesicaux 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-uterine 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 (15)

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-perinéal

➤ 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 historique

En fait, l'histoire de la fistule vesico-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 av 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 (03)

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 genu-pectorale pour la chirurgie des fistules

R Hamlin et C Nicholson (08) 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 état actuel

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 physiopathologie (12)

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^{eme} ,5^{eme} 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 raison 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 (04), 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 clinique

3 4 1 diagnostique positif

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-uterines c'est à dire l'association, trouble des règles, une hématurie cyclique, une continence conservée détermine la triade de YOUSSEF (23)

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 pré-opératoire

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

Indispensable pour la mise en évidence des fistules urétéro-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 diagnostic 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 (08)

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 (02)

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 (18)

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-uretrales

_ Avec désinsertion cervico-uretrale

_ Avec destruction totale de l'urètre

-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 traitement préventif : 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 déla des normes

3 6 2 but 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 (04) 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 (19) ,

car même si la fistule est résiduelle est souvent moins importante que la fistule d'origine (19) chaque intervention comporte un risque de dévascularisation 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 rachi-anesthésie , 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 : (12)

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-uretrales surtout quand le vagin est souple et large

- la voie abdominale : extra ou transpéritonéale .

C'est la voie de choix lorsqu'il s'agit de traiter une fistule haute, vesico-utérine ou vesico-cervico-utérine. (12)

- o 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. (12)

3 6 4 exemple de cure de fistule: cure de fvv simple, technique de base décrite par M CAMEY (12)

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 biquet 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 conservés 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 (16)

➤ 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 Folley 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'adhérences 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 urétrale 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 ASSOCIES

➤ antibiothérapie :

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

Les fuoroquinolones

Les imidazolés

➤ antalgiques : amidopyrine, paracétamol, metamizole

➤ bain de siège : permanganate de potassium diluée à 10 %

II^{EME} PARTIE :

NOTRE ETUDE

I CADRE DE L' ETUDE

I.1 Caractéristiques générales de la région de Mopti :

La région de Mopti, d'une superficie de 79 017 km², est la 5^{ème} région du pays. La majorité du territoire de cette région est située en zone sahélienne.

La région de Mopti est divisée en deux grandes zones agro-écologiques, qui sont:

La zone exondée, située en grande partie à l'Est et comprenant les cercles de Bankass, Bandiagara et Koro ainsi qu'une partie des cercles de Djenné, Mopti et Douentza. Cette zone est divisée en deux parties : la zone montagneuse et rocheuse (Bandiagara) et la plaine.

La zone inondée ou le delta intérieur du Niger, vaste zone marécageuse pendant la saison de la crue annuelle du fleuve. Cette zone comprend les cercles de Youwarou, Tenenkou et une partie importante des cercles de Douentza, Mopti et Djenné.

La région de Mopti est au cœur du Mali. La population s'élève à 1 540 899 habitants, soit plus de 15% de la population totale du pays et la plupart des ethnies y sont représentées : 26% de Bambara, 23% de Peulhs 18% de Songhaï, 11% de Bozo, 9% de Dogon.

Le taux de croissance de la population entre 1998 et 1999 est de 2,20% . Près de 50% de la population de cette région a moins de 15 ans et la majorité vit en zone rurale. Les familles de la région de Mopti vivent de la pêche, de l'agriculture et de l'élevage. L'agriculture est dominée par la culture des céréales dont la production dépend de la pluviométrie et de la crue du Niger. Le cheptel de la région est le plus important du Mali.

Le secteur tertiaire de l'économie de la région semble être en croissance, largement grâce au tourisme. La région dispose, en effet, des sites touristiques les plus fréquentés au Mali qui sont Djenné et sa grande Mosquée, le pays Dogon et Mopti la Venise malienne.

En termes d'infrastructures de communication, la région de Mopti dispose d'atouts importants: le réseau routier est bien développé dans la zone exondée rendant accessible une grande partie de la région toute l'année. Tous les cercles disposent de radios rurales FM. Notons tout de même les difficultés d'accès de la zone inondée en période de crue même si les pinasses assurent à grands frais les transports de passagers et marchandises le long du fleuve.

La société civile de la région est marquée par un grand nombre d'associations ou de groupements souvent peu fonctionnels et ne disposant que de capacités limitées. Il existe également une soixantaine d'ONG de profils variables. La région compte au total 108 communes dont 5 urbaines et 103 rurales. Ces communes regroupent plus de 2000 villages et 3000 fractions nomades. Toutes les communes à l'exception de la commune de Mopti sont nouvelles et mises en place depuis 1999 dans la politique de décentralisation du Mali.

I.2. La ville de Mopti :

De façon générale la région est considérée comme parmi les plus pauvres du Mali. Il a été estimé en 1994 que le revenu annuel moyen par an par habitant était de 56 672 FCFA , niveau inférieur de moitié à la moyenne nationale (120 874 FCFA). En 1998, l'indice de développement humain de la région de Mopti est le plus bas du Mali.

Mopti est la troisième ville du pays. Le nombre d'habitants s'élève à près de 100 000 personnes. La densité de la population est de plus de 400 habitants par km², regroupée en grande partie sur la berge du fleuve Niger qui est surpeuplée et très insalubre.

La commune de Mopti est divisée en deux parties, Mopti ville (78 000 habitants) au bord du fleuve et Sévaré (14 500 habitants), quartier de Mopti situé à 13 kilomètres de Mopti, sur l'axe de Bamako- Mopti- Gao.

La configuration géographique de Mopti par rapport à son quartier de Sévaré n'est pas sans importance : Mopti est au bout d'une digue de 15 km localisée au bord du fleuve, sur un axe perpendiculaire à la route bitumée qui va de Sévaré à Gao. Cette configuration géographique de la ville de Mopti va justifier, outre les considérations relatives à l'expansion du quartier de Sévaré, tant du point de vue démographique que sociologique et économique, le choix de la localisation à Sévaré du futur hôpital régional de la région de Mopti

I.3 L' HÔPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI

I.3.1 La situation

L'hôpital de Mopti baptisé hôpital SOMINE DOLO le 1^{er} Mai 1995, est excentré par rapport au cœur de la ville et des activités à forte densité de population. Situé dans une zone administrative, son accessibilité est rendue difficile par l'unique accès que constitue la route à double sens mais d'une largeur insuffisante pour permettre le croisement de deux véhicules. Celle-ci est construite sur la levée en bordure du fleuve longée de grands arbres.

I.3.2 Le terrain

L'hôpital est bâti sur un terrain d'une superficie totale de 2,9 hectares situé dans une zone inondable au bord du fleuve Niger. Le terrain est divisé en 4 zones fonctionnelles distinctes. Les parties Nord et Sud sont réservées aux logements d'astreinte (le logement du chirurgien au Nord du directeur et du médecin généraliste au Sud) ; la partie Est constitue la réserve foncière non viabilisée (cette partie est un bas fond à -1,5 m du niveau du sol de la partie construite de l'hôpital). La partie centrale Ouest est occupée par les services techniques de

l'hôpital. La partie viabilisée du terrain est sécurisée au Nord, Sud et Ouest par un mur et à l'Est par un grillage. La partie non viabilisée est plantée d'arbres.

L'hôpital dispose d'une adduction d'eau de la ville et d'un château d'eau hors d'usage. Il possède un branchement électrique de l'Energie du Mali (EDM) et dispose d'un groupe électrogène de 82 KVA.

1.33 Les bâtiments

Les bâtiments sont construits sur un remblai de 2 mètres d'épaisseur et occupent plus de la moitié du terrain sur la partie avant, du côté de l'entrée de l'hôpital. La partie arrière du terrain est inondable sur plus du tiers de sa superficie soit environ 1 hectare.

Les différents services de l'hôpital sont répartis dans des bâtiments de type pavillonnaire à rez-de-chaussée ou à un étage, le bloc technique occupant une position centrale.

L'hôpital a fait l'objet de travaux ponctuels d'amélioration et d'extensions successives au gré des financements disponibles. Il a fait l'objet d'une rénovation en 1986 par Médecins du Monde qui a modifié la distribution intérieure des locaux. Elle a concerné principalement la disposition actuelle de l'hospitalisation, la création de bureaux dans le pavillon de chirurgie et le morcellement du bloc technique. Au cours des dernières années, les investissements en terme d'infrastructures ont été limités. Toute fois, des travaux de réaménagement du bloc opératoire, du service d'ophtalmologie et des urgences ont été effectués de 2001 à 2003 par MSF et MDM.

L hôpital est constitué de 4 bâtiments principaux qui sont :

Le pavillon de médecine/pédiatrie sur 2 niveaux d'une surface totale utile de 430 m² comprenant :

les salles d'hospitalisation de médecine et de pédiatrie,

le service d'ophtalmologie,

le bureau de consultation de la pédiatrie

le bureau de consultation médicale

le bureau pour le counseling,

la salle de garde et de soins,

des toilettes non fonctionnelles à l'étage,

les salles de garde des chauffeurs et du personnel de surface,

Le pavillon de chirurgie sur 2 niveaux d'une surface totale utile de 390 m² composé de :

Les salles d'hospitalisation de la chirurgie générale et de la gynéco- obstétrique,

Le bureau de l'ORL,

Le bureau de l'Urologue,

Le bureau du chirurgien,

Le bureau du gynécologue,

Le bureau des anesthésistes,

Le bureau du surveillant général,

La salle de garde des infirmiers,

La salle de pansement,

Des toilettes non fonctionnelles à l'étage,

La salle de garde du personnel de surface,

Le bloc technique sur 1 niveau d'une surface utile d'environ 350 m² comprenant :

Le bloc opératoire (deux salles d'opérations : une septique, une aseptique),

La salle d'accouchement,

La salle réservée aux soins intensifs,

La salle de garde des infirmiers du bloc opératoire

Le laboratoire,

La radiologie,

Le cabinet dentaire

Un bâtiment d'une surface totale utile de 255 m² comprenant :

Le bureau de consultation médicale

Le bureau de la comptabilité

Le bureau de consultation chirurgicale

Le bureau des entrées

La salle de télé-médecine

La salle des urgences (1 salle de soins et 1 salle de garde).

Ces bâtiments de type colonial, construits dans les années 50, présentent tous d'importantes fissures, avec des infiltrations d'eau au niveau de la toiture pendant l'hivernage. Ceci entraîne des suintements d'eau de pluie partout dans l'hôpital notamment au bloc opératoire et au cabinet dentaire. Le travail devient ainsi inconfortable.

Toutefois, construits sur du remblai, certains murs de séparation des locaux, notamment dans le bloc technique, présentent des fissures importantes. Bien que ces désordres ne mettent pas en cause la stabilité des ouvrages, leur réhabilitation éventuelle nécessitera la reprise et le renforcement des bétons de formes et des dallages.

De nombreuses traces d'infiltration d'eau sont visibles au niveau des toitures et le doublage récent de celles-ci par des petites dalles en ciment qui évite l'ensoleillement ne résout pas le défaut d'étanchéité. Des infiltrations sont également présentes au niveau des planchers des blocs sanitaires complètement délabrés et inutilisables à l'étage (médecine et chirurgie) et rendent les locaux sous-jacents insalubres.

Ainsi le second œuvre devra être revu dans son ensemble, notamment en ce qui concerne l'électricité et la plomberie. Ces bâtiments devront être maintenus et transformés dans tout projet de réaffectation et de restructuration.

L'hôpital est constitué de bâtiments secondaires à rez-de-chaussée, de construction plus récente, de moindre importance par leur taille.

Ce sont :

Le bâtiment de la direction d'une surface totale utile de 55 m² abritant le bureau du directeur et la salle de garde des agents de la sécurité.

Le bâtiment abritant la buanderie, la pharmacie et la cuisine d'une surface totale utile de 255 m².

Le bâtiment de la kinésithérapie mesurant environ 95 m²

Le bureau de consultation de MDM pour les fistules uro-génitales et la morgue d'une surface totale d'environ 120 m²

Les auvents abritant les cuisines des accompagnants d'une surface totale d'environ 60 m²

Les hangars abritant les accompagnants d'une surface totale d'environ 300 m² ainsi que des blocs de latrines.

Le centre « Janjiguiso » construit par l'ONG Médecins du Monde pour les femmes porteuses de fistule. Il est formé de trois hangars disposés suivant les cotés de la clôture ; deux de ces hangars servent d'habitation et une sert d'atelier pour le tissage et la confection de savon traditionnel. Il est situé au nord de l'hôpital et à l'est de l'habitation réservé au chirurgien.

Ces bâtiments disséminés sur le pourtour des pavillons et du bloc technique pourront être réhabilités et réaménagés. En dehors des infrastructures de l'hôpital, les 3 logements de fonctions d'une surface totale d'environ 355 m² nécessitent également des rénovations.

Les infrastructures de l'hôpital de Sominé Dolo à Mopti représentent au total une surface utile d'environ 2850 m² pour une surface hors œuvre d'environ 3 225 m².

Le service de Gynéco-obstétrique a cinq jours de consultation externe et deux jours d'activité chirurgicale. La visite des malades hospitalisées a lieu tous les jours ouvrables.

II TYPE ET DUREE DE L ETUDE

Notre travail est une étude rétrospective qui a porté sur une période de onze ans allant de 1993 à 2004

III METHODES

➤ critères d'inclusion :

Notre étude a porté sur les femmes porteuses de fistules dont le diagnostic de FVV a été confirmé et dont la cause était obstétricale

➤ critères de non-inclusion

ont été exclues de notre étude les patientes dont :

- le diagnostic n'a pas été confirmé surtout les incontinences urinaire d'effort et les insuffisance sphinctérien méatique
- la fistule n'était pas d'origine obstétricale
- le dossier était incomplet (fiche de consultation et compte rendues opératoire)

➤ paramètres étudiés

○ ceux sont les données socio-démographiques :

- pays d'origines,
- régions d'origines,
- statuts matrimoniaux,
- age lors de la survenue de la fistule,
- age de la fistule

○ Les motifs de consultation

○ les données par rapport à l'accouchement :

- la parité,
- la durée du travail causal,
- le mode de l'accouchement causal
- l'état de l'enfant à la naissance,
- le lieu d'accouchement

o et les résultats techniques :

- les résultats globaux,
- selon le type de fistule,
- selon les cas d'incontinence,
- et les dérivations

➤ classification utilisée

Nous utilisons la classification de l'AFOA (Association de traitement des Fistules Obstétricales en Afrique) dérivée de celle de Camey et Falandry. (28)

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 a déjà été opérée soit a 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 vésico-utérines, 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

➤ Critères de guérison

Nous avons déclaré totalement guéries les patientes qui ont eu leurs fistules fermées et qui sont continentes

sont partiellement guéries celles dont la fistule est fermée et sont incontinente

et non guéries celles chez qui la fistule n'a pu être fermée où nous étions en train de colliger les dossiers

IV MATERIEL

➤ sources de données

L'étude s'est réalisée à partir de dossiers remplis individuellement par patientes et qui ont été réactualisés à chaque intervention s'il en avait eu plusieurs .

➤ exploitation des données : par les logiciels informatiques de Microsoft Word ;Excel 5.0 et Epi info

V RESULTATS

Tableau I répartition selon les nouveaux cas par année

Année	Nombre de cas
1993	14
1994	75
1995	68
1996	62
1997	68
1998	45
1999	42
2000	80
2001	75
2002	67
2003	63
2004	75
TOTAL	734

la moyenne est de 67 patientes par année avec comme extrêmes
80 patientes en 2000 et 14 en 1993

Tableau II : répartition des patientes selon les ethnies

ETHNIE	NOMBRE	POURCENTAGE
Dogon	160	21,7
Peulh	152	20,7
Bambara	148	20,3
Sonrhäi	75	10,2
Bozo	67	9,0
Sarakolé	31	4,3
Minianka	28	3,9
Bella	17	2,3
Malinké	13	1,9
Sénoufo	12	1,6
Tamacheck	9	1,1
Bobo	6	0,8
Samogo	5	0,7
Mossi	5	0,7
Dafing	4	0,5
Somono	2	0,3
TOTAL	734	100

Les patientes Dogons étaient les plus nombreuses avec 21,7% suivi des peuhls avec 20,7% et des bambara soit 20,0%

TABLEAU III : répartition des patientes selon les pays d'origine

Pays	nombre	pourcentage
------	--------	-------------

Mali	714	97,4
Côte d'ivoire	13	1,8
Burkina	4	0,5
Guinée	3	0,3
TOTAL	734	100 %

La majorité de nos patientes était des maliennes soit 97,4 %

TABLEAU IV : région d'origine

Région	nombre	Fréquence
Mopti	403	56,4
Ségou	120	16,8
Sikasso	63	8,8
Tombouctou	57	7,7
Gao	30	4,2
Koulikoro	25	3,5
Kayes	8	1,1
Bamako	7	1
Non déterminé	3	0,5
TOTAL	714	100

Un peu plus de la moitié de nos patientes étaient originaire de la région de Mopti avec 56,4 % de l'effectif suivi de Ségou avec 16,8 % et de Sikasso avec 8,8 %

TABLEAU V : répartition selon le statut matrimonial

Statuts	nombre	Fréquence
---------	--------	-----------

Mariée	560	76,3
Répudiée	101	13,7
Célibataire	48	6,6
Veuve	25	3,4
Total	734	100

Les patientes mariées étaient les plus nombreuses soit 76,3%

TABLEAU VI RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LE MOTIF DE CONSULTATION

Motif de consultation	Nombre	fréquence
Perte d'urines	734	100%
Troubles menstruels	0	0
Brûlures vulvaires	0	0

Nos patientes sont tous venus consulter pour perte d'urines

TABLEAU VII : Répartition selon les tranches d'âge au moment de la survenue de la fistule

Age	Nombre	Fréquence
-----	--------	-----------

< 15 ans	21	2,86
15 - 19	223	30,38
20 - 24	207	28,19
25 - 29	97	13,23
30 - 34	90	12,29
35 - 39	66	9
40 - 44	18	2,43
> 45 ans	4	0,53
Non déterminée	8	1,09
Total	734	100%

La tranche d'âge située entre 15 et 19 ans dominaient les autres tranches d'âges avec 30,38 % de l'effectif total suivi des 20 à 24 ans avec 28,19%

TABLEAU VIII : Répartition des patientes en fonction du délai entre l'apparition de la fistule et la première consultation

Age	nombre	Fréquence
< 1 an	240	32,70
1 an	193	18,94
2 - 3 ans	88	12,00
4 - 6 ans	83	11,31
7 - 10 ans	65	8,86
11 - 15 ans	25	3,41
16 - 20 Ans	21	2,86
> 20 ans	14	01,91
Non déterminée	5	0,68
total	734	100

Au moment de la première consultation la majorité des fistules avaient au moins une année soit 51, 64% . Celles qui avaient entre deux et trois ans 12 % et les autres avaient plus de trois ans

TABLEAU IX : Répartition des patientes selon la parité au moment de la survenue de la fistule

Parité	nombre	Fréquence
Primipare	300	40,87
Paucipares	181	24,65
Multipare	137	18,66
Grande multipare	116	15,82
total	734	100

Les primipares étaient les plus nombreuses avec 40,9 % ensuite venaient les paucipares avec 24,7% et les multipares soit 17,3%

TABLEAU X : Répartition des patientes selon la durée du travail causal

Durée (en jours)	NOMBRE	Fréquence
1 jour	94	12,7
2	194	26,4
3	248	33,8
4	109	14,9
5	51	6,5
6	15	2,1
7	19	2,6
8	5	0,7
9 10 jours	2	0,2
total	734	100

33,8 % de nos patientes avaient fait 3 jours de travail d'accouchement. Elles étaient les plus nombreuses suivies de celles qui avaient fait 2 jours avec 26,4%

TABLEAU XI : Répartition des patientes selon les différentes manœuvres obstétricales utilisées au cours de l'accouchement

Manœuvres	NOMBRE	Fréquence
Pas de manœuvre	367	50
Césarienne	237	32,32
Forceps	93	12,70
Hystérectomie	17	2,35
Episiotomie	14	1,93
Embryotomie	5	0,69
total	734	100 %

La moitié de nos patientes n'avaient bénéficié d'aucunes manœuvres puis viennent les césarisées avec 32,32 % ensuite celles qui avaient bénéficié d'un forceps avec 12,7 %

TABLEAU XII : Répartition des patientes selon l'état de l'enfant à la naissance

Etat de l'enfant	NOMBRE	Fréquence
Mort-né	692	94,3
Vivant	42	5,7
Total	734	100 %

Dans la majorité des cas l'enfant était mort à la naissance soit 94,3%

RESULTATS TECHNIQUES

TABLEAU XIII Répartition des patientes selon le type de fistule

Type de fistule	F v s	F v c	F v g	F v u	F u v	F r v	Total
Nombre	147	270	250	33	8	26	734
Fréquence	20,02	36,78	34,06	4,50	1,09	3,55	100 %

Les fistules vésico-vaginales complexes ont été les plus fréquentes soit 36,78% suivi des fistules vésico-vaginales graves soit 34,06% et des fistules vésico-vaginales simples soit 20,02 %

TABLEAU XIV : Résultats du traitement

	guéries	Partiellement guéries	Echec	Total
FVV	534	73	101	708
FRV Isolées	26		0	26
TOTAL	560	73	101	734
Pourcentage	76,29%	9,95%	13,76%	100%

Nous avons réalisé 76,29 % de guérisons totales 13,76 % d'échec et 9,95 % de guérisons partielles

TABLEAUX DE REPARTITION SELON LE TYPE DE FISTULES

Tableau XV : Les fistules vésico-vaginales simples

	Femmes opérées	Femmes guéries	Femmes partiellement guéries	Echecs
Nombre	147	138	4	5
Pourcentage	100%	93,88%	2,72%	3,40%

Nous avons eu 93,88 % de réussite chez les FVV simples

Tableau XVI : Les fistules vésico-vaginales complexes

	Femmes opérées	Femmes guéries	Femmes partiellement guéries	Echecs
Nombre	270	216	21	33
Pourcentage	100%	80 %	7,78%	12,22%

Nous avons eu 80 % de réussite et 12,22 % d'échec chez les FVV complexes

Tableau XVII : Les fistules vésico-vaginales graves

	Femmes opérées	Femmes guéries	Femmes partiellement guéries	Echecs
Nombre	250	143	48	59
Pourcentage	100%	57,2%	19,2%	23,6%

57,2 % de réussite, 23,6 % d'échec pour les FVV graves

Tableau XVIII : Les fistules vésico-utérines

	Femmes opérées	Femmes guéries	Femmes partiellement guéries	Echecs
Nombre	33	31	0	2
Pourcentage	100%	93,94%	0%	6,06%

93,94 % de réussite et 6,06 % d'échec pour les FVU

Tableau XIX : Les fistules urétéro-vaginales

	Femmes opérées	Femmes guéries	Femmes partiellement	Echecs
--	----------------	----------------	-------------------------	--------

			guéries	
Nombre	8	8	0	0
Pourcentage	100%	100%	0%	0%

Nous avons réalisé 100 % de réussite pour les f u-v

Tableau XX : les fistules recto-vaginales

	Type de fistule	Guérisons	Echecs	Total
Fistules isolées	FRVh	7	0	7
	FRVb	19	0	19
Fistules associées	FRVh	20	4	24
	FRVb	14	3	17
Total		60	7	67
fréquence		90%	10 %	100 %

Sur les fistules recto-vaginales notre taux de succès est de 90,00 %

TABLEAU XXI : Taux de réussite selon le type de fistule et le nombre d intervention

Type de FVS fistule	FVC	FVG	FVU	FUV	total	Fréquence
1 ^{ere} intervention	127	172	84	26	8	417 78,09
2 ^{eme} intervention	9	31	25	5		70 1,31
3 et plus	2	12	33			47 20,6
Total	138	215	142	31	8	534 100 %

Sur les 734 femmes opérées, nous avons fait un taux de 76,29 % de guérison totale soit 534 patientes c'est à dire qui ont eu leur fistule fermées et qui sont continentes. Et sur les 534 guéries, 417 l'ont été dès la première intervention soit environ un taux de 78,09 %

Tableau XXII : Répartition des FVV simples selon le taux de guérisons et le nombre d'intervention

Type de fistule	nombre	fréquences
1 ^{ere} intervention	127	92,03
2 ^{eme} intervention	9	6,52
3 et plus	2	1,45
Total	138	100%

92,03% ont été totalement guéries dès la première intervention

Tableau XXIII : Répartition des FVV complexes selon le taux de guérisons et le nombre d'interventions

Type de fistule	nombre	Fréquence
1 ^{ere} intervention	172	80
2 ^{eme} intervention	31	14,4
3 et plus	12	5,6
Total	2 15	100%

On a atteint un taux de guérison totale de 80% dès la première main

Tableau XXIV : Répartition des FVV graves selon le taux de guérisons et le nombre d'interventions

Type de fistule	Nombre	Fréquence
1 ^{ere} intervention	84	59,2
2 ^{eme} intervention	25	17,6
3 et plus	33	23,2
Total	142	100

On a un taux de 59,2% de guérison totale dès la première main

Tableau XXV Répartition de Fistules Vesico-Uterines selon le taux de guérisons et le nombre d'interventions

Type de fistule	Nombre	Fréquences
1 ^{ere} intervention	26	83,9
2 ^{eme} intervention	5	16,1
3 et plus		
Total	31	100

83,9% ont été totalement guéries dès la première intervention

Tableau XXVI : Répartition des Fistules Urétéro-Vaginales selon le taux guérisons et de le nombre d'interventions

Type de fistule	Nombre	Fréquences
1 ^{ere} intervention	8	100
2 ^{eme} intervention		
3 et plus		
Total	8	100 %

100% de guérison totale et dès la première intervention

TABLEAU XXVII : Cas des incontinenances

Ci-dessous les résultats des essais de cure d'incontinence post-fistule

Technique	Echec	Réussite	Total
Bandelette vaginale	3	0	3
Burch	17	11	28
Corps caverneux	6	0	6
Goebbel-Stoeckel	1	0	1
Stamey	4	0	4
Total	31	11	42
fréquence	73,80	26,20	100 %

Pour les cures d'incontinence notre taux d'échec s'élevait jusqu'à 73,80 %

III^{eme} PARTIE

I COMMENTAIRE ET DISCUSSION

➤ ETHNIE :

L'ethnie Dogon est la plus représentée avec 160 patientes. Ce qui fait 21,7 % de tout l'effectif. Les Peulhs suivent avec 152 patientes soit 20 %

Ce résultat ne suit pas le même ordre que la composition de la population de la région de Mopti. Celle ci fait 1 540 899 d'âmes dont 400 634 bambara soit 26% ,354 407 de Peulh ce qui fait 23%, 277 362 Sonrhaï soit 18 %, 169 499 Bozos soit 11 % et 138 680 Dogons soit 9% et 200 317 personnes pour les autres ethnies soit environ 13%.

En analysant ces données, on remarque que les Dogons n'étant pas les plus nombreux dans la région ont fourni le plus grand pourcentage de porteuses de fistule soit 0,115 % de la population totale Dogon, alors que les autres, un peu plus nombreux ,les bambara, les Peulh et les Sonrhaï en ont trois fois moins, tous et respectivement 0,04 %

Marianne (01) trouve 51,85 % de bambara et 16,67 % de Peulh à Bamako, alors que Touré, lui trouve 21,81 % de Peulh et 20,9 % de Bambara

Nos résultats par rapport à l'ethnie sont un peu différents de ceux des auteurs cités ci-dessus. Car l'étude étant effectuée exclusivement à Mopti, la population de Mopti étant structurée de façon différente avec un peu plus de Dogons que dans leurs échantillons et étant étalée sur 13 ans ,il va de soi que nous n'ayons pas les ethnies dans le même ordre .

➤ PROVENANCE :

La majorité de nos patientes viennent de la région de Mopti. Elles représentent 56,4 %de notre échantillon puis suivent les Ségoviennes avec 16.8 % et les Sikassoises avec 8,8 %.

Tandis que Marianne a 35,18 % de ses patientes qui sont originaire de Ségou et 14,81 % de Bamako

Dans le travail de Touré, 43,11 % des patientes sont originaire de Ségou et 22,1 % de Kayes Cela trouve son explication dans le fait que le centre de prise en charge des fistules se trouvant au sein de l'hôpital régionale de Mopti depuis plus de 10 ans , la proximité aidant , les habitants de la région de Mopti y accèdent plus facilement

➤ AGES LORS DE L'APPARUTION DE LA FISTULE

Nos patientes contractent leur fistule entre 15 et 19 ans et représentent 30,38 % de l'effectif. Mais en fait, ce sont 33,24 % qui ont eu leur fistule avant l'âge de 20 ans

Ce résultat est proche de celui de Marianne (01) 33,33 % alors que Berthe (03) trouve un taux un peu plus élevé, 50 %.

Mopti est une région où la religion dominante est l'islam. Cet islam est fortement influencé par la tradition. La coutume veut que les jeunes filles soient mariées dès qu'elles ont leurs ménarches. Mariées dans ces conditions, les parents, les beaux-parents et souvent la nouvelle mariée elle-même, pour ne pas être traitée de femme stérile, voudrait contracter une grossesse dès la première année de vie conjugale, sur un bassin qui est le plus souvent immature.

➤ STATUT MATRIMONIAL :

Notre échantillon a 76,3 % de femmes mariées et 13,7 % de femmes mariées

A Bamako Marianne (01) trouve 66,67 % de patientes mariées et Berthe (03) a 50 % vivant avec leur mari.

Tous ces résultats sont en contradiction avec le constat de M. MURPHY cité par M. CAMEY (12) qui pense que 80 % des femmes victimes de fistules sont rejetées par leur mari.

Les 73,3 % de femmes non répudiées de notre étude sont à prendre avec prudence parce que même si elles sont restées dans le foyer conjugal il est fort probable qu'elles ne vivent pas pleinement leur rôle de femme mariée. Elles ne sont pas divorcées, elles ne sont rejetées mais elles sont très certainement écartées

➤ PARITÉ :

Elles font leur fistule à leur premier accouchement dans 42,10 % des cas.

C'est le même constat que fait Marianne (01), elle trouve 44,44 % de primipares, Berthe (03) trouve 62,5 % alors que Nicodème (25) a 51,4 %

Certes la tranche de primipares est élevée mais cela ne doit pas faire occulter le fait qu'aucune 6^mère n'est à l'abri de l'apparition d'une fistule au décours d'un accouchement car, et les paucipares, et les multipares, et même les grandes multipares ont des pourcentages non négligeable dans les différentes études

➤ DURÉE DU TRAVAIL CAUSAL

Le travail d'accouchement a duré au moins 48 heures chez 87,2 % de nos patientes, Touré (20) lui trouve un taux un peu plus élevé 92,6 %, Koïta (10) a à peu près la même chose 93,94 %

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 due à l'insuffisance des structures sanitaires qui restent éloignées des populations et au manque de personnel qualifié.

➤ ETAT DE L'ENFANT À L'ACCOUCHEMENT

Les enfants sont presque toujours mort-nés. Notre taux s'élève jusqu'à 94,3 % et il est très proche de celui de Nicodème : 91,89 %

On comprend facilement qu'un travail d'accouchement qui dure plus de 24 heures soit sanctionné par un nouveau-né étouffé au cours de ce même travail

➤ AGE DE LA FISTULE LORS DE LA PREMIÈRE CONSULTATION

Les fistules ont moins d'une année au moment de la première consultation chez 51,64%. Ce résultat est plus élevé que celui de Touré 31,80 % (10) et de Marianne 31,48 % (01)

Notre taux est plus élevé que les taux des auteurs cités ci-dessus parce le centre de prise des fistules étant créé il y'a plus de dix ans, les campagnes de sensibilisations aidant et le bouche à oreille des anciennes patientes guéries fait que beaucoup de personnes ont pris connaissance de l'existence du centre et y amènent leurs patientes dans des délais de plus en plus courts

➤ RÉSULTATS TECHNIQUES :

Nous avons retrouvé un taux de réussite de 76,29 % dont 67,38 % dès la première intervention.

Nous avons classé comme guéries totalement les patientes qui ont eu leur fistule fermée et qui sont continentales

Mais s'il faut considérer comme guéries celles qui ont eu leur fistule fermée comme la fait Marianne(01) à Bamako, nous avons un taux global de 86,24 % dont 74,96 % dès la première intervention alors qu'elle a eu un taux de guérison global de 53,70 % dont 29,63 % en première main.

Cela serait due au fait que dans notre étude les patientes sont prises en charge par un centre spécialisé dans le traitement exclusif des FVV et qui organise des sessions opératoires pour des urologues expatriés venant avec leur technique, et souvent avec le matériel nécessaire.

II CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

2 1 CONCLUSION

A travers ce qui précède, nous noterons que les problèmes par rapport aux fistules vésico-vaginales d'origines obstétricales sont dues :

A la méconnaissance des bonnes pratiques sanitaires et surtout l'importance du suivi prénatal

A l'insuffisance des ressources financières qui retarde l'évacuation des patientes même la décision est prise

A l'éloignement et à l'inaccessibilité des centres de santé

Au sous équipement et au manque de personnel qualifié

Tous ces éléments peuvent occasionné des accouchements dystociques, en retarder la prise en charge et générer des fistules

2 2 RECOMMANDATIONS

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

➤ Sur le plan institutionnel

○ *Au ministère de la santé*

Accroître les ressources affectées a 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

En affectant du personnel qualifié dans les centres de santé périphérique ;

En équipant 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

○ *Aux agents de santé :*

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

○ *Au ministère de l'éducation*

Renforcer la scolarisation des filles

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

➤ sur le plan obstétrical

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

- mettre en oeuvre 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.

➤ aux populations : nous recommandons

L'utilisation des centres de santé

La solidarité envers les femmes porteuses de fistule

- Au centre de prise en charge des porteuses de fistules

De continuer avec les campagnes de sensibilisations et de recrutement

Bibliographie

- 1 AMEHOUM N'GUESSAN MARIANNE :fistules vesico-vaginales obstetricales : bilan d'une année d'activité à l'hôpital du point G , thèse de médecine ,Fmpos MALI ,2004
- 2 BENCHEKROUN A et coll les fistule vésico-vaginales , à propos de 600 cas ,j Urol(PARIS °1987)
- 3 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 ,Bamako ,1999
- 4 COUVELAIRE R : sur les fistules vésico-vaginales , J urol , PARIS 1984
- 5 DOUGNON SAMUEL : les FVV géantes ,isolées ou associées aux fistules recto-vaginales et/ou aux délabrements du périnée d'origine obstétricale à la maternité de l'hôpital du point G thèse médecine Bamako ,1983
- 6 FALANDRY L : les FVV en Afrique pour une solution ,médecine d'Afrique noire 1991,17 ,8 ,571-578
- 7 GANGALI DIALLO cours d'anatomie pcem I re année fmpos de BAMAKO
- 8 HAMLIN R , NICHOLSON E :reconstruction of urétra totally destroyed in labor br med j 1969
- 9 K OUATTARA , M L TRAORE , C CISSE : traitement de la fistule vesico-vaginale africaine en république du Mali ,expérience du service d'urologie de l'hôpital du point G ,médecine d'Afrique noire 1991 tome 38 ,n°12 ,pp 856
- 10 KOÏTA A C quelques aspects statistiques des FVV observées à l'hôpital du point G thèse de médecine Bamako 1983
- 11 LUFUMA L N ,TSHIPETA N ,UWONDA A, TOZIN R les FVV obstétricales africaines .à propos de 57 cas ann urol 1985 ,19 ;n°2 ;87-89
- 12 MAURICE CAMEY : les fistules obstétricales (1998)
- 13 MARTUIS H: fettlappenplastick aus dem bulbocavernosusgebiet als fistel nahtschutzoperation , Geburtsh . frauenh 1940

- 14 MARIKO S : les fistules uro-génitales : expérience du service d'urologie de l'hôpital du point G à propos de 72 cas ;thèse de médecine n°4 ,Bamako ,2000
- 15 MERGER R et coll : précis d'obstétrique 6 eme édition
- 16 MOIR J CH : the circumferential vesico-vaginal ;j obstgynealo ,india 1965
- 17 MONSEUR J : grandes nécroses uro-genitales post-partum . journées urologiques de NEKER , 1982 Masson paris
- 18 OUATTARA K et coll :problématique de la fistule vesico-vaginale obstétricale ; service d'urologie de l'hôpital du point G BKO , MALI
- 19 PERQUIS P : fistules vésico-vaginales en Afrique noire . med trop 1971
- 20 TOURE H : étude critique de 220 cas de fistules vesico-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)
- 21 TRAORE OUMAR MARIAM problématique des fistules vesico-vaginales au mali ; thèse de médecine ,Bamako1991
- 22 WACKRENIERS . KOPS .M.C thèse paris ,1974,service du prof CAMEY.
- 23 YOUSSEF A .F « Menouria » following lower segment cesarienne section :a syndrome.j obstet, gyn 1957
- 24 ZOUNG-KANYI ;SOW M : le point sur les fistules vesico-vaginales à l'hôpital central de Yaoundé à propos de 111 cas observé en dix ans ;ann. urol (paris) 1990 ,24 ;457 ;461
- 25 NICODEME BALLO :les incontinenances urinaires post cure de fistule au service d'urologie du point G thèse de médecine Bamako 2004

Annexes

Médecins du Monde

Feuille de consultation F.V.V.

Nom : Prénom : Age :

Ethnie : Cercle :

Date de 1ère consultation :

ANAMNESE :

Age de la FVV..... Durée accht..... Parité..... Enfant..... Statut social.....

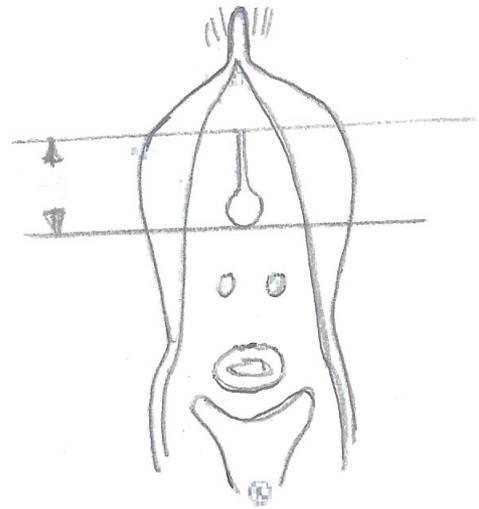
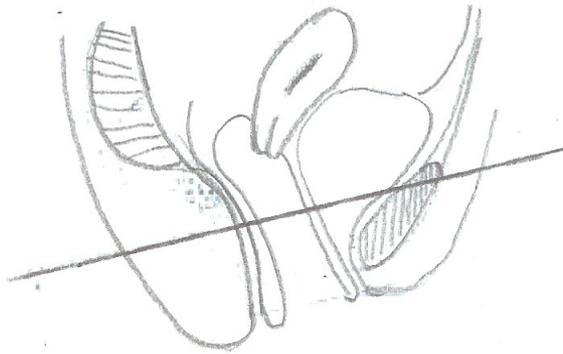
Règles..... Sexualité..... Manœuvres Obst.....

Nbre d'opérations tentées..... Date(s)..... Délai récidive.....

Description des lésions

Classification F.V.V.....

2 F.V.R.....



Urètre.....

Col Vésical.....

Vessie.....

Uretères.....

Vagin.....

Col utérin.....

Utérus.....

Trophicité.....

Fibrose.....

Lésions vulvaires.....

Lésions rectales.....

Sphincter anal.....

Intervention Proposée.....

Délai.....

3 MEDECINS DU MONDE
NC

N° dossier :

AIDES:

TYPE ANESTHESIE : **Rachianesthésie**

DIAGNOSTIC : Fistule sus trigonale

OPERATION : Fermeture par voie basse

Position gynécologique extrême avec Trendelenburg.
Pose d'une sonde de Foley 16 CH
Test au bleu de méthylène qui confirme la fistule
Incision péri-orificielle
Dissection intervésicovaginale antérieure, latérale puis postérieure
Fermeture de la fistule en un plan par 3 points séparés au Vicryl 3/0
Etanchéité OK à 120cc
Fermeture du vagin par de points séparés en Blair Donatti au Monocryl 1
Méchage vaginal

CONCLUSION

Satisfaisant

SOINS POST OP

Ablation sonde vésicale à J21
Ablation mèche à J2

Abréviations

Afoa association de traitement des fistules obstétricales en Afrique

Cm = centimètre

EDM = énergie du Mali

FCFA = francs de la communauté française d' Afrique

FM = fréquence de modulation

fr = fistule recto vaginale

frb =fistule recto vaginale basse

frh =fistule recto vaginale haute

fvv =fistule vesicovaginale

fvv = fistule vesicovaginale complexe

fvv =fistule vesicovaginale grave

fvs fistule vesicovaginale simple

fvu = fistule vesico-uterine

h =heure

Iecs= information éducation communication de santé

Km = kilomètre

km² = kilomètre carré

kVa = kilovolt ampère

l =litre

l1 – l2 = 1^e et 2^e vertèbre lombaire

m =mètre

m² = mètre carre

MDM= médecin du monde

ml =millilitre

MSF = médecin sans frontière

ONG =organisation non gouvernementale

ORL =oto-rhino-laryngologie

s4-s5 = 4^e et 5^e vertèbre sacrée

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : DOUMBIA

PRENOM : OUMAR

TITRE : fistules vesico-vaginales obstétricales : bilan d'activités de 1993 à 2004 à l'hôpital Somine dolo de Mopti

ANNÉE universitaire : 2005 - 2006

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHÈQUE DE LA FMPOS

SECTEURS D'INTERÊT : UROLOGIE ,OBSTETRIQUE

RÉSUMÉ

Au Mali comme dans beaucoup de pays en voie de développement , les problèmes liées à la santé notamment ceux de la mère et de l'enfant restent encore très préoccupant en dépit de tous les efforts entrepris . Quelques aspects de ces difficultés ressortent dans notre étude

Notre travail a porté sur 734 dossiers colligés de janvier 1993 à décembre 2004

Nos patientes étaient en majorité jeunes, avaient entre 15 et 25 ans. Elles étaient au nombre de 430 soit 58,57 % de tout l'effectif.

Malgré leur fistule, même si elles ne vivaient toutes pas avec leur mari, plus de la moitié de nos patientes étaient restées mariées (76,3 %) soit 560 personnes

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 mais 367 soit 50 % ont finalement accouché dans un centre de santé

La fistule est apparue au cours du premier accouchement chez 311 patientes soit 42,10% et qui a été sanctionné par un mort-né chez 692 patientes soit 94,3 % au décours d'un travail d'accouchement qui a duré au moins 48 heures chez 640 patientes soit 87,3 %

La majorité de nos fistules étaient des fistules vésico-vaginales complexes au nombre de 270 soit 36,78 % de toutes les fistules recensées

Elles ont toutes été abordées par voie basse avec un taux de guérison de 76,29% dont 75,86 % dès la première intervention

