

MINISTRE DE L'EDUCATION

REPUBLIQUE DU MALI

NATIONALE

Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2006 – 2007

N°...../

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le/...../2007
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par : Mr KONE Aboubakar Dokan

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Titre

**ETUDE DE LA FISTULE
VESICO- VAGINALE OBSTETRICALE A
SIKASSO**

jury

PRESIDENT : Professeur SY AÏDA SOW

MEMBRE : Docteur Mamadou DOLO

CODIRECTEUR DE THESE : Docteur OUATTARA Zanafon

DIRECTEUR DE THESE : *Professeur* OUATTARA Kalilou



DEDICACES

Je dédie ce travail :

A DIEU, le Très Haut, le Tout Puissant, qui a manifesté sa grâce envers moi et m'a soutenu en tous lieux et en toutes circonstances. IL a fait de moi ce que je suis aujourd'hui sans que ma force et mon pouvoir y soient pour quelque chose. Louange à Lui qui conduit les bonnes choses à leur réalisation.

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

A mon père feu LAMISSA KONE ; Tu n'as jamais mis quelque chose au dessus des études. Je ne saurais mieux dire ce que tu as fait pour moi sans en diminuer la valeur. Que DIEU t'accorde sa grâce et sa miséricorde.

A ma mère MOUSSOKOURA KONE. Tu as été une mère particulière pour moi et pour tant d'autres. Ta personnalité et ton sens de l'humanité ont fait de toi ma personnalité de référence. C'est une fierté pour moi d'être ton fils. Tu m'as soutenu sans faille du début de mes études jusqu'à ce jour. Ma réussite est le résultat de tes efforts inestimables. Merci pour toujours.

A mon oncle feu AMADOU KONE. Merci de vos conseils combien précieux ; j'en ferais usage pour toujours. Que votre âme repose en paix.

A mon cousin KONE SALYA. Ton soutien tant moral, matériel que financier ne m'a jamais fait défaut même dans les moments les plus difficiles de ces longues années d'études. Trouves ici mes sentiments de reconnaissance et de gratitude.

A mes oncles KONE DRISSA et KONE ISSA; merci pour votre soutien sans faille.

A mes frères : MADOU, KASSIM et ISSOUF. Je vous aime infiniment. Que ce travail vous serve d'exemple.

Remerciements:

Je remercie tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu durant ces longues années.

En particulier, le personnel des Services de Chirurgie, du Bloc opératoire, et des Urgences de l'Hôpital de Sikasso pour leur collaboration.

A MR KONE DIAKALIA et famille. Merci pour tout ce dont j'ai bénéficié à votre côté comme conseil, soutien et encouragement.

A Mme COULIBALY ROKIA KONE. Tu as été une seconde mère pour moi. Que Dieu resserre d'avantage nos liens.

Toute ma famille; tantes, oncles, frères, cousins, cousines pour votre assistance inconditionnelle.

Docteur KONE DIAKALIA. Merci pour vos conseils et assistances.

Docteur CISSE BREIMA. Merci pour vos conseils et enseignements.

Docteur DIALLO ALY B. Je vous remercie particulièrement pour vos qualités humaines, votre disponibilité, votre rigueur scientifique pour le travail bien fait.

MR COULIBALY NAVIGUE dit JACQUES. En plus d'être mon beau-frère, tu as été un frère pour moi. Merci de tes conseils et soutiens.

Madame TRAORE FATOUMATA, chère cousine merci pour tout ce que tu fut pour durant ce long parcours.

Madame TOGO FATOUMATA MAIGA et tous les infirmiers et infirmières des urgences. Merci pour toute votre sympathie.

Mr FALAYE TRAORE. Merci pour les travaux informatiques effectués ensemble.

Aux différents majors de pavillon ainsi qu'à toutes vos équipes mes remerciements les plus sincères.

A Mr CHEICK TANDIA .Tu fus pour moi un frère durant tout mon séjour.
Je tacherai de garder ce lien.

La famille COULIBALY à Kalaban-Coura. Merci pour vos encouragements constants.

A Mr DEMBELE OUSMANE, mon ami et compagnon de tous les temps.
Ce travail est aussi le tien.

Mr DIAKALIA KOUYATE et famille à kalaban-coura ;

Mr DRAMANE BERTHE et famille à Kati , merci pour vos encouragements.

Mr ZANA DEMBELE et famille à Sikasso. Votre sens de l'humanisme vous rend très aimable.

Mme COULIBALY MARIAM TRAORE et famille à Kalaban-coura. Merci des conseils prodigués.

Mes aînés médecins et frères du CESKA : DOCTEURS ZAKARIA T. ; HAROUNA K. et ADAMA Z. , toute ma sympathie pour vous.

Mes amis du CESKA : YOUSOUF S., ABDOULAYE Z., YACOUBA S., DRISSA K., YACOUBA O., ABRAHAM K., MAMADOU O., MAMADOU T., OUMAR K., BALLO M. je n'oublierais jamais ces moments forts passés ensemble.

Le Collectif des Etudiants en Santé de Kadiolo et Sympathisants.

Aux DOCTEURS : MOHAMED SALIOU et TOURE M. vos conseils m'ont beaucoup servi ; merci infiniment.

Mes amis d'Hamdallaye : MOCTAR dit TALL, MOUSSA, BAROU, DEGAULE, PAPA, LASSY, YOUSOUF. Merci pour votre sympathie.

Mes amies: FATOU, AWA, AMI, MAMA, FATIM, MIMI, COUMBA, et BATO ; vous m'avez soutenu sans faille.

Mes cousines : KADY, FATY, MARIAM DIAHARA ;merci de votre soutien constant.

A Mlle FATOUMATA COULIBALY. Merci de ta confiance et ton soutien sans faille. Retrouve ici toute ma sympathie.

Mes collègues internes de Sikasso (de 2005 à 2006) : COULIBALY, MARIKO, TEMBINE , BAGAYOKO, YELCOUYE, DEMBELE O, DEMBELE M, CAMARA, GOITA, DEMBELE MOUSSA, OMOU, DICKO, GUINDO, KARAMBE, DIALLO et OUOLOGUEM.

A ma sœur défunte AWA KONE. J'aurais voulu que tu sois là aujourd'hui, mais hélas ! Que ton âme repose en paix.

A Mr ZOUMANA DIABATE et famille à KADIOLO. Merci pour le soutien et les conseils pertinents.

Aux médecins des urgences : FAINKE K., TRAORE O., SANOGO A. Merci pour la bonne collaboration et l'assistance technique dont j'ai bénéficié au près de vous.

A toute la promotion 2006 de la FMPOS.

A tous ceux et toutes celles qui ne verront pas leurs noms ici ; je dis merci à tous; qu'ils sachent que ce travail n'est qu'une œuvre humaine.

A tout le personnel de l'hôpital de Sikasso mes vives salutations pour ces moments passés ensemble. Je vous adore tous;

MERCI INFINIMENT

A VOUS TOUS, POUR TOUT.

HOMMAGES AUX
MEMBRES DU
JURY

A notre maître et juge

Presidente du jury

Professeur SY AÏDA SOW

Professeur de Gynéco-obstétrique,

Chargée de cours à la FMPOS,

Chef de l'unité Gynécologique du Centre de Santé de Référence de la Commune II.

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre grande simplicité et surtout votre sens élevé du devoir font de vous une personne estimable et admirable.

C'est l'occasion pour nous de rendre hommage à la clarté de votre enseignement, à vos qualités de mère et de formateur.

Recevez ici cher maître nos remerciements les plus sincères.

A notre maître et membre du jury

Docteur Mamadou DOLO

Médecin Directeur,

Chirurgien Praticien à l'hôpital de Sikasso,

Président de l'Ordre régional des médecins,

Président des directeurs des hôpitaux régionaux.

Nous avons été impressionné par votre courage, votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait.

Nous sommes fier d'avoir appris à vos cotés. Nous vous prions de recevoir ici cher maître tous nos sincères remerciements.

A notre maître et Codirecteur de thèse

Docteur Zanafon OUATTARA

Chirurgien urologue - andrologue;

Maître Assistant en urologie.

Cher maître, votre force de caractère, votre courage, votre dynamisme, votre humanisme dans l'exercice de la profession médicale, la clarté de vos raisonnements scientifiques sont autant de qualités qui font de vous l'homme qu'il nous fallait pour constituer la fondation de notre carrière professionnelle.

En plus de vos enseignements, nous avons bénéficié des conseils précieux venant d'un père à son fils.

Soyez assuré très cher maître de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Kalilou OUATTARA

Docteur Ph. D de l'institut d'Urologie de KIEV;

Professeur titulaire de la chair d'Urologie et chargé de cours à la FMPOS;

Président de la commission médicale de l'Hôpital du Point G;

Chef de Service d'Urologie de l'Hôpital du Point G;

Expert international en fistule vésico-vaginale.

Cher maître, vous avez inspiré ce travail et vous nous avez guidé dans sa réalisation; Votre accueil chaleureux, votre compétence doublée d'une simplicité, votre sens de l'humour et votre grande qualité humaine nous ont toujours impressionné.

Maître incontesté, ouvert, rigoureux, courageux et animé d'un sens social élevé hors du commun, travailler à vos côtés a été une très grande chance pour nous.

Votre sérénité ,votre esprit communicatif et votre culture ont fait de vous un maître admiré.

Trouvez ici cher maître le témoignage de notre profonde reconnaissance.

SOMMAIRE

Sommaire	Pages
INTRODUCTION	14-15
CHAPITRE I: GENERALITES	
I- Définition	19
II- Historique	20-21
III- Rappel Anatomique	22-26
IV- Etio-physiopathologie	
V- Anatomie Pathologie	27-29
VI- Quelques classifications des F V V	30-35
VII- Etude clinique	36-39
VIII- TRAITEMENT	40-48
A- Gestion Conservatrice	40
B- Gestion Chirurgicale	41-46
C- Exemple de Cure Chirurgicales	47-48
CHAPITRE II : NOTRE ETUDE	
I-CADRE ET LIEU D'ETUDE	49-54
II-MATERIELS ET METHODES	55-59
III- RESULTATS	60-76
IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	77-82
V- CONCLUSION	83
VI- RECOMMANDATIONS	84
VII- BIBLIOGRAPHIE	85-90
VIII- ANNEXES	91-97



INTRODUCTION

INTRODUCTION :

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

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

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

Pathologie devenue rare voire disparue dans les pays développés du fait d'un bon suivi obstétrical des femmes, la fistule vésico-vaginale obstétricale continue à faire des victimes dans notre société. C'est pourquoi la recherche de solution et la prévention de gravissimes problèmes médico-socio-économiques posés par les fistules génito-urinaires ou uro-génito-digestives deviennent nécessaires. [1]

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

L'écoulement d'urine permanent exige des soins corporels rigoureux : port de garnitures et la régularité de la toilette obligeant la malade à rester cloîtrée à domicile. Les conséquences sont :

- les brûlures cutané-vulvaires par les urines,
- la diminution de la capacité productive de la malade,
- la réduction de la cohabitation conjugale et la privation sexuelle,
- l'isolement et l'exclusion de la patiente. [2 ; 3 ; 4]

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

Cela dit il n'existe pas de statistiques nationales voire régionales sur la population de femmes souffrant de cette infirmité.

Quand bien même le taux de mortalité maternelle pour le Mali est connu : 500 à 700 morts maternelles pour 100.000 naissances vivantes. [3]

Par ailleurs il existe ces derniers temps un programme national d'éradication de ce fléau piloté par l'UNFPA-MALI qui a déjà financé une étude des lieux, un projet national de prévention et de prise en charge de la fistule et fournit des équipements par ci par là. La région de Sikasso et l'hôpital de Sikasso restent parent pauvre dans ce domaine.

C'est pour mettre Sikasso au même niveau que d'autres régions qui bénéficient déjà de programme F V V que nous avons initié cette thèse à l'hôpital de Sikasso.

OBJECTIFS :

1. Général :

- étudier la fistule vésico-vaginale obstétricale à Sikasso.

2. Spécifiques:

- déterminer la fréquence de la F V V à Sikasso ;
- décrire les aspects sociodémographiques
- décrire les aspects cliniques
- répertorier les techniques chirurgicales utilisées;
- évaluer les résultats du traitement.



Généralités

I - DEFINITION:

La fistule vesico-vaginale (FVV) est une communication anormale acquise entre la vessie et le vagin (livrant passage à l'écoulement des urines) suite à un accouchement dystocique. Elle est encore appelée fistule obstétricale africaine de par sa fréquence dans nos contrées.

A coté des causes obstétricales on retrouve entre autre dans notre contexte les fistules iatrogènes (post hystérectomies le plus souvent), les fistules traumatiques.

Cependant la notion de fistule obstétricale africaine englobe une multitude de lésions communicantes de la voie urinaire soit avec les organes génitaux de la femme, soit avec le tube digestif (fistule recto vaginale).

II- HISTORIQUE :

La notion de cette infirmité remonte à la nuit des temps : << si une femme a les urines qui coulent en permanence, elle les perdra toute sa vie >> (Papyrus Ebers 2000 avant Jésus Christ) cité par L. Falandry [31] ; et l'on sait qu'une fistule vesico-vaginale associée à une déchirure du périnée a été retrouvée sur la momie de la reine égyptienne **Heinhenit** (11eme dynastie, **2050** avant JESUS CHRIST). [5]

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

Pinoeus (1650) décrit la fistule avec nécrose du vagin et le moyen d'en confirmer le diagnostic avec des sondes métalliques l'une urétrale et l'autre vaginale.

Au Mali comme un peu partout en Afrique, plusieurs études (thèses et publication) se sont intéressées aux fistules vesico-vaginales de causes diverses tant dans leurs aspects anatomo-cliniques que thérapeutiques. Mais très peu d'études étaient spécialement axées sur la fistule vesico-vaginale obstétricale dans notre contexte.

La grande majorité des études faites au Mali sont réalisées dans le service d'urologie de l'Hôpital du Point G ; on note cependant les études faites à Mopti, Ségou et cette dernière à Sikasso.

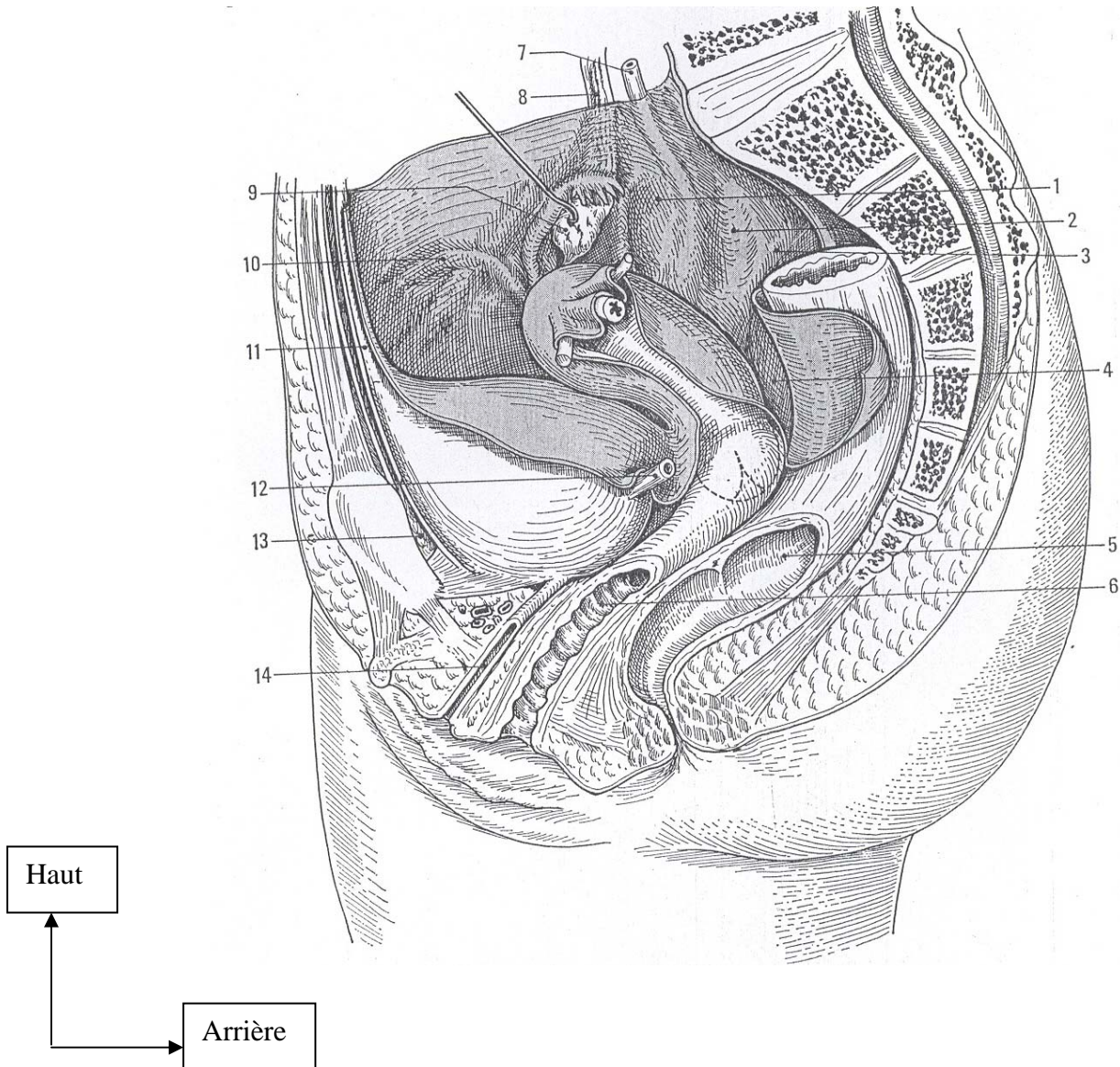
IV- RAPPEL ANATOMIQUE :

Rapports entre l'appareil urinaire et l'appareil génital féminins en relation avec la fistule vésico-vaginale :

La possibilité de survenue d'une fistule entre la vessie, le col vésical, l'urètre et les organes génitaux en occurrence le vagin est due essentiellement aux liens anatomiques (voir figure n°1 ci dessous) étroits entre ces différents organes à savoir :

- leur situation intra pelvienne,
- leur vascularisation provenant de l'artère hypogastrique interne,
- leur innervation sympathique et parasympathique commune (nerfs hypogastrique et érecteur),
- leur cinétique : le mouvement des uns entraînant celui des autres.

Figure 1: coupe médiane du bassin féminin



(1=fosse ovarique ; 2=fosse infra ovarique ; 3=pli recto-utérin ; 4=cul de sac recto-uterin ; 5=rectum ; 6=vagin ; 7=uretère ; 8=ligament suspenseur de l'ovaire ; 9=ovaire ; 10=ligament rond ; 11=ouraque ; 12=uretère gauche ; 13=espace prevesical de retzius ; 14=urètre) [25]

Source : Rouvière. H et VS A: Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle; Tome II; le tronc; 14e édition; Masson.

La vulnérabilité de la vessie lors de la cinétique utéro-vaginale est liée au fait qu'anatomiquement la vessie, son appareil sphinctérien et l'urètre sont coincés entre l'appareil génital de la femme (utérus et vagin) et le cadre osseux (plus précisément la face postérieure et le bord inférieur de la symphyse pubienne).

Rappelons que la vessie est d'ailleurs immobilisée à la symphyse pubienne par des ligaments pubo-vésicaux au-dessus et en avant du col et l'urètre par des ligaments pubo-urétraux.

Par ailleurs la vessie peut être entraînée par l'utérus et le vagin par l'existence d'une cloison vésico-utérine et d'une cloison vésico-vaginale. La partie postérieure répond à l'isthme de l'utérus par l'intermédiaire du cul de sac vésico-utérin.

En avant le col vésical et l'urètre sont intimement liés au vagin, la vessie repose par l'intermédiaire du vagin sur le périnée en particulier sur les releveurs de l'anus.

Tout cela fait que la défaillance du système de soutènement de l'appareil génital connue sous le nom de prolapsus génital entraînera la vessie.

Par ailleurs, tout contenu utéro-génital aura tendance à coincer la vessie contre la symphyse pubienne. Toute déchirure ou ischémie de l'utérus (corps ou col), du vagin aura tendance à se répercuter sur la vessie. Tout mouvement anormal utéro-vaginal pourra arracher la vessie et provoquer une dilacération vésico-urétrale touchant du même coup l'appareil sphinctérien vésico-urétral.

A cette particularité des rapports anatomiques, il faut ajouter les modifications de la vessie et de l'urètre en rapport avec la survenue d'une grossesse.

Ces modifications sont toujours 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 pubienne. Seule la capacité vésicale est réduite du fait de la pression qu'exerce l'utérus sur la vessie (miction fréquente pendant la grossesse).

L'engagement actif de la présentation va transformer les normes :

- Allongement de l'urètre de 1 à 3 Cm; le col se rapproche de la symphyse pubienne
- La vessie est refoulée en haut et en avant. Elle est souvent bilobée. La zone rétrécie est plus exposée aux compressions. En cas de dystocie prolongée la présentation est bloquée dans l'excavation pelvienne.
- Le col et le trigone immédiatement retrosymphysaires sont ramenés contre la paroi osseuse du pubis et comprimés. Cette compression constitue un garrot à la circulation sanguine ; elle explique toutes les lésions ischémiques intra pelviennes (fistules et paralysie). **[3 ; 4]**

V- ETIO-PHYSIOPATHOLOGIE ET EPIMIOLOGOE :

Dans la grande majorité des cas, en Afrique, la cause des F V V est obstétricale (les fistules survenant après une opération ou un traitement par la radiothérapie sont bien plus rares et posent d'autres problèmes).

Les FVV obstétricales surviennent au cours d'un accouchement dystocique (c'est-à-dire un accouchement difficile quelque soit la cause de l'obstacle) par manque de surveillance et de traitement approprié.

On pense que, dans ces conditions, la tête du fœtus peut se bloquer dans le petit bassin et comprimer (*fig. 2*) pendant plusieurs heures ou plusieurs jours la paroi vésicale contre la symphyse pubienne en avant. Après un certain délai (plus de 24 heures) cette compression entraîne une nécrose de la paroi vésicale par ischémie. L'accouchement finit par se produire (l'enfant est le plus souvent mort) et, quelques jours après, la fistule apparaît (chute de l'escarre).

Toutes les causes de dystocie peuvent entraîner ces accouchements trop prolongés. Lors d'une dystocie osseuse, le bassin de la mère est trop étroit pour le passage de la tête du fœtus, qui ne pourra donc pas descendre pendant le travail. Lors d'une dystocie dynamique il y a un défaut de contraction de l'utérus ou de l'ouverture du col. Enfin c'est parfois une présentation défavorable (épaule) qui empêche l'accouchement.

Si des manœuvres telles que césarienne ou forceps sont rendues nécessaires par l'évolution de l'accouchement, elles n'empêchent pas toujours la fistule d'apparaître si elles sont appliquées tardivement (il ne faut pas dans ce cas les tenir pour responsables de la fistule!).

Les FVV obstétricales se voient surtout chez les femmes jeunes, en âge de procréer, et dans plus de la moitié des cas, primipares.

Parmi les causes favorisantes, il y a des facteurs ethniques, liés à la morphologie (femmes petites au bassin étroit) ou à la culture (excision et cicatrices vulvaires rétractiles). Mais c'est surtout le sous-équipement et le manque de maternités et de sages-femmes dans les zones rurales qui sont en cause, ainsi que les difficultés d'évacuation vers un hôpital.

1. Description des lésions

(Confère fig. 3)

a. La vessie : le plancher vésical est plus ou moins détruit, la fistule pouvant mesurer quelques millimètres à quelques centimètres et concerner le bas-fond vésical, le trigone ou le col, c'est-à-dire le méat urétral et la zone sphinctérienne. La vessie elle-même a une capacité réduite par la sclérose.

b. L'urètre : la fistule peut s'étendre au-delà du col, vers l'avant, détruisant une partie plus ou moins importante de l'urètre.

Les orifices urétéraux sont parfois sur les berges mêmes de la fistule, lorsque celle-ci concerne le trigone vésical.

c. L'utérus : la fistule, si elle est haute, peut aussi concerner l'isthme et le col utérin.

d. Le vagin : il est souvent étroit, car autour des fistules anciennes il peut se développer une sclérose et une rétraction des parois vaginales.

e. Le rectum : dans quelques cas, les plus sévères, il existe une fistule recto vaginale associée, formant ce qu'on appelle un cloaque, infirmité très invalidante.

L'infection est presque constante, à la fois locale et urinaire. [7,89,10]

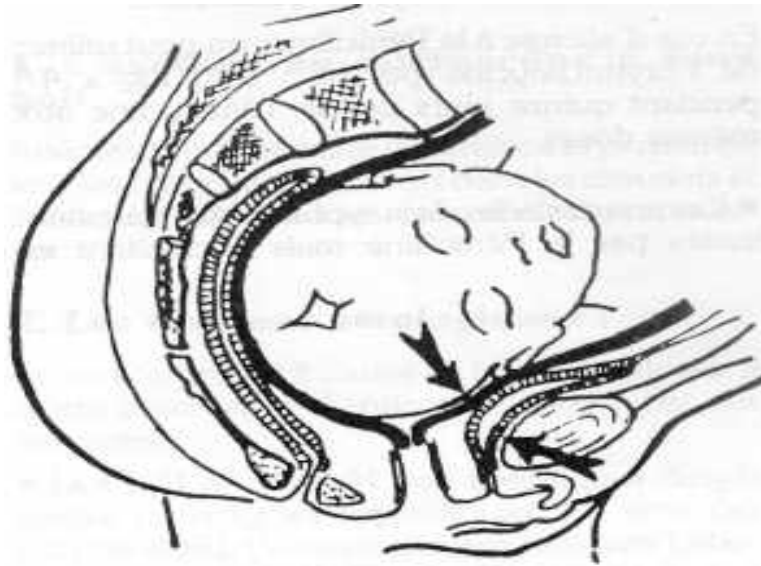


Figure 1 : Compression ischémique par la tête foetale enclavée.

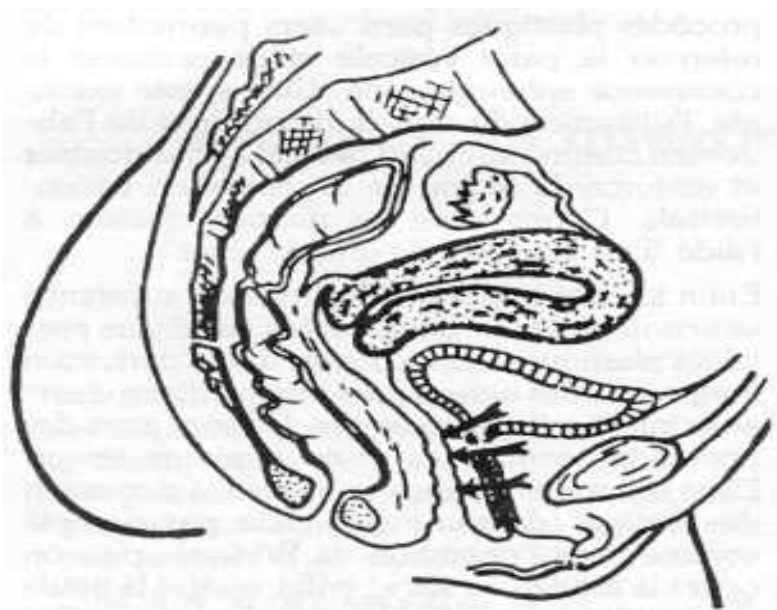


Figure 2 : Siège habituel des fistules vésico-vaginales obstétricales.

(fig. 2)

sources : schémas (fig. 2+ fig. 3) : f v v /Marc L. S. Chirurgien, Centre hospitalier de Mantes la jolie, M.S.F. [11]

VI- ANATOMIE PATHOLOGIE :

A/ FORMES HAUTES RETROTRIGONALES :

On distingue dans ces cas deux variantes :

- une vesico-utérine et,
- et l'autre urétero-vaginale.

L'orifice fistuleux médian ou latéral siège sur la face postérieure de la vessie en arrière du trigone donc à distance des orifices urétéraux. Ni la fistule elle-même, ni son traitement chirurgical ne représentent une menace pour le haut appareil urinaire.

L'orifice vaginal est généralement haut situé sur la face antérieure du vagin près du dôme ou plus exactement au niveau de la cicatrice du moignon vaginal puisque ce type s'observe en règle après hystérectomie totale.

B/ FORMES BASSES :

Dans ce cas il s'agit à proprement parler de fistules trigonales

C/ FORMES CERVICALES ET CERVICO-URETRALES :

Se caractérisent sur le plan anatomique et fonctionnel par l'atteinte du sphincter du col vésical qui assure à l'état normal la continence urinaire.

L'urètre proximal est également intéressé. L'orifice vaginal est très bas, facilement accessible au toucher qui conduit directement dans la vessie lorsque la communication est large. **[12]**

□ **TRAJET FISTULEUX :**

Il est généralement court, la communication est pratiquement directe, la muqueuse vésicale s'invagine et s'ourle à la muqueuse vaginale; des brides cicatricielles, des travées fibreuses entrecroisées peuvent masquer l'un des orifices et compliquent le trajet.

□ **ETAT TROPHIQUE :**

Son étude exige la plus grande attention. Le moment chirurgical ne sera arrêté que lorsque les tissus seront devenus aptes à une cicatrisation après suture.

Il faut à cet égard se souvenir des conditions de cicatrisation tissulaire (de seconde intention) et distinguer à l'examen des parois de la fistule deux stades:

Stade d'organisation fistuleuse :

Les parois épaissies œdémateuses (souvent infectées) ont des bords friables constitués de tissus en voie de nécrose souvent infectée, saignant au contact.

Microscopiquement les phénomènes de congestion, d'hyper vascularisation et de phagocytose prédominent.

Stade de stabilisation :

Les parois souples, mobiles, élastiques délimitent des orifices fistuleux à bords souples ou scléreux, mais propres, réguliers, non hémorragiques.

C'est à ce stade seul que la cure de la fistule est licite. **[13]**

VI- CLASSIFICATION DES FISTULES VESICO-VAGINALES :

La classification d'une fistule repose essentiellement sur :

- le siège de la fistule,
- le nombre de fistule,
- l'état du vagin,
- et l'environnement de la fistule.

Plusieurs types de classifications ont été proposés par différents auteurs ; parmi eux on peut citer :

A/LA CLASSIFICATION DE OUATTARA K., TRAORE M.L., CISSE C. :

(MALI 1991)

Les fistules sont classées en:

- FVV sur vagin souple,
- FVV sur sclérose vaginale,
- FVV + FRV ;

Puis regroupées :

1. les fistules de la cloison vésico-vaginale :

- a. rétro trigonales ,
- b. trigonales ;

2. les fistules vésico-cervico-urétrales :

- a. avec désinsertion totale ou partielle de l'urètre
(borgne ou perméable)
- b. avec destruction totale ou partielle de l'urètre ou de sa face postérieure.[2]

B/ LA CLASSIFICATION DE HAMLIN ET NICHOLSON :

Elle repartit les fistules en 6 groupes. Le 6eme groupe comporte des sous-groupes :

- 1 fistules vésico-vaginales simples
2. fistules recto vaginales simples
3. fistules uréthro-vaginales simples
4. fistules recto vaginales hautes
5. fistules vésico-utérines
6. fistules urinaires complexes (sont celles qui associent les lésions vésico uréthro cervicales)

Destruction quasi-totale de l'urètre ne laissant qu'un épithélium adhérent au périoste.

Déchirure extensive avec sténose du vagin refoulant la vessie au-dessus du pubis.[14]

C/ LA CLASSIFICATION DE COUVELAIRE :

Elle classe les fistules en 2 grands groupes :

- les fistules pures retro trigonales, et
- les fistules dans lesquelles il existe :
 - une sclérose,
 - une proximité des méats urétéraux,
 - une destruction du col vésical,
 - une réduction de la capacité vésicale,
 - une destruction partielle ou totale de l'urètre. [15 ; 16]

D/ LA CLASSIFICATION DE LETAC ET BARROUX

(1952 DAKAR) :

Elle classe les fistules en 3 grands groupes avec des sous-groupes :

1. Fistules de la cloison ou FVV proprement dites :
 - hautes sus trigonales,
 - basses trigonales
2. Fistules du col vésical ou fistules uréthro vésico vaginales avec destruction du col et extension possible vers :
 - le trigone
 - les uretères
 - l'urètre.
3. Fistules vésico-vaginales avec destruction uréthrale :
 - fistules avec destruction partielle de l'urètre
 - fistules avec destruction uréthrale totale.[17]

E/ LA CLASSIFICATION DE SERAFINO ET MENSAH

(1965 Dakar) :

1. Fistules simples vésico-vaginales vraies.
2. Fistules complexes avec participation du col et de l'urètre
3. Fistules compliquées avec prédominance de sclérose
4. Fistules associées à une brèche recto vaginale. [18]

F/ LA CLASSIFICATION DE PERQUIS P. ET CISSE A.

(1968 Brazzaville) :

Elle distingue 2 types de fistules :

1. Fistules Trigonales
2. Fistules Cervico-trigonales.[13]

G/ LA CLASSIFICATION DE REGNARD P.J. ET FRASER M

(1978 RCI) :

5 types :

1. FVV simples
2. FVV haut –situées dans le cul de sac antérieur
3. Fistules Cervico-vaginales
4. Fistules Cervico-vaginales associées à une perte de substance ou à une atteinte urétrale.
5. Les très grandes Fistules avec disparition quasi-complète de la face antérieure du vagin.[19]

H/ LA CLASSIFICATION DE BENCHEKROUN :

Elle distingue essentiellement 3 types :

Type 1: la transection trigono-cervico-urétrale

Type2 : la destruction cervico-urétrale

Type3 : la fistule cervico-urétrale simple. [20 ; 21]

I/ LA CLASSIFICATION DE ROBEIN J.A. (Projet FVV MDM)

1. FVV simples,
2. Fistules recto vaginales simples,
3. Fistules uréthro-vaginales simples,
4. Fistules recto vaginales compliquées,
5. Fistules vésico-utérines,
6. Fistules urinaires complexes : sont les fistules qui associent les lésions vésico-cervico-urétrales :

- Destruction totale de l'urètre ne laissant qu'un épithélium adhérent au périoste ;
- Déchirure extensive du col et du trigone avec un ou deux orifices urétéraux ouverts dans le vagin ;
- Fibroses extensives avec sténose du vagin, refoulant la vessie au dessus du pubis.

Au total dans cette sixième catégorie on distingue :

- a. la destruction vésicale totale (DVT)
 - b. la transsection trigono-cervico-urétrale (TTCU)
 - c. la transsection cervico-urétrale (TCU)
 - d. la destruction urétrale (DU)
 - e. les fistules uréthro-cervicales (FUC)
7. Fistules recto vaginales FRV)
- a. les fistules recto vaginales isolées
 - b. les fistules recto vaginales associées (FRVA)
 - c. les fistules recto vaginales hautes (FRVH)
 - d. les ruptures de sphincter (FRVS).

VII- ETUDE CLINIQUE ET DIGNOSTIC DE LA F V V :

A/ ETUDE CLINIQUE :

L'écoulement permanent ou intermittent des urines par le vagin constitue le symptôme principal de la fistule obstétricale.

L'interrogatoire s'attachera à préciser les modalités de cette incontinence, si elle est permanente ou intermittente, partielle ou totale :

- partielle: la femme pouvant conserver des mictions spontanées ;
- intermittentes: l'incontinence est plus marquée en position debout (fistule basse) ou couchée (fistule haute) ; certaines formes dites en « clapet » voient leur incontinence disparaître dans certaines positions.

Les Fistules sphinctériennes de petites dimensions et de siège trigonal ne donnent pas l'incontinence mais des mictions intra vaginales.

La mise en place d'une sonde à demeure peut atténuer souvent ou faire disparaître l'incontinence.

Les autres signes :

- l'hématurie rencontrée dans la suite de couche,
- les brûlures vulvaires dues à l'irritation des urines,
- les leucorrhées dues à l'infection vaginale,
- l'odeur ammoniacale rendant la vie sociale indésirable pour la fistuleuse. [12]

B/ DIAGNOSTIC :

1. DIAGNOSTIC CLINIQUE :

Un interrogatoire minutieux et un examen clinique de la sphère urogénitale permettent en général de poser le diagnostic de la fistule.

Il s'agit en général d'une femme en âge de procréer qui sent les urines et chez qui l'interrogatoire retrouve la notion d'incontinence d'urine et précise les circonstances de survenue de cette incontinence.

A l'examen physique la malade est en position gynécologique :

L'odeur ammoniacale à l'approche de la patiente est évocatrice.

L'inspection : permet de noter les lésions d'irritation vulvo-périnéale et une cicatrice périnéale.

Les touchers pelviens permettent de localiser la fistule, d'apprécier sa taille et l'état des tissus adjacents.

Le toucher vaginal : en cas de fistule large, situe aisément la communication en précisant ses limites et en appréciant l'état des bords.

Lorsqu'il est possible le doigtier peut vérifier l'état de la vessie (capacité et muscle); le vagin, sa souplesse, sa profondeur et l'importance de la sclérose.

Quand la fistule est petite on ne perçoit qu'une zone indurée ou parfois rien du tout. Il faut recourir à d'autres moyens d'exploration.

- L'examen de la paroi antérieure du vagin grâce au spéculum , après avoir rempli la vessie par une sonde urétrale de sérum physiologique additionné de bleu de méthylène permet de visualiser au mieux la fistule.

Il permet par ailleurs d'apprécier la trophicité vaginale et les possibilités d'intervention par voie basse.

La table d'examen doit être en léger TREDELENBOURG avec un éclairage plongeant dans le vagin.

On peut s'aider d'une sonde métallique et d'une valve à poids déprimant la paroi postérieure du vagin.

L'examen clinique est fondamental car confirme l'existence de la fistule par la présence d'urine dans le vagin.

On peut aussi s'aider d'une compresse pour mieux apprécier la fistule (siège, dimension, prolapsus de la muqueuse vésicale) et le tissu péri fistuleux.

On note aussi que les brides vaginales peuvent rendre difficile l'exploration de la fistule; de même que l'atrésie vaginale majeure nécessite un examen sous anesthésie générale.

2. DIAGNOSTIC PARACLINIQUE :

a. LA CYSTOSCOPIE :

Elle est utile pour repérer le siège ; l'orifice de la fistule et ses rapports avec le col et les orifices urétéraux. Si la brèche est importante ,elle rend la cystoscopie impossible. On peut faire l'exploration au travers d'un doigtier de BRANDE LUCH serré sur l'extrémité de l'appareil et gonflé d'eau. Il faut savoir que la fistule n'est pas toujours facile à voir en cystoscopie.

b. L'UROGRAPHIE INTRA VEINEUSE :

Les clichers de cystographie de profil et de $\frac{3}{4}$ peuvent parfois visualiser la lésion. Il s'agit d'une effraction du produit de contraste et d'injection du vagin.

L'UIV précise en outre l'état du haut appareil, recherche une éventuelle lésion osseuse ou bilharzienne en particulier une sténose de l'uretère pelvien se traduisant par une stase d'amont.

c. L'URETROCYSTOGRAPHIE ASCENDANTE ET MICTIONNELLE :

Elle permet de mieux identifier le siège de la fistule et son trajet. Elle est importante surtout pour la recherche de petites fistules à trajet aberrant.

d. L'ECHOGRAPHIE :

L'échographie vésicale est difficilement réalisable car la vessie est toujours vide.

N B : Dans les cas douteux ou lorsqu'on suspecte une lésion associée on peut réaliser:

- une uréthro-cystographie rétrograde (UCR)
- une urétéropyélographie rétrograde (UPR) ou, mettre en place plusieurs mèches dans le vagin ; remplir la vessie par du carmin (rouge) et injecter en intra veineuse de l'indigo carmin (bleu). L'examen des compresses permettra de différencier une fistule vesico-vaginale d'une fistule uréthro-vaginale.

C/ DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

Il se pose avec les autres causes d'incontinence urinaire.

L'examen clinique à la valve, au mieux l'épreuve au bleu de méthylène permet de faire la part des choses dans :

l'incontinence d'effort,

l'incontinence résiduelle après une cure de fistule réussie,

les fistules uréthro-vaginales.

L'épreuve au bleu de méthylène vésical et la cystoscopie sont négatives, l'injection intra veineuse du bleu de méthylène ou d'indigo carmin est positive.

VII TRAITEMENT:

La fistule vésico-vaginale symptomatique mérite un traitement approprié car la fermeture spontanée est rare. Le traitement approprié dépendra de divers facteurs comprenant la taille et l'endroit de la fistule, de la qualité du tissu environnant, et de l'expérience du clinicien.

A/ Gestion Conservatrice :

Un nombre restreint de fistules peuvent guérir par le drainage prolongé par un cathéter trans-urétral ou sus-pubien si diagnostiquées dans les premiers jours de la chirurgie. ZIMMERN a recommandé une approche conservatrice à de petites fistules si les plaintes de la patiente de l'incontinence urinaire sont résolues avec l'insertion d'un cathéter de Foley [10]. Dans ce cas-ci, le drainage est continué pendant trois semaines et la fistule est alors réévaluée. Si la fistule a diminué dans la taille, une épreuve de drainage continu de cathéter pour trois semaines additionnelles est salutaire avec un taux élevé de fermeture spontanée. S'il n'y a aucun changement, il est peu probable de résoudre la fistule spontanément. La plupart des auteurs rapportent le succès variable s'étendant de 2-80% avec le traitement de la fistule vesico-vaginale en utilisant le drainage chronique de réservoir souple, et il y a une plus grande chance de succès si la fistule :

- est diagnostiquée dans les sept jours qui suivent si cause iatrogène
- a moins de 1 centimètre de diamètre,
- est simple sans carcinome ou rayonnement associé,
- et est sujette à au moins quatre semaines de drainage constant de réservoir souple.[22]

Des fistules persistantes, grandes, ou complexes sont mieux traitées avec l'interposition chirurgicale [5] .

B/ Gestion Chirurgicale :

Une fois que la fistule est constituée son traitement est presque toujours chirurgical, le traitement médical étant aléatoire, voire incertain.

Malgré les grands progrès réalisés grâce à l'audace et l'ingéniosité des chirurgiens la fermeture d'une FVV continue à poser de sérieux problèmes depuis le XVIIe siècle jusqu'à nos jours.

Aujourd'hui les urologues sont de loin les plus intéressés par ce problème.

La chirurgie de la FVV est l'une des chirurgies les plus difficiles et les plus coriaces. Cela est dû à l'étroitesse et à la profondeur du champ opératoire qui limitent les mouvements du bistouri et de l'aiguille.

Intervention laborieuse et fatigante, elle est émaillée de nombreux échecs entraînant multiples reprises et séjours hospitaliers fréquents .

Cette situation rend la prise en charge de la maladie astreignante, mettant à rude épreuve la patience de la malade et du chirurgien.

Malgré les déboires et les incertitudes de cette opération, les chirurgiens continuent à ne rien ménager pour le soulagement de ces fistuleuses qui sont très dociles pour guérir.

Elles viennent à l'hôpital par tous les moyens pour renouer avec la vie. Une patiente ne disait-elle pas à MARIONS SIMS « to be dry or die » (être sèche ou mourir). [3]

1 PREPARATION :

La décision opératoire sera prise après l'inhibition gravidique et l'organisation de la fistule. Ce délai est estimé à **3 mois**, délai également valable pour les reprises.

La survenue d'une nouvelle grossesse sur la fistule n'est pas un handicap majeur pour sa fermeture, à condition que l'accouchement se fasse par césarienne.

La période d'écoulement menstruel doit être évitée à cause de l'inconfort opératoire et post-opératoire (hémorragie). Le premier examen doit s'efforcer d'être descriptif, on notera avec soins les constatations anatomiques et pathologiques à savoir :

Constatations anatomiques :

- ✓ taille et localisation de la fistule,
- ✓ nombre,
- ✓ longueur et état de l'urètre restant,
- ✓ rapport des orifices urétéraux aux bords fistuleux.

Constatations pathologiques :

- ✓ importance du rétrécissement vaginal,
- ✓ extension de la fibrose aux bords fistuleux,
- ✓ adhérence à l'os,
- ✓ protrusion du plafond vésical,
- ✓ présence éventuelle d'un calcul,
- ✓ qualité de l'épithélium de recouvrement des berges,
- ✓ état cutané et propreté du vagin.

Les constatations anatomiques conditionnent le type d'intervention, les constatations pathologiques en imposent les conditions.

Elles conduisent à rechercher ce qui dans la mesure du possible peut et doit être fait pour les améliorer par une préparation adéquate à savoir :

- amélioration de l'état des téguments par des soins de désinfections locales (irrigations antiseptiques, préparations antibiotiques) jusqu'à ce qu'ils soient débarrassés de toutes surinfections suintantes et pustuleuses :
- nutrition entérale au besoin parentérale pour améliorer l'état général.

Dans le temps sont évaluées et corrigées si nécessaire les grandes fonctions vitales : fonction rénale, numération formule sanguine (NFS), fonction hépatique, et digestive, bilan d'hémostase.

2 ANESTHESIE :

○La **Rachianesthésie** (A.R.) est mieux adaptée à cette chirurgie, mais il faut tenir compte de la nécessité de recourir à des dispositions très inconfortables pour opérer.

○L'**Anesthésie Péridurale** (A.P.), lorsqu'elle est réalisée, constitue une bonne indication et permet des opérations prolongées.

3 POSITION :

○La position la plus adaptée est la position gynécologique.

○Souvent une position hyper fléchie avec forte déclivité de la tête (TREDELENBOURG) jusqu'à 45°, est proposée par HAMLIN et NICHOLSON [14].

○L'inclinaison forcée de la table, les fesses débordant la table permet un excellent accès à l'espace retro-symphysaire, donc une meilleure exposition de la fistule.

○Une variante : la position du décubitus ventral à califourchon, (position de jockey) peut être utilisée dans les réparations de l'urètre.

4 VOIE D'ABORD :

o La voie vaginale classique : est issue des premières tentatives de MARION SIMS (1855). Les petites lèvres sont fixées à la face interne de la cuisse et une valve à poids déprime la paroi postérieure du vagin.

o La voie vaginale élargie: proposée par PICOT-COUVELAIRE [20] peut remédier aux insuffisances d'exposition de la voie vaginale classique au regard des fistules hautes.

Cette voie élargie consiste à un dédoublement intervésico-vaginal après incision de la paroi postérieure du vagin. Ce décollement est poursuivi latéralement et vers le haut jusqu'au col utérin.

Plus simplement une épisiotomie latérale sectionnant profondément les barres de fibres latérales si elles existent offre un jour confortable pour une plus grande simplicité d'exécution.

- La voie haute : les échecs de la voie basse, l'apparition de nouveaux types de fistules conduisent aux voies hautes.

- La voie trans-vésicale : dont MARION [3] s'est fait le plus ardent défenseur, permet grâce à une taille extra péritonéale de la vessie de voir la fistule, la situer par rapport aux orifices urétéraux. Malgré une certaine étroitesse d'abord, elle permet à l'aide d'un éclairage et d'un écarteur bien adapté de disséquer la fistule et de la suturer.

Cette voie autorise la fermeture des fistules hautes survenues à la suite d'une hystérectomie.

Parallèlement, on peut citer :

- la voie trans-péritonéale,

- la voie trans-péritonéo-vésicale.

Ces voies sont également utilisées dans la cure des fistules hautes post-hystérectomies.

5. PRINCIPES GENERAUX :

Ces principes ont été décrits par COUVELAIRE [21] : bien voir, bien dédoubler, bien affronter, bien drainer les urines, et utiliser au maximum le capital de tissu in situ.

D'autres comme HAMLIN et NICHOLSON [14] proposent d'interposer dès l'instant de la fermeture vésicale, un greffon (dans les transections trigono-cervico-urétrales).

Exposition : elle constitue le temps essentiel car elle conditionne l'aisance de la libération de la fistule et la qualité des sutures .Elle peut se faire par le vagin, la vessie, ou les 2 à la fois, par le péritoine.

Libération et dédoublement de la fistule : pour fermer une FVV, le temps opératoire essentiel consiste à une séparation de la vessie et du vagin, autour de l'orifice fistuleux.

Bien dédoubler au-delà de l'orifice fistuleux permet d'obtenir une mobilisation d'organe : "En un dédoublement large et bien conduit réside le secret de la réussite" (COUVELAIRE R.) [21].

La séparation des plans se fait du plus simple au plus compliqué.

Le bord libre de la fistule est incisé longitudinalement. La dissection est minutieuse en petite section et écartement les branches des ciseaux. Il faut souvent aller loin pour retrouver les tissus souples. Le bord ainsi libéré peut remonter facilement jusqu'aux zones retro pubiennes où les tissus sont souvent amincis et adhérents à l'os.

La dissection se termine par l'excision économique des bords vésicaux exubérants.

La qualité des sutures : La possibilité d'adosser largement les tissus

souples, sains bien vascularisés aptes à cicatriser conditionne la réussite de la fermeture de la fistule. Les sutures sont d'autant meilleures qu'assez de plans ont pu être réalisés.

D'après TOURE H. [13] , dans le souci d'éviter l'hématome, MARIN J. et FAUREL L. proposent la fermeture soigneuse du vagin réintégrant la paroi vésicale et les uretères. Et selon la même source BRAQUEHAYE utilise la suture combinée de 2 parois, la collerette enfouie dans la vessie avec des points non perforants sur la paroi vésicale .Le vagin est fermé par des points fermés, séparés et lâches.

Les sutures doivent être inversantes, c'est-à-dire affronter en retournant les versants urothéliaux à l'intérieur de la vessie.

La suture commencera toujours par les points difficiles situés derrière la symphyse pubienne. Il n'y a pas d'indication particulière à fermer transversalement ou longitudinalement, il faut choisir l'axe où la tension est moindre.

La fermeture vaginale ou reconstitution du vagin se fait aisément en remontant le rideau, le vagin étant disséqué en arrière dans le cas des fistules simples. Dans d'autres cas où la perte de substances peut parfois poser le problème, on parvient le plus souvent à combler grâce à un lambeau de rotation à partir de la petite lèvre.

Certains auteurs comme MONSEUR [24 ; 25] ont procédé dans les cas les plus graves à une sigmoïdo-vaginoplastie.

C/ Exemple de cure de fistule: [26]

Cure de F VV simple, technique de base (décrite par M CAMEY)

La patiente est installée en position gynécologique en léger Trendelenburg.

Les petites lèvres sont fixées latéralement au fil 00 à la face interne des cuisses.

Les épisiotomies ne sont pas en règle nécessaires dans ce type de fistule ou du moins elles seront courtes et facilement suturables.

L'introduction de la valve à poids se fait. Un beniqué 40 pénètre facilement dans la vessie ; il est perçu par la fistule.

1- Exposition, Incision et Clivage:

La fistule est exposée soit par 4 fils de traction passés dans la paroi vaginale autour de la fistule, soit par une sonde de folley introduite dans l'orifice fistuleux, 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 le 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 à l'endroit où les tissus semblent le mieux conservés et on continuera 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 1cm, l'une au-dessus, l'autre en

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.

2- Suture de la vessie:

Elle est effectuée en 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 doivent être suffisamment proches pour assurer l'étanchéité, mais pas trop serrés pour éviter l'ischémie. Le sens de la suture, vertical ou horizontal, est sans importance.

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

3- Epreuve d'étanchéité:

A partir d'une sonde de folley N°18 on injecte du sérum teinté (bleu ou bétadine) 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'aiguille ce qui peut amener à faire une interposition.

4- Suture du vagin:

Se fait également en un plan de points séparés, le sens de la suture est sans importance ; mais il est préférable qu'elle ne corresponde pas à la ligne de suture vésicale.

5- Pansement et suites immédiates:

Le vagin est rempli doucement de mèches imbibées de bétadine diluée ; elles contribueront à l'effacement des espaces morts, évitent l'adhérence

des tissus et drainent les sérosités. Les mèches seront enlevées 24-48 h après l'intervention.

CHAPITRE II : **METHODOLOGIE**

I. CADRE D'ETUDE :

1- Lieu d'étude :

Notre étude s'est réalisée à l'Hôpital de Sikasso et dans une structure privée de la place (La Clinique N'GOUINSO).

1-1 Présentation de la région de Sikasso :

Sikasso encore appelée Kéné Dougou est la troisième région administrative du Mali. Elle est située dans la partie méridionale du territoire ; elle est limitée :

- au Nord par la région de Ségou,
- au Nord-Ouest par la région de Koulikoro,
- au Sud par la république de Côte d'Ivoire,
- à l'Est et au Nord-Est par le Burkina-Faso,
- au Sud-Ouest par la république de Guinée.

A cause de cette situation géographique la région est un véritable carrefour de commerce et d'échanges.

Elle couvre une superficie de **71.790Km²**; elle compte **2.189.074** habitants dont **48,6%** d'hommes et **51,4%** de femmes (source:DRPS/Sikasso; 2006).

Les principales ethnies : Sénoufo, Bambara, Miniaka, Samoko.

Les principales religions : l'islam, le christianisme et l'animisme.

C'est une région qui s'étend entre 12°30 Nord et 10°30 Nord et entre 8°30 Ouest et 5°30 Ouest.

Elle comprend deux grandes zones climatiques :

-La zone nord guinéenne, comprenant les 2/3 de la région.

La pluviométrie y est longue (1150mm à 1400mm de pluie/an).

La saison des pluies est relativement longue (plus de six mois : d'avril à octobre); avec environ 90 jours de pluie à température maximale égale à 47°C.

-La zone sud soudanienne qui couvre essentiellement le nord des cercles de Sikasso, de Kadiolo et de Kolondiéba, les cercles de Bougouni et de Koutiala. La pluviométrie varie de 750 mm à 1150mm. L'hivernage dure quatre à six mois (de mai à octobre) avec un maximum en août, avec environ 75 jours de pluies. La température moyenne est de 27°C. La végétation se compose de forêt claire, de savane boisée, de savane arborée, de savane arbustive et de galerie forestière.

Les voies de communication sont essentiellement constituées par quatre axes routiers :

L'axe Zegoua-Bamako

L'axe Koury-Koutiala

L'axe Koury-Kimparana-San

L'axe Sikasso-Koutiala-Kimparana

Sur le plan administratif la région comprend :

7 cercles : Bougouni, Kadiolo, Kolondiéba, Koutiala, Sikasso, Yanfolila et Yorosso ;

46 arrondissements ;

425 secteurs de développement ;

1821 villages ;

3 communes de plein exercice : Bougouni, Koutiala et Sikasso

L'économie est essentiellement basée sur l'agriculture l'élevage, l'artisanat et le commerce.

Dans la région il existe les unités industrielles suivantes :

- 6 usines d'égrainage de coton (dont 2 à Sikasso, 1 à Bougouni,

1 à Kignan, 1 à Koumantou et 1 à Koutiala.) ;

- 2 huileries (HUICOMA à koutiala et HAWYT à Sikasso) ;
- une usine de thé (Farako) et une usine d'extraction de beurre de karité à Sikasso.

Par ailleurs la région dispose de plusieurs zones minières entre autres les mines d'or de Kalana, de Morila, et de Siama, etc.

La couverture sanitaire connaît une amélioration certaine : la région comprend un seul hôpital situé dans la capitale régionale, des CSC (7) , des CSAR (46), des dispensaires de quartier, des centres de santé confessionnels, des cliniques et cabinets médicaux.

Sikasso est la zone où sévissent le paludisme et les MST dont le VIH/Sida avec une fréquence autour de 4 à 6% de la population générale.

1-2-1-Présentation de l'hôpital de sikasso :

L'hôpital de sikasso est une structure de référence de deuxième niveau dans la pyramide sanitaire du Mali.

Il doit répondre en permanence aux besoins de tous les malades référés par les établissements sanitaires périphériques : SSSC, CSCOM.

Il est chargé d'assurer les soins curatifs et préventifs, la formation en santé et la recherche médicale.

L'hôpital de Sikasso est un hôpital pavillonnaire occupant **4 hectares** et situé en plein centre ville, il est limité :

- au Sud par le grand marché,
- au Sud-Ouest par le centre social de la mission catholique,
- au Nord-Ouest par le dispensaire central,
- à l'Est par le Groupe Scolaire A, la BNDA, la Direction Régionale des Impôts, la Poste et la SOTELMA.

Créé depuis **1930**, l'établissement a évolué sous plusieurs appellations :

- Assistance médicale indigène (AMI)

- Assistance médicale africaine (AMA),
- Hôpital secondaire et Hôpital régional en 1972
- Etablissement Public Hospitalier (EPH) en 2003.

Ces différents changements de nom n'ont pas été suivis d'investissement conséquent raison pour laquelle l'hôpital est constitué en grande partie de bâtiments datant des temps coloniaux.

L'hôpital a pris sa configuration actuelle avec la construction du dernier pavillon en 1991 et un bâtiment de kinésithérapie.

Il comprend :

- un bloc administratif ;
- un bâtiment abritant la pharmacie et le laboratoire ;
- un bâtiment pour la gynécologie, le cabinet dentaire et la salle d'accouchement ;
- un pavillon d'hospitalisation de médecine ;
- deux pavillons d'hospitalisation de chirurgie ;
- deux pavillons pour la pédiatrie ;
- un pavillon pour l'ophtalmologie ;
- un bâtiment pour le bloc opératoire, la radio et la réanimation ;
- un pavillon d'hospitalisation de première catégorie (NP : nouveau pavillon) ;
- un bâtiment pour le service social, le bureau des entrées et la chambre du gardien ;
- une cuisine ;
- des toilettes et WC ;
- un bâtiment abritant la morgue et le garage

L'appellation des différents services se base sur leur spécialisation.

L'hôpital est dirigé par un directeur général, assisté d'un directeur adjoint et d'un surveillant général. Avec l'avènement de l'EPH la mise en place d'un conseil d'administration est prévue très prochainement.

Du point de vue personnel l'hôpital compte :

Cinq (5) chirurgiens dont 3 maliens et 2 coopérants (un urologue cubain et un chirurgien chinois) pour ce qui concerne le service de chirurgie.

1.2.2 Présentation de la clinique N'Gouinso :

Il s'agit d'une clinique médicochirurgicale située :

- au pied de la colline du mamelon qui est au nord-ouest, et limité par
- la RN7 à l'ouest,
- l'agence de la BCEAO de Sikasso à l'est,
- et le quartier Tièfinbougou au sud.

C'est une succursale du Groupe N'Gouinso qui comprend en plus une école de formation socio-sanitaire .Elle dispose en outre d'un laboratoire d'analyses de référence.

Cet établissement est dirigé par un chirurgien généraliste. Il comprend pour ce qui concerne le personnel :

1 chirurgien généraliste,

1 technicien en anesthésie et réanimation,

1 laborantin, et 2 infirmiers du premier cycle et 1 aide soignant.

II. MATERIELS ET METHODES :

1. Type :

Il s'agit d'une étude prospective de type descriptive

2. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée d'octobre 2004 à septembre 2006.

3. Population d'étude :

L'étude a porté sur un échantillon de femmes venues en consultation externe à l'hôpital, à la clinique N'gouinso ou qui sont référées. Ces femmes sont venues d'elles mêmes ou, référées de l'intérieur de la région et environs ou d'ailleurs (autres régions du Mali ou autres pays).

4. Echantillon :

L'étude a porté sur un échantillon de 47 patientes porteuses de FVV

4.1. Support :

Le recueil des données s'est fait par un questionnaire dont les données ont été recueillies à partir de l'interrogatoire des patientes, des registres de consultations externes, d'urgence, les dossiers obstétricaux, du cahier de C.R.O, des registres d'hospitalisation. Ces documents ont permis d'avoir des renseignements nécessaires sur les femmes depuis leur admission dans le service jusqu'à leur sortie.

4.2. Critères d'inclusion :

a. Cas :

Toute femme porteuse d'une FVV de cause obstétricale reçue en consultation externe ou référée, et qui a bénéficié d'une prise en charge chirurgicale.

b. Témoin :

Toute femme reçue à l'hôpital, ou à la clinique enregistrée ou possédant un dossier patient exploitable.

4.3. Critères de non inclusion :

a. Cas :

- Femme référée, ou reçue pour FVV dont la cause est autre qu'obstétricale.
- Patientes chez lesquelles on met en évidence une fistule dont la réparation est hautement improbable.
- ° Patiente opérée ou reçue en consultations externes mais ne disposant pas de dossier patient exploitable ou non retrouvé.

5. Test statistique :

Les questionnaires sont enregistrés ; Odds ratio, le KHI², le test de FISHER (tests utilisés).

6. Faisabilité de l'étude :

Le professeur OUATTARA après échange avec le directeur de l'hôpital et le promoteur de la clinique nous a autorisé à effectuer le recueil des données dans leurs établissements. Après cette formalité, nous avons fait des enquêtes sur les paramètres concernés

(Exemple : type d'anesthésie, fistules associées, ...).

7. Collectes des données :

- Sources de donnée = fiche d'enquête
- Technique de collecte = Interview, lecture des documents (registre, dossiers).

8. Variables :

Nous avons étudié plusieurs variables à savoir:

- socio-démographique;
- clinique et paraclinique;
- gynécologique et obstétrical.

La définition conceptuelle des variables, leur définition opérationnelle, l'échelle de mesure sont consignées dans la fiche d'enquête pour l'exploitation des résultats.

L'âge est considéré comme variable confusionnelle, les tranches d'âge indépendantes sont appariées et stratifiées sur l'âge.

Les tranches d'âges choisies pour la stratification sont :]15-20] adolescents ;]20-45] ans (âge optimal pour la procréation) et > à 45ans (ménopause).

9. Plan d'analyse et de traitement :

Saisie sur Word version 2000 et analyse sur épi-info version 6.0

10. Faisabilité :

Contrainte, limite, avantage.

11. Abréviation :

FVV :fistule vésico-vaginale..... ;

FVU :fistule vésico-utérine..... ;

FRV :.....fistule recto-vaginale..... ;

FVCV :fistule vésico cervico vaginale.. ;

CRO :.....compte rendu opératoire.....

(Voir liste des abréviations)

12. Définition opératoire :

- Fistulorrhaphie : cure chirurgicale de la fistule.
- grande multipare si parité > 5

13. Aspects consensuel des patientes :

Le travail a été faite avec le consentement de nos patientes.

14. Questionnaires :

Voir fiche d'enquête en annexe.

15. Investigations :

Après un interrogatoire minutieux nous ayant renseigné sur les antécédents et les circonstances de survenue de la fistule, nos malades ont été soumises à :

15.1 Un examen physique:

Général avec un accent particulier sur le bassin, les organes urogénitaux et le périnée.

15.2 Un bilan complémentaire:

Ayant comporté:

- Un bilan biologique :

Numération de formule sanguine (NFS);

Vitesse de sédimentation (VS);

Groupage sanguin et détermination du facteur rhésus (Gr Rh);

Glycémie et créatinémie;

- Une consultation pré anesthésique qui détermine le type d'anesthésie à adopter.

L'ensemble des renseignements utiles à notre étude est rassemblé sur la fiche d'enquête.

15.3- Techniques de traitement:

Les patientes ont été soumises à un traitement chirurgical dont le choix technique ainsi que la voie d'abord sont en fonction des lésions constatées et de l'habitude du praticien.

Les suites opératoires immédiates: elles sont marquées par une mobilisation rapide des patientes dans les 24 heures post opératoires, ainsi que l'ablation des compresses vaginales.

15.4- Traitement associé:

- l'antibiothérapie est maintenue pendant 15 jours, dans tous les cas jusqu'à l'ablation de la sonde, ainsi que les bains de siège biquotidiens au permanganate de potassium. (KMNO₄)

- des tulle gras vaginaux ont été utilisés dans les plasties vaginales pour faciliter la cicatrisation.

15.5- Evaluation:

Un contrôle de la fuite d'urine ainsi que de la continence a été fait à la sortie des patientes.

Comme critères de réussite on note « la continence d'urine » de la patiente à la sortie.

III- RESULTATS :

Tableau I : Fréquence de la F V V par rapport aux autres pathologies chirurgicales urologiques

Pathologies	Fréquence : N	Pourcentage :
Urologiques		%
F V V	47	11,9
Adénome de la prostate	210	53,6
Hydrocèle	92	23,5
Lithiases urinaires	19	4,8
Autres	24	6,2
Total	392	100%

La fistule vesico-vaginale obstétricale représente environ 12% des pathologies chirurgicales urologiques.

Tableau II : Répartition des patientes par rapport à leur provenance.

Provenance	N	%
Bougouni	3	6,4
Kadiolo	4	8,5
Kolondiéba	3	6,4
Koutiala	8	17,0
Sikasso	16	34,1
Yanfolila	4	8,5
Yorosso	5	10,6
Koulikoro *	1	2,1
Burkina Faso * *	3	6,4
Total :	47	100%

- * : autre région du mali.
- * * : autre pays que le Mali

Le cercle de Sikasso a été le plus représenté avec **34,1%** des fistuleuses.

Tableau III : Répartition des malades selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	4	8,5
Ménagère	36	76,6
Autres	7	14,9
Total :	47	100%

Les ménagères occupent le premier rang avec **76,6%** de l'échantillon.

Tableau IV : Répartition des patientes selon le niveau d'étude

Scolarité	N	%
Non Scolarisée	33	70,2
Primaire	10	21,3
Secondaire	4	8,5
Total	47	100%

On constate que **70,2%** des patientes n'ont jamais fréquenté d'école et aucune patiente n'a atteint le niveau supérieur.

Tableau V : Répartition des fistuleuses selon l'ethnie

Ethnies	N	%
Bambara	8	17,0
Bobo	1	2,1
Malinké	3	6,4
Minianka	7	14,9
Peuhl	6	12,8
Samoko	3	6,4
Sonrhäi	1	2,1
Senoufo	15	31,9
Autres	3	6,4
Total	47	100%

L'Ethnie dominante a été les Senoufo avec **31,9%** .

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de leur âge

Tranche d'Age	Effectif	Pourcentage
< 25	24	51,1
[25-35]	18	38,3
>35 ans	5	10,6
Total :	47	100%

On note que plus de la moitié des patientes (51,1%) ont à peine 25ans avec des extrêmes d'âge de 15 et 67 ans.

Tableau VII : Répartition des patientes selon le rapport âge /ethnie

Age] 15-25]		[25-35 [> à 35		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bambara	2	4,3	4	8,5	2	4,3	8/47	17,0%
Bobo	1	2,1	-	-	-	-	1/47	2,1%
Malinké	-	-	2		1		3/47	6,4%
Minianka	4	8,5	3	6,4	-	-	7/47	14,9%
Peuhl	5	10,6	1	2,1	-	-	6/47	12,8
Samoko	1	2,1	2	4,3	-	-	3/47	6,4%
Sonrhäï	-	-	1		-	-	1/47	2,1%
Sénoufo	11	23,4	3	6,4	1	2,1	15/47	31,9%
Autres	-	-	2	4,3	1	2,1	3/47	6,4%
Total	24	51,1	18	38,3	5	10,6	47/47	100%

24 patientes avaient à peine 25ans et parmi elles, les Sénoufo sont les plus représentées avec 45.83% soit 11/24 patientes.

Tableau VIII : Répartition des malades selon leur cadre de vie

Cadre de vie	N	%
Foyer parental	18	38,3
Foyer conjugal	24	51,1
Isolée	5	10,6
Total :	47	100%

24 patientes vivaient dans le foyer conjugal soit **51,1%** des malades.

Tableau IX : Répartition des fistuleuses en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	N	%
Célibataire	4	8,5
Divorcée	2	4,3
Mariée	38	80,9
Veuve	3	6,4
Total :	47	100%

Les femmes mariées ont payé le plus lourd tribut à cette pathologie avec **80,9%** des cas.

Tableau X : Répartition des malades selon le rapport cadre de vie/ethnies

Cadre de vie	Foyer parental		Foyer conjugal		Vie isolée		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ethnies								
Bambara	3	6,4	4	8,5	1	2,1	8/47	17,0%
Bobo	-	-	-	-	1	2,1	1/47	2,1%
Malinké	1	2,1	2	4,2	-	-	3/47	6,4
Minianka	3	6,4	4	8,5	-	-	7/47	14,9%
Peuhl	3	6,4	2	4,2	1	2,1	6/47	12,8
Samoko	-	-	2	4,2	1	2,1	3/47	6,4
Sonrhäï	1	2,1	-	-	-	-	1/47	2,1%
Senoufo	4	8,5	10	21,3	1	2,1	15/47	31,9%
Autres	3	6,4	-	-	-	-	3/47	6,4%
Total	18/47	38,3%	24/47	51,1%	5/47	10,6%	47/47	100%

Parmi les 24 patientes vivant chez leurs maris 10 sont des Sénoufos soit **21,3%** de l'échantillon et **1 seul cas d'isolement** sur les 5 retrouvés .

Tableau XI : Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	N	%
Hématurie+perte d'urine	3	6,4
Odeur d'urine+perte d'urine	14	29,8
Perte d'urine (seule)	30	63,8
Total :	47	100%

La perte d'urine (63,8%) constituait le principal motif de consultation.

Tableau XII : Répartition des malades selon l'événement causal

Evènement causal	N	%
Césarienne	9	19,1
accouchement dystocique	32	68,1
Manœuvres obstétricales	3	6,4
Hystérectomie	3	6,4
Total :	47	100%

32 patientes soit **68,1%** ont eu directement leurs fistules suite à un accouchement dystocique.

Tableau XIII : Répartition selon le mode de référence

Mode de référence	N	%
Auto-référée	22	46,8
Référée	25	53,2
Total	47	100%

53,2% de nos patientes ont été référées de l'intérieur vers le chef-lieu de région, Sikasso.

Tableau XIV : Répartition des patientes par rapport à l'âge de la fistule

Age de la fistule	N	%
<1an	20	42,6
] 1-5]	27	57,4
Total :	47	100%

L'âge maximal de la fistule était de **5** ans pour 3 patientes ;
et 27 patientes soit **57,4%** avaient une fistule âgée entre 1 et 5 ans.

Tableau XV : Répartition selon le nombre de tentatives subite pour traiter la fistule.

Nombre de tentatives de cures précédentes	N	%
0 (aucune)	44	93,6
1	3	6,4
Total :	47	100%

3 patientes soit **6,4%** avaient bénéficié d'une première tentative de cure; Les **44** autres étaient de première main.

Tableau XVI : Répartition des malades selon la gestité.

Gestité	N	%
Primigeste:1	18	38,3
Paucigeste:2-3	14	29,8
Multigeste:4-5	9	19,1
Grande Multigeste:>à 5	6	12,8
Total	47	100%

18 patientes étaient primigestes, soit **38,3%** de l'échantillon.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la parité

Parité	N	%
Primipare : 1	18	38,3
Paucipare : 2-3	14	29,8
Multipare : 4-5	9	19,1
Grande multipare :> à 5	6	12,8
Total	47	100

On note que les primipares étaient les plus nombreuses avec **38,3%**.

Tableau XVIII : répartition des patientes selon la sexualité.

Pratique de rapports sexuels	N	%
Oui	3	6,4
Non	44	93,6
Total	47	100%

44 patientes n'avaient plus de rapports sexuels normaux, soit **93,6%**.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le lieu du dernier accouchement.

Lieu	N	%
CSCCom	12	25,5
CSC ou CSRéf.	12	25,5
Domicile	14	29,8
Hôpital	9	19,1
Total	47	100%

Les patientes ayant accouché à domicile ont été les plus nombreuses avec **29,8%**.

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

Mode de l'accouchement	N	%
Spontané	30	63,8
Forceps	3	6,4
Césarienne	14	29,8
Total	47	100%

L'accouchement spontané fut le mode dominant soit **63,8%**.

Tableau XXI : Répartition des patientes selon leur antécédent chirurgical

Antécédent chirurgical	N	%
Chirurgie abdominale	2	4,2
Chirurgie pelvienne	14	29,8
Aucun	31	65,9
Total	47	100%

31 Patientes n'ont pas d'antécédent de chirurgie abdomino-pelvienne, soit **65,9%**.

Tableau XXII : Etat de trophicité du Vagin

Nature du vagin	N	%
Vagin Souple	33	70,2
Vagin Scléreux	10	21,3
Vagin Atrophique	4	8,5
Total	47	100%

Dans **70,2%** des cas on a noté une bonne trophicité (vagin souple) soit 33 patientes concernées.

Tableau XXIII : Répartition des malades selon le type de fistules

Type de Fistules	N	%
F.V.V avec vagin souple	32	68,1
F.V.V avec sclérose vaginale	10	21,3
FVCV	5	10,6
Total	47	100%

On note que **68,1%** des patientes avaient des fistules vésico-vaginales sur vagin souple.

Tableau XXIV: Répartition suivant la voie d'abord chirurgical

Voie D'abord	N	%
Vaginale	13	27,7
Trans péritonéale	4	8,5
Trans vésicale	23	48,9
Mixte	7	14,9
Total	47	100%

L'abord chirurgical s'est fait par voie trans-vésicale (seule) dans **48.9%** des cas.

Tableau XXV : Type d'anesthésie

Anesthésie	N	%
Générale	6	12,8
Rachidienne	33	70,2
Péridurale	8	17,0
Total	47	100%

La rachianesthésie fut la plus utilisée avec **70,2%** des cas.

Tableau XXVI : Répartition selon l'emplacement de la fistule

Siège	N	%
Retro-trigonales	14	29,8
Trigonales	23	48,9
Vésico cervico vaginales	5	10,6
Vésico urétro vaginales	2	4,3
Vésico-Utérines	3	6,4
Total	47	100%

23 patientes avaient des fistules trigonales soit **48,9%** de l'échantillon.

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

Technique employée	N	%
Fistulorrhaphie haute	27	57,4
Fistulorrhaphie basse	13	27,7
Fistulorrhaphie par voie mixte	7	14,9
Total	47	100%

57,4% des patientes ont bénéficié d'une fistulorrhaphie classique haute soit un effectif de **27** malades.

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la notion de fuite urinaire après la cure de la fistule.

Fuite urinaire	N	%
Perte d'urine	2	4,3
Incontinence d'urine	5	10,6
Aucune	40	85,1
Total	47	100%

40 femmes n'ont pas présenté de fuites urinaires après la cure soit **85,1%** des patientes.

Tableau XXIX : Avis de la patiente à la sortie

Avis	N	%
Satisfaite	39	83
Non Satisfaite	8	17,0
Total	47	100%

La plus part des patientes étaient satisfaites à la sortie soit **83%** des malades prises.

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

1- Résultats généraux:

1.1-Données sociodémographiques:

Age: toutes les tranches d'âge sont touchées avec une prédominance de la tranche de]15-25 ans], soit **51,1%** ; **89,9%** des patientes de notre série avaient moins de 36 ans ; il s'agit de femmes jeunes en âge de procréer. Les âges extrêmes étaient de 15 et 67ans.

HAROUNA et col. au Niger [1] ont trouvé que 52% des patientes avaient moins de 20ans ,tout comme FALANDRY L.

Moudouni S. et col.(Maroc) ont eu des âges extrêmes de 17 et 76ans avec une moyenne de 33ans

Résidence et âge au mariage:

51,1 % des patientes de notre étude sont issues des cercles de Sikasso et Koutiala (population à majorité Sénoufo et Mianka) où existent les facteurs couramment rencontrés autour de la fistule obstétricale à savoir: le jeune âge au mariage qui a représenté 42,6 % de notre échantillon; les mutilations génitales féminines; la phallocratie dans la gestion des prises de décision de la famille.

Cadre de vie:

38,3% vivent dans le foyer parental. **5 cas** d'isolement ont été recensés. La majorité de nos patientes vivent avec leur mari, soit **51,1%** ; cependant elles ont toutes des coépouses et de ce fait elles sont pratiquement mises à l'écart .

Selon: M Murphy cité par Camey M. [26], environ 80% des femmes porteuses de FV V sont rejetées par leur mari.

Dans la revue de la littérature énoncée toujours par Camey M. [26] l'OMS a trouvé au Zaïre et au Nigeria que 77% des femmes incontinentes vivent seules;

Selon la même source en Inde et au Pakistan 80% à 90% de FVV sont abandonnées.

1.2-Données obstétricales:

Parité et grossesse causale:

La classique prédominance des primigestes et paucigestes est retrouvée dans notre étude avec 68,1%; on note des extrêmes de 0 et 12 grossesses.

Si les primipares et les grandes multipares sont exposées à la fistule et à l'incontinence, les causes sont différentes :

Pour les primipares c'est généralement dû à l'immaturité du bassin. Par contre pour les grandes multipares, la cause est généralement dynamique: l'utérus et le plancher pelvien ayant été trop souvent sollicités se fatiguent et on observe assez souvent un arrêt du travail d'accouchement. [26]

Selon une étude menée au Niger, Harouna Y.D. et coll. [1] ont eu 67,3% de primigestes dont 34,5% avaient un seul enfant.

Taille:

La prédominance des patientes de taille < 150 cm est remarquable dans notre étude soit 63% avec une moyenne de 153 ± 26 cm.

Camey. M [26] incrimine la courte taille comme facteur à haut risque de fistule obstétricale chez la primipare.

1. 3-Variabes cliniques:

L'état général des patientes était bon dans **80,9%** des cas. La FVV peut être la conséquence d'un travail d'accouchement long et généralement non assisté; on note cependant que **51,1%** de grossesses n'ont pas bénéficié d'un suivi (consultation prénatale) non seulement du fait de l'inaccessibilité des structures sanitaires mais aussi elles ont été victimes de la non compliance des maris. Elles arrivent le plus souvent tardivement dans une structure sanitaire avec un travail d'accouchement laborieux. Cela est aussi rencontré dans la littérature [**1 ; 2 ; 21**]

Près de **29,8%** des patientes ont accouché à domicile ; **70,22%** dans une structure sanitaire avec 6,4% de Forceps et **29,8%** de césarienne.

Plus de la moitié des patientes soit **63,8%** ont consulté pour perte d'urine ou écoulement d'urine dont **68,1%** des patientes ont présenté la fistule à l'issue d'un accouchement dystocique.

Toutes ces données sont en rapport avec l'aspect multifactoriel de l'incontinence retrouvée dans la littérature.

1.4-Variabes paras cliniques:

Le test au bleu de méthylène réalisé chez toutes nos patientes s'est révélé positif.

L'UIV a été réalisée chez une seule patiente; **la Cystoscopie** chez 6,4% des malades.

Biologie: toutes nos patientes ont bénéficié d'un bilan pré opératoire .

2-Résultats spécifiques:

Nous avons recensé :

47 cas de fistules vésico-vaginales.

Toutes nos patientes étaient pratiquement porteuses de fistules de la cloison vésico-vaginale **80,8%**, soit 48,8% trigonales et 31,9% retro-trigonales. Ce résultat est comparable à ceux de S.M.GUEYE au Sénégal (79.8%) [27] et de QI LI YA à Kati (70,6%) [28].

L'accouchement dystocique fût la première étiologie retrouvée **soit 68,1%** de nos malades; on a noté 3 cas d'hystérectomie; 6,4% de forceps et 19,1% de césariennes.

L'anesthésie loco-régionale a été la technique la plus utilisée avec une association bupivacaine et fentanyl ; la rachianesthésie fut la plus pratiquée soit dans **70,2%** des cas.

C'est également le type d'anesthésie le plus retrouvé dans les revues.

[29 ;30] .

Diverses approches chirurgicales (techniques) ont été utilisées :

La fistulorrhaphie haute a été réalisée chez 27 patientes (**57,4%**) ; par contre dans la littérature l'abord vaginal est le plus couramment utilisé

[2 ; 30 ;] ;

la fistulorrhaphie vaginale classique a été appliquée chez 13 patientes (**27,7%** de l'échantillon), et cela s'explique non seulement par les lésions constatées (vagin scléreux ou atrophique) mais aussi du choix du chirurgien pratiquant ;

A été réalisée : l'interposition d'un lambeau pédiculé d'épiploon chez 4 patientes soit 8,5%;

la réimplantation urétérale fut effectuée dans **8,5%** des cas.

On note cependant un seul cas de dérivation urinaire définitive.

Les délais de fuite d'urine après cure de fistule sont variables : ceci étant nous avons noté des fuites d'urine chez **14,9%** de nos patientes après cure de F V V.

Nous avons travaillé sur **70,2%** de vagin souple (bonne trophicité);
21,3% de vagin scléreux (trophicité moyenne);
8,5% soit 4 cas de vagin atrophique (mauvaise trophicité) ce qui rendait souvent difficiles nos interventions chirurgicales.

La durée moyenne d'hospitalisation est de 15jours.

La durée moyenne de la sonde urinaire est : 3 semaines soit 21jours

Dans cette étude, nous avons obtenu **85,1%** de succès, 10,6% d'amélioration contre 4,3% d'échec ; et **83%** des patientes étaient satisfaites à leur sortie.

V- CONCLUSION:

La fistule vésico-vaginale obstétricale représente moins de 1% des activités chirurgicales de l'hôpital de Sikasso ; elle occupe le 3eme rang des activités urologiques après l'adénome de la prostate et les autres pathologies urologiques (Hydrocèle...). Ceci ne traduit pas une diminution de la fréquence de la pathologie mais confirme le fait que ces patientes vivent cachées loin « des yeux moqueurs » , donc loin du monde.

Cette étude réalisée à Sikasso retrace les mêmes observations faites dans la littérature à savoir :

- l'aspect multifactoriel de la F V V ;
- les accouchements à domiciles constituent en partie un grand risque, dont **14 cas** dans notre étude soit 29,8% des patientes ;
- l'étiologie principale reste celle de l'accouchement dystocique.
- les difficultés techniques et le manque de personnel qualifié dans la prise en charge.

Elle reste un fléau de la santé maternelle dans les pays du tiers monde mais en particulier en Afrique au sud du sahara.

Malgré les efforts consentis ces dernières années à la prévention, au diagnostic précoce, et à la prise en charge souvent même gratuite la F V V demeure un problème de santé publique.

Le salut viendra sans doute d'un changement de comportement de la population mais aussi d'une amélioration de la santé maternelle dans nos contrées.

On retiendra enfin: la cure réussie d'une fistule vesico-vaginale n'offre pas seulement la joie et l'intégration sociale mais aussi une chance de remariage et d'avoir une activité sexuelle normale voire une vie obstétricale normale [36].

VI- RECOMMANDATIONS:

4.1- Au Ministère de la santé:

- Organisation des campagnes d'information des populations sur les méfaits du mariage précoce, et des avantages des C.P.N, de la planification familiale.
- Promotion l'éducation scolaire des jeunes filles
- La mise en œuvre des moyens humains, matériels, et financiers nécessaires à la disposition des structures sanitaires pour la prévention, le diagnostic précoce, et la prise en charge spécifique des fistules génito-urinaires.

4.2- Aux agents de la santé:

- Il est important de connaître cette affection pour savoir la prévenir lors d'un accouchement difficile, ou la dépister ultérieurement devant une "incontinence" souvent cachée par la patiente elle-même
- L'utilisation judicieuse du partogramme dans la surveillance du travail d'accouchement.
- Une meilleure collaboration entre les différents acteurs de la prise en charge des fistuleuses.

4.3- A nos mères et sœurs :

- participation régulièrement aux consultations prénatales jusqu'à l'accouchement ;
- accouchement à faire dans les structures prévues à cet effet ;

- Consultation au centre de santé le plus proche devant toute symptomatologie urinaire post partum.

VII- BIBLIOGRAPHIE :

**1- HAROUNA YD., SEIBOU A., MAIKANO S., DJAMBEIDOU J.,
SANGARE A.,BILANE SS.,ABDOU HM.**

Enquêtes auprès de 52 femmes admises au village des fistuleuses .Niamey, Niger .Médecine d'Afrique Noire 2001,48 (2)

2- OUATTARA K.,TRAORE M.L., CISSE C. :

Traitement de la fistule vésico-vaginale africaine en république du MALI (134 cas), Hôpital du Point G.

Médecine d'Afrique. Noire.1991,38 (12) .

3- KOITA A.K.

Quelques aspects des fistules vésico-vaginales observés à l'hôpital du Point « G » à Bamako. Thèse de Médecine, Bamako 1983 ; 179P, N°.

4- TRAORE O.M.

Problématiques des fistules vésico-vaginales au Mali. Thèse de Médecine Bamako,1991.

5- NEERAJ K.MD.MBA ET JOHN R.M.MD :

Fistule vésico-vaginale de Gestion. CSEF.USA 2003 .

6-AMEHOUM N. M.:

Fistules vesico-vaginales: bilan d'une année d'activités à l'Hôpital du Point G; thèse médecine, 04 M 32.

7- LEE R.A., SYMMANDS R.E., WILLIAMS T.J...

Current Status of genito-urinary fistulas.Obstet.Gynecol.1988.72 (3part1) 313-319.

8- MIKLOS JR, SZE EHM, PARABEC D, et al.

Vesico-uterine fistula: a rare complication of vaginal birth after Caesarean. Obstet Gynecology 1995; 86: 638-639.

9- ELKINS TE, THOMPSON JR. Lower urinary tract fistulas. Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery, 2nd ed. Walters M, Karram MM, ed. Mosby Publishers 1999: 355-365.

10- ZIMMERN PE, HADLEY HR, STASKIN D:

Genitourinary fistulas: vaginal approach for repair of vésico-vaginal fistulas. Clin Obstet Gynaecol 1985; 12(2): 403-13

11- MARC L. DU SABLON

Fistules vésico-vaginales, Centre Hospitalier Mantes La Jolie

12- E. M. C.

Appareil génito-urinaire. Rein 3.

Fistules vésico-vaginales, p1810 A10-A20 ; Ed. 1992.

13-TOURE H.

Etude critique de 220 cas de fistules vésico-vaginales. Bilan d'activité du projet FVV initié par Médecin du monde et le Service d'Urologie de l'Hôpital du Point 'G'. Thèse de Médecine, Bamako, 1995.

14- HAMLIN R.H.J., NICHOLSON E.C.

Reconstitution of urethra totally destroyed in labor. Br. Med., 1982; 52: 147-150.

15- COUVELAIRE R

Ann. Chir., 1973 ; 27(11) : 1177-1179

16- COUVELAIRE R.

Réflexion à propos d'une statistique personnelle de 136 fistules vésico-vaginales. J. Uro. 1953 ; 59 : 150-160

17- BARROUX P.:

Les types anatomiques des fistules vésico-vaginales ;

J. Uro., 1956 ; 62 : 592-617.

18- SERAFINO X., TOSSOU M., MENSAH A.

Les déplacements urogénitaux d'origine obstétricale en pays tropical (Etude critique de 320 cas). Gyn. Obst., 1968 ; **67** :329-360.

19- KANE A.F.

Les fistules vésico-vaginales :

Situation actuelle au Sénégal à propos de 307 cas.

Thèse de Médecine, Dakar 1993 ; N°27.

20- BENCHEKROUN A., FAIK M.H., MARZOUK M., ASSEM F., BELAHNECH Z., FARIH M.H., BENSLIMANE L., BOUSLIKHANE N., MOUSTAID A.

Les dérivations urinaires continentales .J.Urol, 1991,97 (4-5) :167-177

21- BENCHEKROUN A., LAKRISSA A., ESSAKALLI H.N.FAIK N., ABBAKAT T., HACHIM, MARZOUK M.BEN-ABDERAZIK.

Les fistules vésico-vaginales. A propos de 600cas.J.Urol, 1987,93:151-158.

22- ZIMMERN P.,HADLEY R.,RAZS.

La voie d'abord vaginale de fistules vésico-vaginales non irradiées. J.Urol., 1984, 90,355-359

23- MARGOLIS T. , MERCER L. J.

Vesico-vaginal fistula. Obstet Gynecol Sur. 1994 Dec; 49(12): 840-7

24- MONSEUR J.

Le remplacement du vagin par un greffon sigmoïdien pour la cure des grandes nécroses urogénitales post partum africaines. J.Urol.,1980 ;86(3) :159-166

25- MONSEUR J.

Reconstitution de l'urètre féminin au moyen des racines du clitoris. Onze cas. Journal d'Urologie et Néphrologie,1976 ;7-8 :581-591.

26- CAMEY M:

Fistule obstétricale, progrès en Urologie 7, B.D, Flandrin 75116 Paris 4^e
Trimestre 1998, 328 pages.

27- GUEYE S.M., DIAGNE - B.A.et MANSAH A.

Les fistules vésico-vaginales. Aspects étiopathologiques et
thérapeutiques au Sénégal. Médecine d'Afrique Noire, 1992 ;

XXXIX (8-9) :559-562.

28- QI LI YA, OUATTARA K., OUATTARA Z.

Fistules vésico-vaginales à l'hôpital de Kati, à propos de 34 cas.

29- JULIO L.S.A.; MARICO M.

Les fistules vésico-vaginales:Techniques chirurgicales.

Journées médico-scientifiques Cubano-Maliennes, Sikasso 2005.

30- DOUGNON S.

Les fistules vésico-vaginales géantes, isolées ou associées aux fistules
recto-vaginales ou aux délabrements du périnée d'origine obstétricale à
la maternité de l'Hôpital du Point du G.A propos de 16 observations
Thèse de Médecine, Bamako, 1983.

31- FALANRY L

La fistule obstétricale en Afrique pour une solution. Médecine d'Afrique
Noire, 1991,38(5) : pp

32- MARTIUS H.

Die operative wie der Herstellung der vollkommen fehlenden hamzohre
und der schier muskels der selben Zbl,Gynack,1928,52:420.

33- MARSHALL V.R.; TWOMBLEY G.H.

Further experiences with and operation for the repair of vesico-vaginal
fistula caused by radiation cancer 5:429, 1952.

34- MENSAH A.

Les problématiques thérapeutiques des fistules vésico-vaginales observées au Sénégal. Thèse de médecine, Dakar, 1965, N°9

35- O'CONNOR V.J.

Suprapubic closure of vesico-vaginal fistula.
Spring Field, Illinois, Charles C -Thomas 1957.

36-EMEMBOLU J.

The obstetric fistulae: factors associated with improved pregnancy outcome after a successful repair.
Department of Obstetric and Gynecology. Amadhou Bello University Teaching Hospital Zaria, Kaduna State (Nigeria).

VI- ANNEXES

La liste des abréviations

AUSP: Arbre Urinaire Sans Préparation

Col : Collaborateurs

CPN : Consultation prénatale

CSC : Centre de Santé de Cercle

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

DU: Destruction Urétrale

DTU: Destruction Totale de l'Urètre

ECBU: Examen Cyto-Bactériologique Des Urines

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

FVCV: Fistule Vésico-Cervico-Vaginale

FVV: Fistule Vésico-Vaginale

FRV: Fistule Recto-Vaginale

FRVH: Fistule Recto-Vaginale Haute

FRVS: Fistule Recto-Vaginale Simple

MDM: Médecin Du Monde

N : Effectif

NFS: Numération Formule Sanguine

TCU: Transection Cervico-urétrale

TTCU: Transection Trigono- Cervico-urétrale

UCR: Uréthro-Cystographie Rétrograde

UIV: Urographie Intra Veineuse

UNFPA : Fond des Nations Unies pour l'Aide à la population.

UPR: Urétéro-Pyélographie Rétrograde

VS: Vitesse de Sédimentation

% : Pourcentage

FICHE ANNALYTIQUE

Nom: KONE

Prénom : Aboubakar Dokan

Titre de la thèse : Etude de la fistule vésico-vaginale obstétricale à Sikasso.

Secteur d'intérêt : Chirurgie, Gynéco obstétrique, Sikasso.

Pays : MALI

Année de soutenance : 2007

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Résumé : il a été réalisé une étude descriptive portant sur 47 patientes prises en charge pour fistule vésico-vaginale dans le service de chirurgie et de l'hôpital de Sikasso ainsi qu'à la Clinique N'gouinso durant la période allant du 1^{er} octobre 2004 au 30 septembre 2006.

L'âge moyen était de 27 ans avec des extrêmes de 15 à 67 ans.

Nous avons réalisé une fistulorrhaphie haute dans 57.4% des cas.

L'anesthésie loco-régionale a été la plus utilisée.

Le diagnostic fut essentiellement clinique, et la durée moyenne d'hospitalisation était de 15jours.

Mots clés : fistule vésico-vaginale, fistulorrhaphie, accouchement dystocique, césarienne.

Q14 Mode de référence : []

1 Auto-référée

2 Référée

3 Indéterminée

Q15 Age de la fistule : []

1. <6mois

2. >ou = 6mois

Q16 Nombre d'Opération tentée pour traiter la fistule : []

1 Une fois

2 Deux fois

3 Plusieurs fois

4 Aucune opération tentée

ANTECEDANTS GYNECO-OBSTETRICAUX :

Q17 Gestité : []

1 Primigeste

2 Paucigeste

3 Multigeste

4 Grande Multigeste

Q18 Parité : []

1 Primipare

2 Paucipare

3 Multipare

4 Grande multipare

Q19 Vie Sexuelle Normale : []

1 Oui

2 Non

Q20 Date du dernier accouchement : .../.../200..

Q21 Lieu de cet accouchement : []

1 A domicile

2 CSCOM

3 CSCou CSREF.

4 Hôpital

Q22 Mode de l'accouchement : []

1 Spontané

2 Manuel

3 Chirurgie (césarienne)

ANTECEDANTS CHIRURGICAUX :

Q23 Chirurgie abdominale : []

1 Oui (à préciser)

2 Non

Q24 Notion de traumatisme : []

1 Oui

2 Non

EXAMEN PHISIQUE DE LA MALADE :

Q25 Taille :.....m.

Q26 Poids :.....kg

Q27 Etat du périnée (:si déchiré) :

1 Oui

2 Non

Q28 Lésions constatées :[]

1 Urètre

2 Vessie

3 Col

4 Vagin

5 Utérus

6 Vulve

7 Portion rectale 8 Sphincter anal 9 Trophicité

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Q29 Examens demandés : []

1..... 2.....

3..... 4.....

Q30 Résultat de cet examen:

1..... 2.....

3..... 4.....

Q31 Fistules associées :

1 F.V.C.V.

2 F.V.U.

3 F.R.V.

4 Autres (à préciser) :.....

TRAITEMENT :

Intervention Chirurgicale

Q32 Effectuée : []

1 Oui

2 Non

Q33 Date :...../...../200...

Q34 Nom du Chirurgien :.....

Q35 Position de la patiente :[]

1 Décubitus dorsal

2 Trendelenburg

(Gynécologique)

3 Forme Associée(mixte)

Q36 Voie d'Abord : []

1 Trans-Vésicale

2 Vaginale

3

Mixte(1+2)

Q37 Type d'Anesthésie : []

1 A. Générale

2 Rachianesthésie

3 A.

Péridurale

Q38 Technique Opératoire : []

1 Fistulorrhaphie Classique

2 Autres (à préciser) :.....

Q39 Cure Vésicale : []

1 Oui

2 Non

Q40 Cure Vaginale : []

1 Oui

2 Non

Q41 Section :.....

Suites Opératoires

Q42 Durée de la sonde : []

1 Moins de 15jrs

2 Plus de 15jrs

3 Supérieure à 45jrs

Q43 Fuites d'urine : []

1 Oui

2 Non

Q44 Date de sortie :..../..../200..

Q45 Avis de la patiente à la sortie : []

1 Satisfaite

2 Non Satisfaite

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE.... !